

يرجى الانتباه: من المحتمل ان تكون مشمول بالرعايه المجانيه أو المخفضه. ان اكملت تعبئه هذه الاستماره سوف تساعد BJC للعنايه الصحيه التقرير فيما لو كنت ستشمل باخدمات المجانيه او المخفضه او تكون مشمول ببرنامج قد يساعدك في دفع الفواتير الصحيه.

إذا لم يكن لديك تأمين صحي، فرقم الضمان الاجتماعي غير مطلوب لتأهيلك للحصول على الرعايه المجانيه او المخفضه. و لكن رقم الضمان الاجتماعي مطلوب لحصولك على بعض البرامج المخصصه للعامه أو الجمهورمثل المدكيد. اعطاء رقم الضمان الاجتماعي ليس مطلوباً ولكنه يساعد المستشفى بتحديد امكانيه شمولك باحد البرامج العامه.

يرجى أكمل هذه الاستماره وتسليمها للمستشفى شخصيا أو بالبريد على العنوان

600 S. Taylor Ave. Mailstop 90-68-112, ST. Louis, MO 63110-9930.

او عن طريق البريد الالكتروني الى [patacct@bjc.org](mailto:patacct@bjc.org) أو عن طريق الفاكس 3147476977 للتقديم على الرعاية المجانيه أو المخفضه خلال 240 يوما بعد التاريخ الاول للفاكتوره.

يقر المريض انه وبحسن نيه قرر أن يزود المعلومات المطلوبه منه في الاستماره لمساعدته المستشفى بتحديد فيما لو كان المريض مشمول بالمساعده الماليه.

### معلومات المريض

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري و ليس مطلوب)	تاريخ الولاده	اسم المريض
<b>الشخص السؤل عن دفع الفواتير</b>		<b>المريض</b>
الاسم	مقيم في ولايه الينوي عند وقت خدمه؟ نعم _____ كلا _____	
الشارع		الشارع
المدينه، الولايه، الرمز البريدي		المدينه، الولايه، الرمز البريدي
هاتف: ( )		هاتف: ( )
الاي ميل:		الاي ميل:

### معلومات العمل

اسم محل العمل	اسم محل عمل الزوج/ شريك الحياه/ المسؤول
الشارع	الشارع
المدينه، الولايه، الرمز البريدي	المدينه، الولايه، الرمز البريدي
هاتف: ( )	هاتف: ( )

### معلومات أخرى

1. هل كان المريض طرفا في حادث أستدعى حاجته للخدمه؟	نعم _____ كلا _____
2. هل كان المريض ضحيه لجريمه مزعومه استدعى حاجته للخدمه؟	نعم _____ كلا _____
3. عدد الاشخاص في عائله المرض و/ او الاسره؟	
4. عدد الاشخاص المعتمدين* على المريض؟	
5. ما اعمار الاشخاص المعتمدين* على المريض؟	
6. في وقت خدمه أو في وقت لاحق هل كان المريض مطلق او منفصل او في خضام قضيه انفصال؟	نعم _____ كلا _____

7. في وقت الخدمه او في وقت لاحق هل كان المريض معتمد على ابوين مطلقين او منفصلين او في خضام قضيه انفصال؟

نعم \_\_\_\_\_ كلا \_\_\_\_\_

8. اذا كان الجواب بنعم لأحد السؤالين 6 أو 7، فمن هو المسؤول عن الرعايه الطبيه للمريض في حاله الطلاق أو الانفصال؟

الاسم \_\_\_\_\_ الصله \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_ المدينه، الولايه ورمز البريدي \_\_\_\_\_

هاتف: \_\_\_\_\_

المعتمدين\* تعني القاصر او اي شخص مسجل كمعتمد على شخص اخر في التاكس الفدرالي.

### اذكر كل اسماء التامين في الحقول ادناه المتعلقة بالخدمه المستلمه

رقم المجموعه	رقم وثيقه التامين	اسم التامين	نوع التامين
			تأمين صحي
			ميديكير
			تجهيزات المديكير
			ميديكيد
			الفوائد الخاصه بالمحاربين

### المصروفات والدخل الشهري\*\*

يرجى الحاق اي من الوثائق المذكوره ادناه كاثبات للدخل

د- اذا كان الراتب نقدا، كتابه خطيه من صاحب العمل بمقدار

ه- برهان بعدم تقديم استماره IRS1722

ا- احدث اقرار ضريبي الراتب.

ب- احدث استماره w-2 و استماره 1099

ج- صكوك الرواتب حديثه عدد اثنين

**. من اجل البدء بالعمل على استمارتك، يجب تزويدنا باثبات الدخل**

المريض	الزوج / الشريك	الوالدين	
			الاجر الاجمالي الشهري
			الدخل من العمل الحر
			الضمان الاجتماعي
			معاقبي الضمان الاجتماعي
			الاعاقه الخاصه
			المحاربين المعاقين
			معاش المعاقين
			راتب الغير عاملين
			تعويض العمال
			التقاعد
			اعانه الاطفال
			النفقه الزوجيه
			الاعانه المؤقته للعوائل المحتاجه (TANF)
			اي دخل اخر

المصروفات الشهرية

الاسكان

المصروفات

السكن

	الخدمات (الهاتف،الغاز، الكهرباء والماء)
	الطعام
	رعايه الاطفال
	التنقل
	المصاريف الطبيه
	مصرفوات اخرى
<p><b>**الاستثناءات:</b> إذا كان المريض من مقيمي ولاية النوي، وهو غير مؤمن ويستلم الخدمه من مستشفى التون ميموريالوتنطبق عليهاالشروط الموضحة في ILAC77 4500.40 او على افتراض شموليته بالدخل المحدود، فليس على المريض اكمال هذا الجزء من الاستماره.</p> <p>إذا كان المريض مقدم على الخدمه من خلال موقع NHSC، فليس عليه ان يكمل الجزء الخاص بالتامين الصحي والمصاريف من هذه الاستماره.</p> <p>موقع ال NHSC يشمل مكتب بوربون الطبي، مكتب كوبا الطبي،مكتب ستيلفيل الطبي مكتب سلفيان الطبي و عياده ارتس الطبيه- فارمنكتن.</p>	
أرفاق معلومات أخرى ذات صلة بالوضع المالي	
<p>شهاده: أنا أشهد بأن كل المعلومات المذكوره في هذه الاستماره هي صحيحه على حد علمي .سأقوم بالتقديم على المعونه من الولاية او المعونه المحليه لاشمالي في دفع فواتير المستشفى. وأنا أفهم أن المعلومات المزوده الخاصه بي يتم التحقق منها عن طريق BJC الرعايه الصحيه، وأنا أخولهم للاتصال بالطرف الثالث للتحقق من دقه المعلومات المزوده في الاستماره. أنا افهم انه في حاله تزويدي لاي معلومات خاطئه في هذه الاستماره سهوا،لن اكون مؤهل للحصول على المساعده الماليه، او المساعده التي وهبت لي قد تسترد وسأكون مسؤول عن دفع الفواتير.</p>	
توقيع المرض / الجهة المسؤوله:	التاريخ:

Effective: 1/01/2016 Financial Assistance Evaluation 01/2016