

- بابتيست جاكسونفيل
 جنوب بابتيست
 شواطئ بابتيست
 بابتيست ناسو
 بابتيست كلاي
 مركز مدينة بابتيست
 شمال بابتيست
 مستشفى وولفسوف للأطفال



طلب مساعدة مالية لخدمات المستشفى

التاريخ:	الحساب:
----------	---------

معلومات المريض	معلومات الضامن (إن كان مختلفاً عن المريض)
الاسم:	الاسم:
الشارع:	الشارع:
المدينة:	المدينة:
الدولة:	الدولة:
الرمز البريدي:	الرمز البريدي:
هاتف المنزل:	هاتف المنزل:
هاتف العمل:	هاتف العمل:
تاريخ الميلاد:	تاريخ الميلاد:
رقم التأمين الاجتماعي:	رقم التأمين الاجتماعي:
الحالة الاجتماعية:	الحالة الاجتماعية:

إضافة معلومات عن الشخص والزوج والأطفال المعالين تحت سن 18 سنة الذين يعيشون في المنزل والطلاب بدوام كامل المعالين تحت سن 25 سنة

الاسم	العلاقة	تاريخ الميلاد	رقم التأمين الاجتماعي

تاريخ التوظيف/الدخل

قائمة بالوظائف وغيرها من مصادر/مبالغ الدخل الأسبوعي للأنتى عشر (12) شهرًا الماضية لجميع أفراد الأسرة

أعضاء الأسرة	صاحب العمل	رقم هاتف صاحب العمل	الأجور شهرياً	تاريخ التوظيف
				شهر/سنة-شهر/سنة

سجل أي دخل آخر

قائمة بجميع مصادر الدخل الشهرية على مدار الأثني عشر (12) شهرًا الماضية لجميع أفراد الأسرة

المبلغ	إلى	من	أسم عضو الأسرة	دخل شهري آخر
				الضمان الاجتماعي
				دخل استثماري
				معاش
				دخل تأميني إضافي
				بطالة
				مناقسة العامل
				نفقة
				المعونات المؤقتة
				فوائد VA
				ممتلكات مستأجرة
				الأقساط السنوية للتأمين
				دعم الطفل
				إيرادات الفوائد
				أخرى
				مجموع الإيرادات الأخرى
				المجموع الكلي للأجور والإيرادات الأخرى

الأصول

\$	نقدًا، مدخرات، فحص الحسابات
\$	شهادة إيداع
\$	سندات ادخار الولايات المتحدة، سندات/فواتير الخزنة الأمريكية
\$	الأسهم، صناديق الاستثمار، الصناديق الائتمانية
\$	دخل التقاعد (401 ألف، 403 ألف، IRA)
\$	هل تملك منزلًا آخر/ممتلكات أخرى بخلاف محل إقامتك الأساسي: نعم لا
(القيمة السوقية العادلة)	عنوان المنزل الإضافي/الممتلكات
\$	إجمالي الأصول

أنا الموقع أدناه أفوض زوجي و/أو صاحب العمل الحالي أو السابق بتقديم معلومات العمل والراتب الخاصة بي إلي نظام صحة بابتيسيت. أشهد بموجبه أن المعلومات في هذا الطلب للحصول على المساعدة المالية حقيقية وصحيحة لأفضل معلوماتي. نظام صحة بابتيسيت، وفق تقديره الخاص، قد يطلب إثباتًا بالدخل للتحقق من أهلية الحصول على الرعاية الخيرية.

أفوض صحة بابتيسيت للحصول على تقرير ائتمانية المساعدة على تقييم بي التطبيق المساعدة المالية.

وفقًا للقسم 817.50 من قانون ولاية فلوريدا، فإن تقديم معلومات خاطئة للاحتيال على المستشفى لغرض الحصول على السلع أو الخدمات هو جنحة من الدرجة الثانية.

الطالب/الضامن: _____ التاريخ: _____
 الشاهد: _____ التاريخ: _____
 ممثل المستشفى: _____ التاريخ: _____

لتحقق المستشفى من الأجور

صاحب العمل:	الأجور المتحقق منها:
ممثل الشركة:	توقيع الموظف: