

المرفق د

مستشفيات بابتيست

بابتيست جاكسونفيل
جنوب بابتيست
شواطئ بابتيست
بابتيست ناسو
بابتيست كلاي
مركز مدينة بابتيست
شمال بابتيست
مستشفى وولفسون للأطفال



طلب مساعدة مالية لخدمات المستشفى

التاريخ:	الحساب:
----------	---------

معلومات المريض	معلومات الضامن (إن كان مختلفا عن المريض)
الاسم:	الاسم:
الشارع:	الشارع:
المدينة:	المدينة:
الولاية:	الولاية:
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 الزوج 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

سجل التوظيف/الدخل

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

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

تاريخ أي دخل آخر

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

المبلغ	إلى	من	اسم الفرد	دخل شهري آخر
				التأمين الاجتماعي
				دخل استثماري
				معاش
				دخل تأميني إضافي
				بطالة
				منافسة 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

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

أنا الموقع أدناه أفرض زوجي و/أو صاحب العمل الحالي أو السابق بتقديم معلومات العمل والراتب الخاص بي إلى 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 إثباتاً بالدخل للتحقق من أهلية الحصول على الرعاية الخيرية.

أفرض صحة بابتيسيت للحصول على تقرير انتمائي للمساعدة على تقييم طلب المساعدة المالية الخاص بي.

وفقاً 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: