مستشفى الأطفال والمركز الطبي
طلب الحصول على المساعدة المالية

الرجاء وضع دائرة على موفر (موفري) الرعاية الصحية الذي تقوم بتقديم الطلب إليه للحصول على المساعدة المالية:

المستشفى	الأطباء المتخصصون	أطباء الأطفال	الرعاية الطبية في المنزل
مستشفى الأطفال حسابات المرضى صندوق البريد 247036 Omaha, NE 68124-7036	فاتورة الأطباء صندوق البريد 24607 Omaha, NE 68124	أطباء الأطفال ***(حدد موضع المكتب)***	الرعاية الصحية المنزلية للأطفال حسابات المرضى 4156 South 52 Street Omaha, NE 68117

الرجاء توفير المعلومات التالية حول حسابات المريض (المرضى) وحولك:

اسم (أسماء) المريض							
رقم حساب المستشفى أو الطبيب أو الرعاية الصحية المنزلية	الرصيد المستحق	رقم حساب المستشفى أو الطبيب أو الرعاية الصحية المنزلية	الرصيد المستحق				
اسم الشخص الذي يقوم بتعبئة النموذج		العلاقة المريض					
عنوان المراسلة البريدية		رقم الهاتف النهاري					
		رقم الهاتف المسائي					
عدد الأشخاص الذين يكسبون رزقهم في الأسرة		عدد الأشخاص المعالين في الأسرة		إجمالي عدد أفراد الأسرة			
إجمالي الدخل الشهري المجمع (لكل الأشخاص الذين يكسبون رزقهم)	**(الرجاء تضمين النفقة ودعم الأطفال والإعاقة والبطالة في دخلك.)**						
التعليقات							

قم بإعادة كل الأشياء التالية إلى العنوان الذي قمت بوضع دائرة عليه أعلاه:

- ✓ **الطلب المكتمل الخاص بنموذج المساعدة المالية**
- ✓ **نموذج W-2 الأحدث أو الإقرار الضريبي على الدخل لكل الأشخاص الذين يكسبون رزقهم**
- ✓ **أحدث كعب راتب أو وثيقة تظهر مصادر الدخل الأخرى لكل الأشخاص الذين يكسبون رزقهم / المتلقين**
- ✓ **إشعار الخدمات الصحية والبشرية ينص على أن المريض غير مؤهل للاستفادة من برنامج Medicaid**

الموظف الذي يقدم النموذج عن العائلة		تاريخ تقديم النموذج	
التاريخ الذي يجب إعادة النموذج فيه (15 يومًا)			

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة
حسب أفضل معلوماتي وحسب اعتقادي في التاريخ المشار إليه أدناه.

توقيع الشخص الذي يقوم بتعبئة النموذج	التاريخ

للاستخدام المكتبي فقط	النسبة المئوية والقيمة الدولارية للمساعدة المالية المصرح بها	النسبة المئوية	القيمة الدولارية
تم التصريح من خلال:	التوقيع		التاريخ