



المساعدات المالية
طلب التقدم

السلج الطبي _____
الهاتف _____
المريض _____
الشارع _____
المدينة، الولاية، الرمز البريدي _____
جهة العمل _____

يُرجى إدراج دخل الأسرة الإجمالي.

آخر 3 أشهر	آخر 12 شهرًا	إجمالي الدخل
		دخل الأسرة الآخر
		دخل الأسرة الإجمالي
		الأصول-المدخرات/ صندوق التقاعد الشخصي (IRA)/شهادات الإيداع (CD)
		العقارات/ السوق النقدي/ الأسهم

المعالون: (إجمالي الأشخاص الذين يعيشون في المنزل)

صلة القرابة	العمر	الاسم
1		
2		
3		
4		
5		

إنني أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه كاملة ودقيقة على حد علمي. بالإضافة لذلك، سأعاون مع St. Luke's إذا كان ذلك ضروريًا للتقدم للحصول على أي مساعدة (Medicaid، Medicare، التأمين، إلخ). قد تكون متاحة لسداد رسوم المستشفى الخاصة بي.

أدرك أنه يتم إنشاء طلب التقدم هذا لتتمكن المستشفى من تحديد أهليتي للحصول على الخدمات غير المعوض عنها بموجب برنامج المساعدات المالية، استنادًا إلى المعايير الموضوعية المسجلة في المستشفى. إذا ثبت أن أيًا من المعلومات التي قدمتها غير كاملة، فإنني أدرك أن المستشفى يمكن أن تعيد تقييم وضعي المالي وتتخذ أي إجراءات تناسب الأمر.

أصرح للبنك الخاص بي أو مؤسسة القروض أو شركة التأمين أو جهة العمل الخاصة بي أو أي دائن أيًا كان للموقع أدناه بالإفصاح عن أي من المعلومات التي تطلبها مستشفى St Luke's Hospital فيما يتعلق بأي من المسائل المالية التي تتضمن أو ترتبط بالموقع أدناه وجميعها.

التاريخ _____
توقيع مقدم الطلب _____
أدرك أن هذا البرنامج لا يغطي أي رسوم خاصة بالأطباء تتعلق بالخدمات التي ألتاها في مستشفى St. Luke's Hospital.