





النفقات:	فرد الأسرة	قيمة النفقات الشهرية:	النفقات:	فرد الأسرة	قيمة النفقات الشهرية:
الإيجار/ الرهن العقاري		المرافق			
الطعام		بطاقات الشحن			
نفقات المركبة		تأمين المركبة			
النفقات الطبية		الصيدلية			
رعاية الطفل		أخرى:			

إجمالي النفقات الشهرية: \_\_\_\_\_

## بيانات التأمين

هل تقدم المريض بطلب إلى ميديكايد؟  نعم  لا إذا لم يتقدم، يرجى ذكر السبب: \_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر تاريخ الطلب: \_\_\_\_\_

حالة الطلب:  معلق  مقبول  مرفوضهل لدى المريض تأمين صحي وقت حصوله على هذه الخدمة من المستشفى؟  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر ما يلي:

اسم حامل البوليصة	اسم التأمين	تاريخ السريان	رقم البوليصة/ رقم البوليصة الجماعية	اسم أو أسماء الأعضاء الذين تشملهم التغطية التأمينية

## ملخص خاص بالمريض أو الكفيل

يرجى تسجيل إجمالي المبالغ التي تم حسابها في المجالات الموضحة أعلاه:

حجم الأسرة	إجمالي دخل الأسرة	دخل آخر للأسرة	إجمالي الأصول	إجمالي النفقات

## بيان الدعم

(يستكمل هذا الجزء من قبل الجهة مقدمة المساعدة)

أنا، \_\_\_\_\_، أوافق على تقديم هذا البيان كدعم مالي للمريض/ الكفيل. \_\_\_\_\_  
التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا، \_\_\_\_\_، أوافق على تقديم هذا البيان كدعم مالي للمريض/ الكفيل. \_\_\_\_\_  
التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

## تأكيد وتفويض

(يستكمل هذا الجزء من قبل المريض أو الكفيل)

أشهد بموجب هذه الوثيقة أن الإجابات التي أقدمها حقيقية وصحيحة على قدر علمي، كما أدرك مسؤولية هذه الشهادة.

أوافق على أن أخطر جامعة إنديانا في غضون عشرة (10) أيام بأي تغييرات في دخلي، أو ممتلكاتي، أو نفقاتي، أو عدد أفراد أسرتي أو عنواني، (أو تلك الخاصة بالشخص الذي أتصرف بالنيابة عنه).

أدرك أنه ربما يطلب مني إثبات إفاداتي، وأن إفاداتي المتعلقة بالأهلية سوف تخضع لعملية التحقق من صحتها عن طريق الاتصال بصاحب عملي، وبالبنك، وبشركات الائتمان، ومن خلال التحري عن ممتلكاتي، وبناءً عليه أفوض جامعة إنديانا لعلوم الصحة ومن ينوب عنها لإجراء مثل هذا التحقق.

أدرك أن المستشفى مطالبة قانوناً بالحفاظ على سرية أي معلومات أقدمها.

كما أوافق أيضاً على أن أدفع للمستشفى في مقابل الحصول على خدمات الرعاية الصحية نتيجة لحادثة أو إصابة، من عائدات أي تقاضي أو تسوية تنتج عن هذه الحادثة.

أعي أنه يحق لي، في حال عدم استحقاقي للمساعدة المالية، الطعن كتابة على هذا القرار مرفقاً المزيد من الوثائق. فإذا ما رفضت المستشفى طعني ومنعت المساعدة المالية، فسوف أتحمل مسؤولية سداد الفاتورة (الفواتير) مستحقة الدفع.

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_