

Holy Name Medical Center

718 تينيك رود
بلدة تينيك، ولاية نيو جيرسي 07666
قسم الاستشارات المالية
(201)3157-833

نموذج طلب مساعدة مالية

حساب # _____ تاريخ الخدمة: _____

بيانات شخصية

(1) اسم المريض (اللقب، الاسم الأول): _____

(2) تاريخ الميلاد: _____ (3) الضمان الاجتماعي #: _____

(4) عنوان الشارع: _____

(5) هاتف (المفضل #): _____

(6) اسم الضامن: _____ (7) تاريخ ميلاد الضامن: _____

(8) علاقة الضامن بالمريض: _____

حجم العائلة ومعايير الدخل

(9) حجم العائلة: _____ (10) مصدر دخل الأسرة: _____

(11) الدخل الإجمالي السنوي: _____

(12) إجمالي صافي الدخل السنوي التجاري (في حالة العمل الحر): _____

(13) مستندات مستخدمة لتحديد الدخل: _____

(14) هل يتم تقديم نموذج الطلب للرصيد بعد التأمين؟ _____

(15) اسم شركة التأمين إذا كانت الإجابة نعم: _____

شهادة مقدم الطلب

أشهد أن البيانات أعلاه المتعلقة بحجم عائلتي ودخلي حقيقية وصحيحة.

توقيع المريض أو الضامن: _____ التاريخ: _____