

## طلب المساعدة المالية



## معلومات المتقدم (الضامن)

اسم المتقدم \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_ مدينة \_\_\_\_\_ ولاية \_\_\_\_\_ بريد بريد \_\_\_\_\_  
 رقم الجوال \_\_\_\_\_ رقم المنزل \_\_\_\_\_  
 الحالة الاجتماعية:  متزوج  أعزب  مطلق  أرمل

## معلومات المتقدم المشارك

اسم الزوج/الشريك المنزلي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_ مدينة \_\_\_\_\_ ولاية \_\_\_\_\_ بريد بريد \_\_\_\_\_

## معلومات عن الأسرة (الأسرة)

العلاقة مع مقدم الطلب	تاريخ الميلاد	الاسم الأول، الأوسط، الاسم الأخير
	1	
	2	
	3	
	4	

## الدخل

المتقدم المشارك		المتقدم	
\$	الدخل الإجمالي	\$	الدخل الإجمالي
\$	الضمان الاجتماعي / SSI / SSDI	\$	الضمان الاجتماعي / SSI / SSDI
\$	المساعدة العامة	\$	المساعدة العامة
\$	دخل العقارات المؤجرة	\$	دخل العقارات المؤجرة
\$	التقاعد/المعاش	\$	التقاعد/المعاش
\$	مكافأة العمل	\$	مكافأة العمل
\$	البطالة	\$	البطالة
\$	نفقة الطفل	\$	نفقة الطفل
\$	أخرى	\$	أخرى
\$	المجموع	\$	المجموع

## المصاريف

المتقدم المشارك		المتقدم	
\$	تأمين الحياة	\$	تأمين الحياة
\$	النفقات الطبية	\$	النفقات الطبية
\$	أخرى	\$	أخرى
\$	ضريبة الممتلكات	\$	ضريبة الممتلكات
\$	هاتف/هاتف محمول	\$	هاتف/هاتف محمول
\$	المرافق	\$	المرافق
\$	المجموع	\$	المجموع

## توزيع الحقوق

بتوقيعي أدناه، أعلن تحت طائلة الحنث باليمين أن المعلومات والتصريحات الواردة في هذا الطلب للمساعدة المالية، إلى جانب جميع الوثائق المقدمة، دقيقة وصحيحة وصحيحة.

أفهم أن مستشفى هوغ قد يطلب بشكل معقول معلومات إضافية وتحقق إذا لزم الأمر.

أقر بأن المعلومات والبيانات التي قدمتها ستظل سرية من قبل مستشفى هوغ.

أفهم أن إكمال هذا الطلب يسمح لهواغ بأخذ ظروف في الاعتبار.

وأفهم أيضا أن هوغ لا يقدم أي تمثيل بأن المساعدة المالية مضمونة.

أنا/نحن نصادق بموجب هذا على المعلومات أعلاه ونوافق عليك طوعا للحصول على معلومات اتثمانية تخصني/تخصنا.

التاريخ

توقيع المتقدم

التاريخ

توقيع المتقدم المشت

## التقديم والوثائق المطلوبة

يرجى اختيار ما تتقدم له:  خصم  المساعدة المالية (الرعاية الخيرية)

تستخدم Hoag تطبيقا واحدا لكل من الدفع المخفض والمساعدة المالية (الرعاية الخيرية). من المهم أن تعرف أنه إذا تقدمت فقط بطلب على دفعة مخفضة، فقد تحصل على خصم أقل مما قد تحصل عليه من خلال برنامج الرعاية الخيرية. كمية المساعدة التي تحصل عليها تعتمد على البرنامج الذي تؤهل له.

بالإضافة إلى طلب المساعدة المالية، يجب تقديم المستندات التالية:

- قسيمان (2) للراتب لكل شخص في منزلك يتقاضى أجرا، أو إقرار ضريبي 1040 للسنة التي تم فيها فوترة المريض لأول مرة، أو عن ال 12 شهرا التي تسبق تاريخ الفوترة. تأكد من تضمين جميع الجداول والمرفقات.
- نسخة من شيك الإيجار الملغى الأخير، أو عقد الإيجار، أو دفعة الرهن العقاري التي تم إلغاؤها. إذا كان شخص مثل أحد أفراد العائلة أو صديق يمنحك مكانا للعيش أو يساعد في ذلك الآن، يمكنك تقديم بيان مكتوب منه بدلا من ذلك.

يرجى إرسال طلبك وجميع المستندات المطلوبة باستخدام أحد هذه الخيارات:

▪ فاكس آمن: 7031-764-949

▪ البريد الإلكتروني: PFS@hoag.org

▪ البريد:

خدمات المرضى المالية، 2975 شارع ريد هيل، جناح 200 كوستا ميسا، كاليفورنيا 92626

بعد استلامنا لطلبك المكتمل، سنرسل لك قرارا كتابيا خلال 30 يوما.

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في التحدث عن حسابك، يرجى الاتصال على 8400-764-949.

ساعات مكتبنا من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحا حتى 4:30 مساء.