

## برنامج المساعدة في الرعاية بمستشفى نيو جيرسي

يجب ارفاق وثائق اثبات الهوية، اثبات الدخل واثبات الأصول مع هذا الطلب. أرسل نسخ عن كافة الوثائق المطلوبة. لا ترسل النسخ الأصلية حيث أنها لن تعاد.

### القسم I - معلومات شخصية

1. اسم المريض _____ (الاسم العائلي) (الاسم الأول) (الاسم الأوسط)	2. رقم الضمان الاجتماعي _____ - _____ - _____	
3. تاريخ الطلب _____ / _____ / _____ سنة يوم شهر	4. تاريخ الخدمة الأولي _____ / _____ / _____ سنة يوم شهر	5. تاريخ الخدمة المطلوب _____ / _____ / _____ سنة يوم شهر
6. عنوان المريض رقم الهاتف _____ ( _____ )		8. المدينة، الولاية، الرمز البريدي
9. حجم الأسرة*		11. إثبات إقامة 3 اشهر في ولاية نيو جيرسي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
10. الجنسية الأمريكية نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متوقف على الطلب <input type="checkbox"/>		12. اسم الضامن (إذا كان غير المريض) _____

### القسم II - معايير الأصول

	13. أصول فردية: _____
	14. أصول الاسرة: _____
	15. تشمل الأصول: (أ) مبالغ نقدية _____ (ب) حسابات إيداع _____ (ت) حسابات مصرفية جارية _____ (ث) شهادات إيداع/I.R.A. _____ (ج) ملكية في عقار (باستثناء عقار الإقامة الرئيسي) _____ (ح) أصول أخرى (أوراق مالية حكومية، أوراق مالية متداولة - أسهم شركات وسندات) _____ (خ) الإجمالي _____

\* يشمل حجم الأسرة الذات والزوجة وأي أطفال قاصرين. الإمراة الحامل تعتبر كفردين في الأسرة.

## طلب اشتراك (تابع)

### القسم III - معايير الأصول

بعد تحديد الأهلية للمساعدة في رعاية المستشفى، يجب استخدام دخل الزوج/الزوجة لشخص بالغ. دخل وأصول الوالد/الوالدة أو الوالدين لطفل قاصر. يجب إرفاق إثبات الدخل مع هذا الطلب. يستند الدخل على حساب إما على دخل اثنا عشر شهراً أو ثلاث أشهر أو شهر واحد قبل تاريخ الخدمة. الدخل الإجمالي لمريض/أسرة يساوي أيهما أقل من التالي:

آخر 12 شهر	آخر 3 أشهر <u>X 4</u>	آخر 1 شهر <u>X 12</u>
	أو	

16. مصدر الدخل

سنوياً	كل شهر	كل أسبوع	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (أ) الراتب/الأجور قبل الاقتطاعات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ب) المساعدة العامة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ت) استحقاقات الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ث) تعويضات البطالة والاصابة في العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ج) استحقاقات المحاربين القدماء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ح) نفقات الزوجة المطلقة/إعالة الطفل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (خ) مساعدات مالية أخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (د) دفعات التقاعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ذ) دفعات التأمين والدفعات الشهرية أو السنوية من استثمارات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ر) أرباح/فوائد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ز) دخل من إيجار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (س) دخل صافي من عمل تجاري (العاملون لحسابهم الخاص يتم إثباته من قبل مصدر مستقل)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ش) غير ذلك (استحقاقات إضراب، رواتب تدريب، استحقاقات عسكرية - تعويضات عائلية، دخل من ممتلكات عقارية وإئتمانات)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (ص) الإجمالي

### القسم IV - الشهادة على الطلب

إني على معرفة أن المعلومات التي قدمتها تخضع للتدقيق من قبل منشأة الرعاية الصحية المناسبة والحكومات الفدرالية والتابعة للولاية. التضليل المتعمد لهذه الحقائق يجعلني مسؤولاً عن جميع رسوم المستشفى والتعرض لعقوبات مدنية.

إذا طلب مني ذلك من قبل منشأة الرعاية الصحية، سوف أقدم طلبتي للحصول على المساعدة الطبية الحكومية أو الخاصة لدفع فاتورة المستشفى.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه بشأن عدد أفراد العائلة والدخل والأصول حقيقية وصحيحة.

إني على اطلاع أنه من واجبي إعلام المستشفى عن أي تغيير في الوضع في ما يخص دخلي أو أصولي.

18. التاريخ

17. توقيع المريض أو الضامن