



للمساعدة في سداد حسابك

إذا كنت تريد أن يتم النظر في أمر مشاركتك في برامج المساعدة المالية، يرجى إكمال النموذج أدناه بالكامل وإعادته إلى مركز ويكسنتر الطبي التابع لجامعة ولاية أوهايو "OSU Wexner Medical Center".

لست مؤهلاً للحصول على المساعدات المالية إذا كنت تدخل إلى ولاية أوهايو فقط من أجل الحصول على علاج طبي.

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدات في سداد فاتورة مركز ويكسنتر الطبي، يرجى الاتصال على 614-293-2100.

اسم المريض	تاريخ اليوم:
العنوان:	
تاريخ الميلاد	رقم السجل الطبي (للاستخدام المكتبي فقط):
1) هل كان المريض مقيماً في أوهايو وقت الخدمة؟ نعم
2) هل كان لدى المريض تأمين طبي وقت الخدمة؟ نعم
3) هل كان المريض متلقياً لإعانات Medicaid وقت الخدمة؟ نعم
إذا كانت الإجابة نعم على السؤال 2 أو السؤال 3، يرجى إرفاق نسخة من بطاقة التأمين أو Medicaid الخاصة بك مع هذا الطلب.	

تاريخ الخدمة في المستشفى:

يرجى تقديم المعلومات التالية لجميع الأشخاص في عائلتك المباشرة.

لأغراض برنامج HCAP، تُعرّف "العائلة" بأنها المريض وزوج المريض (سواء كان يعيش في المنزل أم لا) وجميع أطفال المرضى دون سن 18 عاماً (سواء بيولوجيين أو بالتبني) ممن يعيشون في منزل المريض. (يرجى إضافة صفحات إضافية حسب الاقتضاء) ** إذا كان المريض قاصراً، يجب إدراج الأبوين البيولوجيين - حتى إذا كانا لا يعيشان في المنزل.

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	إجمالي الدخل المستلم خلال الأشهر الثلاث (3) السابقة على تاريخ الخدمة	إجمالي الدخل المستلم خلال اثني عشر (12) شهراً السابقة على تاريخ الخدمة	مصدر الدخل (وظيفة، معاش، ضمان اجتماعي، إعانة بطالة، إلخ)	تاريخ البدء / التوظيف
		المريض	\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		
			\$	\$		

يرجى التأشير على نوع إثبات الدخل المرفق: يجب أن يتضمن إثبات الدخل الـ 3 والـ 12 شهراً السابقة على تاريخ الخدمة. (يرجى إرسال نسخ - لن يتم إرجاع الأصول)

- إثبات إعانات البطالة
- نسخ من إيصالات الدفع
- إثبات أي دخل مستلم
- الضمان الاجتماعي / المعاش / خطاب إعانات الإعاقة
- خطاب من صاحب العمل يذكر إجمالي الدخل المستلم

إذا أبلغت عن دخل بقيمة 0 دولار، يرجى إرفاق شرح موجز لطريقة معيشتك خلال الـ 3 والـ 12 شهراً السابقة على تاريخ الخدمة. إذا تلتقيت دعماً من شخص ما، يرجى أن تطلب من ذلك الشخص أن يقدم خطاباً يبين المدة الزمنية الذي دعمك خلالها ونوع الدعم الذي قدمه.

إذا كان دخل منزلك يزيد عن مستوى الفقر الفيدرالي، فسوف تراجع حسابك لبرامج المساعدة الإضافية. قد تتضمن هذه المراجعة الحصول على معلومات من تقريرك الائتماني.

بالتوقيع أدناه، أقر بأن كل شيء ذكرته في هذا الطلب وفي مرفقاتي صحيح ودقيق.

يرجى إرجاع هذا النموذج مع إثبات الدخل إلى:

OSU Wexner Medical Center
Financial Assistance Department
PO Box 183107
Columbus, OH 43218-3107
Fax #: 614-293-2260
البريد الإلكتروني: financialassistance@osumc.edu

توقيع مقدم الطلب _____ التاريخ _____

العلاقة بالمريض (إذا لم يكن مريضاً) _____ رقم هاتف المريض _____

التعليقات (للاستخدام الداخلي فقط): _____

للاستخدام الداخلي فقط
المراجع: _____ إرسال إلى FIN-ASST