

## إستمارة طلب للرعاية بدون تعويض

الجزء 1- معلومات العائلة/الوصي		الجزء 4 - ممتلكات غير سائلة				
القيمة	القيمة	قيمة الدين	السنة	نوع		
عدد الأفراد بالأسرة:					سيارة 1	
عدد المعالين مادياً تحت سن 21:	\$ _____				سيارة 2	
إسم الضامن:	\$ _____				آخر	
صلة القرابة بالمريض:	\$ _____					
حالة الجنسية:		المجموع				
				<input type="checkbox"/> ملك	هل تستأجر أم تملك بيتك؟	
				<input type="checkbox"/> نعم	هل لديك ممتلكات أخرى؟	
الجزء 2- إجمالي الدخل الشهري		العنوان/ الموقع				
الأم						
<input type="checkbox"/> العمل	\$ _____					
<input type="checkbox"/> مساعدة الإعاقة	\$ _____					
<input type="checkbox"/> مساعدة البطالة	\$ _____					
<input type="checkbox"/> مساعدة التقاعد	\$ _____					
<input type="checkbox"/> تأمين Medi-cal	\$ _____					
<input type="checkbox"/> آخر	\$ _____					
الأب						
<input type="checkbox"/> العمل	\$ _____					
<input type="checkbox"/> مساعدة الإعاقة	\$ _____					
<input type="checkbox"/> مساعدة البطالة	\$ _____					
<input type="checkbox"/> مساعدة التقاعد	\$ _____					
<input type="checkbox"/> تأمين Medi-cal	\$ _____					
<input type="checkbox"/> آخر	\$ _____					
<b>مجموع الدخل</b>						
الجزء 3- السيولة المالية		الجزء 5 - المصروفات الشهرية				
رقم حساب جاري	\$ _____	الأم	الأب			
إسم البنك:		\$ _____	\$ _____			
الفرع:		\$ _____	\$ _____			
رقم حساب توفير	\$ _____	\$ _____	\$ _____			
إسم البنك:						
الفرع:						
آخر:	\$ _____					
حدد						
مجموع السيولة المالية	\$ _____					
		المستندات المطلوبة				
		<input type="checkbox"/> الإقرار الضريبي للعام الماضي أو وصل راتب لثلاث أشهر				
		<input type="checkbox"/> نسخة من كشف الحساب البنكي (شهرين)				
		<input type="checkbox"/> إيصال الإيجار أو دفعات الرهن العقاري (ثلاث أشهر)				
		<input type="checkbox"/> أخرى (توضيح)				

الغرض: الغرض من هذه المعلومات المطلوبة هي تحديد قدرتك على الدفع مقابل الرعاية الطبية بمستشفى Children's Hospital LA، أو احتمالية تأهيلك لبرنامج المساعدة الطبية. هذه المعلومات ليست لطلب التأمين الصحي من Medi-cal وخدمات أطفال كاليفورنيا California Children's Services، أو برنامج خدمات المقاطعة للمعوزين طبيياً، أو أي برنامج مساعدة آخر تابع للمقاطعة. يجب عليك الإتصال بقسم الخدمات الاجتماعية التابعة لمقاطعة لإقامتك لتقديم طلب لبرنامج المساعدة.

أنا أقر أن المعلومات المقدمة صحيحة و كاملة. أنا على علم بأن المستشفى تحتفظ بحق التأكد من جميع المعلومات. أنا أوافق على إخبار قسم خدمات المريض التجارية بأي تغيير بمعلوماتي المالية خلال عشرة أيام من التغيير.

أنا أعلم أنني مسؤول وبشكل كامل عن التكاليف بمستشفى CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES

التاريخ

توقيع الأب أو الأم/ الوصي

ممثل المستشفى

الشاهد / المترجم