

الرجاء طباعة المعلومات كافة

اسم المريض (الأخير، الأول، الأوسط)	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	الولاية	رقم الاتصال الهاتفي في أثناء النهار
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> منفصل*	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> معاش <input type="checkbox"/> عاطل	1. هل كنت أحد المقيمين في أوهايو في وقت تلقي الخدمة بالمستشفى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تاريخ الخدمة	رقم حساب المستشفى	2. هل كنت منفع من خدمات MEDICAID في وقت تلقي الخدمة بالمستشفى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حال كانت الإجابة نعم، رقم فترة MEDICAID:
يغطي الطلب إقامة داخلية و/أو ثلاثة أشهر (أشهر الخدمة وشهرين عقبها)	3. هل كنت منفع من الإعاقة المساعدة في وقت تلقي الخدمة بالمستشفى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ الميلاد
اسم الزوج (الأخير، الأول، الأوسط)	الحالة الوظيفية في وقت الخدمة <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> معاش <input type="checkbox"/> عاطل	رقم الضمان الاجتماعي

"الأسرة" تشمل المريض والزوج\* (بغض النظر عما إذا كانا يعيشان في المنزل) وكل أطفال المرضى الطبيعيين أو المتبنيين الأقل من 18 عامًا الذين يعيشون في المنزل. في حال كان المريض أقل من 18 عامًا، "الأسرة" تشمل المريض وأولياء أمورهم الطبيعيين أو المتبنيين\* (بغض النظر عما إذا كانوا يعيشون في المنزل) وأطفال أولياء الأمور الأقل من 18 عامًا الذين يعيشون في المنزل.

اسم فرد الأسرة	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	إجمالي الدخل المتلقى خلال فترة الثلاثة أشهر قبل تلقي الخدمة	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل
(المريض)		الشخص نفسه		
(الزوج)				
إجمالي أفراد الأسرة		إجمالي دخل الأسرة		

بيان دخل \$0:

يوفر بيانًا لكيفية تلبية احتياجات الطعام/السكن الأساسية خلال ثلاثة أشهر قبل تاريخ الخدمة.

\*يلزم تحديد دخل الزوج أو الوالد الذي لا يعيش في المنزل ما لم يسهم الزوج أو ولي الأمر الغائب في الأسرة المعيشية؛ ينبغي استخدام تجميع الدخل لتوثيق "لا يسهم".

\*\*يُضمن التحقق من الدخل بدون حصره في- نسخ إجمالي الأجر قبل اختصام الضرائب والمعاشات وإعانات SSD/SSI/البطالة ونفقة الطلاق ودعم الطفل (في حال كان الطفل مريضًا) وإعانات قدامى المحاربين والتوزيعات من أحد حسابات الطلب (IRA) و(k)401 و(b)401.

في حال تلقيت إعانات ضمان اجتماعي أو إعاقه، يمكن تقديم خطاب التحقق من الدخل أو أحدث نماذج 1099 الخاصة بك. يمكن الحصول على خطاب تحقق عبر التواصل مع إدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213.

لقد قدمت أنا الموقع أدناه المعلومات السابقة لاعتبارها لأغراض الإعانة المالية من خلال Summa Rehab Hospital و؛

أقر أنها معلومات حقيقية ودقيقة على قدر علمي، و؛

أدرك أن Summa Rehab Hospital تحتفظ بالحق في تعديل هذا البرنامج أو إلغاءه وفق قواعد وزارة العمل والخدمات الأسرية بأوهايو.

X

(يجب أن يوقع الطلب المريض أو ممثله القانوني فقط حتى يكون الطلب صالحًا)

(التاريخ)

(توقيع ممثل المستشفى/قسم أو وكالة)

(التاريخ)