

Patient Name (First, Middle, Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

اسم مُقدّم الطلب (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)	موقع الخدمة
---	-------------

إرشادات: أكمل الطلب وأرفق تُستخاً من المستندات التالية:

- الإقرارات الضريبية والجدول الداعمة (للعامين الماضيين)
- قسائم الراتب* (عن آخر 3 أشهر)
- إعانات الضمان الاجتماعي* (إن وجدت)
- كشوف الحسابات البنكية* (عن آخر 3 أشهر لجميع الحسابات)
- في صفحة منفصلة، اذكر الأسباب التي تدفعك لطلب الحصول على مساعدة مالية*
- نموذج الكشف الضريبي W-2 أو بيانات خاصة بالبطالة*

لقد قدمت أو سأقدم طلباً للحصول على معونة طبية ضمن برنامج رعاية صحية فيدرالي أو على مستوى الولاية، أو حصلت على مصادقة على استحقاقى للانضمام لبرنامج التأمين الصحي.*	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا السبب _____
أنتظر الفصل في دعوى قضائية، أو إجراء تسوية، أو مطالبة بتعويض عن إصابة جسدية، أو أنتظر الفصل في مسؤولية قانونية.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا السبب _____
يمكنني الانضمام لبرنامج تأمين صحي توفره جهة العمل التي أعمل لديها أو جهة العمل للزوج أو الزوجة.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا السبب _____
عدد أفراد الأسرة (المريض، والزوج أو الزوجة، والمعالون كما هو وارد في بيان ضريبة الدخل)	الدخل السنوي للأسرة (كما هو وارد في بيان ضريبة الدخل)

المريض أو الجهة المسؤولة

الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)	تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة)
العنوان	المدينة
الهاتف	الولاية
الحالة الوظيفية	الرمز البريدي
الحالة الاجتماعية*	اسم جهة العمل
مدة التوظيف	هل أنت مطالب بتقديم إقرار ضريبي آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (في حال الإجابة بـ "نعم"، يُرجى تقديم الإقرارات الضريبية.)
تاريخ/مدة البطالة (شهر-يوم-سنة)	تاريخ/مدة البطالة (شهر-يوم-سنة)

الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكة (يُستخدم لتحديد جميع حسابات المريض المؤهلة للحصول على مساعدة مالية)

الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)	تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة)
العنوان	المدينة
الهاتف	الولاية
الحالة الوظيفية	الرمز البريدي
الحالة الاجتماعية*	اسم جهة العمل
مدة التوظيف	هل أنت مطالب بتقديم إقرار ضريبي آخر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (في حال الإجابة بـ "نعم"، يُرجى تقديم الإقرارات الضريبية.)
تاريخ/مدة البطالة (شهر-يوم-سنة)	تاريخ/مدة البطالة (شهر-يوم-سنة)

*غير متاحة في مواقع برنامج NHSC، بما في ذلك مدينة بارون، أو كامرون، أو رابيس ليك، أو موندوفي، أو أوسيو، أو مينوموني، أو ويسكونسن، أو مراكز العلاج السلوكي في مدينة ألبرت ليا بولاية مينيسوتا (تشمل مراكز Fountain Centers).

طلب الحصول على مساعدة مالية (يُتبع)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

المعالون (في حال وجود أكثر من 4 معالين، يُرجى استخدام صفحة منفصلة)

الاسم الكامل	الصلة	تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة)
1.		
2.		
3.		
4.		

مصدر دخل آخر

الوصف	مبلغ الدخل الشهري

ديون طبية

النوع	الجهة المستحقة	الأقساط غير المدفوعة	دفعة السداد الشهرية
الطبيب المُعالج			
المستشفى العلاجي			
أخرى			

التوقيعات على الإقرارات

أقر أن جميع المعلومات الواردة في هذه الوثيقة صحيحة ودقيقة على حد علمي. وأدرك أن هذه المعلومات ستُستخدم في التأكد من قدرتي على سداد قيمة الخدمات التي ستقدمها لي مايو كلينك أو أي جهة تابعة لها وأصرّح ل مايو كلينك وجميع العيادات والمستشفيات والمؤسسات التابعة لها بتبادل هذه المعلومات حسبما تقتضي الضرورة للنظر في طلبي للحصول على مساعدة مالية. بموجب هذه الوثيقة أصرّح ل مايو كلينك وجميع الجهات والممثلين أو الوكلاء التابعين لها بالتحقق من صحة المعلومات الواردة فيها.

توقيع المريض أو الجهة المسؤولة	تاريخ اليوم (شهر-يوم-سنة)
اسم الجهة المسؤولة بحروف واضحة (الاسم الأول، والاسم الأوسط، واسم العائلة)	
توقيع الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكة	تاريخ اليوم (شهر-يوم-سنة)
اسم الزوج/الزوجة أو الشريك/الشريكة بحروف واضحة (الاسم الأول، والاسم الأوسط، واسم العائلة)	