

تطبيق مستشفى Summa Rehab Hospital للمساعدة المالية
البرنامج الخيري لمستشفى Summa Rehab Hospital
برنامج الخصم للمرضى بدون تأمين صحي

يرجى كتابة جميع المعلومات بحروف واضحة

اسم المريض (العائلة، ثم الأول، ثم الأوسط)	رقم الضمان الاجتماعي.	تاريخ الميلاد
عنوان الشارع	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف النهاري		
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> *منفصل	وضع التوظيف في وقت تقديم الخدمة <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> عاطل	1. هل كنت مقيمًا في ولاية أوهايو في وقت تلقي الخدمات من المستشفى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تاريخ توفير الخدمة	رقم الحساب في المستشفى	2. هل كنت مستفيدًا نشطًا من برنامج MEDICAID في وقت تلقي الخدمات في المستشفى إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو رقم فترة MEDICAID
يشمل الطب الإقامة في العيادات الداخلية و / أو ثلاثة أشهر (شهر توفير الخدمة والشهرين التاليين له)		3. هل كنت مستفيدًا نشطًا من مساعدة الإعاقة في وقت تلقي الخدمات في المستشفى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الزوج / الزوجة (العائلة، ثم الأول، ثم الأوسط)	رقم الضمان الاجتماعي.	تاريخ الميلاد
	وضع التوظيف في وقت تقديم الخدمة <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> عاطل	

تشمل "العائلة" المريض وزوجته / زوجه (بغض النظر عما إذا كانوا يعيشون في نفس المنزل) وجميع أطفال المريض، الطبيعيين أو بالتبني، الأقل من عمر 18 عامًا ويعيشون معه في المنزل. إذا كان المريض أقل من 18 عامًا، فإن مصطلح "العائلة" يشمل المريض، ولي (وليا) الأمر الطبيعيين أو بالتبني للمريض* (بغض النظر عما إذا كانوا يعيشون في نفس المنزل أم لا) وأطفال الوالدين الأقل من عمر 18 عامًا ويعيشون في المنزل.

اسم الفرد في العائلة	تاريخ الميلاد	العلاقة بالمريض	الدخل الإجمالي المستلم خلال الأشهر الثلاثة التي تسبق شهر الخدمة	مصدر الدخل أو اسم صاحب العمل
(المريض)		الذات		
(الزوج / الزوجة)				
إجمالي الأشخاص في العائلة		إجمالي دخل الأسرة		

بيان الدخل الصفري:

قدم بيانًا موجزًا عن كيفية تلبية الاحتياجات الغذائية / السكنية الأساسية خلال الأشهر الثلاثة السابقة لتاريخ الخدمة

* مطلوب دخل الزوج / الزوجة أو الوالد الذي لا يعيش في المنزل ما لم يكن الزوج / الزوجة أو الوالد الغائب لا يساهم في الأسرة؛ استخدم جزء "الدخل" لاختيار الخيار "لا يساهم في الأسرة".

** التحقق من الدخل يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، نسًا من إجمالي الأجر قبل الضرائب والمعاشات وامتيازات دخل الضمان الاجتماعي / الضمان الاجتماعي للمعاقين / البطالة، النفقة، إعالة الطفل (إذا كان الطفل هو المريض)، امتيازات المحاربين القدامى، التوزيعات من حساب التقاعد (مصلحة الضرائب الداخلية)، (401(k)، (401(b)

إذا كنت تتلقى امتيازات الضمان الاجتماعي أو الإعاقة، يمكن تقديم خطاب تأكيد الدخل أو أحدث نموذج 1099 قيمت بتقديمه. يمكن الحصول على خطاب تأكيد الدخل عن طريق الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213.

أنا، الموقع أدناه، قدمت المعلومات المذكورة أعلاه للنظر فيها للحصول على مساعدة مالية من خلال مستشفى Summa Rehab Hospital؛ وعلى حد علمي، أقر بأن هذه المعلومات صحيحة ودقيقة؛

وأفهم أن مستشفى Summa Rehab Hospital تحتفظ بالحق في تعديل أو إلغاء هذا البرنامج وفقًا لقواعد إدارة الوظائف والخدمات العائلية في ولاية أوهايو (ODJFS).

X

(يجب أن يقوم المريض أو الممثل القانوني للمريض فقط بالتوقيع على الطلب لكي يكون صالحًا)

(التاريخ)

(توقيع ممثل المستشفى / القسم أو الوكالة)

(التاريخ)