

BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Effective 1/1/2025 Rev. 11/2024



الرجاء إدخال رقم (أرقام) الحساب من كشف (كشوف) حسابك:		رقم السجل الطبي (MRN):	
البيانات الديموغرافية للمريض			
اسم المريض (اسم العائلة، الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)		رقم الضمان الاجتماعي	
عنوان محل إقامة المريض (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)		تاريخ الميلاد: (شهر / يوم / سنة)	
هاتف المريض		المقاطعة	
الحالة الاجتماعية		اسم الزوج/الزوجة	
☐ انفصال ☐ طلاق ☐ زواج ☐ عزوبية ☐ ترمل			
التوظيف **تستلزم طلبات المرضى القاصرين بيان إجمالي دخل الأسرة**			
حالة توظيف المريض أو الطرف المسؤول		حالة توظيف الزوج / الزوجة أو طرف مسؤول آخر	
إذا كان المريض قاصرًا: الأم أو الوصي أو زوج الأب		إذا كان المريض قاصرًا: الأب أو الوصي أو زوج الأم	
حالة التوظيف		حالة التوظيف	
☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي ☐ عاطل - الرجاء كتابة اسم جهة العمل السابقة ورقم هاتفها.		☐ دوام كامل ☐ دوام جزئي ☐ عاطل - الرجاء كتابة اسم جهة العمل السابقة ورقم هاتفها.	
جهة العمل		جهة العمل	
رقم الهاتف		رقم الهاتف	
عدد ساعات العمل في الأسبوع		عدد ساعات العمل في الأسبوع	
☐ بالأسبوع ☐ أسبوعي ☐ مرة كل أسبوعين ☐ شهري ☐ سنوي		☐ بالأسبوع ☐ أسبوعي ☐ مرة كل أسبوعين ☐ شهري ☐ سنوي	
معدل التكرار		معدل التكرار	
☐ بالأسبوع ☐ أسبوعي ☐ مرة كل أسبوعين ☐ شهري ☐ سنوي		☐ بالأسبوع ☐ أسبوعي ☐ مرة كل أسبوعين ☐ شهري ☐ سنوي	
الدخل المكتسب \$		الدخل المكتسب \$	
الدخل الإضافي \$		الدخل الإضافي \$	
إجمالي دخل أسرة المريض: \$ (إجمالي كل الدخل المدرج أعلاه)			
أوراق الحوالة النقدية للرواتب إثبات التحقق من جهة العمل استفسار الائتمان (يتم استكمالها بواسطة BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH (BSWH) نموذج الضرائب W-2 الصادر عن دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) إقرار ضريبي المساعدات الحكومية (قسائم الطعام، CDIC Medicaid، برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF كشوفات الحساب المصرفية الضمان الاجتماعي أو تعويضات العاملين أو خطابات قرارات تعويضات البطالة غير ذلك:			
أفراد الأسرة: يُرجى ذكر إجمالي عدد أفراد أسرة المريض. يجب أن يشمل هذا العدد على المريض وشريك حياته وأفراد أسرته فقط.			
الأصول وموارد أخرى			
هل لديك أي أصول أو موارد أخرى متاحة لك؟ (على سبيل المثال، حسابات ادخار، ودائع، أسهم، سندات، حسابات تقاعد، صناديق أموال مشتركة وما شابهها).		هل لديك تأمين صحي؟	
☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة اسم شركة التأمين:		☐ نعم ☐ لا هل لديك حساب ادخار صحي (Health Savings Account) أو حساب إنفاق مرن (Flexible Spending Account)؟	
☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر مقدار المبلغ الحالي المتاح بالدولار: \$		☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر مقدار المبلغ الحالي المتاح بالدولار: \$	
أدرك وأفهم أنه يجوز لمؤسسة Baylor Scott & White Health ("BSWH") التحقق من صحة المعلومات المالية الواردة في طلب الحصول على المساعدات المالية هذا ("الطلب") فيما يخص تقييم مؤسسة BSWH لهذا الطلب، وأصرّح، بموجب توقيعني على هذا المستند، لجهة عملي وأي شخص تم ذكره في هذا الطلب بإثبات أو تقديم تفاصيل إضافية فيما يخص المعلومات المقدمة في هذا الطلب. كما أصرّح لمؤسسة BSWH بطلب تقارير من وكالات جمع المعلومات الائتمانية وإدارة الضمان الاجتماعي. أشهد وأقر أن البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة على حد علمي وتقديري، ومقدمة بنية حسنة. أدرك وأفهم أن التزوير أو تقديم معلومات غير صحيحة في هذا الطلب قد يؤدي إلى حرمانني من المساعدة المالية. كما أعني أن بعض الأطباء ومقدمي الخدمات قد لا يكونون موظفين لدى مؤسسة BSWH. أدرك أنني قد ألتقي فواتير منفصلة من مقدمي الخدمات المعنيين وأن طلب الحصول على المساعدات المالية هذا لن يتم تطبيقه على الحسابات المستحقة المعنية.			
توقيع المريض أو الطرف المسؤول		الاسم بحروف واضحة	
التاريخ			
FOR HOSPITAL USE ONLY			
☐ Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.		☐ Patient is part of community care programs	
Signature of BSWH Employee / BSWH Rep: _____		Date: _____	
Name of Program: _____			