



مستشفى جونز هوبكنز
طلب المساعدة المالية

الاستمارات المطلوبة:
طلب المساعدة المالية (مرفقة)

الوثائق المطلوبة:

1. نسخة من الإقرارات الضريبية للعام الماضي. (إذا كنت متزوجًا وملأت الإقرار بشكل منفصل، فيرجى تقديم نسخ من إقراريك أنت وزوجك.)
2. نسخة من آخر ثلاثة (3) كشوف للراتب أو خطاب من صاحب العمل أو إثبات حالة التوظيف.
3. نسخة من خطاب موافقة الضمان الاجتماعي للعام الحالي (إن وجد).
4. نسخة من خطاب تقرير من المساعدة الطبية أو الضمان الاجتماعي.
5. إثبات مصاريف المعيشة الشهرية كما هو مسجل في طلبك، مثل نسخ فواتير الهاتف أو فواتير الخدمات أو مدفوعات الإيجار/الرهن العقاري.
6. نسخ من النفقات الطبية غير المدفوعة.
7. نسخة من جميع بطاقات التأمين الطبي.
8. إثبات الإقامة مثل بطاقة الهوية أو رخصة القيادة أو شهادة الميلاد أو حالة الإقامة الدائمة القانونية (البطاقة الخضراء).
9. إذا كان ذلك ممكناً، يملأ المرضى الذين يعملون لحسابهم الخاص الإقرار الضريبي (شاملاً الربح أو الخسارة).
10. إذا كان ذلك ممكناً، خطاب دعم موثق بدون دخل مكتوب من قبل الشخص الذي يقدم الدعم المالي.

العنوان البريدي:

مستشفى جونز هوبكنز

3910 كيسويك رود، الجناح S-5100

ATTN: الاتصال بالمساعدة المالية

بالتيمور، ماريلاند 21211

البريد الإلكتروني: FinancialAssistance@jhmi.edu

الهاتف: 443-997-3067

الفاكس: 443-769-1250



طلب المساعدة المالية

معلومات عنك

الاسم:

الاسم الأول الأوسط اللقب

رقم الضمان الاجتماعي - الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج

منفصل مواطناً أمريكي نعم لا الإقامة الدائمة نعم لا

عنوان المنزل: الهاتف

المدينة الولاية الرمز البريدي البلد

اسم صاحب العمل: الهاتف عنوان العمل:

الرمز البريدي الولاية

المدينة أفراد العائلة:

الشخص	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن
الاسم	العلاقة	السن

هل قدمت طلباً للحصول على المساعدة الطبية
إذا كانت إجابتك نعم، ما هو تاريخ تقديم الطلب؟
إذا كانت إجابتك نعم، كيف القرار؟

هل تحصل على أي نوع من المساعدة الولاية أو الوطنية؟ نعم لا

للتأهل للحصول على المساعدة المالية المفترضة

1. ما هو سن المريض؟ _____
2. هل المريضة حامل؟ نعم أو لا
3. هل المريض لديه أطفال أقل من 21 سنة يعيشون في المنزل؟ نعم أو لا
4. هل المريض أعمى أو مريض يحتمل أن يكون معاقاً لمدة 12 أشهر أو أكثر
تمنعه من العمل المريح؟ نعم أو لا
5. هل المريض يتلقى حالياً فوائد دخل الضمان الإضافي (SSI) وتأمين العجز في الضمان الاجتماعي (SSDI)؟ نعم أو لا
6. هل يملك المريض (وزوجه إذا كان متزوجاً) إجمالي الحسابات المصرفية أو الأصول القابلة للتحويل إلى نقد لا تتجاوز المبالغ التالية؟
حجم الأسرة:
فردى 2,500.00\$
شخصان: 3,000.00\$
لكل فرد إضافي من أفراد الأسرة، أضف \$100.00
(مثال: بالنسبة لعائلة مكونة من أربعة أفراد، إذا كان لديك إجمالي أصول سائلة أقل من 3200.00 دولار، فستجيب بنعم.)
7. هل يسكن المريض في ولاية ماريلاند؟
إذا كان لا يسكن في ولاية ماريلاند، ففي أي ولاية يسكن؟ نعم أو لا نعم أو لا نعم
8. هل المريض بدون سكن؟ نعم أو لا
9. هل يشارك المريض في برنامج التغذية التكميلية الخاص للنساء والرضع والأطفال (WIC)؟ نعم أو لا نعم
10. هل في الأسرة أطفال في برنامج الغذاء المجاني أو المخفض؟ أو لا نعم أو لا
11. هل تشارك الأسرة في برنامج مساعدة الطاقة منخفض الدخل؟ نعم أو لا
12. هل يتلقى المريض برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)/طوابع الغذاء؟ نعم أو لا نعم
13. هل المريض مسجل في هلثي هوارد أو تسييس بريكستون؟ أو لا نعم أو لا
14. هل تمت إحالة المريض إلى SH من قبل الجمعيات الخيرية الكاثوليكية أو موبايل ميد أو حملة مونج
كو الصليبية للسرطان أو تحالف الرعاية الأولية أو مونتغمري كارز أو بروجكت أكسس أو برويكتو
سالود؟ نعم أو لا نعم
15. هل يملك المريض حالياً:
صيدلية المساعدة الطبية فقط QMB/SMLB _____ أو لا نعم أو لا
16. هل يعمل المريض؟ لا
إذا كانت الإجابة لا، أعطنا معلومات عن عدم عمله.
مؤهله للحصول على تغطية التأمين الصحي كوبرا؟

تصبح جميع الوثائق المقدمة جزءاً من هذا الطلب.

إذا طلبت تقديم مساعدة مالية إضافية لك، فقد يطلب مستشفى جونز هوبكنز معلومات إضافية من أجل اتخاذ قرار تكميلي. بتوقيعك على هذا النموذج، فإنك تقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة وتوافق على إخطار مستشفى جونز هوبكنز بأي تغييرات تطرأ على المعلومات المقدمة في غضون عشرة أيام من التغيير. جميع المعلومات المقدمة في الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي ومعرفتي.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

العلاقة بالمريض

