



## المساعدة في دفع فاتورة المستشفى

**يرجى اختيار البرنامج الذي تتقدم بطلبه**

- ملاحظة:** يمكن للمرضى التقدّم لكلا البرنامجين إذا كانوا مؤهلين. لكل برنامج متطلبات أهلية ووثائق مختلفة.

اسم المريض: \_\_\_\_\_  
رقم/أرقام الحساب: \_\_\_\_\_  
(MRN): رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_  
رقم الضامن (إن وجد): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
المدينة / الولاية / الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

[illegible]

يرجى إدراج المعالين المذكورين في أحدث إقرار ضريبي

الاسم | العمر | صلة القرابة

_____	_____	_____
_____	_____	_____

(.□□□□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□ □□□□□.)

## معلومات التوظيف

جهة عمل المريض: \_\_\_\_\_

الوظيفة: \_\_\_\_\_

جهة عمل الزوج/الزوجة أو الشريك: \_\_\_\_\_

الوظيفة: \_\_\_\_\_

## معلومات دخل الأسرة

يرجى إدراج الدخل الشهري الإجمالي الحالي لجميع البالغين في الأسرة:

1. الأجور / الرواتب: \_\_\_\_\_
2. العمل الحر / دخل الأعمال: \_\_\_\_\_
3. الضمان الاجتماعي / الإعاقة / التقاعد: \_\_\_\_\_
4. دخل آخر (يرجى التحديد): \_\_\_\_\_

إجمالي الدخل الشهري للأسرة: \_\_\_\_\_

## الوثائق المطلوبة

مقدمو طلبات الرعاية الخيرية:

- يرجى تقديم واحد من المستندات التالية لجميع البالغين في الأسرة •
  - قسائم رواتب حديثة (خلال 6 أشهر قبل أو بعد تاريخ أول فاتورة)
  - أحدث إقرار ضريبي فيدرالي (لسنة أول فاتورة أو خلال 12 شهراً سابقاً)
  - بيان موقع يوضح كيفية الدعم المالي للأسرة (إذا لم يتم تقديم إقرار ضريبي)

مقدمو طلبات الدفع المخفض:

- يرجى تقديم واحد من المستندات التالية لجميع البالغين في الأسرة:
  - قسائم رواتب حديثة (خلال 6 أشهر قبل أو بعد تاريخ أول فاتورة)
  - أحدث إقرار ضريبي فيدرالي (لسنة أول فاتورة أو خلال 12 شهراً سابقاً)

لن يطلب المستشفى مستندات متعددة إلا إذا كان ذلك ضرورياً لتوضيح معلومات متعارضة.

---

## معلومات خطة الدفع

(□□□ □□□□□□□ □□□□□ □□□□□□□□)

- سيتفاوض المستشفى على شروط خطة الدفع بناءً على دخل الأسرة ونفقات المعيشة الأساسية.
- إذا لم يتم التوصل إلى اتفاق، سيتم تقديم خطة دفع معقولة بحيث لا تتجاوز الدفعات الشهرية 10% من الدخل الشهري.
- للأسرة (باستثناء نفقات المعيشة الأساسية)

---

## الإقرار

أقرّ بأن المعلومات المقدّمة كاملة وصحيحة. وأفهم أن مستشفى وادي سونوما قد يطلب وثائق إضافية لتحديد الأهلية. إن تقديم هذا الطلب لا يضمن الموافقة.

التوقيع المريض أو الضامن: \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_  
التوقيع الزوج/الزوجة أو الشريك/ة: \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

---

## طريقة التقديم

مستشفى وادي سونوما – محاسبة المرضى / المساعدة المالية  
347 Andrieux Street  
Sonoma, CA 95476

الهاتف: 5325-935-707 | الفاكس: 5319-935-707

---