



## مستشفى وادي سونوما – طلب المساعدة المالية

(□□□□□ □□□ / □□□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□□)

### المساعدة في دفع فاتورة المستشفى

يقدم مستشفى وادي سونوما مساعدة مالية للمرضى الذين لا يستطيعون تحمل تكاليف الخدمات الطبية الضرورية في المستشفى. المساعدة متاحة للجميع بغض النظر عن حالة الهجرة.

يرجى اختيار البرنامج الذي تقدم بطلبه:

- الرعاية الخيرية (رعاية مجانية – شطب 100%)  
 الدفع المخفض / خطة دفع

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

---

### معلومات المريض

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

---

### معلومات الأسرة

عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_  
(□□□□□□□ □□□□□□□ □□/□□□□□□ □□ □□□□□□/□□□□□ □□□□□ □□□□□)  
يرجى إدراج المعالين المذكورين في أحدث إقرار ضريبي

الاسم | العمر | صلة القرابة


(□□□□□□□□ □□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□ □□□□□□.)

## معلومات التوظيف

جهة عمل المريض \_\_\_\_\_  
الوظيفة: \_\_\_\_\_

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

## معلومات دخل الأسرة

يرجى إدراج الدخل الشهري الإجمالي الحالى لجميع البالغين في الأسرة

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

اجمالي الدخل الشهري للأسرة \_\_\_\_\_

## الوثائق المطلوبة

مقدمة طلبات الرعاية الخيرية

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

## مقدّمو طلبات الدفع المخفّض

- يرجى تقديم واحد من المستندات التالية لجميع البالغين في الأسرة
- قسائم رواتب حديثة (خلال 6 أشهر قبل أو بعد تاريخ أول فاتورة) ٥
- أحدث إقرار ضريبي فيدرالي (لسنة أول فاتورة أو خلال 12 شهراً سابقاً) ٥
- لن يطلب المستشفى مستندات متعددة إلا إذا كان ذلك ضرورياً لتوضيح معلومات متعارضة ٠

---

## معلومات خطة الدفع

(٠٠٠ ٠٠٠٠٠٠ ٠٠٠٠٠)

- سيتفاوض المستشفى على شروط خطة الدفع بناءً على دخل الأسرة ونفقات المعيشة الأساسية ٠  
إذا لم يتم التوصل إلى اتفاق، سيتم تقديم خطة دفع معقولة بحيث لا تتجاوز الدفعات الشهرية ١٠٪ من الدخل الشهري ٠  
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.

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

---

## طريقة التقديم

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

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

---