

## طلب مساعدة مالية

Piedmont Healthcare، مركز حلول العملاء  
Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339 2727  
الهاتف: 1.855.788.1212  
الفاكس: 770.916.7511



معلومات عن مقدم الطلب

تاريخ الخدمة (في الماضي أو المستقبل):

الاسم الكامل للمريض: رقم الضمان الاجتماعي:

تاريخ الميلاد: العنوان الفعلي:

المدينة: الدولة: الرمز البريدي: اسم صاحب العمل/الشركة:

العنوان البريدي:

رقم هاتف المنزل: رقم الهاتف المحمول: رقم السجل الطبي:

الاسم الكامل للضامن: رقم الضمان الاجتماعي:

تاريخ الميلاد: العنوان الفعلي:

المدينة: الدولة: الرمز البريدي: اسم صاحب العمل/الشركة:

العنوان البريدي:

هاتف المنزل: رقم الهاتف المحمول: العلاقة بالمريض:

قم بإدراج جميع أفراد الأسرة بأسمائهم القانونية (بخلاف المريض/الضامن المذكورين بالأعلى)

الاسم (الأخير والأول والأحرف الأولى من الاسم)	تاريخ الميلاد	السن	العلاقة بالضامن	الوظيفة	رقم الضمان الاجتماعي	إجمالي الدخل السنوي

نفقات المعيشة

الطبية، بما في ذلك التأمين الصحي والأدوية الشهرية
السكن والمرافق، بما في ذلك الإيجار وأو الهاتف الخليوي وأو الهاتف وأو اشتراك التلفزيون/التلفزيون وأو الإنترنت وأو الطاقة وأو الغاز وأو المياه وأو ضريبة الأملاك وأو الرهن العقاري
وسائل النقل، بما في ذلك أقساط السيارة وأو التأمين على السيارة وأو تكاليف النقل الشهري
نفقات المعيشة الأخرى، بما في ذلك، الرعاية اليومية وأو دعم الأطفال وأو الرسوم الدراسية وأو النفقة

## طلب مساعدة مالية

Piedmont Healthcare، مركز حلول العملاء  
Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339 2727  
الهاتف: 1.855.788.1212  
الفاكس: 770.916.7511



### أسئلة تأمينية

	الدخل الوظيفي
	الضمان الاجتماعي
	الإعاقة
	تعويض البطالة
	الدعم الزوجي/الأطفال
	دخل استثماري
	دخل إيجار
	دخل التقاعد / المعاش
	الادخار أو الفائدة
	مصدر دخل أو دعم آخر

### مصدر دخل الأسرة

	1. هل يمتلك المريض تأمينًا صحيًا؟
	2. هل يمتلك المريض معونة جورجيا الطبية؟
	3. هل يُعالج المريض من الإصابات التي يتم تغطيتها بواسطة تعويضات العاملين؟
	4. هل يُعالج المريض من الإصابات التي يتم تغطيتها بواسطة مسؤولية جهة خارجية مثل شركة التأمين على السيارات؟

إذا لم يكن لديك دخل شهري، فيرجى توضيح كيف تدبر نفقاتك الشهرية

--

بيان

أشهد أن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة على حد علمي. وأتفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق، بما في ذلك سجل وكالة الائتمان، وتخضع للمراجعة بواسطة الوكالات الاتحادية و/أو أجهزة الدولة وغيرها حسب الاقتضاء. وأسمح لصاحب العمل بتقديم دليل على الدخل لـ Piedmont Healthcare. وأتفهم أنه في حالة عدم صحة أي من المعلومات التي قدمتها، فستقوم Piedmont Healthcare بإعادة تقييم وضعي المالي واتخاذ الإجراءات المناسبة.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يلزم وجود الوثائق الداعمة لاستكمال طلبك. يرجى الرجوع إلى صفحة 3 من هذا الطلب للحصول على أمثلة على المواد الداعمة المطلوبة.

## طلب مساعدة مالية

Piedmont Healthcare، مركز حلول العملاء  
Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339 2727  
الهاتف: 1.855.788.1212  
الفاكس: 770.916.7511



- بطاقة هوية بصورة - رخصة قيادة صادرة من الدولة أو بطاقة هوية الدولة أو جواز سفر أو بطاقة هوية القنصلية أو المدرسة تحمل صورة.
- تأشيرة أو بطاقة إقامة أجنبي (إن وجدت)
- إثبات إقامة - يلزم وجود واحد إلى ثلاثة من التالي يوضح عنوان الشارع الحالي المقيم فيه، لتوفير الإقامة:
  - واحد إلى ثلاثة من فواتير الخدمات العامة مثل فاتورة الكهرباء أو فاتورة الغاز أو فاتورة المياه أو فاتورة الهاتف
  - عقد إيجار
  - إيصال إيجار يحتوي على العنوان الحالي
  - خطاب كوبونات غذائية
  - بطاقة تسجيل ناخب
  - وثائق تجارية أخرى تُثبت مكان إقامتك، مثل: كشوفات بطاقة الانتماء أو وثيقة من مكتب خدمات الأموال الداخلية أو خطابات المعونة الطبية أو خطابات طالب من المدرسة أو فاتورة اشتراك التلفزيون أو فواتير الهاتف الخليوي أو البيانات المصرفية أو بيانات الرهن العقاري أو كعب شيك يُظهر عنوانك، وما إلى ذلك.
  - ملاحظة: صندوق البريد لا يثبت الإقامة.
- إثبات الدخل - يلزم وجود واحد مما يلي:
  - ثلاثة كعوب شيك بالأجر الحالي (المريض والشريك)
  - مدعي البطالة، استعلام من قسم أجور العمال (WG-15)
  - نسخ من أحدث البيانات المصرفية لثلاثة أشهر في حالة العيش بدون إيداع
  - خطاب من صاحب العمل على ورق الشركة يؤكد تاريخ بدء العمل وإثبات العمل الحالي والإشارة إلى معدل الأجر بالساعة وإجمالي المبلغ المدفوع عند دفع الراتب وعدد مرات الحصول على الراتب.
  - أي خطابات تشير إلى أن المريض يتلقى تعويضاً عن البطالة أو معونة طبية أو تأميناً بسبب الإعاقة من الضمان الاجتماعي أو مساعدة عامة، وما إلى ذلك.
  - خطاب كوبونات غذائية وكعوب شيك بالأجر
  - تأكيد على انعدام المأوى أو خطاب من ملجأ على ورق الشركة
  - وثائق تجارية أخرى تبين طريقة دعم المريض.
- إثبات عدد المُعالين - يلزم وجود واحد مما يلي:
  - عائدات ضريبة دخل العام الماضي موقعة (الأحدث)
  - أي خطاب يشير إلى أن المريض يمتلك مسؤولية قانونية تجاه الطفل، مثل، أوراق وصاية أو حضانة صادرة عن المحكمة

## طلب مساعدة مالية

مركز حلول العملاء، Piedmont Healthcare  
Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339 2727  
الهاتف: 1.855.788.1212  
الفاكس: 770.916.7511



○ شهادة ميلاد لكل طفل بسن 18 عامًا أو أقل