

## בקשה לסיוע כספי

תאריך השירות: _____
מספר חשבון: _____
מס' זהות: _____
בבית החולים: _____

שם מטופל או מבקש הבקשה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

עיר: \_\_\_\_\_ מדינה בארה"ב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

מס' טל': \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

**המידע הבא דרוש לשקילת הבקשה לסיוע כספי. שים לב: על מטופלים לא מבוטחים להשתתף עם ספק הזכויות הביטוחיות שלנו לפני קבלת הסיוע. ההחלטות יינתנו תוך 90 יום מקבלת הבקשה המלאה וההשתתפות עם הספק שלנו**

שם המעסיק שהוא מקור ההכנסה (אם אתה סטודנט בקולג')	סה"כ הכנסה ברוטו ב-12 החודשים לפני תאריך השירות	סה"כ הכנסה ברוטו ב-3 החודשים לפני תאריך השירות	גיל	קרבה למטופל	שם
				<b>עצמי</b>	

1. **אם הצהרת על העדר כל הכנסה, כיצד אתה נתמך?** \_\_\_\_\_
2. באיזו מדינה חיית בזמן ביקורך? \_\_\_\_\_
3. האם הגשת בקשה לסיוע מ-MEDICAID או עזרה מחוזית כלשהי אחרת?  לא  כן (תאריך/מדינה בארה"ב: \_\_\_\_\_)
4. האם היה לך ביטוח בריאות בתאריך קבלת השירות?  לא  כן (ספק העתק כרטיס עם בקשה זו)
5. האם תאריך השירות היה קשור לתאונת בכלי רכב?  לא  כן (שם ביטוח/ מס' תביעה: \_\_\_\_\_)
6. האם למישהו מבני ביתך יש חשבון עו"ש או חשבון חיסכון?  לא  כן (בשווי: \_\_\_\_\_)
7. האם למישהו מבני ביתך יש נכסים אחרים כלשהם?  לא  כן (סוג/ שווי: \_\_\_\_\_)
8. האם ביתך בבעלותך או אתה שוכר בית?  בבעלותי  שוכר  אחר (\_\_\_\_\_)

### בנוגע לנכסים הרשומים לעיל, עליך לספק את המידע הבא בנוגע לכל אחד מבני הבית:

(נא סמן את הפריטים שהתקבלו)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> עצמאי = טופסי מס הכנסה ממולאים כולל סעיף C<br><input type="checkbox"/> קצבת ילדים = מסמך צו בית משפט<br><input type="checkbox"/> אחר = הוכחה לכל הכנסה אחרת כמו דיווידנדים, ריבית, הכנסה מדמי שכירות<br><input type="checkbox"/> חשבון עו"ש / חיסכון = דוח שוטף של 30 יום לכל חשבון | <input type="checkbox"/> תעסוקה = הכנסה של 3 או 12 חודשים<br><input type="checkbox"/> אבטלה = מכתב קצבה<br><input type="checkbox"/> ביטוח לאומי = מכתב קצבה<br><input type="checkbox"/> פנסיה או נכות = מכתב קצבה |
|--|---|

**תעודות:** בחתימה על מסמך זה, אני מצהיר כי התשובות שסיפקתי בבקשה זו נכונות. במקרה שסקירה נוספת של הבקשה לסיוע כספי של אדם תגלה כי המידע שנמסר על ידי האדם היה כוזב או דבר מרמה, ההחלטה לספק את הסיוע הכספי עשויה להתבטל והצד האחראי יחויב בהוצאות. אני מבין שהמידע שאני מוסר כפוף לאימות על ידי ספק ביה"ח שלי, כולל סוכנויות לדיווחי אשראי, וכפוף לביקורת סוכנויות פרדליות ו/או מדינה ואחרות כנדרש.

חתימת המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת המטופל או נציג: \_\_\_\_\_ קרבה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

(אם לא המטופל)

שלח את הבקשה המלאה והמסמכים אל:  
 11511 Reed Hartman Highway  
 Blue Ash, Ohio 45241