

CHI St. Luke's Health
نموذج طب لمن عدة لمهية -سري

يُرجى ملء جميع المعلومات بالكامل. وإذا كان الأمر لا ينطبق فالتعب "غير متاح" يملئك إياها فحسب لطيفه إذالزم الأمر.

معلومات لفحص	
هل تحتاج إلى تخرج؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تقدم للمريض طببل لتوفادة من بن امج Medicaid؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل يتفيد للمريض من خدمات حكومية عامه، مثل قسائم الطعام أو بن امج لك غنية للتكطيل للنهاه وللرضع والأطفال (WIC)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل يُعد للمريض بل ماوى حلها؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل للرعية الطبيه للمريض من طب قح ادتسريارة أو لربدة عمل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
قيام بمتففى (مفتففىات) Dignity Health أو CommonSpirit Health لاذي تقيت عل جلفيه:	
يُرجى ملاحظة ماولي	
<ul style="list-style-type: none"> لايملن اضمان أهيتك لك حصول فوى ساعدة طهيه، ضى إذا قُدمت طها. بمجرد إرسال طهك، قد تتحقق من جميع المعلومات قدن طب مفهومات لطيفه أو نبهات لدخل. 	

معلومات عن للمريض ويقدم لطب		
الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
تاريخ الميلاد	أرقام سجلات للمريض:	رقم لاضمان الاجتماعى للمريض (اختياري)*
الشخص المسؤول عن دفع فليتورة	للصلا قبل المريض	تاريخ الميلاد
رقم (أرقام) الصلا للطيفي		رقم لاضمان الاجتماعى (اختياري)*
عنوان المريلة للطيفي		رقم (أرقام) الصلا للطيفي
عنوان البريد الإلكتروني:		رقم (أرقام) الصلا للطيفي
الرمز البريدى		رقم (أرقام) الصلا للطيفي

الوضع الوظيفي للشخص المسؤول عن منع قتل التوراة	
□ أي عمل بهاري خلك عيين: _____) لا ي عمل ففترة للبطلة: _____)	
□ أي عمل له سببه □ طلب □ ذو عاقبة □ تتق اعد □ غير لك) _____)	

معلومات عن الأسرة

ذكّر أفراد الأسرة في منزلك بمطعمهم أو أبتشمل "العائلة" شخصين أو أكثر يتوكلون على توفير قوتهم قبل ولادة أو الزواج أو الفيني في غضون عام. إذا كان بإمكانك لمريض ادعاء أن شخصاً ما لم يعتبره معاً إلا في قرار ضربة للدخل فسوف يكون هذا الشخص أحد أفراد عائلة لمريض لأغراض هذا التطبيق.

أفصححة لفرقة إنزالزم الأمر

حجم الأسرة _____

الاسم	تاريخ الميلاد	العمر قبل المريض	إذا كان لعمر 18 عامًا: لمصاحب (المصاحب) العمل أو صدر للدخل	إذا كان لعمر 18 عامًا: إجمالي الدخل السنوي للفرد الذي يخص المريض (بموجب):	هل يتقدم طلب للحصول على مساعدة طبية أيضاً؟
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة ليعلمون بتشمّلهم من ادر لدخل، على سبيل المثال، ما يلي:

- الأجر - البطالة - العمل من أجل النفس - تعويضات العمل - الإعانة - دخل للضمان لكفيل
- إعانة طفل للزوج - برامج دراسة العمل (الطلب) - المعلنات المتعلقة بـ - متوفيات من ابنتك اعد
- غير ذلك يرجى التحدث: _____)

CHI St. Luke's Health
نموذج طب لمن اعدة لمهية -سري

معلومات عن لدخل

تلك سري يجب نجيك افاق بقبات لدخل مع طبك.

يجب غي لفتق بي م معلومات عن دخل سلك ي عدل حقق من لدخل لازم التحمي دل مس اعدة لمهية.
يجب على جه أفراد الأسرة لفن يبلغون من لعمر 18 عام فالتحر الاضاح عن دتم هم. يُرجى يتق بي م بقبات لكل من در دخل محدد.
تشمل أمثلة بقبات لدخل ماو لي:

- إقرار رضية لدخل ل عام لمض ي ب طب ي ذلك ل جداول الزمنية إن وجدت؛ أو
- بيان الاقطاع "W-2"؛ أو
- طي صالات الروت ب الجاهية (3 شمر)؛ أو
- بيانات مكتوبة ومقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ و
- للمفوقة على عوافض أهلية الحصول على لمساعدة الطبية ال ماملة من Medicaid و/أو الولاية؛ أو
- للمفوقة على عوافض أهلية الحصول على عت عيوض للطلالة.

إذال يمكن لي كنب انتل لدخل أول يمكن فاك دخل ي رجي افاق صو ح قضا افية م عيان موق عيش رح ل عيوية دعم كلفقات الم عيشة الأسرية (مثل السكن والطعام ولمفلق).

معلومات عن الحصول

تلك سري يجب نجيك افاق بقبات الحصول مع طبك.

يجب غي لفتق بي م معلومات عن جهي الحصول لتي يملكها أيفرد من أفراد الأسرة. يُعدل حقق من الحصول لازم التحمي دل مس اعدة لمهية.
يجب على جه أفراد الأسرة لفن يبلغون من لعمر 18 عام فالتحر الاضاح عن موارد لمهية لتوفرة. يُرجى يتق بي م بقبات لكل من در الحصول محدد.
من أمثلة بقبات لدخل ماو لي:

- البيئات ل صافية ال جارية به ظمر آخر 3 شمر)
- ال حباب (ال حريبات) (ال جاري
- حباب (حريبات) (ال قفير
- الائتمارات ب طب ي ذلك الأس مموال السندات
- الصن ايق ال ائتمارية
- حباب (حريبات) (سوق لمال
- صن ايق ال ائتمار ل مشترك
- صن ايق ال ائتمار الأخرى التي ل نت عرض ل حال قس حب الأموال.

تفليزية لمريض

أدرك أن Common Spirit Health قد يتحقق من معلومات من خلال مراجعة لمعلومات التغطية والحصول على معلومات من جهات أخرى
للمساعدة في تحديد الأهل الذي يحصل على معلومات من أجل خطة العلاج.

- أشهد أن المعلومات التي قد يتبعها صاحب حق وحقية إلى حد غامبي.
- ويتأكد من كل متقبل أو من إعادة موظفي المستشفى للحصول على أي من إعادة وجميع المعلومات التي قد تكون بحاجة من خلال الحصول
على الرعاية والحصول على الرعاية وإعادة المعلومات التي قد تكون بحاجة من أجل الرعاية والحصول على الرعاية.
- أدرك أنه إذا لم يتعاون مع Common Spirit Health في تقديم المعلومات لمطبيب نفسي فسيتم رفض طبي.
- أدرك أن المعلومات التي أرسلتها لتخضع للتحقق من قبل Common Spirit Health ببطيئك ولكي لا تنتقوا، وتخضع للمراجعة
من قبل لوكالات الرعاية و/أو لخصم الوالدية وغيره من المتخصصين.
- أدرك أن مقدمي طبيك معلومات إضافية من أجل لتأهل للحصول على معلومات.

إذا كنت غير متأكد من أي من المعلومات التي أرسلتها لتخضع للتحقق من قبل Common Spirit Health ببطيئك ولكي لا تنتقوا، وتخضع للمراجعة
من قبل لوكالات الرعاية و/أو لخصم الوالدية وغيره من المتخصصين.

للتاريخ

توقيع مقدم الطب