



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
فاكس: 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

التاريخ / Date: _____ اسم الضامن / Guarantor Name: _____

اسم المريض / Patient Name: _____ تاريخ (أو تواريخ) الخدمة / Date(s) of Service: _____

رقم الحساب / Account #: _____ رقم السجل الطبي / Medical Record #: _____

عزيزي المريض أو الضامن أو كلاهما؛

ستجدون نموذج طلب المعونة المالية المعمول به في مؤسسات تكساس هيلث ريسورسز مرفقاً بهذا الخطاب. الرجاء إكمال هذا الطلب للنظر في إمكانية حصول حسابكم على معونة مالية عن فاتورة (أو فواتير) المستشفى أو الطبيب أو الرعاية العاجلة. على أن تكون هذه المعونة للأرصدة المستحقة حالياً لمستشفى تكساس هيلث (Texas Health Hospital) أو تكساس هيلث بريز للعناية الطارئة (Texas Health Breeze Urgent Care) أو مجموعة أطباء الصحة في تكساس (Texas Health Physician Group) فقط.

نحن نتفهم رغبتك في الخصوصية. لذا سيتم التعامل مع المعلومات الواردة في طلبك على أنها معلومات سرية، باستثناء المعلومات المطلوبة للتحقق فقط. ولن يتم مشاركتها إلا داخل (تكساس هيلث ريسورسز) على أساس الحاجة إلى المعرفة.

يرجى إكمال جميع بنود الطلب. إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية لكتابة شرح ما، يمكنك استخدام الجزء الخلفي من نموذج الطلب.

مطلوب إثبات الدخل لمعالجة الطلب. يرجى الاطلاع على أنواع الوثائق التي نقبلها كإثبات أدناه. عدم تقديمك للمستندات المطلوبة يمكن أن يؤدي إلى رفض النظر في المساعدة المالية.

يلزم إكمال هذا الطلب عند استلامه، ثم إعادة إرساله مكتملاً في أقرب وقت ممكن.

إذا كنت تواجه صعوبة في إكمال هذا الطلب أو كانت هناك أجزاء غير مفهومة بالنسبة لك، فيرجى الاتصال بفرقتنا. تعاونك مطلوب لإكمال طلبك.

تعتمد المستندات المطلوبة لإثبات الدخل على ظروفك المالية.

قد يلزم وجود واحد من المستندات التالية أو جميعها لتحديد نتيجة المعونة المالية الخاصة بك.

1. قسائم دفع من جميع الوظائف التي تعمل بها - 3 قسائم دفع حالية لكل وظيفة تشغلها.
2. بيانات الضمان الاجتماعي أو المعاشات التقاعدية
3. على أصحاب المهن الحرة تقديم إقرار ضريبي شخصي من آخر سنة تقويمية تم تقديمها وكشوفات عن 3 أشهر من البيانات المصرفية الشخصية التفصيلية.
- أ. الإقرار الضريبي = شخصي 1040 بالإضافة إلى الجدول 1 وأي جداول أخرى مشار إليها في الجدول 1
4. بيانات W-2 أو 1099 لجميع الوظائف خلال الفترة الزمنية المطلوبة.
5. إعانة البطالة - نماذج الموافقة على تعويض البطالة أو نماذج رفضها.
6. إثبات دخل إعالة الطفل - يفضل ملخص النائب العام.
7. إثبات الموارد المتاحة - كشوفات ببيانات مصرفية شخصية مفصلة.
8. نماذج الموافقة على الأهلية للحصول على ميديكيد (Medicaid) و/أو المساعدة الطبية الممولة من الدولة أو نماذج رفضها.
9. بيانات مكتوبة من أصحاب العمل أو وكالات الرعاية الاجتماعية.
10. خطاب دعم موقع من الجهة التي تقدم الاحتياجات الغذائية والمأوى.
11. إثبات دخل تعويضات العمال
12. قائمة دخل الإعاقة قصيرة الأجل أو طويلة الأجل
13. نماذج الموافقة على الأهلية للحصول على مخصصات برنامج SNAP (برنامج مساعدة التغذية التكميلية) أو نماذج رفضها.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
فاكس: 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

طلب المعونة المالية - الصفحة 1

MI / التامين الطبي	First / الاسم الأول	Last / اللقب	Patient Name: / اسم المريض
Account #: / رقم الحساب	DOB: / تاريخ الميلاد	Social Security # / رقم الضمان الاجتماعي	
/ منفصل(ة) / Separated	/ أرمل(ة) / Widowed	/ مطلق(ة) / Divorced	/ أعزب (عزباء) / Single
/ متزوج (ة) / Married			
No / لا	Yes / نعم	Do you have minor children (under 18)? / (تحت سن 18)؟	
No / لا	Yes / نعم	Do they live with you? / هل يعيشون معك؟	
No / لا	Yes / نعم	Are they your birth/legally adopted children? / هل هم أطفالك بالميلاد أو التبني القانوني؟	
No / لا	Yes / نعم	Patient Employed? / المريض لديه عمل؟	
No / لا	Yes / نعم	Spouse Employed? / (لديه) عمل؟ / زوج المريض	
No / لا	Yes / نعم	Do you have medical insurance? / هل لديك تأمين صحي؟	
No / لا	Yes / نعم	هل أنت عضو في خطة healthshare/تقاسم التكاليف؟	
No / لا	Yes / نعم	Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?	
No / لا	Yes / نعم	Are you on disability? How long? / هل أنت معاق؟ منذ متى؟	
No / لا	Yes / نعم	Are you a veteran? / هل أنت من المحاربين القدامى؟	

أفراد الأسرة - (الذين يعيشون معك في المنزل)

Spouse: / الزوج	Age: / السن	Child: / الطفل
	Age: / السن	Child: / الطفل
	Age: / السن	Child: / الطفل
	Age: / السن	Child: / الطفل

الدخل (المبلغ الشهري):

المبلغ الشهري / Monthly Amount	النفقات / Expenses	الصافي / Net	الإجمالي / Gross	
\$	Mortgage/Rent / الرهن العقاري/الإيجار	\$	\$	Patient / المريض
\$	Utilities / الخدمات	\$	\$	Spouse / (ة) الزوج
\$	Car Payments / مدفوعات السيارة	\$	\$	Metalon / المعالون
\$	Food / Groceries / البقالة / الطعام	\$	\$	Public Assistance / المعونة العامة
\$	Credit Cards / البطاقات الائتمانية	\$	\$	Food Stamps / قسائم الطعام
	Other / غير ذلك (يرجى التحديد) / (please specify)	\$	\$	الضمان الاجتماعي / Social Security
\$		\$	\$	البطالة / Unemployment
	TOTAL / المجموع	\$	\$	مناافع الإضراب / Strike Benefits
\$		\$	\$	تعويضات العمال / تعويضات العمال
		\$	\$	Worker's Compensation
		\$	\$	النفقة الزوجية / Alimony
		\$	\$	دعم الأطفال / Child Support
		\$	\$	المخصصات العسكرية / المخصصات العسكرية
		\$	\$	Military Allotments
		\$	\$	Pensions / المعاشات التقاعدية
		\$	\$	الدخل من: شهادات الإيداع الإيجار والأرباح الفوائد
		\$	\$	Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest
		\$	\$	TOTAL / المجموع

الأصول

\$	Checking Account / الحساب الجاري
\$	Savings Account / حساب التوفير
\$	شهادات الإيداع وحسابات التقاعد الفردية / CD's, IRA's
\$	استثمارات أخرى (أسهم، سندات، الخ) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)
\$	عقارات/أرض بخلاف السكن الأساسي / Properties/Land other than primary residence



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
فاكس: 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

طلب المعونة المالية – الصفحة 2

اسم الزوج / Spouse's Employer:	اسم صاحب العمل / Name of Employer:
رقم الهاتف / Telephone #	رقم الهاتف / Telephone #
عنوان صاحب العمل / Employer Address	عنوان صاحب العمل / Employer Address
الوظيفة / Occupation	الوظيفة / Occupation

هل تتقدم حالياً بطلب للحصول على مزايَا ميديكيد (Medicaid)؟ / Are you currently applying for Medicaid Benefits?
هل تقدمت بطلب للحصول على معونة من خلال مستشفى المقاطعة/برنامج المعوزين؟ / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?
هل طبيبك متبرع بخدماته؟ / Is your physician donating his/her services?
هل هناك أي أطراف ثالثة يحتمل أن تكون مسؤولة عن الحادث/الإصابة/المرض الذي تعرضت له؟ / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?
هل يساعدك أي شخص في دفع فواتيرك الطبية في تكساس هيلث؟ / هل الذي يساعدك في دفع فواتيرك الطبية في تكساس هيلث؟ / Who is assisting you?
ما حجم المساعدة التي تتلقاها؟ / How much assistance are you receiving?

قم بإدراج أي معلومات أخرى تشعر أنها ستكون مفيدة لنا في تحديد أهليتك للحصول على المساعدة في دفع الفواتير الطبية الخاصة بك في Texas Health /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

الأرباح و/أو الأموال المتوقع أن تحصل عليها أثناء إجازتك بسبب مرضك / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.
\$ _____ (إجازة مرضية، إجازة مدفوعة الأجر، دخل العجز قصير / طويل الأجل / Sick leave, paid time off, short/long term disability income.)

المدة الزمنية المتوقع ألا تتمكن فيها من العمل و/أو الحصول على الأجر / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: _____

أدرك أن تكساس هيلث ريسورسز قد تتحقق من المعلومات المالية الواردة في هذا الطلب فيما يتعلق بتقييم هذا الطلب، وبموجب هذا أعطي الإذن لتكساس هيلث بالاتصال بصاحب العمل الخاص بي للتصديق على المعلومات المقدمة وطلب تقارير من وكالات إعداد التقارير الائتمانية. أدرك أنه سيتم استخدام هذه المعلومات لتحديد أهليتي للحصول على المعونة المالية وأن تزوير المعلومات الواردة في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض المعونة المالية. وأدرك أيضاً أن أي موافقة على المساعدة المالية قد يتم عكسها كلياً أو جزئياً في حالة الاسترداد من طرف ثالث أو مصدر آخر.

[مسؤولية الطرف الثالث فقط] أدرك أيضاً أن أي رعاية معونة مالية أتلقاها لا يجوز تفسيرها على أنها تنازل من جانب المستشفى عن امتياز المستشفى الخاص بها لسداد أي مبلغ أنا مدين به وأن أي تعويض أتلقاه فيما يتعلق بالرعاية التي تلقيتها يجب إرساله إلى تكساس هيلث ريسورسز.

توقيع الشخص الذي يقدم الطلب، إذا كان هو نفسه المريض /
Signature of Person Making Request, If Patient

توقيع الشخص مقدم الطلب، إذا لم يكن هو نفسه المريض /
Signature of Person Making Request, If Not Patient

رقم هاتف المنزل /
Home Telephone Number

المقاطعة /
County

الرمز البريدي /
ZIP

الولاية /
State

المدينة /
City

عنوان المريض /
Patient's Address