

Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

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

_____ :Patient Name / اسم المريض _____ :Date of Service / تاريخ الخدمة

_____ # Hospital Account / رقم حساب المستشفى _____ # Medical Record / رقم السجل الطبي

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Arlington Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Southwest Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Denton |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Behavioral Health Hospital Corinth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Stephenville | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Kaufman |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health Harris
Specialty Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Plano |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Azle | <input type="checkbox"/> Texas Health
Heart & Vascular Hospital Arlington | <input type="checkbox"/> Texas Health
Recovery and Wellness Center |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Cleburne | <input type="checkbox"/> Texas Health
Outpatient Surgery Center Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health
Seay Behavioral Health Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Allen | <input type="checkbox"/> Texas Health
Springwood Behavioral Health
Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Hurst-Eules-Bedford | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Dallas | |

عزيزي المريض:

مرفق نموذج طلب الحصول على معونة تكساس هيلث (Texas Health) المالية، واستكمال بيانات هذا النموذج سيمكننا من إدراج حسابك للنظر في طلب منحك معونة مالية لسداد فاتورة (فواتير) المستشفى الخاص بك. هذه المعونة لتسديد رسوم المستشفى الخاص بك فقط.

نفهم رغبتكم في الخصوصية؛ لذا سيتم الحفاظ على سرية المعلومات الواردة في طلبك باستثناء أغراض التحقق من الطلب فقط، وسيتم تبادل هذه المعلومات داخل إدارة موارد تكساس هيلث (Texas Health) عند الحاجة إليها فقط.

برجاء إكمال جميع بيانات الطلب. إذا كنت بحاجة لمساحة إضافية لإضافة أي توضيحات فيرجى كتابتها على ظهر الطلب.

يرجى تقديم نسخاً من إيصالات الدفع الخاصة بك للشهر الحالي ولشهرين سابقين و/أو أي إثبات لأي شكل من أشكال الدخل المعيشي لأفراد الأسرة، وفي حالة عدم استلامك لإيصالات دفع، يرجى تقديم نسخاً من كشوف حساباتك المصرفية توضح الإيداعات الشهرية في حسابك، وإذا كنت موظفاً جزئياً تعمل لحسابك الخاص فيرجى تقديم نسخة من آخر تقرير لضريبة الدخل المفروضة وبيانات الأرباح والخسائر في الفترة الحالية. قد يؤدي عدم تقديم المستندات المطلوبة إلى رفض طلب الحصول على المعونة المالية.

من المهم للغاية إكمال هذا الطلب بمجرد استلامه وتقديمه في أقرب وقت ممكن.

إذا واجهت صعوبة في إكمال هذا الطلب أو إذا كان هناك أي أمر غير واضح يرجى الاتصال بنا. نُقدّر تعاونكم معنا.

Arlington Memorial Hospital 500 E Border Street #130
 Harris Methodist Hospitals Arlington Texas 76010
 Presbyterian Hospitals 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

طلب الحصول على المعونة المالية – صفحة 1

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1

اسم المريض / اللقب / الاسم / MI اسم الأب /
 :Patient Name

رقم التأمين / رقم حساب / تاريخ الميلاد / المستشفى / #
 Social Security / Hospital / :DOB / # Account

متزوج/ة / متزوج/ة / متزوج/ة / متزوج/ة / متزوج/ة
 Married / Single / Divorced / Widowed / Separated

/ لا / نعم / هل لديك أطفال فُصَّرَ (دون سن 18 عام)؟ /
 No Yes Do you have minor children (under 18)?
 / لا / نعم / هل يقيمون معك في نفس المنزل؟ /
 No Yes Do they live with you? /
 / لا / نعم / هل هم أولادك/ أو لادك بالتبني؟ /
 No Yes Are they your birth/legally adopted children?
 / لا / نعم / هل لديك وظيفة؟ / Patient Employed?
 No Yes هل لدى زوجك وظيفة؟ / Spouse Employed?
 / لا / نعم / هل تملك تأمين صحي؟ /
 No Yes Do you have medical insurance?
 / لا / نعم / هل لديك إعاقة معينة؟ منذ متى؟ /
 No Yes Are you on disability? How long?
 / لا / نعم / هل أنت متقاعد من الخدمة العسكرية؟ /
 No Yes Are you a veteran? /

FAMILY MEMBERS – (Living in the home) / أفراد الأسرة - (المقيمين في المنزل)

:Spouse / الزوج/ة

الطفل/ة / العمر /

:Age :Child

الطفل/ة / العمر /

:Age :Child

الطفل/ة / العمر /

:Age :Child

الطفل/ة / العمر /

:Age :Child

Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

 500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

		:INCOME (Monthly Amount) / : (المبلغ الشهري):		
<u>المبلغ الشهري /</u> Monthly Amount	<u>مصروفات مدفوعة /</u> Expenses	<u>صافي الدخل /</u> Net	<u>إجمالي الدخل /</u> Gross	
\$ _____	الرهنونات/ الإيجارات العقارية / Mortgage/Rent	\$ _____	\$ _____	معاش صحي / Patient
\$ _____	خدمات عامة / Utilities	\$ _____	\$ _____	دخل الزوج/ة / Spouse
\$ _____	مصارييف السيارة / Car Payments	\$ _____	\$ _____	دخل عائل الأسرة / Dependents
\$ _____	مشتريات الغذاء/ البقالة / Food / Groceries	\$ _____	\$ _____	معونات حكومية / Public Assistance
\$ _____	بطاقات الائتمان / Credit Cards	\$ _____	\$ _____	كوبونات الطعام (البطاقات التموينية) / Food Stamps
\$ _____	مصروفات أخرى (يرجى تحديدها) / Other (please specify)	\$ _____	\$ _____	الضمان الاجتماعي / Social Security
	TOTAL / إجمالي	\$ _____	\$ _____	معاش بطالة / Unemployment
\$ _____		\$ _____	\$ _____	معاش التقاعد المبكر / Strike Benefits
		\$ _____	\$ _____	تعويضات العمال / Worker's Compensation
		\$ _____	\$ _____	نفقة الزوجة المطلقة / Alimony
		\$ _____	\$ _____	نفقة الأطفال / Child Support
		\$ _____	\$ _____	معاش قوات مسلحة / Military Allotments
		\$ _____	\$ _____	معاش التقاعد / Pensions
		\$ _____	\$ _____	دخل عائدات: فوائد شهادات الإيداع / Income from: CD's
		\$ _____	\$ _____	والإيجارات، وأرباح وفوائد / Rent, Dividends
		\$ _____	\$ _____	الأسهم / Interest
		\$ _____	\$ _____	TOTAL / إجمالي
		\$ _____	\$ _____	الأصول المالية / ASSETS
		\$ _____	\$ _____	في الحساب الجاري / Checking Account
		\$ _____	\$ _____	في حساب الادخار أو التوفير / Savings Account
		\$ _____	\$ _____	فوائد شهادات الإيداع، حساب التقاعد الفردي / CD's, IRA's
		\$ _____	\$ _____	أي استثمارات أخرى (الأسهم أو السندات أو غيرها) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)
		\$ _____	\$ _____	عقارات/أراضي غير محل الإقامة الرئيسي / Properties/Land other than primary residence

Arlington Memorial Hospital 500 E Border Street #130
 Harris Methodist Hospitals Arlington Texas 76010
 Presbyterian Hospitals 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

طلب الحصول على المعونة المالية – صفحة 2
APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2

اسم جهة العمل / Name of Employer	اسم جهة عمل الزوج/ة / Spouse's Employer
رقم الهاتف # / # Telephone	رقم الهاتف # / # Telephone
عنوان جهة العمل / Employer Address	عنوان جهة العمل / Employer Address
الوظيفة / Occupation	الوظيفة / Occupation

هل تقدم حاليًا طلبًا للحصول على ميديكيد Medicaid (برنامج الرعاية الطبية للمعوزين)؟ / Are you currently applying for Medicaid Benefits?	نعم / Yes	لا / No
هل تقدمت بطلب معونة من خلال مستشفيات المقاطعة المقيم فيها/برنامج مساعدة المعوزين؟ / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?	نعم / Yes	لا / No
هل طبيبك يتبرع بخدماته/تها دون مقابل؟ / Is your physician donating his/her services?	نعم / Yes	لا / No
هل هناك أي جهة خارجية متعهدة بتكاليف حادثتك/إصابتك/مرضك؟ / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?	نعم / Yes	لا / No
هل هناك أي شخص يعاونك في سداد فواتير المستشفى الخاص بك؟ / Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?	نعم / Yes	لا / No

من هو؟ / Who is assisting you?
 كم قيمة المعونة التي تتلقاها؟ / How much assistance are you receiving?

أدرج أي معلومات أخرى تعتقد أنها تفيد في تحديد أهليتك للحصول على معونة مالية لسداد فاتورة المستشفى الخاص بك. /
 List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.

المبالغ والأموال المتوقع الحصول عليها أثناء فترة الانقطاع عن العمل بسبب مرضك (إجازة مرضية، إجازة مدفوعة الأجر، معاش ذوي الإعاقة قصير/طويل الأمد). /
 Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).

المدة الزمنية المتوقعة لعدم قدرتك على العمل و/أو كسب العيش: /
 Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages.

Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

أدرك أن تكساس هيلث ريسورسز (Texas Health Resources) قد تتحقق من المعلومات المالية الواردة في الطلب فيما يتعلق بتقييم المستشفى لهذا الطلب، وأفوض المستشفى بموجب هذا الطلب بالاتصال بجهة العمل الخاصة بي للتصديق على المعلومات الواردة وطلب التقارير من وكالات الائتمان، وأدرك أنه سيتم استخدام هذه المعلومات في تحديد أهليتي للحصول على المعونة المالية وأن تزوير المعلومات الواردة في هذا الطلب قد يؤدي إلى رفض طلب الحصول على المعونة المالية للرعاية الطبية، وأدرك أيضًا أنه قد يتم عكس أي معونة مالية مقدمة كليًا أو جزئيًا في حالة السداد من خلال جهة خارجية أو مصدر آخر. وأدرك أن أي معونة مالية للرعاية الطبية ألقاها لا يجب أن تفسر على أنها تنازل من قبل المستشفى عن حقه في تسديدي أي مبلغ أنا مدين به، وأن أي تعويض أتسلمه يتعلق بهذه الرعاية الطبية يجب إرساله إلى تكساس هيلث ريسورسز (Texas Health Resources).

التاريخ
Date

توقيع المتقدم بالطلب إذا كان مقدمه هو المريض نفسه
Signature of Person Making Request, If Patient

صِلته بالمريض
Relationship

توقيع المتقدم بالطلب إذا كان المتقدم شخص آخر غير المريض
Signature of Person Making Request, If Not Patient

رقم هاتف المنزل
Home Telephone Number

عنوان المريض المدينة الولاية الرمز البريدي المقاطعة
ZIP County State City Patient's Address