

رقم السجل الطبي  
رقم السجل الطبي

اسم المريض  
اسم المريض

Geisinger Health System  
100 N. Academy Ave.  
Danville, PA 17822-4938  
هاتف: 4206-640-800

اسم الضامن  
عنوان الضامن  
المدينة والولاية والرمز البريدي للضامن

## التاريخ

السيد اسم الضامن:

مرفق طيه نسخة من طلب البيان المالي. الرجاء إكمال الاستبيان بأكمله. وفقاً للموقف المالي للعائلة، ربما نستطيع تقديم مساعدة جزئية أو كاملة لدفع فواتيرك الطبية. نعتقد أنه من صالحك تخصيص بعض الوقت لإكمال هذا الاستبيان المالي.

كافة الوثائق الموجودة على قائمة مراجعة البيان المالي مطلوبة لإكمال المعاملة. في حال عدم إرفاق أيًا منها، سوف يتم تأخير طلبك أو رفضه حتى يتم تزويد المعلومات.

أرسل البيان المالي وقائمة المراجعة المالية وكافة الوثائق الداعمة بالبريد إلى:

**Geisinger Uncompensated Care Services 49-38**  
100 N. Academy Ave.  
Danville, PA 17822-4938

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذه العملية، الرجاء الاتصال بمركز خدمة العملاء على الرقم 4206-640-800. الرجاء ترك فترة 30 يومًا على الأقل لمعالجة طلبك داخل نظامنا قبل الاتصال لمراجعة الحالة.

خالص التحيات،

قسم الرعاية المجانية  
إدارة إيرادات Geisinger

للأسئلة أو المعلومات، اتصل بالرقم 4206-640-800 أو، إذا كنت سجلت لخدمة MyGeisinger، قم بزيارة [mygeisinger.geisinger.org](http://mygeisinger.geisinger.org)

## طلب البيان المالي

يجب تعبئة جميع السطور، وإذا كان أحدها لا ينطبق عليك، اكتب "غير متاح" على السطر. سوف تتسبب الأسطر الفارغة في تأخير المعاملة.

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
 عنوان الشارع: \_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_  
 المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_  
 ما المدة التي مكنتها في هذا العنوان: \_\_\_\_\_ إجمالي أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_  
 الحالة الاجتماعية: \_\_\_\_\_ متزوج \_\_\_\_\_ مطلق \_\_\_\_\_ أرمل \_\_\_\_\_ أعزب \_\_\_\_\_ منفصل \_\_\_\_\_  
 صاحب العمل: \_\_\_\_\_  
 اسم الزوجة: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي للزوجة: \_\_\_\_\_  
 اسم وتاريخ ميلاد ورقم السجل الطبي لأي فرد آخر سوف يتم تضمينه في هذا الطلب: \_\_\_\_\_

سبب التقدم للمساعدة المالية:  الرصيد المستحق  الخدمة المستقبلية  
 اذكر الخدمة ومسؤولية المريض المتوقعة للخدمات المستقبلية: \_\_\_\_\_

دخل الأسرة

الدخل السنوي الإجمالي لمقدم الطلب: \$ \_\_\_\_\_  
 الدخل السنوي الإجمالي المشترك لأفراد الأسرة الآخرين: \$ \_\_\_\_\_  
 الدخل السنوي الإضافي: \_\_\_\_\_  
 الضمان الاجتماعي: \$ \_\_\_\_\_ معاش التقاعد: \$ \_\_\_\_\_ العجز: \$ \_\_\_\_\_  
 دعم الطفولة: \$ \_\_\_\_\_ النفقة: \$ \_\_\_\_\_ أخرى (حدد): \$ \_\_\_\_\_  
 الدخل السنوي الإجمالي للأسرة: \$ \_\_\_\_\_  
 هل مطلوب منك إعداد ملف دخل ضريبي فيدرالي؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل تقدمت لتغطية صحية عبر السوق؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
 هل أنت معفي من التقدم للتغطية عبر السوق؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الممتلكات

اسم البنك	نوع الحساب (جاري، ادخار، معاش K401، وديعة CD، تقاعد IRA، أخرى)	الرصيد

المنزل: \_\_\_\_\_ امتلاك \_\_\_\_\_ شراء \_\_\_\_\_ إيجار \_\_\_\_\_ منزل متنقل \_\_\_\_\_ أخرى \_\_\_\_\_  
 السيارة (السيارات): \_\_\_\_\_ امتلاك \_\_\_\_\_ تمويل \_\_\_\_\_ عدد السيارات والسنوات \_\_\_\_\_  
 الممتلكات الأخرى (عقارات أو سيارات): \_\_\_\_\_

## صروفات الشهرية

_____ \$ تأمين السيارة	_____ \$ الهاتف	_____ \$ التدفئة	_____ \$ الرهن
_____ \$ تأمين الحياة	_____ \$ اشتراك الكابل	_____ \$ الكهرباء	_____ \$ الإيجار
_____ \$ التأمين الصحي	_____ \$ الغذاء	_____ \$ المياه/الصرف	_____ \$ السيارة
_____ \$ متنوع. (اشرح)	_____ \$ المواصلات	_____ \$ الضرائب	

## المصروفات الأخرى:

النوع/الدائن	السداد الشهري	النوع/الدائن	السداد الشهري

## المصروفات الإجمالية الشهرية: \$ \_\_\_\_\_

إنني أقر بصحة البيان أعلاه. كما أصرح بموجب هذه الوثيقة لشركة **Geisinger** بأن تتقصى المراجع أو البيانات الأخرى التي ذكرتها أو ذكرها أي شخص مرتبط بانتماني ومسؤوليتي المالية.

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

## قائمة المراجعة للمساعدة المالية

لتجنب التأخيرات في معالجة طلبك، الرجاء استخدام قائمة المراجعة هذه للتحقق من إكمال/إرفاق جميع المعلومات المطلوبة.

تعبئة جميع الأسطر الموجودة بالبيان المالي. ذكر "غير متاح" على السطر، إذا كان العنصر لا ينطبق عليك.

إرفاق أحدث تقرير ضريبي فيدرالي، بما في ذلك جميع الجداول، وتوقيعه بواسطة جميع دافعي الضرائب على النموذج.  
 إذا كنت قد أعددت ملفك الضريبي إلكترونياً، الرجاء التوقيع أسفل النموذج  
 إذا لم يكن مطلوباً منك إعداد ملف ضريبي، يجب ذكر ذلك على البيان المالي

إرفاق نسخ من آخر فحص ثلاث (3) شهور و/أو بيانات حسابات الادخار (يجب أن تشمل كافة صفحات البيان - صفحات الملخصات لن تُقبل).  
 إذا لم تكن تمتلك حساب ادخار أو حساب جاري، يجب ذكر ذلك على البيان المالي

إرفاق إثبات على الدخل من جميع مصادر جميع أفراد الأسرة.  
 **الموظف:** نسخ من آخر أربعة (4) كعوب شيكات دفع متتابعة، أو خطاب من صاحب العمل على ورقة مطبوع عليها اسم الشركة تتضمن نفس المعلومات  
 **العاطل عن العمل:** إذا لم يكن هناك دخل، خطاب موثق يوضح أنه لا وجود لدخل من أي مصدر  
 **تعويض البطالة:** نسخة من خطاب تحديد الأهلية أو آخر أربعة (4) كعوب شيكات دفع أو نسخ من البيان المالي تُظهر الودائع  
 **الضمان الاجتماعي/العجز:** نسخة من خطاب تحديد المزاييا للعام الحالي  
 **معاش التقاعد:** نسخة من شيك معاش التقاعد أو الخطاب أو البيان المالي الذي يُظهر الودائع  
 **النفقة/دعم الطفولة:** نسخة من الاتفاقية أو الخطاب أو الشيك أو البيان المالي الذي يُظهر الودائع

إرفاق أحدث بيانات حساب الاستثمار.

معاش K/403B401

تقاعد IRA

الإيراد السنوي مؤجل الضرائب

وديعة CD

أخرى

إرفاق نسخة من خطاب نفي المساعدة الطبية إذا كنت مسجلاً في برنامج العناية الطبية Medicare أو ليس لديك تأمين صحي (يجب ألا يكون الخطاب أقدم من عام واحد ويجب أن يشمل جميع الصفحات).

إرفاق نسخة من خطاب النفي أو خطاب الإعفاء من السوق.

في حالة الزواج والانفصال الحالي، إرفاق إثبات على الانفصال.