

Geisinger

طلب تقدم مالي

يجب أن يصاحب إثبات الدخل هذا الطلب (اثتان من كعوب شيكات الأجر أو 1040)
لا تقم بتضمين نسخ أصلية حيث لن تتم إعادة إرسالها

القسم 1 - معلومات المريض

1. اسم المريض	2. رقم السجل الطبي:
(اسم العائلة)	(الحرف الأول من الاسم الأوسط)
3. تاريخ الطلب	4. أرقام السجلات الطبية الإضافية التي يغطيها هذا الطلب:
5. عنوان الشارع:	6. رقم الهاتف:
7. المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	8. * عدد أفراد الأسرة:

* عدد أفراد الأسرة يشمل الشخص نفسه، والزوج/الزوجة، وأي أطفال قاصرين. ويتم حساب السيدة الحامل كفردين.

9. المواطنة الأمريكية؟ نعم أو لا	10. رقم الضمان الاجتماعي أو رقم تعريف دافع الضرائب الفردي:
----------------------------------	--

11. الرواتب/الأجور قبل المقتطعة:	يجب تضمين نسخ من كعوب شيكات الأجر لدعم الراتب/الأجور أو ملف IRS 1040 الحالي
----------------------------------	---

12. التغطية الصحية الأولية: (إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare أو شؤون المحاربين القدامى أو غير مؤمن عليك، فإنه يجب تضمين تقرير المساعدة الطبية في بنسلفانيا)
--

13. هل تملك الأسرة ممتلكات تزيد عن 5000 دولار؟ (نعم/لا)	تشمل الممتلكات: (الأرصدة/المدخرات؛ سوق النقد/CD/الأسهم/السندات؛ العقارات (باستثناء مكان الإقامة الأساسي)؛ أخرى)
---	---

توقيع المريض أو الضامن:	التاريخ:
-------------------------	----------

أرسل الطلب ونسخ الوثائق الداعمة بالبريد إلى: Geisinger Uncompensated Care Service 49-38
100 North Academy Ave
Danville, PA 17822-4938

Section 2 – Office Use Only

(القسم 2 - للاستخدام المكتبي فقط)

Received Date:	Review Date:	
Verified Income:	Federal Poverty Level:	
Approved (circle): YES NO (Select reason for denial)	Reasons for Denial: ____ Applicant Over Income ____ Applicant did not supply Income Documentation ____ Applicant did not supply Medicaid Determination Other: _____	
Total Adjustment:	Approver Level:	
Geisinger Title	Signature:	Date:
Service Line Specialist		
Supervisor		
Manager		
Director		
Associate Vice President		
Vice President		