



1. يرجى تعبئة كافة الأقسام في نموذج تقديم الطلب المرفق. إذا كان أي قسم لا ينطبق عليك، فاكتب غير متوفر في المساحة المخصصة.
2. قم بإرفاق صفحة إضافية إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المساحة للإجابة على أي سؤال.
3. يجب أن تقوم بتقديم وثائق إثبات الدخل عندما تقوم بتقديم هذا الطلب. الوثائق التالية مقبولة كإثبات للدخل:
إذا كنت قد قمت بتقديم طلب الحصول على رديات الضريبة الفدرالية فيجب عليك تقديم نسخة من:
a. طلب الحصول على رديات الضريبة الفدرالية (نموذج 1040) لآخر سنة تقدمت بها. يجب أن تقوم بإرفاق كافة الجداول والمرفقات التي قدمتها إلى خدمة العوائد الداخلية (Internal Revenue Service).
- إذا كنت لم تقدم طلب الحصول على رديات الضريبة الفدرالية، فيرجى تقديم ما يلي:
a. نسختين (2) من آخر شيكات دفع الراتب؛ و
b. رسالة تشرح لماذا لا تقوم بتقديم طلب للحصول على رديات الضريبة الفدرالية.
- إذا كان لا يوجد لديك دخل أو وثائق إثبات دخل، فيرجى تقديم رسالة تشرح كيف تقوم بإعالة نفسك/أسرتك.
4. لا يمكن تجهيز طلبك للحصول على المساعدة المالية حتى يتم تقديم كافة المعلومات المطلوبة.
5. إن من المهم بالنسبة لك تعبئة طلب الحصول على المساعدة المالية (Financial Assistance Application) إلى جانب كافة المرفقات المطلوبة خلال أربع عشر (14) يوماً.
6. يجب أن تقوم بالتوقيع وكتابة التاريخ على Financial Assistance Application. إذا قام المريض/الجهة المسؤولة والزوج أو الزوجة بتقديم معلومات، فيجب على كلاهما التوقيع على الطلب.
7. إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال على Patient Business Office على الرقم 4177-651 (909)، بين الساعة 9:00 صباحاً و 5:00 مساءً من الإثنين إلى الخميس ومن الساعة 9:00 صباحاً إلى 2:00 مساءً يوم الجمعة (باستثناء عطلة نهاية الأسبوع وأيام العطل). خلال عطلة نهاية الأسبوع أو العطل أو بعد ساعات العمل، يرجى الاتصال مع ممثل قسم التسجيل للمساعدة.
8. قم بإرسال Financial Assistance Application المكتمل وكافة الوثائق المطلوبة إلى:

Loma Linda University Medical Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



تعليمات تقديم طلب الحصول على المساعدة المالية

إن الهدف من هذا النموذج هو تحديد أهلية المريض/الجهة المسؤولة للحصول على المساعدة المالية حسب سياسة الرعاية الخيرية/الدفع المخفض (Discount Payment Policy) من خلال Loma Linda University Medical Center.

اسم المريض/الجهة المسؤولة (الضامن)	اسم الزوج/الزوجة
العنوان	الهاتف
	المنزل:
	العمل:
رقم الضمان الاجتماعي	الزوج/الزوجة
المريض/الجهة المسؤولة	

حالة الأسرة (قم بإدراج كافة المعالين الذين تقوم بإعالتهم)

الاسم	العمر	الصلة

حالة العمل	
المريض/الجهة المسؤولة	
صاحب العمل	
المريض/الجهة المسؤولة	
الوظيفة	
صاحب العمل	
جهة الاتصال	
معلومات اتصال صاحب العمل	
الهاتف	
صاحب عمل الزوج/الزوجة	
وظيفة الزوج/الزوجة	
صاحب العمل	
جهة الاتصال	
معلومات اتصال صاحب العمل	
الهاتف	

تعريف المرضى

Loma Linda University Medical Center

تعليمات تقديم طلب الحصول على المساعدة المالية

الصفحة 2 من 3

19-0332 (2-15)



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

الدخل

الزوج/الزوجة	المريض/الضامن	
\$	\$	1. إجمالي الأجور والراتب/السنة (قبل الاقتطاعات)
\$	\$	2. دخل التوظيف الذاتي/السنة
		3. دخل آخر:
\$	\$	a. الفوائد والأرباح
\$	\$	b. عقود الإيجار العقارية قصيرة وطويلة الأجل
\$	\$	c. الضمان الاجتماعي
\$	\$	d. نفقة الزوجة المطلقة
\$	\$	e. مساعدات الأطفال
\$	\$	f. البطالة/الإعاقة
\$	\$	g. المساعدات الحكومية
\$	\$	h. كافة المصادر الأخرى (قم بإرفاق قائمة)
\$	\$	إجمالي الدخل (قم بإضافة خطوط 1 - 3 أعلاه)

النفقات غير الاعتيادية

يرجى تقديم معلومات عن أي نفقات غير اعتيادية مثل الفواتير الطبية أو الإفلاس أو أوامر محكمة أو دفع تسوية (قم بإرفاق قائمة حسب الحاجة).

المبلغ	الوصف

من خلال التوقيع أدناه، أعلن/نعلم بأن كافة المعلومات المقدمة صحيحة وصادقة على حد علمي/عملنا. أفوض/نفوض LLUMC بالتحقق من صحة المعلومات المدرجة في هذا الطلب. أنا/نحن نمنح الإذن صراحة بالاتصال مع صاحب العمل الذي أعمل/نعمل لديه.

التاريخ	الصلة بالمريض	توقيع المريض/الجهة المسؤولة
	التاريخ	توقيع الزوج/الزوجة

تعريف المرضى

Loma Linda University Medical Center

تعليمات تقديم طلب الحصول على المساعدة المالية

الصفحة 3 من 3



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER