



1. אנא השלם את כל השדות בטופס הבקשה המצורף. אם שדה כלשהו אינו רלוונטי עבורך, כתוב 'לא רלוונטי' במקום המתאים.
2. אם אתה זקוק למקום נוסף כדי לענות על שאלה כלשהיא, צרף דף נוסף.
3. עליך לצרף מסמכי הוכחת הכנסה לבקשה זו. המסמכים הבאים מתקבלים כהוכחת הכנסה:
אם הגשת החזר מס הכנסה פדרלי עליך להגיש עותק של:
 - א. החזר מס הכנסה פדרלי (טופס 1040) מהשנה האחרונה. עליך לכלול את כל לוחות הזמנים והקבצים המצורפים כפי שהוגשו למס ההכנסה.
 - אם לא הגשת החזר מס הכנסה פדרלי, אנא ספק את הפריטים הבאים:**
 - א. שני (2) תלושי משכורת אחרונים; וכן
 - ב. מכתב המסביר מדוע אינך מגיש החזר מס הכנסה פדרלי.**אם אין לך הכנסה, או מסמכי הוכחת הכנסה, אנא צרף מכתב המסביר כיצד אתה תומך בעצמך/במשפחה.**
4. לא ניתן לעבד את בקשתך לסיוע עד לקבלת כל המידע הנדרש.
5. חשוב שתשלם ותגיש את בקשת הסיוע הכספי יחד עם כל הקבצים המצורפים הנדרשים בתוך ארבעה עשר (14) ימים.
6. עליך לחתום על בקשת הסיוע הכספי ולציין תאריך. אם המטופל/הגורם האחראי ובן/בת הזוג מספקים מידע, שניהם חייבים לחתום על הבקשה.
7. אם יש לך שאלות, נא צור קשר עם Patient Business Office בטלפון 651-4177 (909), בין השעות 9:00-17:00 בימי שני עד חמישי, ובין השעות 9:00-14:00 ביום שישי (למעט סופי שבוע וחגים). בסופי שבוע וחגים ולאחר שעות העבודה, אנא צור קשר עם אחד מנציגי הרישום לקבלת סיוע.
8. שלח את בקשת הסיוע הכספי שלך ואת כל המסמכים הדרושים אל:

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

הוראות בקשה לסיוע כספי

מטרת טופס זה היא לקבוע את זכאותו של המטופל/הגורם האחראי לסיוע כספי, בהתאם למדיניות טיפול הצדקה/ההנחה בתשלום של
Loma Linda University Medical Center.

<p>שם בן/בת הזוג _____</p> <p>טלפון בית: _____ משרד: _____</p> <p>בן/בת זוג _____</p>	<p>שם המטופל/גורם אחראי (ערב) _____</p> <p>כתובת _____</p> <p>מספר ביטוח לאומי: מטופל/גורם אחראי _____</p>
--	--

סטטוס משפחתי (רשום את כל האנשים התלויים בך, בהם אתה תומך)

שם	גיל	מערכת יחסים

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>מצב תעסוקתי</p> <p>מטופל/גורם אחראי</p> <p>מעסיק</p> <p>מטופל/גורם אחראי</p> <p>תפקיד</p> <p>מעסיק</p> <p>איש קשר</p> <p>איש קשר מעסיק</p> <p>טלפון</p> <p>מעסיק בן/בת זוג</p> <p>תפקיד בן/בת זוג</p> <p>מעסיק</p> <p>איש קשר</p> <p>איש קשר מעסיק</p> <p>טלפון</p>
---	---



מטופל/ערב	בן/בת זוג
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$

1. שכר ברוטו ומשכורת שנתית (לפני ניכויים)
2. הכנסה שנתית מתעסוקה עצמאית
3. הכנסה אחרת:
 - א. ריבית ודיבידנדים
 - ב. השכרת וחכירת נדל"ן
 - ג. ביטוח לאומי
 - ד. דמי מזונות
 - ה. מזונות
 - ו. אבטלה / נכות
 - ז. שירותי רווחה
- ח. כל שאר המקורות (צרף רשימה)
- סה"כ הכנסה (סכום שורות 1 - 3 לעיל)

הוצאות חריגות

אנא ספק מידע על הוצאות חריגות, כגון חשבונות רפואיים, פשיטת רגל, פסקי דין או תשלומי הסדר (צרף רשימה לפי הצורך).

סכום	תיאור

בחתימה להלן, אני/אנו מצהיר/ים כי כל המידע שסופק אמיתי ונכון למיטב ידיעתי/ידיעתנו. אני/אנו מאשר/ים ל-LLUMC לאמת את כל המידע המפורט בטופס בקשה זה. אני/אנחנו נותן/ים רשות מפורשת רשות ליצור קשר עם המעסיק שלי/שלנו.

תאריך	מערכת יחסים למטופל	חתימת המטופל/הגורם האחראי	
תאריך		חתימת בן/בת הזוג	

