

عزيزى المريض :

شكراً لاختيارك نظام كاثوليك الصحي لتلبية إحتياجات رعايتك الصحية ! نحن مسرورون لمنحك هذه الفرصة لتقديم طلب للحصول على المساعدة المالية . لكي يتم شمولك في برنامج المساعدة للرعاية الصحية الخاص بنا ، يرجى طباعة هذه الأستمارة وتقديم المعلومات المطلوبة أدناه :

الاسم الكامل للمريض :

تاريخ الميلاد للمريض :

رقم الهاتف :

عنوان المريض :

رقم الحساب من الفاتورة :

عدد الأفراد في المنزل (أنت ، زوجك/ زوجتك ، و عدد الأطفال دون سن الثمانية عشر) : _____

بالإضافة إلى ذلك، يرجى إرفاق :

- رسالة قصيرة عن الصعوبات تنص فيها أنك ترغب فى التقدم بطلب للحصول على المساعدة للرعاية الصحية
- إثبات دخل أسرته * (* إثبات الدخل المقبول هو نسخة موقعة من آخر بيان فيدرالى للتحاسب الضريبي ، أو آخر ثلاثة بيانات دفعات البطالة ، أو آخر بيانين دفعات الضمان الاجتماعي أو آخر ثلاثة أوصالات دفع من قبل صاحب العمل، أو بيان موقع وموثق يتحقق من انعدام مصادر الدخل)

يجب أن يتم استلام هذه الاستماره والوثائق المطلوبة قبل تحويل الحساب إلى وكالة تحصيل خارجية . يمكن توجيه أي أسئلة إضافية إلى فريق خدمة العملاء على الرقم 716-601-3600

يرجى إرسال المعلومات ملحقه بالاستماره الكاملة الى:

Catholic Health/RMC
144 Genesee Street, 3rd Floor
Buffalo, NY 14203
Attn: Supervisor, Credit & Collection Department

شكراً ،

الخدمات المالية للمرضى