

## طلب الحصول على المساعدة المالية لمؤسسة Children's

اختر كل ما ينطبق:

Minneapolis  St. Paul  Minnetonka  HTC  Homecare  Children's Hugo   
Metro Peds  Partners in Pediatrics  Children's West St. Paul  Heart Clinic

يجب إعادة نسخة من أحدث عائدات ضريبة الدخل الفيدرالية الخاصة بك (مع الجداول) مع هذا الطلب.			
الهاتف	تاريخ الميلاد		الاسم
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان الشارع
عدد المعالون، بما فيهم أنت	تاريخ الميلاد		الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل من الناحية القانونية
هل لمرضى مؤسسة Children's الذين تتقدم بالنيابة عنهم تأمين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
أفراد الأسرة (برجاء إدراج المريض (المرضى) الذي (الذين) تتقدم بالنيابة عنه (عنهم)، كل المذكورين في ضرائبك، وكل أفراد الأسرة المقيمين معك).			
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
الاسم	تاريخ ميلادك	الصلة	
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
الاسم	تاريخ ميلادك	الصلة	
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	
معلومات العمل			
مقدم الطلب: <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> ربة منزل <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> لا يعمل <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> أخرى:			
الزوج/الزوجة: <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> ربة منزل <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> لا يعمل <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> أخرى:			
<input type="checkbox"/> اختر هذا المربع إذا كنت تختار التقدم للحصول على مساعدة طبية وترغب في استقبال اتصال من المستشار المالي لمساعدتك.			
<input type="checkbox"/> اختر هذا المربع إذا كنت تختار التقدم للحصول على المساعدة الطبية من خلال MNsure.org وأدرجت دليل على طلبك.			
<input type="checkbox"/> اختر هذا المربع إذا كنت تختار عدم التقدم للحصول على المساعدة الطبية وترغب في الخصم غير المؤمن عليه (بناءً على توجيهات البوليصه).			
اقرأ ووقع			
<ul style="list-style-type: none"> <li>أقر/نقر بأن المعلومات المنشورة في هذا الإقرار المالي دقيقة وكاملة على حد علمي/علمنا. أفهم/نفهم أن هذه المعلومات سرية للغاية ولن تُنشر لأطراف أخرى غير ذات صلة بمستشفيات وعيادات مؤسسة Children's في مينيسوتا دون إذن خطي مني/منا.</li> <li>أرخص/نرخص لمستشفيات وعيادات مؤسسة Children's في مينيسوتا الحصول على سجلات تاريخ العمل والدخل الفيدرالية والحكومية، بما في ذلك سجلات وكالة ضمان الوظائف الحكومية، لاستخدامها للنظر في طلب عملية سياسة الرعاية غير المعوضة/السداد المخفض بمستشفيات وعيادات مؤسسة Children's.</li> <li>سأخطر مؤسسة Children's بأي تغييرات مادية في الإقرارات المقدمة في هذا النموذج.</li> </ul>			
توقيع مقدم الطلب:	التاريخ:		
توقيع مقدم الطلب المشارك:	التاريخ:		