

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.				
الاسم		تاريخ الميلاد		الهاتف
عنوان الشارع		المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الحالة الاجتماعية		تاريخ الميلاد		عدد المعالون، بما فيهم أنت
☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ منفصل من الناحية القانونية		اسم الزوج/الزوجة		
هل لمرضى مؤسسة Children's الذين تتقدم بالنيابة عنهم تأمين؟ ☐ نعم ☐ 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: ☐ موظف ☐ ربة منزل ☐ متقاعد ☐ لا يعمل ☐ معاق ☐ أخرى:				
الزوج/الزوجة: ☐ موظف ☐ ربة منزل ☐ متقاعد ☐ لا يعمل ☐ معاق ☐ أخرى:				
☐ اختر هذا المربع إذا كنت تختار التقدم للحصول على مساعدة طبية وترغب في استقبال اتصال من المستشار المالي لمساعدتك. ☐ اختر هذا المربع إذا كنت تختار التقدم للحصول على المساعدة الطبية من خلال MNsure.org وأدرجت دليل على طلبك. ☐ اختر هذا المربع إذا كنت تختار عدم التقدم للحصول على المساعدة الطبية وترغب في الخصم غير المؤمن عليه (بناءً على توجيهات البوليصه).				
اقرأ ووقع				
- 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. - أرخص/نرخص لمستشفيات وعيادات مؤسسة Children's في مينيسوتا الحصول على سجلات تاريخ العمل والدخل الفيدرالية والحكومية، بما في ذلك سجلات وكالة ضمان الوظيفة الحكومية، لاستخدامها للنظر في طلب عملية سياسة الرعاية غير المعوضة/السداد المخفض بمستشفيات وعيادات مؤسسة Children's. - سأخطر مؤسسة Children's بأي تغييرات مادية في الإقرارات المقدمة في هذا النموذج.				
توقيع مقدم الطلب:		التاريخ:		
توقيع مقدم الطلب المشارك:		التاريخ:		