

□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□

يرجى إكمال الطلب بالكامل والتأكد من التوقيع على بيان الإفادة الخطية في الصفحة 4  
إرفاق نسخ من المستندات التالية لجميع المتقدمين

**St. Clair Health**

أرسل الوثائق إلى:

مساعدة مالية

طريق سنترجربين 5000

جناح 100

كاري ، نورث كارولاينا 27518

□□□□. □□□□□ □□ □□ □□□□□□ □□ □□□□□□□□ □□□□ □□□□ □□ □□□□□□  
□□□□□□ □□□□ □□ □□□□□ □□ □□□□□□ □□ □□ □□ □□ □□□□□□.

- يرجى إرفاق دليل على **جميع** الدخل المستلم من آخر 30 يومًا قبل تقديم الطلب لمقدم الطلب وزوجته .  
**أحدث** كشوف الحسابات الجارية والادخار (قبل تقديم الطلب
- في حالة وفاة المريض ، يرجى تقديم نسخة من شهادة الوفاة وخطاب يوضح حالة التركة

- إذا كان لديك أي أسئلة ، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على 3408-344-412  
من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً

تُمنح المساعدة المالية للمرضى الذين تقل درجة انتمائهم عن الحد الحالي للمستشفى البالغ 550 أو تم استيفاء المتطلبات أدناه. تستند إرشادات البرنامج للمرضى  
الحاصلين على درجات انتمائية أعلى من عتبة المستشفى البالغة 550 (إلى الإرشادات الفيدرالية لمكافحة الفقر التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية: السجل  
5917-5918 الصفحات ، 2025 يناير 17 الفيدرالي /المجلد

**الحد الأقصى لدخل الأسرة المجمع**

حجم الأسرة	تخفيض		
	100%	30%	20%
1	\$31,300	\$39,125	\$46,950
2	\$42,300	\$52,875	\$63,450
3	\$53,300	\$66,625	\$79,950
4	\$64,300	\$80,375	\$96,450
5	\$75,300	\$94,125	\$112,950
6	\$86,300	\$107,875	\$129,450
7	\$97,300	\$121,625	\$145,950
8	\$108,300	\$135,375	\$162,450
Add for each additional family member	\$11,000	\$13,750	\$16,500

كل فرد إضافي في مجموعة العائلة 5,140 دولارًا \*

FAMILY NET ASSETS > \$10,000 WILL ALSO BE CONSIDERED ON A CASE BY CASE BASIS IN DETERMINING ELIGIBILITY.

# ST. CLAIR HEALTH APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE

## Patient Demographics

Patient Name \_\_\_\_\_

Patient Phone Number \_\_\_\_\_

Patient Address \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HOUSEHOLD DEMOGRAPHICS

قائمة بجميع أفراد الأسرة	تاريخ الميلاد	العلاقة مع المريض
		الذات

- Are you a citizen of the United States?  yes  no
- If NO, are you a permanent resident, legally residing in the US\*?  yes  no
- \*If patient is a permanent resident, provide a copy of official documentation*
- Are you a full time student?  yes  no
- Are you pregnant or was the admission pregnancy related?  yes  no
- Do you have a pending or approved Medicaid application?  yes  no
- Do you have medical insurance?  yes  no

## HOUSEHOLD ASSETS-CHECKING AND SAVINGS ACCOUNTS

Account Type (Checking or Savings)	Bank / Institute	Balance

# ST. CLAIR HEALTH APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE

**OTHER HOUSEHOLD COUNTABLE ASSETS (EXCLUDE RETIREMENT ASSETS)**

Type of Asset	Bank / Institute	Balance
Stocks/Bonds		
Certificate of Deposit		
U.S. Savings Bonds		
Health Savings Account (HSA)		
Savings Certificate		
Christmas or Vacation Club		

**HOUSEHOLD DEBT/LOANS (EXCLUDE PRIMARY RESIDENCE MORTGAGE)**

Type of Credit	Bank / Institute	Balance
Debt/Loans (Excluding Mortgage)		
Credit Card 1		
Credit Card 2		
Credit Card 3		
Other 1		
Other 2		
Other 3		

# ST. CLAIR HEALTH APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE

الدخل الإجمالي الشهري

	مريض	عضو الأسرة 2	عضو الأسرة 3	عضو الأسرة 4
الأجور /الراتب /الإكراميات				
تعويض البطالة				
الضمان الاجتماعي				
دعم الطفل				
دخل العمل الحر				
دخل الفوائد /توزيعات الأرباح				
مَعاش				
إيرادات الإيجار				
مدفوعات الثقة				
تعويضات العمال				
آخر				

**ملاحظة:** إذا لم يكن لديك دخل وكنت تتلقى دعمًا ماليًا من شخص آخر ، فيرجى إتمامها والتوقيع على البيان أدناه

حاليا لا دخل. أنا أدمهم حاليا بتوفير الطعام والمأوى واحتياجاتهم

من الملابس. كما أنني أعطيهم مساعدة مالية بمبلغ  
في المتوسط بالدولار في الشهر

X

تاريخ توقيع مانح الدعم

### إقرار - يجب على جميع المتقدمين التوقيع

أقسم (أو أؤكد) أن جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وصحيحة وكاملة على حد علمي. أوافق على إبلاغ مستشفى سانت كلير في غضون أسبوع واحد بجميع التغييرات في الدخل أو الموارد المالية أو غيرها من المعلومات المدرجة في هذا النموذج والتي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المساعدة المالية في مستشفى سانت كلير. أفهم أنه قد تتم الرجوع إلى معلوماتي الائتمانية والمعلومات المالية الأخرى ذات الصلة للتحقق من البيان وأهليتي للبرنامج.

ستتم إحالة إقرارات المريض الاحتياطية التي يتم إجراؤها بغرض الحصول على مساعدة مالية إلى مكتب المدعي العام في بنسلفانيا للمقاضاة المناسبة. إن يعد المرضى الذين يزورون طلب البرنامج مؤهلين للبرنامج وسيحملون المسؤولية عن جميع الرسوم المتكبدة أثناء التسجيل في البرنامج بآثر رجعي إلى اليوم الأول الذي تم فيه تكبد هذه الرسوم بموجب البرنامج.

X

تاريخ توقيع مقدم الطلب