



درخواست کمک مالی (APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE)

نام بیمار: _____

شماره حساب یا شماره پرونده پزشکی بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ 4 رقم آخر شماره SS: XX-XXXX

بهترین شماره تلفن برای تماس طی روز: _____ - () _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

نام همسر: _____ 4 رقم آخر شماره SS: XX-XXXX

آیا تابعیت ایالات متحده را دارید؟ بله خیر

اگر خیر، آیا فرد بیگانه مقیم هستید؟ بله خیر

اگر خیر، آیا فرد بیگانه غیرمقیم هستید؟ بله خیر

وضعیت خانوادگی: تمام افراد وابسته که آنها را تأمین می‌کنید را ذکر نمایید (اگر بیش از 4 نفر هستند، از برگه جداگانه‌ای استفاده کنید)

نام	سن	نسبت
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

استخدام و اشتغال

کارفرما: _____ سمت: _____

اگر خوداشتغال هستید، نام کسب و کار: _____

آدرس کارفرما: _____

تلفن: _____ - () _____ برای چه مدت مشغول به کار هستید: _____

کارفرمای همسر: _____ سمت: _____

اگر خوداشتغال هستید، نام کسب و کار: _____

درآمد ماهیانه فعلی	بیمار	همسر	جمع کل
پرداخت ناخالص (حقوق)	\$	\$	\$
درآمد خالص خوداشتغالی	\$	\$	\$
بهره و سود سهام	\$	\$	\$
املاک یا محل اجاره‌ای	\$	\$	\$
سوشال سکيوریتی/بازنشستگی/از کار افتادگی	\$	\$	\$
نقشه، سایر پرداخت‌های حمایتی	\$	\$	\$
غیره	\$	\$	\$
کل درآمد ماهیانه	\$	\$	\$



درخواست کمک مالی (APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE)

هزینه‌های اصلی زندگی	بیمار	همسر	جمع کل
اجاره یا رهن	\$	\$	\$
مالیات ملک	\$	\$	\$
آب و برق و تلفن	\$	\$	\$
نقعه، پرداخت حمایتی	\$	\$	\$
وام خودرو/وام تحصیلی	\$	\$	\$
تحصیل	\$	\$	\$
مدرسه/مهد کودک (افراد خردسال وابسته)	\$	\$	\$
غذا	\$	\$	\$
بیمه (خانه/اتومبیل)	\$	\$	\$
سایر هزینه‌ها	\$	\$	\$
کل هزینه‌های ماهیانه	\$	\$	\$

بدهی پزشکی فعلی	بیمار	همسر	جمع کل
بدهی پزشکی پرداخت نشده - Cedars-Sinai (Sinai)	\$	\$	\$
سایر بدهی‌های پزشکی	\$	\$	\$
جمع کل بدهی‌های پزشکی	\$	\$	\$

دارایی‌ها (به استثنای حساب‌های بازنشستگی)	بیمار	همسر	جمع کل
سهام و اوراق قرضه	\$	\$	\$
حساب‌های پولی/کارگزاری	\$	\$	\$
گواهی سپرده	\$	\$	\$
جمع کل دارایی‌ها	\$	\$	\$

اینجانب با امضای این درخواست موافقت خود را با این مسئله که Cedars-Sinai وضعیت اشتغال مرا بررسی کرده و درخواست بررسی سابقه اعتبار مرا داشته باشد، موافقت می‌کنم.

_____ (تاریخ)

_____ (امضای بیمار)

_____ (تاریخ)

_____ (امضای همسر)