



(د) حقوق الملكية العقارية (بخلاف محل الإقامة الأولي) (المستندات المطلوبة: خطاب من محاسب يصف قيمة حقوق الملكية في عقار)

(هـ) أصول أخرى (سندات الخزانة، والأوراق القابلة للتداول وأسهم الشركات والسندات بها) (المستندات المطلوبة: كشف شهري أو سنوي مستلم أو نسخة من كشف بنكي يثبت ذلك (إذا أودعت فائدة أو أرباح أسهم إيداعاً مباشراً))

(ز) الإجمالي

\* حجم الأسرة يشمل مقدم الطلب والزوج (أو الزوجة) المقيم مع المريض وأي أفراد يعيّلهم المريض أو زوج (زوجة) المريض. المرأة الحامل تحسب فردين من أفراد الأسرة. بالنسبة للمرضى القصر، يشمل عدد أفراد الأسرة القصر والوالدين المقيمين مع المريض والمعالين لدى هذين الوالدين.

### القسم الثالث: معايير الدخل

عند تحديد أهلية الحصول على مساعدة الرعاية بالمستشفى، يشمل دخل الشخص البالغ دخل زوجه/زوجته ويشمل دخل الطفل القاصر دخل والديه أو دخل الوصي القانوني عليه الذي يقيم الطفل معه. يشترط المركز الطبي أن يقدم المريض هذه المستندات والمعلومات المدرجة أدناه بوصفها دليلاً على الدخل كجزء من طلب المساعدة المالية. يعتمد الدخل على حساب إيرادات الأسابيع الأربعة الأخيرة قبل تاريخ الخدمة.

#### 15. مصادر الدخل:

(أ) الراتب/ الأجر قبل الاستقطاعات (المستندات المطلوبة: استمارة طلب برنامج التأمين المشمول بالرعاية العامة، أو إيصال الأجر من آخر أربعة أسابيع أو كشف بنكي يبين إيداعات راتب آخر أربعة أسابيع/ خطاب من صاحب العمل، حسبما ينطبق كما هو مبين أدناه)

- إذا لم يقدم المريض استمارة طلب لبرنامج تأمين مشمول برعاية عامة أو لم تتوافر استمارة ذلك الطلب، فيتعين عليه أن يقدم إيصالات الراتب عن الأسابيع الأربعة السابقة، والتي ستستخدم لتوضيح راتب/ أجور المريض عن السنة الميلادية الحالية.
- إذا لم تتوافر كعوب الرواتب، يتعين على المريض أن يقدم إما نسخة من كشف حساب بنكي (إذا كان الراتب يودع إيداعاً مباشراً في الحساب) أو خطاب من صاحب العمل يبين إجمالي الراتب والضرائب وصافي الراتب عن آخر أربعة أسابيع.

(ب) المساعدة العامة (المستندات المطلوبة: نسخة من خطاب القبول من إدارة الخدمات الاجتماعية يبين المبلغ الشهري المستلم)

(ج) مزايا الضمان الاجتماعي (المستندات المطلوبة: نسخة من خطاب قرار الضمان الاجتماعي أو نسخة من كشف الحساب البنكي (إذا كانت مزايا الضمان الاجتماعي تودع في الحساب إيداعاً مباشراً))

(د) تعويض البطالة والعمال (المستندات المطلوبة: نسخة من خطاب قرار التعويض أو نسخة من شيك التعويض أو نسخة من كشف الحساب البنكي الذي يبين الإيداع المباشر (إذا كان التعويض يودع إيداعاً مباشراً))

(هـ) مكافأة المحاربين القدامى (المستندات المطلوبة: نسخة من الشيك المستلم أو نسخة من خطاب المنح الصادر عن إدارة المحاربين القدامى (إذا كان متوافراً)، أو نسخة من كشف الحساب البنكي (إذا كانت المكافأة تودع إيداعاً مباشراً))

(و) النفقة/ دعم الطفل (المستندات المطلوبة: نسخة من حكم الطلاق الذي يبين مبلغ النفقة المحكوم به أو نسخة من الشيك المستلم أو نسخة من كشف الحساب البنكي (إذا كان مبلغ الدعم يودع إيداعاً مباشراً))

(ز) مبلغ الدعم النقدي الآخر (المستندات المطلوبة: نسخة من الشيك المستلم أو نسخة من كشف الحساب البنكي الذي يبين الدخل المستلم (إذا كان يودع إيداعاً مباشراً))

(ح) دفعات المعاش. (المستندات المطلوبة: نسخة من الشيك المستلم أو نسخة من خطاب المنح (إذا كان متوافراً)، أو نسخة من كشف الحساب البنكي (إذا كانت الدفعة تودع إيداعاً مباشراً))

(ط) دفعات التأمين أو دفعات الدخل السنوي. (المستندات المطلوبة: نسخة من الشيك المستلم بصفة شهرية، أو نسخة من كشف الحساب البنكي (إذا كانت الدفعة تودع إيداعاً مباشراً))

(ث) أرباح الأسهم/ الفائدة. (المستندات المطلوبة: نسخة من الشيك المستلم أو نسخة من كشف الحساب البنكي الذي يبين الدخل المستلم (إذا كان يودع

إيداعًا مباشرًا) \_\_\_\_\_

(ك) الدخل الناتج من الإيجار. (المستندات المطلوبة: خطاب من محاسب يحدد مبلغ الدخل الناتج من الإيجار السنوي)

(ل) صافي دخل العمل (عمل مستقل/ يتم التحقق منه بالاستعانة بمصدر مستقل) (المستندات المطلوبة: خطاب موقع عليه من محاسب يبين إجمالي المبلغ والضرائب وصافي المبلغ المكتسب أسبوعيًا أو مرتين في الأسبوع أو شهريًا، أيهما ينطبق).

(م) مصادر أخرى (تعويضات الإضراب أو راتب تدريب، أو مخصصات عائلية عسكرية أو الدخل من العقارات والودائع) (المستندات المطلوبة: نسخة من الشيك المستلم أو خطاب من المحاسب يوثق الدخل الآخر المستلم \_\_\_\_\_)

(ن) الإجمالي \_\_\_\_\_

#### القسم الرابع: إقرار مُقدم الطلب

أدرك بأن المعلومات التي أقدمها تخضع للتدقيق من منشأة الرعاية الصحية المعنية. كما أقر بأن تقديم أي معلومات غير صحيحة يجعلني أتحمّل كافة مصاريف المستشفى.

وإذا تطلبت منشأة الرعاية الصحية، فسوف ألتزم بتقديم طلب للحصول على المساعدة الطبية الحكومية أو الخاصة لدفع فاتورة المستشفى.

كما أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه بخصوص عدد أفراد أسرتي والدخل والأصول صحيحة وسليمة.

كما أنني أفهم بأنني مسؤول عن إبلاغ المستشفى بأي تغيير في الحالة الخاصة بدخلي أو أصولي.

16. توقيع المريض أو الممثل القانوني: \_\_\_\_\_

17. التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
شهر يوم سنة

فور تسليم استمارة طلب مستوفاة البيانات، بما في ذلك أي معلومات أو مستندات مطلوبة لتحديد الأهلية، يرجى إغفال أية فواتير حتى يتخذ مركز مايمونيدز الطبي قرارًا بشأن ما إذا كان سيوافق على استمارة الطلب أو سيرفضها.

روجع: 2015/11