

سياسة المساعدة المالية لمستشفيات NUVANCE HEALTH

المستند CT - 2 (مستشفيات كونيتيكت)

ورقة عمل مالية لمصدر المريض/ الدفع

اسم المريض: _____
رقم الحساب: _____
حجم الأسرة: _____

أ1 حساب الدخل المتوفر

الراتب/ المعاش التقاعدي الشهري

الدخل التأميني الإضافي الشهري/ إعانة المحاربين

القدامى الشهرية

إجمالي الدخل

_____ x 12 _____

_____ x 12 _____

_____ x 12 _____

ب1 حساب النفقات الشهرية

الإيجار

الكهرباء

الغاز

الهاتف

المياه

مدفوعات السيارة

بطاقات الائتمان

التأمين

أخرى _____

الطعام (100.00\$ × المعالين)

إجمالي المصاريف الشهرية

إجمالي المصاريف

x 12 _____ (BB) _____

(CC) _____

ت1 الدخل المُستحق لفواتير المستشفى

(AA – BB) (إذا كان أقل من 0 فأدخل 1)

(DD) _____

ث1 تقدير فواتير المستشفى للمريض

ج1 تحديد الأصول السائلة

الحسابات البنكية

السندات

المخزون السلعي
تطور السعة
الصناديق المشتركة
إجمالي الأصول السائلة

(EE) _____

ح1 إجمالي المستحق للمريض ناقص الأصول السائلة (DD- EE)

(GG) _____

خ1 الدخل المُستحق ناقص المستحق للمريض (CC-FF)

ملحوظة: إذا كان GG عبارة عن رقم سلبي، فلن يتحمل المريض أي مسؤولية مالية.

_____ أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة.

_____ أقر بأن المريض/ مصدر الدفع عاطل عن العمل ولا يمكنه تقديم وثائق التوظيف.

_____ التاريخ

_____ توقيع المريض/ مصدر الدفع