

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) \_\_\_\_\_

أ1 الدخل المُستحق لفواتير المستشفى

(AA – BB) (إذا كان أقل من 0 فأدخل 1)

(DD) \_\_\_\_\_

أ1 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

المستند NY-2 (مستشفيات نيويورك)  
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 \_\_\_\_\_ (AA) \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

ت1 الدخل المستحق لفواتير المستشفى  
(AA - BB) (إذا كان أقل من 0 فأدخل 1)  
(CC) \_\_\_\_\_

ث1 تقدير فواتير المستشفى للمريض  
(DD) \_\_\_\_\_

ج1 الدخل المستحق ناقص المستحق للمريض (CC-DD)  
ملحوظة: إذا كان EE عبارة عن رقم سلبي، فلن يتحمل المريض أي مسئولية مالية.  
(EE) \_\_\_\_\_

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_