

UK Advanced Eye Care العيادة المتقدمة بالعيون في جامعة كنتاكي

PATIENT DEMOGRAPHIC SHEET (Please complete ALL information)

الورقة الديموغرافية للمريض (يرجى استكمال جميع المعلومات)

PATIENT LEGAL NAME الاسم القانوني للمريض :		DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد :		SEX الجنس:	
ADDRESS العنوان:		CITY المدينة:		STATE الولاية:	
PRIMARY CONTACT PHONE # رقم هاتف : الاتصال الأساسي:		HOME PHONE هاتف المنزل :		PREFERRED LANGUAGE اللغة المفضلة:	
PRIMARY CARE PHYSICIAN: طبيب الرعاية الأولية		PRIMARY CARE PROVIDER ADDRESS, CITY, STATE, ZIP: عنوان مقدم الرعاية الأولية ، الولاية ، الرمز البريدي:		PRIMARY CARE PROVIDER PHONE #: هاتف مقدم الرعاية الأولية	
EMERGENCY CONTACT INFORMATION معلومات الاتصال في حالات الطوارئ					
NAME الاسم:		RELATION TO PATIENT: العلاقة بالمريض		PRIMARY CONTACT PHONE NUMBER(S): رقم (أرقام) هاتف جهة الاتصال الأساسية:	
GUARANTOR INFORMATION معلومات الضامن					
PARENT/GUARDIAN NAME: اسم ولي الأمر / الوصي:		RELATION TO PATIENT: العلاقة بالمريض:		PRIMARY CONTACT PHONE NUMBER(S): رقم (أرقام) هاتف جهة الاتصال الأساسية:	
DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد :		SSN: رقم الضمان الاجتماعي:		EMPLOYER صاحب العمل :	
PRIMARY INSURANCE INFORMATION معلومات التأمين الأولية					
INSURANCE COMPANY NAME: اسم شركة التأمين		SUBSCRIBER ID: رقم المشترك		NAME AND RELATION TO PATIENT: الاسم والعلاقة بالمريض	
SECONDARY INSURANCE INFORMATION					
INSURANCE COMPANY NAME: اسم شركة التأمين		SUBSCRIBER ID: رقم المشترك		NAME AND RELATION TO PATIENT: الاسم والعلاقة بالمريض	

- University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- UK HealthCare Ambulatory Services
- UK Dental and Oral Health Clinics

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

استلام إشعار بممارسات الخصوصية

(Patient Label Here)

Date: _____ Time: _____

I understand that as part of my health care, University of Kentucky and its affiliates originates and maintains health records. These health records describe my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and any plans for future care or treatment. I understand that this information serves as:

انا أفهم أنه كجزء من رعايتي الصحية، تقوم جامعة كنتاكي والمنظمات التابعة لها بإنشاء سجلات صحية والاحتفاظ بها. تصف هذه السجلات الصحية تاريخي الصحي وأعراض الفحوصات والاختبارات والتشخيصات والعلاج وأي خطط للرعاية أو العلاج في المستقبل. أفهم أن هذه المعلومات تعمل على:

- أساس لتخطيط رعايتي وعلاجي a basis for planning my care and treatment
- وسيلة للتواصل بين العديد من المتخصصين الصحيين الذين يساهمون في رعايتي a means of communication among the many health professionals who contribute to my care
- مصدر للمعلومات لتطبيق معلومات التشخيص والعلاج الطبي على فاتورتي a source of information for applying my diagnosis and medical treatment information to my bill
- وسيلة يمكن من خلالها لجهة خارجية (أي شركة التأمين كمثل) التحقق من أن الخدمات التي تم تقديم الفاتورة عنها قد تم تقديمها بالفعل a means by which a third-party payer (i.e. insurance company) can verify that services billed were actually provided
- وأداة لعمليات الرعاية الصحية الروتينية مثل تقييم الجودة ومراجعة كفاءة المتخصصين في الرعاية الصحية and a tool for routine healthcare operations such as assessing quality and reviewing the competence of healthcare professionals

The University of Kentucky and its affiliates' **Notice of Privacy Practices** gives a more complete description of how my health information may be used or disclosed. The notice also explains my rights regarding my personal health information, including the right to access my own records and the right to request restrictions as to how my health information is used or disclosed.

يقدم إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بجامعة كنتاكي وشركائها وصفاً أكثر اكتمالاً لكيفية استخدام معلوماتي الصحية أو الكشف عنها. ويشرح الإشعار أيضاً حقوقي فيما يتعلق بمعلوماتي الصحية الشخصية، والذي يشمل الحق للوصول الى سجلاتي الخاصة و الحق لطلب وضع القيود على كيفية استخدام معلوماتي الصحية أو الكشف عنها.

I understand it is my responsibility to notify University of Kentucky and its affiliates regarding any restrictions to disclosure of my health information regarding this or any subsequent visit.

انا أفهم أنه من مسؤوليتي إخطار جامعة كنتاكي والشركات التابعة لها فيما يتعلق بأي قيود على الكشف عن معلوماتي الصحية فيما يتعلق بهذه الزيارة أو أي زيارة لاحقة.

I have been provided with a **Notice of Privacy Practices** and have been given the opportunity to review this notice.

لقد تم تزويدي بإشعار حول ممارسات الخصوصية وتم منحي الفرصة لمراجعة هذا الإشعار.

Signature of Patient or Legal Representative

Date التاريخ

توقيع المريض أو الممثل القانوني

KENTUCKY EYE EXAMINATION FORM FOR SCHOOL ENTRY

نموذج فحص كنتاكي للعين لدخول المدرسة

KRS 156.160.8 (g) requires proof of a vision examination by an optometrist or ophthalmologist. This proof shall be submitted to the school no later than January 1 of the first year that a child is enrolled in a Kentucky public school, public preschool, or Head Start.
KRS 156.160.8 (ز) يتطلب إثبات فحص الرؤية من قبل فاحص النظر أو طبيب العيون. يجب تقديم هذا الإثبات إلى المدرسة في موعد لا يتجاوز 1 يناير من السنة الأولى التي يتم فيها تسجيل الطفل في مدرسة كنتاكي العامة أو مرحلة ما قبل المدرسة العامة أو برنامج البداية المبكرة Head Start.

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION AND RECORDS. يرجى استكمال المعلومات التعريفية والسجلات.

IDENTIFYING INFORMATION تحديد المعلومات

Student Name اسم الطالب _____

Social Security Number رقم الضمان الاجتماعي : _____ Date of Birth تاريخ الميلاد : _____

Parent or Guardian Name اسم الوالد أو الوصي : _____

RECORD OF IMMUNIZATION TO BE REPORTED ON IMMUNIZATION CERTIFICATE FORM, EPID 230 CASE HISTORY

سجل اللقاحات/المطاعيم الذي سيتم الإبلاغ عنه في نموذج شهادة التحصين، EPID 230 تاريخ حالة

Date of Exam تاريخ الفحص : _____

Chief Complaint الشكوى الرئيسية : _____

Ocular History: Normal تاريخ العين: طبيعي or Positive for حالة أو إيجابي لحالة : _____

Medical History: Normal التاريخ الطبي: طبيعي or Positive for حالة أو إيجابي لحالة : _____

Drug Allergies الحساسية للأدوية : NKDA لا توجد حساسية معروفة للأدوية or Allergic to حساسية من : _____

Family Ocular and Medical History التاريخ البصري والطبي للعائلة Amblyopia الكسل البصري Strabismus الحول

Glaucoma مرض الجلوكوما (الماء الأزرق) Diabetes السكري

Other أخرى: _____

Other Pertinent Information معلومات أخرى ذات صلة : _____

Refraction with cycloplegic? (please indicate one) (يرجى الإشارة إلى واحد) YES نعم NO كلا

	OD العين اليمنى	OS العين اليسرى
Unaided Acuity حدة البصر بدون مساعدة	20 / _____	20 / _____
Best Corrected Acuity أفضل حدة للبصر مع التصحيح	20 / _____	20 / _____

Normal طبيعي Abnormal غير طبيعي Not able to Assess غير قادر على التقييم

External Exam (eye and adnexa) الفحص الخارجي (العين والملحقات)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internal Exam (media, lens, fundus, etc) الفحص الداخلي (الوسائط، العدسة، قاع العين، الخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurological Integrity (pupils) السلامة العصبية (البؤبؤ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binocular Function (stereopsis) الوظيفة الثنائية للعين (الرؤية المجسمة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accommodation and convergence التكيف و التقارب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Color Vision رؤية الألوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnosis: Normal طبيعي Myopia قصر النظر Hyperopia بعد النظر Astigmatism الاستجماتيزم Strabismus الحول
 Amblyopia الكسل البصري

Other أخرى: _____

Recommendations التوصيات:

1 Glasses prescribed تم وصف نظارة : YES نعم NO كلا

2 _____

3 _____

Age appropriate and suggested anticipatory guidance (health assessments):

إرشادات استباقية مناسبة للعمر ومقترحة (التقييمات الصحية)

- Educate (parents/patients) about eye/vision disorders and needed vision care
تثقيف (الآباء / المرضى) حول اضطرابات العين / الرؤية ورعاية الرؤية اللازمة
- Counsel (parents/patients) regarding eye safety
المشورة (الآباء / المرضى) فيما يتعلق بسلامة العين
- Stress importance of early, preventative eye care
التأكيد على أهمية العناية المبكرة والوقائية بالعين
- Recommend re-examination, as appropriate
التوصية بإعادة الفحص، حسب الاقتضاء

Signed الموقع _____

Date التاريخ: _____

Optometrist/Ophthalmologist فاحص البصر / طبيب عيون

Address العنوان: _____

Telephone الهاتف: () _____



شكراً لاختيارك الرعاية الصحية في جامعة كنتاكي لاحتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك. Thank you for choosing UK HealthCare for your healthcare needs.

UK HealthCare is proud of its long history of providing healthcare services to the Commonwealth of Kentucky. Our financial assistance program relieves the financial burden of medically necessary health care. It is available to patients and families with a household income at or below 300% of the Federal Poverty Guideline for your family size. We are pleased to provide you with this application to determine if you meet the qualifications for assistance with your medical services at UK HealthCare.

تفخر الرعاية الصحية في جامعة كنتاكي بتاريخها الطويل في تقديم خدمات الرعاية الصحية لكونولث كنتاكي. يخفف برنامج المساعدة المالية لدينا العبء المالي للرعاية الصحية الضرورية طبياً. وهي متاحة للمرضى والأسر التي يبلغ دخل الأسرة فيها أقل أو يساوي 300% من التوجيهات الفدرالية للفقر حسب حجم عائلتك. يسعدنا أن نقدم لك هذا الطلب لتحديد ما إذا كنت تستوفي مؤهلات المساعدة لخدماتك الطبية في الرعاية الصحية لجامعة كنتاكي.

We require you to complete the enclosed application and provide all required supporting documents to determine your eligibility. All pages of the supporting documents must have the applicant's name and date of birth on the top of each document. If the patient's medical record number is available, include that information along with the name and date of birth. Return the signed, the completed application and the supporting documents via USPS upload through My UKHC Chart at <https://ukhealthcare.uky.edu/mychart>, or submit by secure fax to 859-257-8071. **Failure to return a completed application within 21 days of the application date with all supporting documentation, including name and date of birth on each document may delay a decision or result in a denial of the application.** Note: Applicants who are eligible for Medicaid, must apply before we can consider the request for financial assistance. During the application process, all normal billing operations will continue.

نطلب منك إكمال الطلب المرفق وتقديم جميع المستندات الداعمة المطلوبة لتحديد أهليتك. يجب أن تحتوي جميع صفحات المستندات الداعمة على اسم مقدم الطلب وتاريخ ميلاده أعلى كل مستند. إذا كان رقم السجل الطبي للمريض متاحاً ، فقم بتضمين هذه المعلومة مع الاسم وتاريخ الميلاد. أعد الطلب الموقع والمكتمل والمستندات الداعمة عبر التحميل من خلال خدمة البريد الأمريكي USPS upload عن طريق My UKHC Chart على الموقع <https://ukhealthcare.uky.edu/mychart> ، أو أرسله عن طريق الفاكس الآمن إلى 859-257-8071. قد يؤدي عدم إعادة الطلب المكتمل في غضون 21 يوماً من تاريخ تقديم الطلب مع جميع المستندات الداعمة ، بما في ذلك الاسم وتاريخ الميلاد في كل مستند ، إلى تأخير القرار أو يؤدي إلى رفض الطلب. ملاحظة: يجب على المتقدمين المؤهلين للحصول على برنامج Medicaid التقدم قبل أن تتمكن من النظر في طلب المساعدة المالية. أثناء عملية التقديم ، ستستمر جميع عمليات الفوترة العادية.

إخلاء المسؤولية عن المساعدة المالية Disclaimer for Financial Assistance

Approval of financial assistance does not guarantee coverage for all services; all services are subject to the terms, conditions, limitations, and exclusions of the financial assistance policy. If approved, adjustments will only be applied to those accounts within the policy parameters. الموافقة على المساعدة المالية لا تضمن تغطية جميع الخدمات ؛ تخضع جميع الخدمات لشروط وأحكام وقبوض واستثناءات سياسة المساعدة المالية. في حالة الموافقة ، سيتم تطبيق التعديلات فقط على تلك الحسابات ضمن معايير السياسة.

المستندات المطلوبة Required Documents

- Completed and signed Financial Assistance Application الموقع والمكتمل والمستندات الداعمة للمساعدة المالية
- Proof of gross income and bank account balances for each member of the household OR proof of no income.

Gross income is the income before taxes, insurance, and any other deductions. إثبات الدخل الإجمالي وأرصدة الحسابات. المصروفية لكل فرد من أفراد الأسرة أو إثبات عدم وجود دخل. الدخل الإجمالي هو الدخل قبل الضرائب والتأمين وأي خصومات أخرى.

Please do not send the original documents, as we may be unable to return them. All financial records after electronic imaging in our secure electronic health system and any unidentifiable required documentation are destroyed. We make every effort to identify each document we receive. To avoid destroying your documentation without attaching it to your application, record the patient's identifiable information on each documentation sheet by putting the patient's name and date of birth. If you have questions or need assistance, call our convenient call line at 859-323-9898 Monday-Friday, 8 AM-4:30 PM. Thank you for choosing UK HealthCare for your medical needs.

يرجى عدم إرسال المستندات الأصلية ، حيث قد لا نتمكن من إعادتها. يتم إتلاف جميع السجلات المالية بعد التصوير الإلكتروني في نظامنا الصحي الإلكتروني الآمن وأي وثائق مطلوبة غير قابلة للتحديد. نحن نبذل قصارى جهدنا لتحديد كل وثيقة نتلقاها. لتجنب إتلاف وثائقك دون إرفاقها بطلبك ، قم بتسجيل معلومات تعريف المريض في كل ورقة توثيق عن طريق وضع اسم المريض وتاريخ ميلاده. إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة ، فاتصل بخط الاتصال المريح لدينا على 859-323-9898 من الاثنين إلى الجمعة ، 8 صباحاً - 4 مساءً. شكراً لاختيارك UK HealthCare لاحتياجاتك الطبية.

UKHC Financial Assistance Application طلب المساعدة المالية

Medical Record # if known رقم السجل الطبي إذا كان معروفاً _____

2024 Federal Poverty Guidelines				
Financial support depends of where the household income falls within this chart. Please call or contact us through MyChart for screening eligibility.				
	Medicaid Limit for Adults Traditional Medicaid	Expanded Medicaid Limit For Adults	Medicaid Limit for Children & Pregnancy	UK Financial Assistance Program
Household Size	0%-100% FPL	101%-138% FPL	Up to 200% FPL	Up to 300% FPL
1	\$15,060.00	\$20,783.00	\$30,120.00	\$45,180.00
2	\$20,440.00	\$28,207.00	\$40,880.00	\$61,320.00
3	\$25,820.00	\$35,632.00	\$51,640.00	\$77,460.00
4	\$31,200.00	\$43,056.00	\$62,400.00	\$93,600.00
5	\$36,580.00	\$50,480.00	\$73,160.00	\$109,740.00
6	\$41,960.00	\$57,905.00	\$83,920.00	\$125,880.00
7	\$47,340.00	\$65,329.00	\$94,680.00	\$142,020.00
8	\$52,720.00	\$72,754.00	\$105,440.00	\$158,160.00

المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير لعام ٢٠٢٤

يعتمد الدعم المالي على المكان الذي يقع فيه دخل الأسرة ضمن هذا الجدول. يرجى الاتصال بنا أو الاتصال بنا من خلال ماي تشارت MyChart لفحص الأهلية.

عدد أفراد الأسرة	حد ميديكيد للتقليدية ميديكيد	حد ميديكيد للبالغين	برنامج ميديكيد الموسع الحد للبالغين	حد ميديكيد للأطفال والحمل	برنامج المساعدة المالية لجامعة كنتاكي
١	٠% - ١٠٠% الحد الفدرالي للفقير	١٠١% - ١٣٨% الحد الفدرالي للفقير	١٠١% - ١٣٨% الحد الفدرالي للفقير	٢٠٠% من الحد الفدرالي للفقير	٣٠٠% من الحد الفدرالي للفقير
١	١٥,٠٦٠,٠٠ دولار	٢٠,٧٨٣,٠٠ دولار	٢٠,٧٨٣,٠٠ دولار	٣٠,١٢٠,٠٠ دولار	٤٥,١٨٠,٠٠ دولار
٢	٢٠,٤٤٠,٠٠ دولار	٢٨,٢٠٧,٠٠ دولار	٢٨,٢٠٧,٠٠ دولار	٤٠,٨٨٠,٠٠ دولار	٦١,٣٢٠,٠٠ دولار
٣	٢٥,٨٢٠,٠٠ دولار	٣٥,٦٣٢,٠٠ دولار	٣٥,٦٣٢,٠٠ دولار	٥١,٦٤٠,٠٠ دولار	٧٧,٤٦٠,٠٠ دولار
٤	٣١,٢٠٠,٠٠ دولار	٤٣,٠٥٦,٠٠ دولار	٤٣,٠٥٦,٠٠ دولار	٦٢,٤٠٠,٠٠ دولار	٩٣,٦٠٠,٠٠ دولار
٥	٣٦,٥٨٠,٠٠ دولار	٥٠,٤٨٠,٠٠ دولار	٥٠,٤٨٠,٠٠ دولار	٧٣,١٦٠,٠٠ دولار	١٠٩,٧٤٠,٠٠ دولار
٦	٤١,٩٦٠,٠٠ دولار	٥٧,٩٠٥,٠٠ دولار	٥٧,٩٠٥,٠٠ دولار	٨٣,٩٢٠,٠٠ دولار	١٢٥,٨٨٠,٠٠ دولار
٧	٤٧,٣٤٠,٠٠ دولار	٦٥,٣٢٩,٠٠ دولار	٦٥,٣٢٩,٠٠ دولار	٩٤,٦٨٠,٠٠ دولار	١٤٢,٠٢٠,٠٠ دولار
٨	٥٢,٧٢٠,٠٠ دولار	٧٢,٧٥٤,٠٠ دولار	٧٢,٧٥٤,٠٠ دولار	١٠٥,٤٤٠,٠٠ دولار	١٥٨,١٦٠,٠٠ دولار

UKHC Financial Assistance Application طلب المساعدة المالية

Medical Record # if known رقم السجل الطبي إذا كان معروفاً

INSTRUCTIONS: PLEASE RESPOND TO ALL QUESTIONS. LEAVE NOTHING BLANK. IF IT DOES NOT APPLY, ENTER "NONE". YOU WILL BE ASKED TO PROVIDE APPLICABLE DOCUMENTATION THROUGHOUT THE APPLICATION. MAKE SURE YOU VERIFY DOCUMENTS TO SEND. PLEASE SEND COPIES ONLY. NO STAPLES.
 التعليمات: يرجى الرد على جميع الأسئلة. لا تترك شيئاً فارغاً. إذا لم ينطبق، ادخل "لا شيء". سيطلب منك تقديم الوثائق المعمول بها في جميع أنحاء الطلب. تأكد من التحقق من المستندات المراد إرسالها. يرجى إرسال نسخ فقط. لا دبابيس.

I. PATIENT INFORMATION معلومات المريض

Patient Name: اسم المريض _____ **Date of Birth:** تاريخ الميلاد _____
Address: العنوان _____ **Social Security Number:** رقم الضمان الاجتماعي _____
City: المدينة: _____ **State:** الولاية: _____ **Zip Code:** الرمز البريدي _____
 Home Phone رقم هاتف المنزل: _____ Cell Phone رقم الخليوي: _____ Are you a KY resident هل انت تقيم في كنتاكي? YES نعم NO كلا
 Are you in the United States on a Visa, expired or not? هل أنت مقيم في الولايات المتحدة بتأشيرة، منتهية الصلاحية أم لا? Yes نعم No كلا
 if yes please provide a copy of the Visa إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نسخة من التأشيرة
Employment Status: الحالة الوظيفية: Employed تعمل Unemployed لاتعمل Self-Employed تعمل لحسابك الخاص Retired متقاعد Disabled معاق
 Student طالب
Employer: صاحب العمل: _____ **Phone number:** رقم الهاتف: _____
 Are you considered: Blind اعمى Disabled معوق Over the age of 65 اكبر من 65 سنة Pregnant حامل Minor child طفل or قاصر أو طفل
 Have minor children in the home لديك أطفال قاصرين في المنزل? N/A غير مطبق

II. SPOUSE-If Married إذا كان متزوجاً **Parents(s) or Legal Guardian(s)-if patient is a minor** الوالدين أو الوصي القانوني (الأوصياء) - إذا كان المريض قاصراً **لا ينطبق**

Name: الاسم: _____ **Date of Birth:** تاريخ الميلاد: _____
 UKHC MR# رقم الملف الطبي: _____ **Social Security Number:** رقم الضمان الاجتماعي: _____ **Phone#:** رقم الهاتف: _____
Employment Status: الحالة الوظيفية: Employed تعمل Unemployed لاتعمل Self-Employed تعمل لحسابك الخاص Retired متقاعد Disabled معاق
 Student طالب
Employer: صاحب العمل: _____ **Phone number:** رقم الهاتف: _____
Name: الاسم: _____ **Date of Birth:** تاريخ الميلاد: _____
 UKHC MR# رقم الملف الطبي: _____ **Social Security Number:** رقم الضمان الاجتماعي: _____ **Phone#:** رقم الهاتف: _____
Employment Status: الحالة الوظيفية: Employed تعمل Unemployed لاتعمل Self-Employed تعمل لحسابك الخاص Retired متقاعد Disabled معاق
 Student طالب
Employer: صاحب العمل: _____ **Phone number:** رقم الهاتف: _____

III. Household Members and Income – Provide paycheck stubs/proof of income for the previous month starting with yourself and including all household members. Examples of Income types; Employment Income, Employment Pension, Social Security, Social Security Disability, Welfare Income, Unemployment Compensation, Guard/Reserve Military, Workers Compensation Benefits, Rental Income, Alimony, Interest/Dividends, Grants, Financial Aid/Scholarships.

III. أفراد الأسرة والدخل - قدم قسائم شيك الراتب / إثبات الدخل للشهر السابق بدءاً من نفسك بما في ذلك جميع أفراد الأسرة. أمثلة على أنواع الدخل: دخل العمل، معاش العمل، الضمان الاجتماعي، إعاقه الضمان الاجتماعي، دخل الرعاية الاجتماعية، تعويض البطالة، الحرس / الاحتياط العسكري، مزايا تعويض العمال، دخل الإيجار، النفقة، الفوائد / أرباح الأسهم، المنح / المساعدات المالية / المنح الدراسية

Name of Household Member اسم فرد الأسرة	Age/Birthdate العمر / تاريخ الميلاد	Relationship to Patient العلاقة بالمريض	Source/Type of Income & Amount 1 مصدر / نوع الدخل و المبلغ ١	Source/Type of Income & Amount 2 مصدر / نوع الدخل و المبلغ ٢	Source/Type of Income & Amount 3 مصدر / نوع الدخل المبلغ ٣
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$

The household is requested to provide copies of all bank statements for checking, savings, and/or money market accounts for the previous three (3) months OR complete the Attested Statement of No Bank Account.

يطلب من الأسرة تقديم نسخ من جميع البيانات المصرفية للشيكات و / أو حسابات التوفير و / أو حسابات سوق المال للأشهر الثلاثة (٣) السابقة أو إكمال كشف حساب مصرفي مصدق.

اسم البنك	الرصيد المالي
Checking Accounts الحسابات الجارية	\$ _____
Savings Accounts حسابات التوفير	\$ _____
Trust Funds صناديق الاستثمار	\$ _____
Stocks/bonds الاسهم/ السندات	\$ _____
Money Market Accounts حسابات سوق المال	\$ _____
Mutual Funds صناديق الاستثمار المشترك	\$ _____
SSI/SSDI/Social Security Debit Card بطاقة خصم الضمان الاجتماعي	\$ _____

Patient Name اسم المريض : _____

Date of Birth تاريخ الميلاد : _____

Complete the Attestation Statement below for patients or households without a checking, savings, Direct Express, or Prepaid card account. Also, households must provide one month of receipts for using a check cashing service or paying utility bills in cash.

أكمل بيان التصديق أدناه للمرضى أو الأسر التي ليس لديها حساب جاري أو توفير أو حساب بطاقة Direct Express أو بطاقة مسبقة الدفع. أيضاً ، يجب على الأسر تقديم شهر واحد من الإيصالات لاستخدام خدمة صرف الشيكات أو دفع فواتير الخدمات نقداً.

Attested Statement of No Bank Account (checking, savings, or debit cards for deposits-only accounts)

بيان موثق بعدم وجود حساب مصرفي (حسابات جارية أو حسابات توفير أو بطاقات خصم للحسابات المخصصة للودائع فقط)

This signed and attested statement document is used to verify _____

يتم استخدام مستند البيان الموقع والمصدق هذا للتحقق من

(Applicant Name) does not have a checking or savings account with any financial institution.

(اسم مقدم الطلب) ان ليس لديه حساب جاري أو توفير لدى أي مؤسسة مالية.

_____ اسم المريض أو الممثل القانوني

_____ التاريخ

Relationship to Patient

العلاقة من المريض

Disclaimer for Financial Assistance إخلاء المسؤولية عن المساعدة المالية

Approval of financial assistance does not guarantee coverage for services; all services are subject to the terms, conditions, limitations, and exclusions of the financial assistance policy. If approved, adjustments will only be applied to those accounts within the policy parameters, and services that are not considered an exclusion.

الموافقة على المساعدة المالية لا تضمن تغطية الخدمات. تخضع جميع الخدمات لشروط وأحكام وقيود واستثناءات سياسة المساعدة المالية. في حالة الموافقة ، سيتم تطبيق التعديلات فقط على تلك الحسابات ضمن معايير السياسة ، والخدمات التي لا تعتبر استثناء.

I certify by signing below that the information provided on this application is true, correct, and complete to the best of my knowledge. I understand false or withheld information will result in revocation of any financial assistance adjustments and charges will become the responsibility of the patient/guarantor.

انا أقر من خلال التوقيع أدناه بأن المعلومات المقدمة في هذا الطلب حقيقية وصحيحة وكاملة على حد علمي. أفهم أن المعلومات الخاطئة أو المحتجزة ستؤدي إلى إلغاء أي تعديلات للمساعدة المالية وستصبح الرسوم مسؤولة المريض / الضامن.

Patient or Legal Representative
المريض أو الممثل القانوني

Date التاريخ

Relationship to Patient
العلاقة مع المريض

For Office Use Only: UK HealthCare Employee: _____

للاستخدام المكتبي فقط:

Interpreter/CryaCom Representative Name or ID# _____

المترجم/ اسم ممثل سيراكوم او رقمه التعريفي

Patient MRN# _____

Additional Household Members:

- | | |
|---------------|------------|
| 1. Name _____ | MRN# _____ |
| 2. Name _____ | MRN# _____ |
| 3. Name _____ | MRN# _____ |
| 4. Name _____ | MRN# _____ |
| 5. Name _____ | MRN# _____ |
| 6. Name _____ | MRN# _____ |