

Charity Application Cover Page

Last Name: _____ الاسم الأخير:

First Name: _____ الاسم الأول:

Patient QID: _____ رقم البطاقة الشخصية للمريض:

Date of Birth: _____ تاريخ الميلاد:

Home #: _____ رقم هاتف المنزل:

Mobile #: _____ رقم الهاتف المحمول:

E-Mail: _____ البريد الإلكتروني:

Both Parents Monthly Income _____ الدخل الشهري لكلا الأبوين

Family's Monthly Expenses _____ النفقات الشهرية للأسرة

a. Rent _____ أ. الإيجار

b. Utilities _____ ب. المرافق

c. School Fees _____ ت. المصاريف المدرسية

d. Other (specify) _____ ث. أخرى (حدد)

Do you have Health Insurance? Yes No نعم لا

هل لديك تأمين صحي؟