

## نامه شرایط

این فرم باید بنا به درخواست تیم کمک هزینه مالی بیماران برای معلومات بیشتر، توسط بیماری که جویای کمک هزینه مالی است تکمیل شود. ممکن است شامل شرایطی از قبیل گذران زندگی با پس اندازهای نقدی، وضعیت مدنی نامشخص، عدم تأمین هزینه های خانوار توسط همسر، سرپرستی غیرحقوقی و غیره باشد.

اسم بیمار: \_\_\_\_\_

لطفاً شرایط را اینجا توضیح دهید:

استشهاد:

گواهی می دهم که تا جایی که اطلاع دارم، معلومات بالا درست و صحیح است. موافقت می کنم که اگر نیاز به تأیید بیشتر باشد، می توانید با من تماس بگیرید.

تاریخ امضا

امضای فردی که این فرم را تکمیل می کند