

## Patient or Escort Acknowledgment Form

إقرار خطي (للمرافق او المريض)

I am the (انا)

رقم الملف - File #

Patient - المريض

Escort - المرافق

Escort Relation to the Patient - صلة المرافق للمريض

Last Name - اسم العائلة

Father's Name - اسم الأب

First Name - الاسم الأول

Phone No in the U.S. - رقم الهاتف بأمريكا

Saudi ID# - رقم الهوية الوطني

### بيان الإقرار للمرافق او المريض

أقر أنا (المرافق / المريض) الموقع أدناه بأنني لا أتقاضى أي مخصصات من أي جهة حكومية أو قطاع حكومي أو مؤسسة حكومية و إذا ثبت خلاف ذلك (بأنني أتقاضى أو أستلم أي مخصصات) فيحق للملحقية بالولايات المتحدة الأمريكية استعادة ما صرف لي بدون وجه حق كما أقر بأنني قد اطلعت على كامل إجراءات السفر التي سلمت لي من قبل الهيئة الطبية التي تضمنت البنود

وعلى ذلك جرى التوقيع

توقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AF 12/14