

طلب مساعدة خيرية من المستشفى الوثائق المطلوبة إثبات الدخل والموارد

(Arabic) Application Assistance Financial

يجب أن تقدم نسخًا من المعلومات التالية مع طلبك. وعدم القيام بذلك سيؤدي إلى تأخير طلبك أو احتمال رفضه.

- 1. إثبات هُوية... رخصة قيادة سارية، أو بطاقة هُوية إدارة السلامة العامة، أو بطاقة تسجيل ناخب، أو بطاقة تسجيل أجنبي، أو بطاقة إقامة مؤقتة.
 - التدقيق الأحدث، والمدخرات، وبيان الائتمان التعاوني.
 - 3. تأكيد ملكية أسهم، أو سندات، أو صكوك، أو شهادات إيداع غير قابلة للتداول.
 - 4. على الأقل آخر أربعة كعوب من شبكاتك أو نموذج إثبات عمل مملوء بواسطة صاحب عملك.
 - 5. رسائل موافقة أو إثبات دخل آخر مثل الضمان الاجتماعي، والدخل التأميني الإضافي، وإعانة البطالة، وتعويض العمال، وراتب التقاعد، وراتب مساعدة طفل.
 - 6. إيصالات الإيجار أو إيصالات الرهن العقاري.
 - 7. إيصالات دفع السيارة.
 - 8. إيصالات المرافق
- 9. **أي إيصالات نفقات شهرية أخرى** (مثل الفواتير الطبية غير المدفوعة، إيصالات وصفات العقاقير، نفقات الرعاية النهارية، البقالة، البصالات الوقود، المصروفات الدراسية، وغير ذلك.
 - 10. أحدث الإقرار الضريبي

يُرجى الكتابة بخط واضح

لطلب (الأخير، الأول، الأوسط)	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الجوال	رقم هاتف العمل
ي (الشارع، أو صندوق البريد، أو التسليم الريفي	المدينة	الو لاية	الرمز البريدي
(إذا كان مختلفًا عن العنوان البريدي)			
) (ږد, کال مختلف علی المحوران البريدي)			

أحتاج رعاية طبية و لا يمكنني دفع مقابلها.

🔲 لديّ فواتير طبية لا يمكنني دفعها.

أجب عن كل سؤال. اكتب "لا ينطبق" إذا كان السؤال لا ينطبق عليك. ينبغي إكمال هذا الطلب بواسطة صاحب الطلب أو لصالحه. 1. املاً جميع الفراغات لكل شخص يعيش معك، سواء كنت تعتبره من أفراد الأسرة أم لا.

رقم الضمان الاجتماعي	رسة لا	في المد نعم	ج. ۷	متزو نعم	العِرق*	الجنس	اأسنة	ناريخ الميلاد اليوم	الشمر	القرابة بك	الأوسط	الاسم الأول	الأخير
								'-يوم	,				ا <u>د پر</u>
										نفسي			(')
													(ب)
													(ح)
													(2)
													(هـ)
													(و)
													(ز)
_												·	(ح)
_												·	(년)

^{*} المعلومات الخاصة بالعِرق طوعية، وهي مطلوبة للتأكد من أن المساعدات يتم تقديمها بغض النظر عن العِرق أو اللون أو الأصل الوطني. ولن يؤثر هذا على أهليتك أو مستوى المساعدات.

الولاية	المقاطعة	اذكر مقاطعة وولاية إقامة أسرتك (حيث يقع بيتك)	.2
---------	----------	---	----

3. هل يحصل أي شخص ممن يعيشون معك على المساعدات من (ضع علامة على "نعم" أو "لا" لكل نوع برنامج):

1	WIC Medicaid		إجتماعي	الضمان ال	عام	طوابع الط		SSI		AFDC	
7 🗆	🗌 نعم	צ 🗆	🗌 نعم	ע 🗆	🗌 نعم	У 🗆	🗌 نعم	ע 🗆	🗌 نعم	Я 🗆	🗌 نعم

4. هل أنت أو أيّ ممن يعيشون معك لديه وظيفة (بما في ذلك العمل باليوم، مجالسة الأطفال، إلخ) أو هل يتدرب أيّ منكم للحصول على وظيفة؟.... □ نعم □ لا إذا كانت الإجابة "نعم"، املاً الفراغات لكل شخص يعمل أو يحصل على تدريب (بما في ذلك التوظيف الذاتي):

إجمالي الدفع (قيل		فع؟	رة يتم الد	کم ہ		عدد الساعات في الأسبوع			
إجمالي الدفع (قبل الخصومات)	5*	4*	3*	2*	1*	الإضافي	المعتاد	انكر اسم وعنوان صاحب العمل حيث يتم التدريب	اذکر أسماء من يعملون أو يحصلون على تدريب

*1 = يومي *2 = أسبوعي *3 = كل أسبوعين *4 = مرتين في الشهر *5 = شهري

5. هل تحصل أنت أو أي ممن يعيشون في بيتك على أموال من المصادر التالية؟ (اختر "نعم" أو "لا"):

Y	نعم						У	نعم]			
	,				نفقة	مساعدة طفل و /أو		,			الضمان الاجتماعي	
					سندات	أرباح من أسهم و					دخل تأميني إضافي (SSI)	
				اع	ن ادخار أو شهادات إيد	فوائد من حسابات		اشات أو امتيازات قدامي المحاربين				
									تقاعد من السكة الحديد			
					، إعاشة أخرى خاصة أو			معاشات أو امتيازات تقاعد أخرى				
		أو أموال	AS، ماشية،	اعي، مدفوعات)	: (بما في ذلك تأجير المر لك)	أموال من مزرعة أخرى مرتبطة بذا					شيكات الرعاية الاجتماعية (AFDC)	
		لواحدة	عات المرة اا	تم منحها لك ومدفو	ا في ذلك القروض التي				أو الأصدقاء أو	بن أو الأقارب	أموال نقدية أو هدايا أو إسهامات من الوالدي آخرين	
				تعليمية	ة أو الهبات أو المنح الذ	القروض التعليمي					شيكات إعانة البطالة	
						الما الما الما					تعويض العمال	
					حل الاحرى:	اذكر مصادر الد					مدفوعات التأمين الخاص	
										الإضراب)	امتيازات الاتحادات (بما في ذلك امتيازات	
											المخصصات العسكرية	
											أموال من إيجار منازل أو شقق	
										ن في بيتك	أموال من مستأجري غرف أو طلاب مقيمي	
							· · ·		علاه، أكمل التالي:	في البند 6 أ	إذا أجبت بـ "نعم" على أي من الأسئلة	
لامه	ة يتم است	کم مر	لمستلم	م المبلغ ا	ن الاجتماعي، أدخل رق المطالبة	إذا كان الضمار		لمال	من يقدم ا		اسم الشخص الذي يحصل على المال	
					•							
مم □ لا مم □ لا مم □ لا	يا ت				ات طبية لم يتم دفع ه				تة التالية؟	لأشهر الس	 6. خلال الأشهر الأربعة الأخيرة 7. هل تتوقع أي نفقات طبية خلال 8. هل يغطيك أنت أو أيّ من أفرا إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل 	
		وثيقة التأمين	اسم حامل		رقم المجموعة		م وثيقة التأمين	رقم			اسم شركة التأمين	
	اذک ا	لإجابة "نعم"،	اذا کانت ان		مرتبط بالوظيفة؟						عنوان شركة التأمين	
م صاحب	الكر الله	ړ چابه نغم ،	إدا كانك 11 العمل		مرببط بالوطيعة:						عقوال سرحه التامين	
				7 🗆	□ نعم							
					تأمين هذه	ين تغطيهم وثيقة الذ	راء الأشخاص الذي 	أسم	التغطية	تاريخ نهاية ا	تاريخ بداية التغطية	
يم □ لا	ي 🛄			تحت تغطيتها؟	ن صحي لم تعد الأن	اسطة وثيقة تأمير	ُستة الأخيرة بوا	شهر ال	، على تغطية خلال الأ		 هل حصلت أنت، أو أي ممن ب إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل 	
		وثيقة التأمين	اسم حامل		رقم المجموعة		، وثيقة التأمين	رقم			اسم شركة التأمين	
- مراحب	اذکر اس	لإجابة "نعم"،	اذا کانت ا		مرتبط بالوظيفة؟						عنوان شركة التأمين	
م صحب	النفر است	ړېب سم.	إدا كالك 1. العمل								عقوال سرحه اسامین	
				У 🗆	ا نعم			, 1			T	
					تأمين هذه	بن تغطيهم وثيقة الذ	ماء الأشخاص الذي	أسه	التغطية	تاريخ نهاية ا	تاريخ بداية التغطية	

10. عدد نفقاتك الشهرية أدناه:

	تاريخ آخر دفع	عدد مرات استلام الفواتير	٠	المبلغ		
		3.3 \				إيجار أو مدفوعات المنزل
						برانب، تقییمات خاصة ضرائب، تقییمات خاصة
						مدفو عات تأمين المنزل
						الهاتف
						المرافق (الغاز، الكهرباء، إلخ)
						الطعام
						حسابات التسديد
						النفقات الطبية
						 القروض
						عروسي غير ذلك (حدِّد):
						ــر <i>و عند (حب</i> د).
نعم □ لا		ا ل كبير السن لنتمكن من العمل أو الحصول ع	ا ر معاق أو شخص	عاية طفل أو	س نظیر رء	اـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
	کم تکلف؟	م مرة؟	2			ن يقدم الر عاية؟
	رقم الهاتف:					عنوان الشخص مقدم الرعاية:
لا القيمة	نعم	م سدادات مشاحدات داد	القيمة	У	نعم	أحداث تنفذ أحداث التتاث تعان
	بة	ي. سيارات وشاحنات ودراجات نارير وقوارب وغيرها من المركبات				أ. حساب توفير أو حساب ائتمان تعاوني
						ب. حساب جاري
ار از کل مرکرة	العلامة التحارية مط	اذكر سنة الصنع وا				ج. حسب جري ج. أموال نقدية
النجارية الطراز		السنة				ع. سورن سي د. أسهم، سندات، إلخ
العبارية العرار	-4342)					د. مقوق نفط أو مناجم
						و. تأمين على الحياة (القيمة الظاهرية)
						و. تأمين دفن (القيمة الظاهرية)
						ر. علين عن (سيد المسلمين) ح. ملكية (عقار)
						ع. مسيد (عسر) ط. ماشية
						13. هل تملك أو تشتري أنت، أو أي ممن يعيشون ه إذا كانت الإجابة "نعم"، اسردها أدناه (لا تسرد معلم المعند الإجابة "نعم"، اسردها أدناه (لا تسرد الإحابة "نعم"، اسردها أدناه (لا تسرد الإحابة "نعم"، اسردها أدناه (لا تسرد
	ت او الملابس):	كهر بائية او الاشياء الشخصية مثل المجوهراد				إذا كانت الإجابة "نعم"، اسردها ادناه (لا تسرد
، الهاتف:	رق	لبريدي)	ة، الولاية، الرمز ا	ارع، المدين	العنوان (الش	الأسم
			:	وث طا <i>رئ</i>	في حال حد	16. اذكر اسم وعنوان قريب أو صديق للاتصال به
، الهاتف:		ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	ة، الولاية، الرمز	ارع، المدين	العنوان (الش	الأسم

إجاباتي عن جميع الأسئلة والبيانات التي قدمتها صحيحة وحقيقية حسب علمي.

Date

أوافق على أن أقدم لفريق التحقق من الأهلية في المستشفى أي معلومات لإثبات البيانات المتعلقة بأهليتي للحصول على الرعاية الخيرية. سوف أتعاون بشكل كامل مع العاملين في المستشفى للحصول على معلومات من أي مصدر لإثبات البيانات الّتي قدمتها.

تم إبلاغي، وأفهم، أن عدم استيفاء الالتزامات المذكورة يمكن اعتباره منع معلومات متعمد ويمكن أن ينتج عنه استرداد أي خسائر عن طريق إعادة التسديد أو رفع دعاوى جنائية أو مدنية ضدي. أقر بأني أقدم للحصول على خدمات وفقًا لسياسة الرعاية الخيرية في نظام ميثوديست الصحي. أنا، أو الشخص المسؤول عني، غير قادر ماليًا على دفع كامل تكلفة الخدمات الضرورية.

أوافق على الإبلاغ عن أي تغييرات فيما يلى خلال 14 يومًا:

الدخل، الموارد، عدد الأفراد الذين يعيشون معي، العنوان، الظروف الأخرى التي قد تؤثر على أهليتي للحصول على المساعدة الطبية.

	لل إجابة كاملة وصحيحة	تأكد قبل التوقيع من أن ك		
التاريخ	التوقيع - الزوج/الزوجة	التاريخ		التوقيع - صاحب الطلب
		التاريخ		لتو قيع - الشاهد
For office use only Form received by			Date	
Form reviewed by			Date	
Financial Assistance Approv	ed □ Not approved		Date	
If approved, level approved $\ \square$	Full Partial	Amount approved	Date	
If not approved, reason for der	ial			