

طلب مساعدة خيرية من المستشفى

الوثائق المطلوبة

إثبات الدخل والموارد

- يجب أن تقدم نسخًا من المعلومات التالية مع طلبك. وعدم القيام بذلك سيؤدي إلى تأخير طلبك أو احتمال رفضه.
1. إثبات هوية... رخصة قيادة سارية، أو بطاقة هوية إدارة السلامة العامة، أو بطاقة تسجيل ناخب، أو بطاقة تسجيل أجنبي، أو بطاقة إقامة مؤقتة.
 2. 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 شيكاتك 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، إيصالات الوقود، المصروفات الدراسية، وغير ذلك.

طلب مساعدة خيرية من المستشفى

يُرجى الكتابة بخط واضح

اسم صاحب الطلب (الأخير، الأول، الأوسط)	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف الجوال	رقم هاتف العمل
العنوان البريدي (الشارع، أو صندوق البريد، أو التسليم الريفي دون مقابل)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان المنزل (إذا كان مختلفاً عن العنوان البريدي)			

أحتاج رعاية طبية ولا 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	في المدرسة		متزوج		العرق*	الجنس	تاريخ الميلاد		القرابة بك	الاسم	
	لا	نعم	لا	نعم			السنة	اليوم		الأوسط	الأول
									نفسى		(أ)
											(ب)
											(ج)
											(د)
											(هـ)
											(و)
											(ز)
											(ح)
											(ط)

* المعلومات الخاصة بالعرق طوعية، وهي مطلوبة للتأكد من أن المساعدات يتم تقديمها بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل الوطني. ولن يؤثر هذا على أهليتك أو مستوى المساعدات.

المقاطعة	الولاية
----------	---------

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

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

WIC	Medicaid	الضمان الاجتماعي	طوايع الطعام	SSI	AFDC
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

4. هل أنت أو أيّ ممن يعيشون معك لديه وظيفة (بما في ذلك العمل باليوم، مجالسة الأطفال، الخ) 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 (قبل الخصومات)	كم مرة يتم الدفع؟					عدد الساعات في الأسبوع		اذكر اسم وعنوان صاحب العمل حيث يتم التدريب	اذكر أسماء من يعملون أو يحصلون على تدريب
	5*	4*	3*	2*	1*	المعتاد	الإضافي		

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

طلب مساعدة خيرية من المستشفى

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

لا	نعم	لا	نعم
			الضمان الاجتماعي
			دخل تأميني إضافي (SSI)
			معاشات أو امتيازات قدامى المحاربين
			تقاعد من السكة الحديد
			معاشات أو امتيازات تقاعد أخرى
			شيكات الرعاية الاجتماعية (AFDC)
			أموال نقدية أو هدايا أو إسهامات من الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء أو آخرين
			شيكات إعانة البطالة
			تعويض العمال
			مدفوعات التأمين الخاص
			امتيازات الاتحادات (بما في ذلك امتيازات الإضراب)
			المخصصات العسكرية
			أموال من إيجار منازل أو شقق
			أموال من مستأجري غرف أو طلاب مقيمين في بيتك
			مساعدة طفل و/أو نفقة
			أرباح من أسهم وسندات
			فوائد من حسابات ادخار أو شهادات إيداع
			أموال من عقود إيجار أو عوائد نפט أو غاز أو مناجم
			أموال من وكالات إعاشة أخرى خاصة أو عامة
			أموال من مزرعة (بما في ذلك تأجير المراعي، مدفوعات ASC، ماشية، أو أموال أخرى مرتبطة بذلك)
			أموال أخرى (بما في ذلك القروض التي تم منحها لك ومدفوعات المرة الواحدة التي حصلت عليها)
			القروض التعليمية أو الهبات أو المنح التعليمية
			اذكر مصادر الدخل الأخرى:

إذا أجبت بـ "نعم" على أي من الأسئلة في البند 6 أعلاه، أكمل التالي:

اسم الشخص الذي يحصل على المال	من يقدم المال	إذا كان الضمان الاجتماعي، أدخل رقم المطالبة	المبلغ المستلم	كم مرة يتم استلامه

6. خلال الأشهر الأربعة الأخيرة، هل حصلت أنت، أو فرد في الأسرة تطلب المساعدة من أجله، على خدمات طبية لم يتم دفع مقابلها حتى الآن؟ نعم لا

7. هل تتوقع أي نفقات طبية خلال الأشهر الستة التالية؟ نعم لا

8. هل يغطيك أنت أو أي من أفراد أسرتك أي تأمين صحي خاص حاليًا؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل البنود التالية بخصوص التأمين الصحي الخاص.

اسم شركة التأمين	رقم وثيقة التأمين	رقم المجموعة	اسم حامل وثيقة التأمين
عنوان شركة التأمين	مرتبط بالوظيفة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر اسم صاحب العمل
تاريخ بداية التغطية	تاريخ نهاية التغطية	أسماء الأشخاص الذين تغطيهم وثيقة التأمين هذه	

9. هل حصلت أنت، أو أي ممن يعيشون معك، على تغطية خلال الأشهر الستة الأخيرة بواسطة وثيقة تأمين صحي لم تعد الآن تحت تغطيتها؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، أكمل التالي:

اسم شركة التأمين	رقم وثيقة التأمين	رقم المجموعة	اسم حامل وثيقة التأمين
عنوان شركة التأمين	مرتبط بالوظيفة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر اسم صاحب العمل
تاريخ بداية التغطية	تاريخ نهاية التغطية	أسماء الأشخاص الذين تغطيهم وثيقة التأمين هذه	

طلب مساعدة خيرية من المستشفى

10. عدد نفقاتك الشهرية أدناه:

المبلغ	عدد مرات استلام الفواتير	تاريخ آخر دفع
إيجار أو مدفوعات المنزل		
ضرائب، تقييمات خاصة		
مدفوعات تأمين المنزل		
الهاتف		
المرافق (الغاز، الكهرباء، إلخ)		
الطعام		
حسابات التسديد		
النفقات الطبية		
القروض		
غير ذلك (حدّد):		

11. هل تدفع أنت، أو أي ممن يعيشون معك، لشخص نظير رعاية طفل أو معاق أو شخص كبير السن لتتمكن من العمل أو الحصول على تدريب؟ نعم لا

من يقدم الرعاية؟	كم مرة؟	كم تكلف؟
عنوان الشخص مقدم الرعاية:		رقم الهاتف:

12. هل تملك أنت، أو أي ممن يعيشون معك، أي مما يلي (إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر القيمة):

القيمة	لا	نعم
ي. سيارات وشاحنات ودراجات نارية وقوارب وغيرها من المركبات		
اذكر سنة الصنع والعلامة التجارية وطرز كل مركبة:		

الطرز	العلامة التجارية	السنة

القيمة	لا	نعم
أ. حساب توفير أو حساب ائتمان تعاوني		
ب. حساب جاري		
ج. أموال نقدية		
د. أسهم، سندات، إلخ		
هـ. حقوق نפט أو مناجم		
و. تأمين على الحياة (القيمة الظاهرية)		
ز. تأمين دفن (القيمة الظاهرية)		
ح. ملكية (عقار)		
ط. ماشية		

13. هل تملك أو تشتري أنت، أو أي ممن يعيشون معك، أي شيء غير مذكور أعلاه؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، اسردها أدناه (لا تسرد أشياء المنزل مثل الأثاث أو الأجهزة الكهربائية أو الأشياء الشخصية مثل المجوهرات أو الملابس):

14. هل بعت أو قابضت أو تنازلت أنت، أو أحد أفراد أسرته، عن شيء قيم خلال آخر عامين؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، اسردها أدناه (لا تسرد أشياء المنزل مثل الأثاث أو الأجهزة الكهربائية أو الأشياء الشخصية مثل المجوهرات أو الملابس):

15. إذا كان هناك شخص يساعدك في ملء هذا النموذج، فاذكر اسمه وعنوانه:

الاسم	العنوان (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)	رقم الهاتف:

16. اذكر اسم وعنوان قريب أو صديق للاتصال به في حال حدوث طارئ:

الاسم	العنوان (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)	رقم الهاتف:

طلب مساعدة خيرية من المستشفى

5 من 4 صفحة

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

أوافق على أن أقدم لفريق التحقق من الأهلية في المستشفى أي معلومات لإثبات المتعلقة بأهليتي للحصول على الرعاية الخيرية. سوف أتعاون بشكل كامل مع العاملين في المستشفى للحصول على معلومات من أي مصدر لإثبات البيانات التي 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 بأنني أقدم للحصول على خدمات وفقا لسياسة الرعاية الخيرية في نظام ميثوديسنت الصحي. أنا، أو الشخص المسؤول عني، غير قادر ماليًا على دفع كامل تكلفة الخدمات الضرورية.

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

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

تم إبلاغي، وأفهم، أنه سيتم النظر في هذا الطلب بغض النظر عن العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو الأصل الوطني أو العمر أو الجنس أو الإعاقة أو المعتقد السياسي.

تأكد قبل التوقيع من أن كل إجابة كاملة وصحيحة

التوقيع - صاحب الطلب	التاريخ	التوقيع - الزوج/الزوجة	التاريخ
التوقيع - الشاهد	التاريخ		

طلب مساعدة خيرية من المستشفى

صفحة 5 من 5