

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 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 الانتماء 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.
10. أحدث الإقرار الضريبي

## 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) | الولاية         | الرمز البريدي     |                |
| عنوان المنزل (إذا كان مختلفاً عن العنوان البريدي)                      |                 |                   |                |

أحتاج رعاية طبية ولا يمكنني دفع مقابلها.

لدي 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. املأ 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 | الشهر |            | 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):

| AFDC   | SSI  | طوابع الطعام   | الضمان الاجتماعي   | Medicaid   | WIC  |
|--|--|--|--|--|--|
| 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"/> لا <input type="checkbox"/> |

4. هل أنت أو أي ممن يعيشون معك لديه وظيفة (بما في ذلك العمل باليوم، مجالسة الأطفال، إلخ) أو هل يتدرب أي منكم للحصول على وظيفة؟... نعم  لا  إذا كانت الإجابة "نعم"، املأ 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* | الإضافي                | المعتاد |  |  |
|                             |                   |    |    |    |    |                        |         |  |  |
|                             |                   |    |    |    |    |                        |         |  |  |
|                             |                   |    |    |    |    |                        |         |  |  |
|                             |                   |    |    |    |    |                        |         |  |  |

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



## 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 |    |     |

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

اذكر سنة الصنع والعلامة التجارية وطراز كل مركبة:

| الطراز | العلامة التجارية | السنة |
|--------|------------------|-------|
|        |                  |       |
|        |                  |       |
|        |                  |       |
|        |                  |       |

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 أسرتك، 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

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

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 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 وفقاً 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 يوماً:

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

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

### For office use only

|  |                 |      |
|--|-----------------|------|
| Form received by   | Date            |      |
| Form reviewed by   | Date            |      |
| Financial Assistance <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Not approved       | Date            |      |
| If <b>approved</b> , level approved <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial | Amount approved | Date |
| If <b>not approved</b> , reason for denial   |                 |      |
|  |                 |      |
|  |                 |      |
|  |                 | Date |