

طلب الحصول على معونة
مالية للمرافق في يوتا
أيداهو، ونيفادا

تعليمات لإكمال هذا النموذج:

يُرجى ملء هذا النموذج بالكامل وإعادة جميع المستندات المطلوبة إلى منشأة Intermountain التي تلقيت فيها الرعاية، أو عبر إحدى وسائل الاتصال المذكورة أعلاه لمعالجة طلبك. يمكنك أيضًا التقدم بطلب عبر الإنترنت من خلال MyChart. لن يتم منح المعونة المالية لمن لا يكملون عملية التقديم.

يُرجى تقديم المستندات التالية:

1. طلب الحصول على معونة مالية: تم إكماله وتوقيعه وتاريخه.
2. إثبات دخل الأسرة الحالي الموضح أدناه.

رقم الحساب _____ هل أنت مقيم في كولورادو؟
نعم _____ لا _____ هل تعاني من التشرد؟
نعم _____ لا _____ عدد أفراد الأسرة الحالي _____

تاريخ الميلاد _____

رقم الضمان الاجتماعي _____

الاسم الأول والأخير _____

الحالة الاجتماعية: _____

البريد الإلكتروني: _____

هاتف المنزل _____

رقم الهاتف الجوال _____

العنوان _____

المدينة _____

الولاية _____

الرمز البريدي _____

اسم جهة العمل _____

هاتف العمل _____

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ _____ سنوات _____ أشهر

معدل الدفع (تُرجى الإشارة إليه) أسبوعيًا _____ مرة كل أسبوعين _____ مرتين في الشهر _____ شهريًا _____

منذ متى وأنت تقيم في هذا العنوان؟ _____ سنوات _____ أشهر إذا كنت تقيم فيه منذ أقل من ثلاثة أشهر، فيُرجى إدراج العنوان:

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	من (شهر/سنة)	إلى (شهر/سنة)

تاريخ ميلاد الزوج _____

رقم الضمان الاجتماعي للزوج _____

اسم الزوج/الزوجة: _____

هاتف المنزل الخاص بالزوج/الزوجة _____

الهاتف الخليوي الخاص بالزوج/الزوجة _____

اسم جهة عمل الزوج/الزوجة _____

هاتف العمل _____

منذ متى وأنت تعمل لدى جهة العمل هذه؟ _____ سنوات _____ أشهر

معدل الدفع (تُرجى الإشارة إليه) أسبوعيًا _____ مرة كل أسبوعين _____ مرتين في الشهر _____ شهريًا _____

أفراد الأسرة/المعالون الإضافيون. تُرجى إضافة أي معالين إضافيين في نموذج منفصل.

الاسم الأول والأخير	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة

دخل الأسرة الشهري الحالي

النوع	دخل المريض	دخل الزوج/الزوجة	فرد/أفراد آخرون بالغين في الأسرة	نوع إثبات الدخل المطلوب
دخل العمل (الإجمالي)	دولار	دولار	دولار	نسخة من كشف الراتب الحديث أو الأخير أو خطاب (خطابات) من جهة العمل (جهات العمل) يوضح إجمالي الدخل للشهر الماضي أو الحالي
دخل العمل الحر (الإجمالي)	دولار	دولار	دولار	كشف بالأرباح والخسائر أو دفاتر الحسابات للشهر السابق أو الحالي. الإقرار الضريبي الحالي إذا كان ذلك ممكنًا.

قيمة الدخل من المعاش/التقاعد/الضمان الاجتماعي	دولار	دولار	دولار	نسخة من خطاب (خطابات) الموافقة الحالي، ومدفوعات المعاش، والمدفوعات من حسابات التقاعد، وما إلى ذلك عرض الدخل الشهري.
البطالة، ودخل المعجز، وما إلى ذلك	دولار	دولار	دولار	نسخة من خطاب (خطابات) الموافقة الحالي
غير ذلك (يرجى إدراج المصدر/المصادر):	دولار	دولار	دولار	مثل: الإكراميات والمكافآت والعمولات

لا	نعم	أسئلة إضافية: تضمن الإجابة عن هذه الأسئلة عدم تأخير معالجة طلبك للحصول على مزيد من المعلومات.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتلقى أنت أو أي فرد من أفراد أسرته معونات عامة؟ (مثل قسائم الطعام أو برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) أو وجبات غذاء مجانية أو بأسعار مخفضة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أو لدى أي فرد من أفراد أسرته تأمين صحي حاليًا؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إدراج اسم شركة التأمين _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تقدمت أنت أو أي فرد من أفراد أسرته الحاليين بطلب للحصول على خدمات برنامج Medicaid أو Medicare أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) أو خطة رعاية صحة الأطفال الإضافية (+CHIP)؟ إذا كانت الإجابة نعم وتم الرفض، فيرجى تقديم خطاب الرفض _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتعلق أي من فواتيرك الطبية في مرافقنا بحادث سيارة أو حادث عمل؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكر شركة التأمين _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت مسجل في خطة مشاركة التكاليف الطبية أو تقاسم النفقات الصحية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم شرح لكيفية مشاركة التكاليف (EOS) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل توجد أي امرأة حامل في منزلك حاليًا؟ من هي المرأة الحامل في أسرته؟ ما موعد الولادة المتوقع؟ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للمقيمين في كولورادو فقط: هل تقدم دعماً مالياً بنسبة 50% أو أكثر لشخص يعيش خارج منزلك ويرغب في احتسابه ضمن أفراد الأسرة (قد يكون الفرد مقيماً خارج الولاية/البلد)؟

تطلب من المرضى الذين يتقدمون بطلب للحصول على معونة مالية البحث عن مصدر تمويل آخر أيضاً. يُرجى تحديد "نعم" أو "لا".

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل ترجع أي من فواتيرك الطبية في مرافقنا إلى حادث سيارة أو حادث عمل؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل أنت مسجل في خطة مشاركة التكاليف الطبية؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تقوم جهة العمل بتعويضك عن أي خصومات أو تكاليف رعاية صحية؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تقدمت بطلب للحصول على أي برامج مساعدة أخرى من الولاية، مثل ضحايا الجرائم،

إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر شركة التأمين: _____

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى تقديم شرح لكيفية مشاركة التكاليف (EOS)

لا- انتقل إلى المربع اعلاه

إذا لزم الأمر، فاستخدم المساحة أدناه لمزيد من التوضيح حول سبب طلبك للمعونة المالية. ويجوز لك إرفاق ورقة منفصلة إذا احتجت إلى مساحة أكبر. وقد يُطلب منك تقديم مستندات إثبات إضافية.

أقر بموجب هذا المستند بأن المعلومات الواردة هنا حقيقية وصحيحة على حد علمي. وأعي أنني إذا قمت بالتضليل أو تقديم معلومات خاطئة للحصول على معونة مالية من **Intermountain Health**، فسيتم رفض الطلب وقد يؤثر ذلك على أي طلبات مستقبلية للحصول على معونة. أعي أن **Intermountain Health** تستلزم تقديم إثبات للدخل قبل اتخاذ أي قرار.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

قائمة التحقق من جميع المعلومات المطلوبة لإكمال عملية تقديم الطلبات:

- تم إكمال طلب الحصول على معونة مالية وتوقيعه وتاريخه.
 إثبات دخل الأسرة.