

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 عدد أفراد الأسرة الحالي هل تعاني من التشرد؟ ما الولاية التي تعيش بها؟  
نعم لا

تاريخ  
التاريخ

رقم الضمان  
الاجتماعي

الاسم الأول  
والأخير

الحالة الاجتماعية

البريد الإلكتروني

رقم الهاتف

العنوان

المدينة/المقاطعة 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 تقم في هذا العنوان؟ سنوات أشهر إذا كنت تقم فيه منذ أقل من ثلاثة أشهر، فُرجى إدراج العنوان السابق:

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

تاريخ ميلاد  
الزوج/الزوجة

رقم الضمان الاجتماعي  
للزوج/الزوجة

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. قم بتضمين طفل غير مولود إن أمكن تُرجى إضافة أي معالين إضافيين في نموذج منفصل. (يجب أن ينطبق عدد أفراد الأسرة مع حجم الأسرة الحالي المذكور في السؤال أعلاه)

الاسم الأول والأخير	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة

الدخل الإجمالي الشهري الحالي للأسرة

نوع إثبات الدخل المطلوب	فرد/أفراد آخرين أفراد الأسرة	دخل الزوج/الزوجة	دخل المريض	النوع
سكخة من كشف الراتب الحديث أو الأخير أو خطاب (خطابات) من جهة العمل (جهات العمل) يوضح إجمالي الدخل للشهر الماضي أو الحالي	دولار	دولار	دولار	دخل العمل (الإجمالي)
كشف بالأرباح والخسائر أو دفاتر الحسابات للشهر السابق أو الحالي. الإقرار الضريبي الحالي إذا كان ذلك ممكنًا.	دولار	دولار	دولار	دخل العمل الحر (الإجمالي)
سكخة من خطاب (خطابات) الموافقة الحالي، ومدفوعات المعاش، والمدفوعات من حسابات التقاعد، وما إلى ذلك عرض الدخل الشهري.	\$	دولار	دولار	قيمة الدخل من المعاش/التقاعد/الضمان الاجتماعي
سكخة من خطاب (خطابات) الموافقة الحالي	\$	دولار	دولار	البطالة، ودخل العجز، وما إلى ذلك
مثل: الإكراميات والمكافآت والعمولات	دولار	دولار	دولار	غير ذلك (يرجى إدراج المصدر/المصادر): _____

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 أسرتك معونات عامة؟ (مثل قسائم الطعام أو برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC) أو وجبات غداء مجانية أو بأسعار مخفضة)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتلقى حاليًا أو تخطط لتلقي الرعاية في مركز إنترماونتن هيلث للسرطان؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أو لدى أي فرد من أفراد أسرتك 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 أسرتك الحاليين بطلب للحصول على خدمات برنامج Medicaid أو Medicare أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) أو خطة رعاية صحة الأطفال الإضافية (+CHP)؟ إذا كانت الإجابة نعم وتم الرفض، فيرجى تقديم خطاب الرفض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتعلق أي من فواتيرك الطبية في مرافقتنا 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 أسرتك؟ ما موعد الولادة المتوقع؟ _____
		للمقيمين في كولورادو فقط:

هل تقدم دعمًا ماليًا بنسبة 50% أو أكثر لشخص يعيش خارج منزلك ويرغب في احتسابه ضمن أفراد الأسرة (قد يكون الفرد مقيمًا خارج الولاية/البلد)؟



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

- هل تقوم جهة العمل بتعويضك عن أي خصومات أو تكاليف رعاية صحية؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_
- هل تقدمت بطلب للحصول على أي برامج مساعدة من الولاية، مثل ضحايا الجرائم؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

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، فسيتهم 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.



## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We provide language assistance and appropriate auxiliary aids and services free of charge. Please see staff for assistance.

<b>Arabic</b>	المساعدة على للحصول الفريق مراجعة يُرجى. مجانًا المناسبة الإضافية والخدمات والمساعدات اللغوية المساعدة نقدم	العربية
<b>Chinese</b>	我们免费提供语言协助和适当的辅助工具及服务。如需帮助，请咨询工作人员。	中文
<b>French</b>	Nous fournissons gratuitement une assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés. Consultez le personnel pour obtenir de l'aide.	français
<b>German</b>	Wir bieten sprachliche Unterstützung und angemessene zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen kostenlos an. Bitte wenden Sie sich an unser Personal, um Unterstützung zu erhalten.	Deutsch
<b>Hindi</b>	हम भाषा सहायता और उपयुक्त सहायक उपकरण व सेवाएं ननि: शुल्क प्रदान करते हैं। सहायता के लिए स्टाफ से नमिं।	नहन्दी
<b>Italian</b>	Forniamo supporto linguistico, ausili e servizi pertinenti gratuiti. Per assistenza, rivolgersi al personale.	italiano
<b>Japanese</b>	言語サポート、および適切な補助やサービスを無償でお届けします。対応スタッフをご確認ください。	日本語
<b>Korean</b>	저희는 언어 지원 서비스와 적절한 보조 장비 및 서비스를 무료로 제공합니다. 도움이 필요하면 직원에게 문의하십시오.	한국어
<b>Portuguese</b>	Fornecemos assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares apropriados gratuitamente. Consulte a equipe para obter assistência.	português
<b>Russian</b>	Мы предоставляем языковую поддержку, а также необходимые вспомогательные средства и услуги бесплатно. Обратитесь за помощью к персоналу.	Русский
<b>Somali</b>	Waxa aanu bixinaa kaalmo luuqadeed iyo kaalmada maqalka ee haboon iyo adeegyo bilaash ah, U tag shaqaalaha wixii kaalmo ah.	Soomaali
<b>Spanish</b>	Ofrecemos asistencia lingüística, así como también ayuda y servicios auxiliares adecuados, de forma gratuita. Consulte al personal para obtener ayuda.	español
<b>Tagalog</b>	Naghahatid kami ng tulong sa wika at ng naaangkop na mga kasamang tulong at serbisyo nang libre. Makipag-ugnayan sa mga kawani para sa tulong.	Tagalog
<b>Tongan</b>	'Oku mau fakahoko 'a e tokoni 'i he leá mo vahevahe 'o 'ikai ha totongi 'a e ngaahi naunau mo e sēvesi tokoni ki ha faingata 'a 'ia fakaefetu 'utaki. Sio ki ha taha ngāue ke tokoni atu.	faka-Tonga
<b>Vietnamese</b>	Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cùng với các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp miễn phí. Vui lòng đến gặp nhân viên để được hỗ trợ.	tiếng Việt

