

## طلب مساعدة مالية للمرافق في كولورادو ومونتانا

تعليمات استكمال النموذج: الرجاء تعبئة هذا النموذج كاملاً ثم إرساله مع كافة الوثائق المطلوبة إلى المرفق التابع لإنترماونتن الذي تلقيت فيه الرعاية أو من خلال قنوات الاتصال المذكورة أعلاه. لن تُمنح المساعدة المالية لمن لا يستوفي هذا الطلب ومتعلقاته. الرجاء إرسال الوثائق التالية:

1. طلب المساعدة المالية: مُعبأ كاملاً وموقع وموَّخ.
2. إثبات دخل الأسرة الحالي كما هو مذكور أدناه.

هل أنت مشرّد بلا مأوى؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

عدد أفراد الأسرة حالياً \_\_\_\_\_

هل أنت مقيم في ولاية كولورادو؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_

الاسم الأول والأخير \_\_\_\_\_

هاتف المنزل \_\_\_\_\_ هاتف المحمول \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية: \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

اسم رب العمل \_\_\_\_\_ هاتف العمل \_\_\_\_\_

منذ متى وأنت موظف لدى رب العمل الحالي؟ \_\_\_\_\_ سنوات \_\_\_\_\_ أشهر \_\_\_\_\_

وتيرة دفع المرتب (يرجى التحديد) أسبوعياً \_\_\_\_\_ مرة كل أسبوعين \_\_\_\_\_ مرتين في الشهر \_\_\_\_\_ شهرياً \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي للزوج/الزوجة \_\_\_\_\_

اسم الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_

هاتف المنزل للزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ الهاتف المحمول للزوج/الزوجة \_\_\_\_\_

اسم رب عمل الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ هاتف العمل \_\_\_\_\_

منذ متى وأنت موظف لدى رب العمل الحالي؟ \_\_\_\_\_ سنوات \_\_\_\_\_ أشهر \_\_\_\_\_

وتيرة دفع المرتب (يرجى التحديد) أسبوعياً \_\_\_\_\_ مرة كل أسبوعين \_\_\_\_\_ مرتين في الشهر \_\_\_\_\_ شهرياً \_\_\_\_\_

الأفراد/المعالون الآخرون في الأسرة. يُرجى إضافة أية مُعالين إضافيين على نموذج منفصل إذا لم يتسع الجدول أدناه.

الاسم الأول والأخير	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	صلة القرابة

### الدخل الشهري الحالي للأسرة

نوع إثبات الدخل المطلوب	مساهمة الأفراد البالغين الآخرين في الأسرة	مساهمة الزوج/الزوجة	مساهمة المريض	النوع
نسخة من كعب آخر شيك مرتب أو كتاب من رب عملك يُبين ذلك الإجمالي للشهر الماضي أو الشهر الحالي	\$	\$	\$	دخل الوظيفة (الإجمالي)
كشف الربح والخسارة أو دفاتر الحسابات للشهر الماضي أو الشهر الحالي. الإقرار الضريبي الحالي إن وُجد (تاكس ريتيرن).	\$	\$	\$	دخل العمل الحر (الإجمالي)
نسخة من خطاب(خطابات) المساعدة المالية الحالية، دفعات المعاش، دفعات حسابات التقاعد، إلخ. تُبين الدخل الشهري.	\$	\$	\$	المعاش، الدخل التقاعدي، دخل الضمان الاجتماعي
نسخة من خطاب(خطابات) المساعدة المالية الحالية	\$	\$	\$	دخل معونة البطالة، الإعاقة، إلخ.
مثال: الإكراميات، العلاوات، العمولات	\$	\$	\$	أخرى (يرجى ذكر المصدر/المصادر): _____

لا	نعم	أسئلة إضافية: الإجابة عن هذه الأسئلة بضمن عدم تأخر النظر في طلبكم بسبب انتظار الحصول على معلومات إضافية.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> من الخبلى في أسرتك؟ _____ متى موعد الولادة؟	هل هناك خبلى في منزلك في الوقت الحالي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل توفر 50% أو أكثر من الدعم المالي للشخص يعيش خارج منزلك وترغب في إدراجه ضمن عدد أفراد أسرتك (قد يكون هذا الشخص مقيماً خارج الولاية/الدولة)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتلقى أنت أو أحد أفراد أسرتك منافع عامة؟ (مثل القسائم التمويينية (فود ستاميس)، أو مساعدة من برنامج تغذية النساء والرضع والأطفال (WIC)، أو وجبات غداء مجانية أو مخفضة السعر)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، اذكر اسم جهة التأمين الصحي _____	هل لديك أو لدى أحد أفراد أسرتك تأمين صحي في الوقت الحالي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، اذكر تاريخ التقدم بالطلب _____	هل سبق لك أنت أو أحد أفراد أسرتك الحاليين التقدم بطلب للحصول على خدمات ميديكير أو ميديكير أو تأمين صحة الطفل (CHP+)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، اذكر اسم شركة التأمين الصحي _____	هل تتعلق أية فاتورة من فواتيرك العلاجية الطبية الصادرة من مرافقنا بحادث سيارة أو حادث عمل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تزويدنا بشرح حول المساهمة التي تتلقاها (EOS) _____	هل أنت مشترك في برنامج ميديكال هيلثشير (Medical Healthshare) أو خطة لتقاسم التكاليف والمساهمة فيها؟

أقر بأن المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أنا أدرك أن إنترماونتن هيلث تتطلب الحصول على إثبات الدخل قبل اتخاذ القرار.

التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_

قائمة مرجعية بجميع المعلومات المطلوبة لاستكمال هذا الطلب:

طلب المساعدة المالية مُعبأ كاملاً وموَّع وموَّرَّح.

إثبات دخل الأسرة.