

الوثائق المطلوبة

إثبات الدخل والموارد

- يجب أن تقدم نسخاً 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. أرقام/بطاقات الضمان الاجتماعي لكل واحد من أفراد الأسرة.
 3. التدقيق الأحدث، والمدخرات، وبيان الانتماء التعاوني.
 4. تأكيد ملكية أسهم، أو سندات، أو صكوك، أو شهادات إيداع غير قابلة للتداول.
 5. على الأقل آخر أربعة كعوب من شيكاتك أو نموذج إثبات عمل مملوء بواسطة صاحب عملك.
 6. رسائل موافقة أو إثبات دخل آخر مثل الضمان الاجتماعي، والدخل التأميني الإضافي، وإعانة البطالة، وتعويض العمال، وراتب التقاعد، وراتب مساعدة طفل.
 7. إيصالات الإيجار أو إيصالات الرهن العقاري.
 8. إيصالات دفع السيارة.
 9. إيصالات المرافق
 10. أي إيصالات نفقات شهرية أخرى (مثل الفواتير الطبية غير المدفوعة، إيصالات وصفات العقاقير، نفقات الرعاية النهارية، البقالة، إيصالات الوقود، المصروفات الدراسية، وغير ذلك).



Methodist

HEALTH SYSTEM

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)			
ضع علامة على أنواع المساعدات الطبية التي تحتاجها:			
<input type="checkbox"/> الرعاية الصحية لفقراء المقاطعة (CIHCP)	<input type="checkbox"/> الرعاية الصحية للام والطفل (MIHIA)	<input type="checkbox"/> الرعاية الصحية الأساسية	

أحتاج رعاية طبية ولا يمكنني دفع مقابلها.

لدي فواتير طبية لا يمكنني دفعها.

أنا حامل وقد تمت إحالتي.

مَنْ أحالك؟	<input type="checkbox"/> طبيب	عيادة صحة عامة	<input type="checkbox"/> مركز صحي مجتمعي	ممرضة قابلة معتمدة	<input type="checkbox"/>
اختصاصية خدمة اجتماعية	<input type="checkbox"/>	منشأة (مستشفى)	<input type="checkbox"/> غير ذلك (حدّد):	قابلة شعبية	<input type="checkbox"/>

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 نفسي	الاسم	
	لا	نعم	لا	نعم			السنة	اليوم	الشهر		الأوسط	الأول
												(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).....

13. 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:

السنة	العلامة التجارية	الطراز

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

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

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

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

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

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

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 التسييد أو رفع دعاوى جنائية أو مدنية ضدي. أقر بأنني أقدم للحصول على خدمات وفقاً لسياسة الرعاية الخيرية في نظام ميثوديست 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

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