

طلب سري للحصول على مساعدة مالية



أوافق على قيام Spectrum Health بالتحقق من المعلومات التي أقدّمها بشأن دخلي السنوي وعدد أفراد عائلتي وحجم أصولي. كما أقر بأن اكتشاف تزييف في المعلومات المقدّمة سيؤدي إلى رفض هذا الطلب واستمرار تحملي لمسؤولية رصيد الحساب المستحق.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب، فيُرجى التواصل معنا عبر الهاتف 844-838-3115 أو عبر البريد الإلكتروني financialcounseling@spectrumhealth.org.

القسم الأول: معلومات المريض (يُرجى طباعتها)					
رقم الحساب	تواريخ الخدمة	رقم التأمين الاجتماعي			
الاسم (ثلاثي)	تاريخ الميلاد				
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي		
رقم هاتف المنزل ()	رقم الهاتف الجوّال ()	رقم هاتف آخر ()	المنطقة		
الحالة الاجتماعية	هل لديك إقامة مسجّلة في الولايات المتحدة؟	هل حصلت على تأمين صحي أو أي غطاء تأميني آخر في وقت خدمتك؟			
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> غير ذلك _____	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل تقدم إقراراً ضريبياً فيدرالياً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	من المسؤول الأساسي عن تقديم الإقرار؟	هل يتلقّى أي من أفراد المنزل مساعدة حكومية؟			
إذا كانت الإجابة بلاء، فما السبب؟	<input type="checkbox"/> أنا <input type="checkbox"/> الزوج / الزوجة <input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> نقدية <input type="checkbox"/> غذائية <input type="checkbox"/> غير ذلك:			

القسم الثاني: معلومات الأسرة (يُرجى إدراج جميع أفراد أسرتك)

اسم الفرد	تاريخ الميلاد	علاقته بالمريض	هل هذا الشخص مُدرج في إقرارك الضريبي الفيدرالي؟	اسم الفرد	تاريخ الميلاد	علاقته بالمريض	هل هذا الشخص مُدرج في إقرارك الضريبي الفيدرالي؟
1.			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	4.			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2.			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	5.			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3.			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	6.			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

يمكن تقديم ورقة إضافية تحتوي على معلومات أي أفراد آخرين في الأسرة.

القسم الثالث: النفقات (يُرجى إدراج النفقات الشهرية لجميع أفراد الأسرة) ولاية ميشيغان (MSLRP)

مدفوعات المنزل	مدفوعات السيارة	التدفئة	رقم الهاتف الجوّال
ضرائب الأملاك (سنوية)	تأمين السيارة	الكهرباء	مستلزمات البقالة
الإيجار/إيجار أرض المنزل	الوقود (مركبة)	الهاتف	رسوم التعليم
تأمين المنزل/الإيجار	رعاية الأطفال/نفقة الأولاد	المياه/الصرف الصحي/التخلص من النفايات	غير ذلك:
التأمين الصحي/النفقات الصحية	التأمين على الحياة	اشتراك القنوات الفضائية/الدش/الإنترنت	غير ذلك:

القسم الرابع: الدخل (يُرجى إدراج دخل جميع أفراد الأسرة)					
مصدر الدخل	من يحصل على هذا الدخل من أفراد الأسرة؟	إجمالي مبلغ الدخل الشهري الحالي	مصدر الدخل الشهري	من يحصل على هذا الدخل من أفراد الأسرة؟	إجمالي مبلغ الدخل الشهري الحالي
أجور			أجور		
عمل مستقل			عمل مستقل		
نفقة أولاد/نفقة مطلقة			نفقة أولاد/نفقة مطلقة		
تأمين اجتماعي			تأمين اجتماعي		
استثمارات/فوائد			استثمارات/فوائد		
معاش/عوائد أسهم			معاش/عوائد أسهم		
إكراميات/عمولات			إكراميات/عمولات		
دخل إيجاري			دخل إيجاري		
دخل الانتماء القبلي			دخل الانتماء القبلي		
إعانة بطالة			إعانة بطالة		
تعويض عمال			تعويض عمال		
غير ذلك: _____			غير ذلك: _____		
القسم الخامس: أصول الأسرة (يُرجى إدراج الأصول الخاصة بجميع أفراد الأسرة) هذا القسم ليس مطلوباً في حالة عيادات فريق الخدمة الصحية الوطنية (NHSC) أو عيادات برنامج سداد القروض في ولاية ميشيغان (MSLRP)					
مصدر الأصل	من يمتلك هذا الأصل من أفراد الأسرة؟	القيمة الحالية للأصل	مصدر الأصل	من يمتلك هذا الأصل من أفراد الأسرة؟	القيمة الحالية للأصل
حساب جار			قيمة عقار (منزل)		
حساب جار ثان			قيمة عقار ثان		
حساب توفير			قيمة مركبة (أساسية)		
حساب توفير ثان			قيمة مركبة ثانية		
شهادات إيداع/سوق مال			درجة بخارية/مركبة لجميع التضاريس/قارب/مقطورة		
خطة تقاعد 401k/403B/IRA/معاش			تأمين على الحياة (قيمة استرداد)		
أسهم/سندات/استحقاقات سنوية			غير ذلك: _____		
حساب مدخرات صحية/إنفاق مرن			غير ذلك: _____		
يعني توقيعك أدناه أنني أقر بصحة جميع ما قمت به من معلومات في هذا الطلب وبصحة أي مرفقات.					
توقيع الطرف المسؤول _____			التاريخ _____		
توقيع الزوج / الزوجة _____			التاريخ _____		

يتم إرفاق نُسخ من: _____
 أحث إقرار ضريبي _____
 كشوفات حساب بنكية كاملة عن ثلاثة أشهر _____
 مستند إثبات دخل عن ثلاثة أشهر (شيك راتب أو غيره) _____
 كشوفات حساب حديثة عن جميع الاستثمارات _____
 إقرار فرض مساعدة طبية/رفضها، عند توفر ذلك _____
 في حال عدم توفر مصدر دخل، يُرجى تقديم خطاب من الجهة التي تقدم الدعم _____

يُسلّم إلى: Spectrum Health
 عناية: Financial Counseling
 100 Michigan
 Grand Rapids, MI 49503