

استمارة تقديم الاسعار المخفضة التابعة لمركز الصحة طب الأسرة

| |
|--|
| الاسم: |
| العنوان: |
| المدينة، الولاية، الرمز البريدي: |
| الهاتف (حوط واحدة): المنزل/الخليوي/العمل/أخرى: |
| تاريخ الميلاد: |
| رقم الضمان الاجتماعي: |

من الضروري بالنسبة لنا أن نسأل الأسئلة الشخصية كي نعطيك خصم على نفقاتنا الطبية. ستيقي هذه المعلومات في ملف في مركزنا في سرية تامة. سيتم استخدام دخلك السنوي للأسرة لحساب مستوى الدفع الخاص بك.

هل لديك أي نوع من أنواع التأمين الصحي الآتي؟

| | |
|---------------------------|--|
| Medicaid? | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| Medicare? | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| Veterans Assistance (VA)? | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| Health Insurance? | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| هل انت في طور التقديم على برنامج مساعدات ذات صلة بالحمل؟ | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| عدد الاشخاص الذين يسكنون المنزل: | ارمل <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> اعزب <input type="checkbox"/> |
| ما هي الحالة الاجتماعية؟ | منفصل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> |
| هل لديك الجنسية الامريكية؟ | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| مكان الولادة (الولاية او البلد): | رقم هوية الاجنبي: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |
| تاريخ الاصدار: | إذا لا، هل أنت "مقيم دائم"؟ |

إجمالي الدخل السنوي قبل الضرائب يجب أن تشمل جميع مصادر الدخل (الأجور، والضمان الاجتماعي، والبطالة، والدخل من الأصول، والمعاشات التقاعدية، ودعم الطفل). إذا لم يكن لديك "أي دخل"، الرجاء كتابة الحرفين الأولى من اسمك هنا. (ستحتاج إلى ملء استمارات إضافية).

| | | | | | |
|----------------|-------------|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| اسم صاحب العمل | تاريخ البدء | ساعات <input type="checkbox"/> طريقة الدفع <input type="checkbox"/> | كل <input type="checkbox"/> اسبوعين <input type="checkbox"/> | شهر <input type="checkbox"/> | متنصف <input type="checkbox"/> |
| اسم صاحب العمل | تاريخ البدء | ساعات <input type="checkbox"/> طريقة الدفع <input type="checkbox"/> | كل <input type="checkbox"/> اسبوعين <input type="checkbox"/> | شهر <input type="checkbox"/> | متنصف <input type="checkbox"/> |
| اسم صاحب العمل | تاريخ البدء | ساعات <input type="checkbox"/> طريقة الدفع <input type="checkbox"/> | كل <input type="checkbox"/> اسبوعين <input type="checkbox"/> | شهر <input type="checkbox"/> | متنصف <input type="checkbox"/> |
| اسم صاحب العمل | تاريخ البدء | ساعات <input type="checkbox"/> طريقة الدفع <input type="checkbox"/> | كل <input type="checkbox"/> اسبوعين <input type="checkbox"/> | شهر <input type="checkbox"/> | متنصف <input type="checkbox"/> |

هل تتلقى أي دخل من أي من المصادر التالية، وإذا كان الأمر كذلك، كم في الشهر؟

| مجموع المصادر | شخص اخر | اطفالك | شريكك | انت | المصادر |
|---------------|---------|--------|-------|-----|-------------------------------|
| | | | | | الضمان الاجتماعي/معاش التقاعد |
| | | | | | مساعدات عامة |
| | | | | | البطالة/تعويض العمال |
| | | | | | بطاقات الغذاء |
| | | | | | إيرادات الإيجار |
| | | | | | إيرادات الفوائد |
| | | | | | دعم الأطفال، النفقة |
| | | | | | شيء اخر (وضح) |

يرجى سرد جميع الأفراد الإضافيين الذين يعيشون مع الأسرة ذات علاقة تربطهم بالولادة أو الزواج أو التبني. (استخدام ورقة إضافية إذا لزم الأمر)

| الاسم: | تاريخ الميلاد: | علاقته بالمرضى: |
|--------|----------------|-----------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

- انا اشهد بان المعلومات المقدمة هنا هي حقيقية وكاملة ودقيقة.
- انا اعطي التخويل الى مركز الصحة طب الأسرة بمشاركة معلوماتي مع غيرها من المنظمات والمانحين أو مقدمي الخدمات (ومراجعي حساباتها) التي تقدم خدمات مخفضة بالنسبة لي بناء علي طلب من "مركز الصحة في طب الأسرة". من أمثلة هذه المنظمات برنامج المساعدة لدواء المريض، شبكات الإحالة، والمختبرات، وخدمات التصوير الطبي، أو الأخصائيين الطبيين، إلخ.
- انا اعلم بان التعمد في تقديم معلومات كاذبة قد يستعديني من برنامج الخصومات في "مركز صحة طب الأسرة". ومن المحتمل ان تتم محاسبتني على الخصومات السابقة التي تلقيتها كنتيجة لمعلومات كاذبة. وأني اتفهم انه يجب علي تقديم مستمسكات اثبات للدخل، والمساعدات المالية، والتوابع، والبيانات المصرفية، ودفع الإيصالات والبيانات الضريبية إذا كان ذلك ممكناً.
- انا افهم أنه إذا تم قبولي ب "برنامج الرسوم المنزلة" بانه سيكون ساري المفعول لمدة 12 شهرا من تاريخ الموافقة علي. وسوف اسارع بإبلاغ مركز الصحة طب الأسرة إذا تغير وضعي المالي (أي تغيير في حجم الأسرة، تغيير في العمالة، وفرص العمل الجديدة، مؤهل لاي مساعدات اخرى، إلخ). وافهم إذا احتجت إلى المساعدة بعد 12 شهرا، يجب علي إعادة التقديم "برنامج الرسوم المنزلة" بتقديم طلب جديد مع الوثائق الداعمة الجديدة.

| | |
|----------|----------|
| التاريخ: | التوقيع: |
|----------|----------|

المعلومات بالجهة الاخرى

تعليمات التقديم

1. استخدم فقط الحبر الأزرق الغامق أو الأسود عند ملء الاستمارة
2. ملء الاستمارة تماما وإعادة جميع الوثائق في غضون 10 أيام إلى "مركز الصحة طب الأسرة". يمكن ترك الاستمارة في أي عيادة من عياداتنا، فضلا عن إرسالها بالبريد أو بالفاكس. رقم الفاكس هو:

Fax #: 208-322-7018

Family Medicine Health Center

Attn: Sliding Fee

777 N Raymond St

Boise, ID 83704

3. إذا كان الحقل و/أو قسم لا تنطبق عليك، فإنه يجب ملء مع "n/A". لن يتم العمل بالطلبات غير مكتملة حتى يتم توفير جميع المعلومات اللازمة لعملية التطبيق.
 4. يتم تحديد الخصومات اعتمادا على دخل الأسرة/ حجم الأسرة. تعرف الأسرة ب:
 - مجموعة من شخصين أو أكثر (واحد منهم هو رب الأسرة) تربطهم علاقة لها صلة بالولادة أو الزواج أو التبني ويكونون مقيمين معا؛ وجميع هؤلاء الأشخاص (بما فيهم أفراد عائلة من جهة الزوج أو الزوجة) يعتبرون كأعضاء في أسرة واحدة.
 5. إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بنا "منسق المساعدة المالية" على الرقم: 208-514-2500 ext.1115
- نسخ الوثائق التي يجب أن ترفق مع طلب التقديم تشمل:
1. نسخة من بطاقة الهوية أو اجازة سوق سارية المفعول.
 2. إذا كان التقديم ذات صلة ببرامج المساعدة للحمل (OBO)، يتوجب على مقدمي الطلبات المؤهلين للتقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية ميديكيد تقديم رسالة الرفض من المديكيد.
 3. نسخة من جميع الإيرادات لجميع أفراد الأسرة (الأطفال والبالغين) الذين يعيشون في نفس مقر الإقامة، ويجب الكشف عنها وتحديثها في طلب التقديم راجع الجدول أدناه.
 4. بيان شخصي عن سبب عدم العمل لاي من البالغين ضمن العائلة الذين لا يعملون.

| ✓ | نوع الدخل | الاوراق الثبوتية المطلوبة |
|---|--|---|
| | لا يوجد دخل | توقيع "توضيح ذاتي لدخل الأسرة المعيشية"، واستعن بالشخص الذي يساعدك ماديا على متطلبات المعيشة بملئ "استمارة المساهمة التكميلية". |
| | كسب من التوظيف | نسخة من آخر 30 يوما للاجور /صك الدفع أو رسالة من صاحب العمل تفيد بمعدل أجر الساعة/ معدل الراتب وعدد ساعات العمل في الأسبوع المتوقع منك. |
| | كسب من رجال الأعمال العاملين لحسابهم الخاص | بيان الأرباح والخسائر لآخر 3 أشهر |
| | التعويض عن البطالة | استحقاقات البطالة في شكل الأهلية للاستبعاد أو ملخص استحقاق الدفع (يجب أن تكون قادراً على رؤية استحقاق المبلغ المتبقي أو الأسابيع المتبقية من الفوائد) |
| | تعويض العمال | فوائد تعويض العمال في شكل اهلية التصميم أو استحقاق الدفع موجزة |
| | الضمان الاجتماعي | بيان بنك أو رسالة تقرير من الضمان الاجتماعي لـ 30 يوما الماضية. |
| | دخل الضمان التكميلي | بيان بنك أو رسالة تقرير من الضمان الاجتماعي لـ 30 يوما الماضية. |
| | المساعدات العامة | بيان بنك أو رسالة تقرير لـ 30 يوما الماضية. |
| | المدفوعات للمحاربين القدامى | كشف الحساب المصرفي أو رسالة من التقاعد الحربي لتحديد المدفوعات لآخر 30 يوما |
| | استحقاقات الوراثة | رسالة تحديد بيان مصرفي أو فوائد الناجيين من آخر 30 يوما |
| | دخل التقاعد أو التقاعد | كشف الحساب المصرفي أو بيان المعاش أو التقاعد لآخر 30 يوما |
| | الاموال بالحساب المصرفي او حساب التوفير | بيان مصرفي لآخر 30 يوما |
| | الفائدة و/أو الأرباح | كشف الحساب المصرفي أو بيان الفائدة من الـ 30 يوما الماضية |
| | الإيجارات والممتلكات، والوصايا | بيان مصرفي لآخر 30 يوما |
| | الدخل من العقارات | بيان مصرفي لآخر 30 يوما |
| | المساعدة التعليمية (المعونة/المنح/المنح الدراسية/القروض المالية) | بيان المصرف يظهر استرداد الإيداع المباشر من المدرسة أو قرض طالب/ ورقة المعلومات الخاصة بمنحة الطالب. سوف تظهر هذه الورقة مجموع القروض و/أو المنح المستلمة ونفقات الرسوم الدراسية للفصل الدراسي/العام الحالي |
| | النفقة | بيان مصرفي لآخر 30 يوما |
| | إعالة الطفل | معلومات من قسم الصحة والرعاية الاجتماعية عن برنامج اعالة الطفل للمدفعات 5 أخيرة حتى ولو لم تستلم اي من الدفعات. |
| | المساعدة من خارج الأسرة أو مصادر متنوعة. | دع ايا يكن من يعيلك او يساعدك ان يملئ استمارة "بيان المساهمة التكميلية". |
| | لا تحسب الفوائد غير النقدية (طوابع الغذاء وإعانات الإسكان) | غير مطلوب اي توضيحات |

الاستمارة من الجهة الاخرى