

طلب الاشتراك في برنامج المساعدة المالية

اسم مقدم الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
اسم المريض	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد
العنوان		
الشارع	رقم الشقة	المدينة
		الولاية
		الرمز البريدي
هاتف المنزل	الهاتف المحمول	هاتف العمل

اذكر أسماء جميع الأفراد المعالين بالأسرة

الاسم	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الضمان الاجتماعي

جهة عمل مقدم الطلب/الأطراف المسؤولين

جهة عمل الزوج/الزوجة/الشريكين

دخل الزوج/الزوجة/الشريكين في آخر شهرين (الإجمالي)

دخل مقدم الطلب في آخر شهرين (الإجمالي)

مجموع الدخل الإجمالي

تشمل مصادر الدخل ما يلي: الوظيفة، العمل الحر، التعويض عن البطالة، تعويض العمال، الإعاقة القصيرة والطويلة الأجل، الدخل الموهوب، الضمان الاجتماعي، النفقة، معاش السن الكبير، برامج المعاشات، العمولات، الإكراميات، الحسابات الاستثمارية، حسابات شهادات الإيداع، دخل الإيجارات، دخل القوائد، وأي دخل/استثمار آخر.

قائمة مرجعية بالمستندات المطلوبة

الرجاء تقديم صور من جميع المستندات المنطبقة على كل من مقدم الطلب والزوج/الزوجة/الشريك

- كعوب الأجرور لأخر شهرين متعاقبين لجميع المعالين البالغين من العمر 18 سنة فأكبر.
- الإقرار الضريبي الكامل للعام الماضي (الأعوام الماضية).
- إعلان منح التعويض عن البطالة.
- خطاب (خطابات) منح دخل الضمان الاجتماعي.
- كشف العمل الحر لفترة شهرين وكشوف حسابات مصرفية مفصلة للأعمال.
- تحتفظ المؤسسة الوطنية اليهودية بالحق في مراجعة مصاريف المعيشة الشهرية عند حساب الدخل العائد من العمل الحر.
- كشوف مصرفية مفصلة للحسابات الجارية وحسابات الادخار.
- شهادات ميلاد جميع أفراد الأسرة؛ متضمنة إثبات الإقامة القانونية/المواطنة لشهادات الميلاد غير الأمريكية.
- إثبات الزواج/حكم الطلاق.
- إيصالات دفع مصاريف طب بشري/طب أسنان لفترة الاثني عشر (12) شهرا السابقة لتاريخ تقديم الطلب.
- اتفاقية/بيان برنامج (برامج) سداد المصاريف الطبية.
- رفض الالتحاق ببرنامج "مديكيد" Medicaid في حالة إعطائك الرفض، فهو مطلوب عند الاقتضاء.
- مستندات لبيان قيمة الممتلكات الإضافية.
- مستندات لبيان الأصول/الموارد السائلة (حسابات أسواق المال، شهادات الإيداع، حسابات التقاعد الفردية، حسابات الاستثمارات، الخ)

- إننا لا نستطيع أن نضمن تأهلك للمساعدة المالية، حتى إذا قدمت طلبا لها.
- بمجرد إرسال طلبك إلينا قد نقوم بالتحقق من صحة كافة المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية.
- إننا سنقوم بإخطارك بتأهلك أو عدم تأهلك للمساعدة المالية في خلال 15-20 يوما تقويميا بعد استلامنا لطلبك المستكمل مع كل المستندات المطلوبة.
- في حالة عدم استلامنا للمستندات المطلوبة في خلال 30 يوما من تاريخ تقديم الطلب فسبؤدي ذلك إلى الرفض التلقائي لطلبك والذي سيرسل بريدنا إلى الطرف المسؤول.
- يُمنح مقدمو الطلبات إلى حد 240 يوما من تاريخ أول كشف بالفواتير وذلك لطلب إعادة النظر في طلب غير مكتمل. وفي هذه الحالة سيقبضي الأمر إعادة تقديم كافة المستندات المطلوبة بأحدث المعلومات حتى تاريخه.
- سيتعين على جميع مقدمي الطلبات تقديم طلبات للحصول على أية مساعدة ولاياتية أو فدرالية أو محلية والتي قد يكونون مؤهلين لها وذلك للمساعدة في دفع أية فواتير طبية/فواتير مستشفيات.

اتفاقية مقدم الطلب: إنني أقر وأشهد بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة تماما على حد علمي. وأفهم أن المعلومات المقدمة في هذا الطلب يمكن التحقق من صحتها من قبل المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة، كما أصرّح للمؤسسة الوطنية اليهودية للصحة بالاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من دقة المعلومات، بما في ذلك مراجعة السجل الائتماني لمقدم الطلب، لأغراض النظر في الطلب. وأفهم أنني لو قمت عن علم مني بتقديم معلومات غير صحيحة في هذا الطلب سأكون غير مؤهل للحصول على المساعدة المالية ويمكن رد أية مساعدة مالية ممنوحة لي وسأكون مسؤولا عن دفع كامل الفاتورة (الفواتير). وأفهم أن المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة الحق في استعادة ما أنفقته، مما يعني أنه إذا تبين أن لدي أية مطالبة بأية استحقاقات واجبة الدفع عن أي علاج تم إعطاؤه لي في أثناء فترة تأهلي للمساعدة المالية من المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة فيكون للمؤسسة الوطنية اليهودية للحصنة الحق في ضمها إلى عملية المطالبة.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

برنامج المساعدة المالية من المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة

التصنيف النهائي

لاستعمال المكتب فقط:

\$	مجموع الموارد
\$	الخصم على أساس حجم الأسرة (2500 دولار لكل فرد مؤهل)
\$	حصة الملكية في الموارد
\$	الوضع المالي الإجمالي للأسرة
\$	الاستقطاعات المسموح بها
\$	الوضع المالي الصافي للأسرة
\$	المجموع الكلي

معدل القدرة على الدفع _____
الحد الأعلى للدفع المشترك من قبل العميل _____
ساري النفاذ من: _____ إلى: _____

إنني أفهم أنني أتحمل المسؤولية عن إبلاغ المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة بأي تغيير في دخل الأسرة أو حجمها والذي قد يؤثر على تصنيفي في هذا الطلب وأن عدم قيامي بذلك سيؤدي إلى إبطال هذا الطلب.

إنني أفهم أن لدي 15 يوماً أستطيع فيها الطعن في هذا التصنيف.

يُكتب اسم مقدم الطلب _____

التاريخ _____

توقيع مقدم الطلب _____

يُكتب اسم الموظف الفني المسؤول عن التأهل _____

توقيع الموظف الفني المسؤول عن التأهل والتاريخ _____

برنامج المساعدة المالية من المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة
ورقة العمل 1: الدخل العائد من وظيفة والدخل غير المكتسب
(لاستعمال المكتب فقط)

المبلغ	مصدر الدخل
\$	الدخل العائد من وظيفة
\$	استحقاقات معاش السن الكبير (OAP) / المعونة للمعوزين والمعاقين (AND)
\$	دخل الضمان التكميلي (SSI)
\$	عائد (عائدات) الاستثمارات وبرنامج التقاعد/المعاشات المصدر: _____ المصدر: _____
\$	العمولات والمكافآت الهبات والإكراميات
\$	النفقة المتلقاة
\$	صافي الدخل من الإيجارات
\$	المكاسب النقدية
\$	صناديق الحسابات الاستثمارية
\$	التسويات
\$	دخل آخر (تعويض العمال، الإعاقة القصيرة والطويلة الأجل، التعويض عن البطالة، الخ) المصدر: _____ المصدر: _____
\$	المجموع
\$	المجموع (المبلغ الشهري) _____ دولار $\times 12 =$ الدخل السنوي

المبلغ	الأصول/الموارد السائلة
\$	حسابات الاستثمارات (شهادات ايداع، استثمارات، أسواق المال، برامج التأمين مدى الحياة، حسابات التقاعد الفردية، الخ)
\$	الحسابات الجارية/ حسابات الادخار
\$	قيمة (قيم) الممتلكات / حصة الملكية
\$	أخرى:
\$	المجموع
\$	المجموع (المبلغ الشهري) _____ دولار $\times 12 =$ الدخل السنوي

التاريخ

توقيع المستشار المالي

يُكتب اسم المستشار المالي

برنامج المساعدة المالية من المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة

ورقة العمل 2: صافي الدخل من العمل الحر
(لاستعمال المكتب فقط)

اللقب المهني/نوع العمل

الإيراد	المبلغ
إجمالي الإيداعات العائدة من العمل	\$
المصاريف	شهريا
تأمين الأعمال	\$
العمالة/الأجور والمرتبات	\$
البضاعة/تكلفة جرد البضاعة المباعة بالجملة	\$
إيجار المساحة المستخدمة للأعمال	\$
الفوائد على الرهن العقاري للأعمال	\$
ضرائب الدخل والأعمال	\$
حفظ وصيانة المعدات	\$
المرافق	\$
الكهرباء \$ _____	\$
الهاتف/البيانات \$ _____	\$
التدفئة \$ _____	\$
المعدات	\$
التوريدات	\$
الخدمات المهنية	\$
رسوم التعليم واستخراج التراخيص والتصديق	\$
السفر المتصل بالأعمال	\$
أخرى:	\$
مجموع المصاريف:	\$
مجموع صافي الأرباح (_____ دولار × 12 = المجموع السنوي)	\$

التاريخ

توقيع المستشار المالي

يُكتب اسم المستشار المالي

برنامج المساعدة المالية من المؤسسة الوطنية اليهودية للصحة

ورقة العمل 3: الاستقطاعات المسموح بها
(لاستعمال المكتب فقط)

شهرياً	الاستقطاع
\$	رعاية الأطفال/الرعاية النهارية للأطفال/مدرسة الحضانة
\$	النفقة/المعاش الذي صدر به أمر من محكمة
\$	نفقة الأطفال التي صدر بها أمر من محكمة
\$	أقساط التأمين الصحي
\$	رعاية المسنين
	المصاريف الطبية المدفوعة
	الجهة المقدمة الرعاية الطبية: تاريخ الدفع: المبلغ: \$
	الجهة المقدمة الرعاية الطبية: تاريخ الدفع: المبلغ: \$
	الجهة المقدمة الرعاية الطبية: تاريخ الدفع: المبلغ: \$
	الجهة المقدمة الرعاية الطبية: تاريخ الدفع: المبلغ: \$
	الجهة المقدمة الرعاية الطبية: تاريخ الدفع: المبلغ: \$
\$	
\$	برنامج السداد الشهري الموثق (مجموع الرصيد المتبقي)
\$	الأدوية الشهرية الموصوفة طبياً
\$	المجموع الكلي

التاريخ

توقيع المستشار المالي

يُكتب اسم المستشار المالي