

1. مقدم الطلب

الاسم (اللقب) _____ (الاسم الأول) _____
عنوان الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
هاتف المنزل _____ تاريخ الميلاد _____ رقم الضمان الاجتماعي _____
أعزب _____ متزوج _____ مطلق _____ منفصل _____ أرملة _____

2. أفراد الأسرة في الإقرار الضريبي (يُقصد بهم الأشخاص المدرجون في إقرارك الضريبي. الرجاء إدراج جميع الأفراد في نموذج واحد).

الاسم	العلاقة الضريبية	هل أنت مريض لدى CHC؟ (نعم/لا)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. هل أنت طالب جامعي أو في كلية؟ نعم لا

(إذا كانت الإجابة "نعم"، فيجب إرفاق نسخة من نموذج طلب المساعدة المالية الفيدرالية المجاني [FAFSA] مع الطلب).
هل يمكن إدراجك كتابع لشخص آخر في الإقرار الضريبي؟ نعم لا
(إذا كانت الإجابة "نعم"، فسُتطلب مستندات إضافية لإثبات الدخل)

3أ) هل تعاني من التشرد؟ نعم لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تحديد الخيار المناسب أدناه)

3ب) تقيم مع آخرين أو تعيش في سكن مزدوج مأوى الشارع سكن انتقالي

3ج) أين المكان وكم من الوقت سنبقى هناك؟

3د) هل أنت على علم بالخدمات المجتمعية المتاحة للمشردين في مجتمعنا؟ نعم لا

4. نموذج الدخل الشهري:

إجمالي الأجر/الراتب	\$ _____
العمل الحر	\$ _____
غير موظف	\$ _____
تعويضات إصابة العمل	\$ _____
دخل الإعاقة	\$ _____
الضمان الاجتماعي	\$ _____
دخل التقاعد/المعاش التقاعدي	\$ _____
دخل الفوائد/الاستثمارات	\$ _____
دخل الأسهم	\$ _____
النفقة/دعم الطفل	\$ _____
دخل من إيجارات	\$ _____
مزايا شؤون المحاربين القدامى	\$ _____
غير ذلك:	\$ _____

5. إقرار ذاتي بالدخل

إقرار ذاتي: أقر بأنني أعمل وأتلقى أجري نقدًا بمبلغ _____

_____ دولار لكل أسبوع شهر سنة

ولا أملك أي مستندات أو قسائم دفع لإثبات دخلي.

إقرار ذاتي: أصرّح بأنني لا أعمل ولا أملك أي مصدر دخل من أي نوع. إذا اخترت هذا الخيار، فيرجى توضيح كيفية تغطية نفقاتك الأساسية مثل السكن والطعام والمرافق:

6. التأمين

هل لديك أنت أو زوجك/زوجتك تغطية تأمين أسنان؟ نعم لا شركة التأمين:
هل لديك أنت أو زوجك/زوجتك تأمين صحي؟ نعم لا شركة التأمين:
إذا كانت الإجابة "نعم"، هل هو تأمين من خلال Vermont Health Connect؟ نعم لا
 المؤمن عليه - مقدم التأمين:
 لا يوجد أي تأمين صحي أو تأمين أسنان

تم ملء طلب تأمين الولاية (Green Mountain Care – GMC)
 الطلب معلق/تواصلت وكالة GMC مع المريض للتحقق من حالة الطلب

7. هل لديك مقدم رعاية طبية أو طبيب أسنان؟

نعم، اسم مقدم الرعاية الطبية: _____
 لا أملك تغطية رعاية صحية.
 نعم، اسم مقدم رعاية الأسنان:
 لا أملك تغطية رعاية أسنان.
هل ترغب بالحصول على معلومات حول أي من الخدمات المجتمعية التالية؟
 طبية
 أسنان
 استشارات توزيع الغذاء السكن
هل ترغب في التواصل مع هذه الخدمات اليوم؟ نعم لا

8. التوقيع

بموجب توقيعك أدناه، أوافق على أن تشارك مراكز الرعاية الصحية المجتمعية في (CHC) Burlington, Inc. هذا النموذج وأي مستندات مرفقة به مع مركز جامعة Vermont الطبي (UVMMMC) لأغراض التسجيل ضمن جدول الرسوم المتدرجة لديهم. أفهم أن مشاركة هذه المعلومات قد تقلل من التكاليف التي أتحمّلها شخصياً مقابل الخدمات التي يتم طلبها من CHC ولكن تُنفذ في UVMMMC (مثل اختبارات المختبر). أفهم أيضاً أن بإمكانني إلغاء هذه الموافقة إذا لم تكن CHC قد تصرفت بناءً عليها، وذلك بكتابة "عدم المشاركة مع UVMMMC" بجوار توقيعك. كما أعلم أن توقيع هذا المستند ليس شرطاً لتلقي العلاج سواء في CHC أو UVMMMC.

أقرّ بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة حسب علمي. وأتعهد بإبلاغ المركز الصحي بأي تغييرات في وظيفي أو المالي أو السكني. وإذا ثبت أن المعلومات غير صحيحة، أفهم أن الخصم الممنوح لي سيتم إلغاؤه. (كما أوافق على أن يتواصل موظفو المركز الصحي مع صاحب عملي أو أي جهة أخرى للتحقق من الدخل)

يتوقع من المرضى تقديم معلومات دقيقة عن تغطيتهم الصحية ووضعهم المالي. إن إغفال أو تزوير الهوية أو المعلومات المالية أو الديموغرافية يُعدّ احتيالياً وقد يؤدي إلى إيقاف الخدمة لمدة تصل إلى عام. وفي حال التزوير، يتحمل المريض مسؤولية دفع التكلفة كاملة.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

للاستخدام المكتبي فقط

الحروف الأولى للمفوض: _____ مستوى الشريحة: _____ تاريخ القبول / الرفض: _____ تاريخ التجديد: _____

يرجى إعادة إرسال هذا النموذج مرفقاً بإثباتين من مستندات الدخل التالية إلى patientsupport@chcb.org:

- كشوف راتب متتالية (عدد 2) من آخر 30 يوماً
- بيانات دخل الضمان الاجتماعي أو الإعاقة أو المعاش التقاعدي
- نموذج W2 أو 1099 الصادر عن مصلحة الضرائب الأمريكية (IRS)
- نموذج FAFSA (إذا كنت طالباً، يجب تقديمه أيضاً)
- آخر إقرار ضريبي مُقدّم (نموذج 1040)