

تطبيق المساعدة المالية

يرجى اختيار مكان تقديم الخدمات (يرجى اختيار جميع ما ينطبق):

 UVM Medical Center Porter Medical Center Central Vermont Medical Center

معلومات رب الأسرة / الضامن المالي

رب الأسرة

رقم الهاتف

الحالة الاجتماعية

رقم الضمان الاجتماعي

تاريخ الميلاد

العنوان	المدينة	الولاية	رمز البريدي

أفراد الأسرة

أدرج جميع أفراد الأسرة الذين يقيمون في منزلك، بما في ذلك الشريك المنزلي. ويقصد بالشريك المنزلي الشخص الذي يعيش معك في علاقة ملتزمة. ولا يُعد الشريك المنزلي مجرد زميل سكن.

الصلة	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الاسم

معلومات إضافية

نعم

هل أنت مشمول بأي وثيقة تأمين صحي؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات أدناه:

المعرف:

اسم شركة التأمين:

نعم

هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية ضمن برنامج "Medicaid" في فيرمونت أو نيويورك؟

نعم

هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية عبر سوق التأمين الصحي (Health Exchange) في فيرمونت أو نيويورك؟

نعم

هل تقيم أو تعمل أو تدرس في ولاية فيرمونت؟

المصروفات الشهرية

نستخدم هذه المعلومات لفهم وضعك المالي بشكل أفضل

:\$	الأدوية	:\$	الإيجار أو الرهن العقاري
:\$	التأمين الصحي	:\$	ضريبة الأماكن
:\$	فوائير الرعاية الصحية	:\$	المرافق (الماء/الكهرباء)
:\$	التأمين (السيارة / الممتلكات)	:\$	السيارة (قسط السيارة)
:\$	النفقة/ إعاقة الأطفال	:\$	رعاية الأطفال
:\$	أخرى	:\$	المعيشة (طعام / وقود)

تابع استكمال الطلب على الجهة الخلفية

الوظيفة

الزوج/الزوجة أو الشريك	رب الأسرة / الصانم المالي	صاحب العمل أو صنع دائرة إذا كنت: (متلاعِد / طالب / عاطل عن العمل)
الدخل الشهري		
:\$:\$	الراتب الإجمالي
:\$:\$	دخل العمل الحر
:\$:\$	الصنان الاجتماعي
:\$:\$	المعاش / توزيعات التقاعد
:\$:\$	الإعاقة (باستثناء إعانت شؤون المحاربين القدامى)
:\$:\$	البطالة
:\$:\$	دخل الإيجار
:\$:\$	دخل الأرباح
:\$:\$	دخل آخر:
الأصول السائلة		
النقد / المدخرات / الاستثمارات		
الزوج/الزوجة أو الشريك	رب الأسرة / الصانم المالي	
:\$:\$	الحساب الجاري
:\$:\$	حساب إدخار
:\$:\$	شهادة إيداع (CD)
:\$:\$	الأسهم / الصناديق المشتركة
:\$:\$	السندات
:\$:\$	الدفعات السنوية (في حال قابلة للتسبيل)
:\$:\$	سوق المال
:\$:\$	حساب ائتماني (في حال قابل للتسبيل)
:\$:\$	أخرى:
عقار إضافي		
(لا يشمل محل الإقامة الرئيسي)		
رصيد الرهن العقاري	القيمة	
:\$:\$	منزل لقضاء العطلة / منزل ثانٍ
:\$:\$	أرض
:\$:\$	العقار المؤجر
يرجى إدراج أي معلومات أخرى عن وضعك المالي الحالي ترغب في أن نطلع عليها. مثل الصعوبة في دفع الفواتير أو الإيجار أو الطعام.		

يرجى استكمال وتوقيع الطلب في الصفحة التالية.

قائمة التحقق من المستندات

يرجى إرسال طلبك المكتمل مع المستندات الداعمة إلى برامج المساعدة المالية في المستشفى الذي تلقى فيه رعايتك. يستند استحقاق المساعدة إلى مجموعة من المعايير، بما في ذلك اختبار الدخل والأصول. لمعالجة طلبك، يرجى تقديم المستندات ذات الصلة المدرجة أدناه لدعم احتياجك المالي.

الدخل:

- الإقرار الضريبي الفيدرالي الأخير
- بدلًا من الإقرار الضريبي الفيدرالي، يمكنك تقديم أحد البديل المدرجة أدناه:
 - موظف / عامل لحسابه الخاص:
 - بيان ممتلكات للأجر الأحدث (قائم الدفع)
 - إثبات دخل خطى من صاحب العمل (في حال الدفع نقدًا).
 - عقد أو تأكيد خطى لعقد عامل مهاجر.
 - تأكيد خطى من عيادة "Open-Door Clinic"
- الضمان الاجتماعي: خطاب إثبات المزايا للعام الحالي – أو – بيان SSA-1099R الأخير
- المعاش / توزيعات التقاعد: بيان المزايا الحالي – أو – بيان SSA-1099R الأخير
- البطالة: بيان المزايا الحالي
- دخل الإيجار: كشف الأرباح والخسائر منذ بداية السنة حتى تاريخه إذا لم يكن العقار مدرجاً ضمن الأصول
- مستندات المساعدات العامة (مثل: Medicaid، قسم الطعام، إلخ)

الأصول السائلة:

- كشف حديث من مؤسستك المالية عن:
 - الحساب الجاري والمدخرات
 - شهادة الإيداع (CD)
 - الأسهم / الصناديق المشتركة / السندات / سوق المال
 - الدفعات السنوية، في حال قابلة للتسبييل
- فاتورة ضريبة الأموال للعام الحالي عن العقار الثانوي (لا يشمل محل الإقامة الرئيسي)
- منزل لقضاء العطلة / منزل ثان، بما في ذلك كشف الرهن العقاري الحالي إن وجد
 - أرض، بما في ذلك كشف الفرض إن وجد
 - العقار المؤجر (إذا لم يكن دخل الإيجار مدرجاً في الإقرار الضريبي الفيدرالي الخاص بك)

يرجى القراءة بعناية

أنا أطلب الحصول على المساعدة المالية من شركاء مستشفيات فيرمونت التابعين لشبكة University of Vermont Health Network. أقر بأن جميع المعلومات التي قدمتها دقيقة و كاملة. وأمنح شبكة University of Vermont Health Network الإذن بالتحقق من المعلومات ذات الصلة وتبادل المعلومات المتعلقة بحساباتي وطلي و المستندات الداعمة مع مقدمي الخدمات التابعين لها. أي معلومات غير صحيحة أو غير مكتملة أو مضللة يتم تقديمها قد تؤدي إلى إلغاء طلبي للحصول على المساعدة المالية. وأوافق على سداد كامل مبلغ المساعدة المالية الممنوح لي إذا ثأقفت أي نوع من المدفوعات عن الخدمات الطبية المشمولة بهذا الطلب للمساعدة المالية. ستبقى جميع المعلومات المقدمة سرية بموجب أحكام اللوائح الفيدرالية لقانون قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA).

التاريخ	توقيع رب الأسرة / الضامن المالي

يرجى إرسال طلبك المكتمل إلى العنوان الموضح أدناه. يرجى التأكيد من إرفاق المستندات المطلوبة مع الطلب.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401