برنامج المساعدة المالية
customerservice@uvmhealth.org
إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في استكمال الطلب: فاتصل على 800-639-2719.

University of Vermont Health

تطبيق المساعدة المالية

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

☐ UVM Medical Center ☐ Porter Medical Center ☐ Central Vermont Medical Center

معلومات ربّ الأسرة / الضامن المالي

ربّ الأسرة			
تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز 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 يُعدّ الشريك المنزلي مجرد زميل سكن.

الاسم	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الصلة

معلومات إضافية

هل أنت مشمول بأي وثيقة تأمين صحي؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات أدناه:		☐نعم ☐لا
اسم شركة التأمين:	المعرّف:	
هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية ضمن برنامج "Medicaid" في فيرمونت أو نيويورك؟		☐نعم ☐لا
هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية عبر سوق التأمين الصحي (Health Exchange) في فيرمونت أو نيويورك؟		☐نعم ☐لا
هل تقيم أو تعمل أو تدرس في ولاية فيرمونت؟		☐نعم ☐لا

المصروفات الشهرية

نستخدم هذه المعلومات لفهم وضعك المالي بشكل أفضل

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

تابع استكمال الطلب على الجهة الخلفية

الوظيفة		
	ربّ الأسرة / الضامن المالي	الزوج/الزوجة أو الشريك
صاحب العمل أو ضع دائرة إذا كنت: (متقاعد / طالب / عاطل عن العمل)		
الدخل الشهري		
الراتب الإجمالي	:$	:$
دخل العمل الحر	:$	:$
الضمان الاجتماعي	:$	:$
المعاش / توزيعات التقاعد	:$	:$
الإعاقة (باستثناء إعانات شؤون المحاربين القدامى)	:$	:$
البطالة	:$	:$
دخل الإيجار	:$	:$
دخل الأرباح	:$	:$
دخل آخر:	:$	:$
الأصول السائلة النقد / المدخرات / الاستثمارات		
	ربّ الأسرة / الضامن المالي	الزوج/الزوجة أو الشريك
الحساب الجاري	:$	:$
حساب إدخار	:$	:$
شهادة إيداع (CD)	:$	:$
الأسهم / الصناديق المشتركة	:$	:$
السندات	:$	:$
الدفعات السنوية (في حال قابلة للتسييل)	:$	:$
سوق المال	:$	:$
حساب ائتماني (في حال قابل للتسييل)	:$	:$
أخرى:	:$	:$
عقار إضافي (لا يشمل محل الإقامة الرئيسي)		
	القيمة	رصيد الرهن العقاري
منزل لقضاء العطلة / منزل ثانٍ	:$	:$
أرض	:$	:$
العقار المؤجَّر	:$	:$

يرجى إدراج أي معلومات أخرى عن وضعك المالي الحالي ترغب في أن نطّلع عليها. مثل الصعوبة في دفع الفواتير أو الإيجار أو الطعام.

يرجى استكمال وتوقيع الطلب في الصفحة التالية.

قائمة التحقق من المستندات

يُرجى إرسال طلبك المكتمل مع المستندات الداعمة إلى برامج المساعدة المالية في المستشفى الذي تتلقى 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
- بدلاً من الإقرار الضريبي الفيدرالي، يمكنك تقديم أحد البدائل المدرجة أدناه:
  - موظف / عامل لحسابه الخاص:
    - بيانان متتاليان للأجور الأحدث (قسائم الدفع)
    - إثبات دخل خطي من صاحب العمل (في حال الدفع نقدًا).
    - عقد أو تأكيد خطي لعقد عامل مهاجر.
    - تأكيد خطي من عيادة "Open-Door Clinic
  - الضمان الاجتماعي: خطاب إثبات المزايا للعام الحالي – أو – بيان SSA-1099 الأخير
  - المعاش / توزيعات التقاعد: بيان المزايا الحالي – أو – بيان R-1099 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، قسائم 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 للتسييل
  - العقار المؤجَّر (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 وكاملة. وأمنح شبكة University of Vermont Health Network الإذن بالتحقق من المعلومات ذات الصلة وتبادل المعلومات المتعلقة بحساباتي وطلبي والمستندات 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 تلقيت 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).

توقيع ربّ الأسرة / الضامن المالي	التاريخ

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

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