

1801 Hickman Road
Des Moines, Iowa 50314
مكتب الاستشارات المالية
فاكس: 515-282-2270
هاتف: 515-282-2246



طلب المساعدة المالية

المستندات التالية مطلوبة لمعالجة طلب برنامج الرعاية المجتمعية:

صورة البطاقة الهوية. يجب أن تكون بطاقة الهوية سارية المفعول وصادرة عن ولاية آيوا. يمكن الحصول على رخصة قيادة آيوا وبطاقة هوية آيوا من وزارة النقل في ولاية آيوا، 6310 SE Convenience Blvd. (بجوار Corporate Ankeny, IA 50021. 515-239-1101 (Woods Drive

إثبات رقم الضمان الاجتماعي. يتم ذلك من خلال بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك. وفي حال عدم توفر بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك، يمكنك استخدام الإقرار الضريبي أو نموذج W2 أو أي مستند آخر يثبت رقمك.

إثبات الإقامة. سنحتاج إلى دليل يثبت أنك مقيم في Polk County. ولتحقيق ذلك سنحتاج إلى مستندات مثل: إيصالات الإيجار، فواتير المرافق، بيانات التأمين أو البريد الرسمي الذي تم إرسالها إلى عنوان إقامتك الفعلي خلال آخر 30 يومًا. لا يمكن أن يكون هذا العنوان صندوق بريد، عنوانًا بريديًا، أو بريدًا غير هام موجهًا إليك أو إلى "المقيم الحالي". لا يمكننا قبول البريد الوارد من Broadlawns Medical Center.

إثبات دخل الأسرة. نحتاج إلى إثبات جميع الدخل الذي تم الحصول عليه خلال آخر 90 يومًا لجميع أفراد الأسرة. ويشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر: كشوف رواتب، خطاب من جهة العمل، خطاب استحقاق من إدارة الضمان الاجتماعي، إثبات الإعاقة، نفقة الأطفال، الحضانة، ميراث، ومستندات تعويض العمال. إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يرجى تقديم دفتر حسابات المصروفات وأحدث إقرار ضريبة الدخل الفيدرالي. إذا كنت عاطلاً عن العمل، يرجى تقديم ورقة بيضاء (White Sheet) من إدارة تطوير القوى العاملة (Workforce Development).

إثبات جميع الحسابات. يشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر: الحسابات الجارية، حسابات التوفير، حسابات IRA، 401K، شهادات الإيداع (CDs)، الأسهم، السندات، 403B، الصناديق الاستثمارية (Trusts)، المعاشات السنوية (Annuities)، نظام تقاعد موظفي ولاية آيوا (IPERS) وأي نوع آخر من الحسابات المالية. تقديم كشوفات الحساب للأيام التسعين الماضية أمر ضروري.

التأمين الصحي. بطاقة Medicare، بطاقة Medicaid، بطاقات التأمين الطبي، بطاقة إدارة شؤون المحاربين القدامى (Veterans Administration) وما إلى ذلك لجميع أفراد الأسرة.

أخرى: أي معلومات أخرى يطلبها المستشار المالي لتحديد مدى أهليتك.

التاريخ: _____

رقم السجل الطبي: _____

معلومات عن مقدم الطلب

الاسم الكامل _____ تاريخ الميلاد _____
 رقم الضمان الاجتماعي _____ اللغة الأساسية _____
 الجنس ذكر أنثى مواطن/ة أمريكي/ة نعم لا محارب/ة أمريكي/ة قديم/ة نعم لا معاق(ة) نعم لا
 الحالة الاجتماعية (اختر واحدة) أعزب/عزباء (لم يسبق له/لها الزواج) متزوج(ة) متزوج(ة) منفصل(ة) متزوج(ة) عرفيًا
 مطلق(ة) أرمل(ة)

معلومات عن الزوج/الزوجة

الاسم الكامل _____ تاريخ الميلاد _____
 رقم الضمان الاجتماعي _____ اللغة الأساسية _____
 الجنس ذكر أنثى مواطن/ة أمريكي/ة نعم لا محارب/ة أمريكي/ة قديم/ة نعم لا معاق(ة) نعم لا

معلومات الإقامة

العنوان الحالي للإقامة _____
 المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
 العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا) _____
 المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
 رقم الهاتف _____ رقم الهاتف الثاني _____
 عنوان البريد الإلكتروني _____

الأطفال الذين يعتبرون منزلك مكان إقامتهم الرئيسي

الاسم وتاريخ الميلاد _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ مواطن أمريكي
 نعم لا
 نعم لا
 نعم لا
 نعم لا

جميع الأشخاص الآخرين الذين يعتبرون منزلك مكان إقامتهم الرئيسي

الاسم _____ صلة القرابة / العلاقة _____

معلومات العمل / التوظيف

هل أنت موظف نعم لا **إذا كنت عاطلاً عن العمل، يرجى تقديم ورقة بيضاء (White Sheet) من إدارة تطوير القوى العاملة (Workforce Development).

اسم صاحب العمل لمقدم الطلب _____ تاريخ بدء العمل _____
العنوان _____ المدينة _____
الولاية _____ الرمز البريدي _____ رقم هاتف صاحب العمل _____

اسم صاحب العمل للزوج/الزوجة _____ تاريخ بدء العمل _____
العنوان _____ المدينة _____
الولاية _____ الرمز البريدي _____ رقم هاتف صاحب العمل _____

اسم صاحب العمل الآخر _____ تاريخ بدء العمل _____
العنوان _____ المدينة _____
الولاية _____ الرمز البريدي _____ رقم هاتف صاحب العمل _____

الدخل

يرجى ذكر جميع مصادر الدخل مثل: العمل، الضمان الاجتماعي، نفقة الأطفال/الطلاق، المعاش التقاعدي/تعويضات العمال/البطالة، الفوائد/الربا وغيرها.

****إذا كنت تعمل لحسابك الخاص أو لديك دخل من الإيجار، فيجب تقديم إقرار ضريبي أو دفتر حسابات.**

اسم المستفيد	مصدر الدخل	المبلغ الاجمالي	تكرار الاستلام

الموارد / الأصول المالية

الحساب الجاري	نعم	لا	المبلغ
حساب التوفير	نعم	لا	المبلغ
IRA	نعم	لا	المبلغ
CD's	نعم	لا	المبلغ
الصناديق الاستثمارية	نعم	لا	المبلغ
المعاشات السنوية	نعم	لا	المبلغ
الأسهم / السندات	نعم	لا	المبلغ
401K	نعم	لا	المبلغ
IPERS	نعم	لا	المبلغ
العقارات / الممتلكات	نعم	لا	المبلغ
العنوان			

هل يوجد تأمين صحي؟	نعم	لا	
اسم شركة التأمين			التكلفة الشهرية
هل قمت بتقديم الطلب للحصول على تغطية Marketplace؟	نعم	لا	
هل تقوم بدفع أو استلام نفقة الأطفال؟	نعم	لا	
من الذي يدفع / يستلم؟			المبلغ
هل لديك مطالبة حالية بإعانة العجز من الضمان الاجتماعي؟	نعم	لا	
هل يوجد محام يساعد في مطالبة الإعاقة؟	نعم	لا	
هل توجد أي امرأة حامل ضمن أفراد الأسرة؟	نعم	لا	

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي. سأقدم طلباً للحصول على أي مساعدة حكومية أو اتحادية أو محلية قد أكون مؤهلاً للحصول عليها للمساعدة في سداد هذه الفاتورة الطبية. أفهم أن المعلومات المقدمة قد يتم التحقق منها من قبل المستشفى، وأفوض المستشفى بالاتصال بأطراف ثالثة للتحقق من دقة المعلومات الواردة في هذا الطلب. كما أدرك أنه إذا قدمت معلومات غير صحيحة عن علم في هذا الطلب، فلن أكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية، وقد يتم إلغاء أي مساعدة مالية ممنوحة لي، وسأكون مسؤولاً عن سداد الفاتورة الطبية. وأقر مرة أخرى بأن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة حسب علمي. وأدرك أنه من مسؤوليتي الإبلاغ عن أي و جميع التغييرات في دخل الأسرة وحالة التأمين في غضون عشرة أيام عمل.

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

توقيع زوج/زوجة مقدم الطلب

التاريخ