

هل تحتاج إلى مساعدة في التسجيل للحصول على خدمات الرعاية الصحية؟

#### ARLINGTON CLINIC

خدمات الرعاية الطبية/الأسنان/الصيدلية  
326 S. Stillaguamish Ave., Arlington, WA 98223  
(360) 572-5400

#### EDMONDS CLINIC

خدمات الرعاية الطبية/الأسنان/الصيدلية  
23320 Hwy. 99, Edmonds, WA 98026  
(425) 640-5500

#### EVERETT-CENTRAL CLINIC

خدمات الرعاية الطبية الأولية والخدمات التي تقدّم دون تحديد موعد  
4201 Rucker Ave, Everett, WA 98203  
(425) 382-4000

#### EVERETT-COLLEGE CLINIC

خدمات الرعاية الطبية الأولية  
930 North Broadway, Everett, WA 98201  
(425) 595-3900

#### EVERETT-NORTH CLINIC

خدمات الرعاية الطبية/الأسنان/الصيدلية  
1424 Broadway, Everett, WA 98201  
(425) 789-2000

#### EVERETT-SOUTH CLINIC

خدمات الرعاية الطبية/الأسنان/الصيدلية  
1019 112th St. SW, Everett, WA 98204  
(425) 551-6200

#### LYNNWOOD CLINIC

خدمات الرعاية الطبية الأولية والخدمات التي تقدّم دون تحديد موعد/الأسنان/الصيدلية  
4111 194th St. SW, Lynnwood, WA 98036  
(425) 835-5200



## تقديم طلب لبرنامج خصم الرسوم المتغيرة

يرجى ملء هذا النموذج كاملاً، وتقديم الوثائق الداعمة لإجمالي دخل الأسرة (أنت والمعالين المثبتين في الإقرار الضريبي الأخير)، في غضون 30 يومًا من تاريخ الزيارة.

تاريخ الخدمة: \_\_\_\_\_

آخر موعد للتقديم: \_\_\_\_\_

### الوثائق الداعمة المطلوبة:

- تقديم طلب لبرنامج خصم الرسوم المتغيرة مع تضمين جميع أفراد الأسرة (المعالين المثبتين في الإقرار الضريبي الأخير) في الطلب.
- نسخة من الإقرار الضريبي للسنة الماضية لإثبات إجمالي الدخل المعدل.
- نموذج إثبات دخل الأسرة ودليل الدخل إذا كان أي مما يلي ينطبق:
  - تغيير دخلك منذ آخر إقرار ضريبي لك.
  - لا تقدم إقرارًا ضريبيًا.

إذا كان الطلب غير كامل أو لا يتضمن الوثائق الداعمة، فستتم إعادته ولن يتم اعتباره مستلمًا لحين إعادة تقديمه كاملاً.

الرحمة. التكلفة الميسورة. سهولة المنال.

[www.CHCsno.org](http://www.CHCsno.org)

\*توفر جميع عيادات CHC Dental Clinics للأسنان الخدمات التي تقدّم دون تحديد موعد.

خدمة الترحيل للهاتف النصي، اتصل على الرقم 711 (425) 789-3789

طلب لبرنامج خصم الرسوم

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم المعلومات أدناه، فيرجى زيارة أخصائي أهلية المريض والتسجيل.

**الخطوة الأولى:** معلومات مقدم الطلب

اسم مقدم الطلب:

تاريخ الميلاد:

رقم الهاتف:

العنوان:

الشارع

الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

حالة الإقرار الضريبي:

إجمالي الدخل المعدل:

رقم الضمان الاجتماعي أو رقم المعرف الضريبي:

**الخطوة الثالثة:** فقط إذا كنت تقدم مع مشارك في تقديم الطلب أو لديك معالون.

إجمالي الدخل المعدل	حالة الإقرار الضريبي في دائرة الإيرادات الداخلية في الولايات المتحدة	رقم الضمان الاجتماعي أو المعرف الضريبي	تاريخ الميلاد	العلاقة	المعال (المعالون)
إجمالي الدخل المعدل كما هو مذكور في الإقرار الضريبي للسنة الماضية.	NF لا يقدم إقراراً ضريبياً MFJ متزوج يقدم إقراراً مشتركاً MFS متزوج يقدم إقراراً منفصلاً SGL أعزب HH رب الأسرة Dep معال				يجب أن يستوفي المشاركون في تقديم الطلب أو المعال الشروط التالية ليكون مؤهلاً: يجب أن يكون الزوج/الزوجة، أو الابن، أو الابنة، أو ابن الزوج/الزوجة، أو الطفل بالتبني، أو الشقيق، أو الشقيقة، أو الأخ غير الشقيق، أو الأخت غير الشقيقة، أو ابن زوجة الأب/زوج الأم، أو بنت زوجة الأب/زوج الأم، أو سليل أي منهم. إذا كان طفلاً، يجب أن يكون (a) أقل من 19 عاماً بحلول نهاية السنة، (b) أقل من 24 عاماً بحلول نهاية السنة، إذا كان طالباً، أو (c) أي سن، إذا كان المعال يعاني من إعاقة.
0 دولار أمريكي	المعال	123-45-6789	شش لبي /سبسن	الأطفال	شش: جين سميث

**الخطوة الثانية:**

التأمين الصحي هل لديك تأمين

صحي أو تأمين للأسنان؟

معذ لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو:

اسم البرنامج (أسماء البرامج):

رقم البرنامج:

على حد علمي، المعلومات المقدمة حقيقية وصحيحة. إنني أمتنح مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنو هوميش الإذن للثبوت من صحة المعلومات المقدمة عن وضعي المالي. أدرك أنه ينبغي تقديم هذه المعلومات وجميع الوثائق الداعمة في غضون 30 يوماً من تاريخ الزيارة للتأهل للاستفادة من خصم الرسوم المتغيرة. إذا لم تصل هذه المعلومات كما هو محدد، فأدرك حينها أنني سأكون مسؤولاً عن سداد تكلفة الزيارة كاملةً.

تاريخ اليوم

توقيع مقدم الطلب/الضامن

□ اخر (حدد):