

## طلب لبرنامج خصم الرسوم

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم المعلومات أدناه، فيرجى زيارة أخصائي خدمات المرضى.

الخطوة الأولى: معلومات مُقدّم الطلب

اسم مُقدّم الطلب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ الشارح: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الشقة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

حالة الإقرار الضريبي: \_\_\_\_\_ إجمالي الدخل المُعدّل: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي أو رقم المعرف الضريبي: \_\_\_\_\_

### الخطوة الثالثة: فقط إذا كنت تقدم مع مشاركتك في تقديم الطلب أو لديك معالون.

### الخطوة الثانية:

#### التأمين الصحي

هل لديك تأمين صحي أو تأمين للأسنان؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو:

اسم البرنامج (أسماء البرامج):

رقم البرنامج:

المعال (المعالون)	العلاقة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي أو المعرف الضريبي	حالة الإقرار الضريبي في دائرة الإيرادات الداخلية في الولايات المتحدة	إجمالي الدخل المعدل
يجب أن يستوفي المشارك 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 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 الطفل، يجب أن يكون (أ) أقل من 19 عامًا في نهاية السنة، (ب) أقل من 24 عامًا في نهاية السنة، إذا كان طالبًا، أو (ج) أي سن، إذا كان المعال يعاني من إعاقة.				غير مصنف (لا يقدم إقرارًا ضريبيًا) NF متزوج يقدم إقرارًا مشتركًا MFJ متزوج يقدم إقرارًا منفصلاً MFS أعزب SGL رب الأسرة HH المعال Dep	إجمالي الدخل المُعدّل كما هو مذكور في الإقرار الضريبي للسنة الماضية. إذا لم تتقدم بالإقرار الضريبي، فسوف تحتاج إلى إكمال إثبات دخل الأسرة الخاص بمركز صحة المجتمع - نموذج PA Form 201B.
مثال: جين سميث	الأطفال	MM/DD/AAAA	123-45-6789	المعال	0 دولار أمريكي

### الخطوة الرابعة:

على حد علمي، المعلومات المقدمة حقيقية وصحيحة. إنني أُمّنح Community Health Center of Snohomish County (مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنو هوميش) الإذن للتثبت من صحة المعلومات المُقدّمة عن وضعي المالي. أدرك أنه ينبغي تقديم هذه المعلومات وجميع الوثائق الداعمة في غضون 30 يومًا 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 كاملة.

تاريخ اليوم

توقيع مقدم الطلب/الضامن

للاستخدام الداخلي فقط:

العيادة التي تلقت المعلومات: \_\_\_\_\_ اسم موظف مركز صحة المجتمع (بخط واضح): \_\_\_\_\_ رقم NG: \_\_\_\_\_ رقم A: \_\_\_\_\_

الدخل السنوي المُثبت: دولار أمريكي \_\_\_\_\_ عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_ المقياس المترج: \_\_\_\_\_ تاريخ إعادة التصديق: \_\_\_\_\_

إثبات الدخل:  دائرة الإيرادات الداخلية في الولايات المتحدة  نموذج PA Form 201B  آخر (حدد): \_\_\_\_\_ اسم وتوقيع موظفي إصدار الفواتير أو PSS: \_\_\_\_\_

## التحقق من دخل الأسرة

أدرج الدخل على مدار آخر 30 يومًا	
<b>أضف:</b>	
بالدولار	الأجور، أو الرواتب، أو الإكراميات، وما إلى ذلك (أرفق إيصال استلام الراتب)
بالدولار	استحقاقات الضمان الاجتماعي (أرفق خطاب الموافقة أو كشف الحساب البنكي)
بالدولار	الفائدة أو حصص الأرباح المشمولة بالضرائب (أرفق كشف الحساب البنكي)
بالدولار	الراتب التقاعدي، أو الدخل السنوي، أو توزيعات حسابات التقاعد الفردية المشمولة بالضرائب (أرفق كشف الحساب البنكي)
بالدولار	إعانة البطالة أو أجور العاملين (أرفق خطاب الموافقة أو كشف الحساب البنكي)
بالدولار	الدخل الصناعي والتجاري (أرفق الجدول "ج" من دائرة ضريبة الدخل)
بالدولار	الدخل من عقار للإيجار، أو صناديق استثمارية، أو حقوق ملكية، أو شركات، أو شركات الفئة S، وما إلى ذلك (أرفق الجدول "هـ" من دائرة ضريبة الدخل أو كشف الحساب البنكي)
بالدولار	دخل مزرعة (أرفق الجدول "و" من دائرة ضريبة الدخل)
بالدولار	نفقة الزوجة المُستلمة (أرفق كشف الحساب البنكي)
بالدولار	دخل آخر (أدرج نوعه وقدم المستندات الداعمة)
<b>مطروحًا منه:</b>	
بالدولار	نفقة الزوجة المدفوعة (أرفق كشف الحساب البنكي)
بالدولار	<b>إجمالي دخل الأسرة:</b>

على حد علمي، المعلومات المقدمة حقيقية وصحيحة. أدرك أنه قد يُطلب مني معلومات إضافية وسأرسلها خلال 14 يومًا من طلبها. أُمّنح مركز CHC الإذن بالتواصل معي للتحقق من صحة المعلومات أعلاه، وأدرك أنه إذا لم يكتمل هذا البيان إلى نهايته، فقد يُرفض طلب الخصم.

رقم هاتف جهة الاتصال \_\_\_\_\_ الاسم مكتوب بأحرف واضحة \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_

<b>الإعلان الذاتي عن انعدام الدخل</b> كيف تحصل على الطعام والماوى؟	
_____	
_____	
أقرّ بأن أسرتي ليس لها أي دخل.	
_____	_____
التاريخ	التوقيع