

الملحق C

المساعدة المالية - قائمة الوثائق المطلوبة

التاريخ (Date) / /

المريض (Patient)

رقم السجل الطبي أو رقم الضامن (Medical Record # or Guarantor #)

عزيزي المريض/الوصي:

بالإضافة إلى استكمال طلب المساعدة المالية الخاص بشركة Inova، سيتعين عليك تقديم إثبات دخل وإقامة. ويُرجى ملاحظة أنه يمكنك استخدام مستندات معينة للدخل والإقامة.

وثائق الإقامة	وثائق الدخل
إثبات إقامة لمدة 30 يوماً داخل منطقة خدمات Inova يجب أن تتضمن وثيقة واحدة (1) على الأقل من الوثائق التالية:	إثبات دخل أسرة - مطلوب دخل زوج أو شريك منزلي يجب أن تتضمن وثيقة واحدة (1) على الأقل من الوثائق التالية:
رخصة قيادة أو بطاقة هوية صالحة وصادرة من ولاية فرجينيا (يجب إصدارها قبل 30 يوماً على الأقل من تاريخ الخدمة)	قسيمتا راتب حاليّتان
أحد إقرار ضريبية دخل فيدرالية ولائية (**ثمة تعليمات في الأسفل**)	أحد إقرار ضريبية دخل فيدرالية (**ثمة تعليمات في الأسفل**)
كشف حساب شهري باسم مقدم الطلب وعنوانه الحالي (يجب إصدارها قبل 30 يوماً على الأقل من تاريخ الخدمة)	كشف حساب شهري باسم مقدم الطلب وعنوانه الحالي (يجب أن يكون صادراً عن بنك خلال آخر 30 يوماً وأن يوضح الودائع)
إثبات إقامة موثّق (يتم استكمال النموذج/الخطاب من قبل المالك)	إثبات عمل موثّق (يتم استكمال النموذج/الخطاب من قبل صاحب العمل)
فاتورة مرافق (غاز، كهرباء، مجاري، مياه، كابلات، غير ذلك) مكتوب عليها اسم مقدم الطلب وعنوانه الحالي (يجب إصدارها قبل 30 يوماً على الأقل من تاريخ الخدمة)	إثبات دعم موثّق (يتم استكمال النموذج/الخطاب من قبل الزوج/الشريك/عن طريق الإقرار الذاتي)
بوليصة تأمين سيارات أو بوليصة تأمين منزل حالية مكتوب عليها اسم مقدم الطلب وعنوانه الحالي	برنامج مساعدة حكومية/خطاب مزايا مساعدة عامة
عقد إيجار	خطاب منافع ضمان اجتماعي
بطاقة تسجيل الناخبين في فرجينيا	نموذج I20 (الطلاب الدوليين)
إيصال استلام ضرائب الممتلكات الشخصية أو الضرائب العقارية المدفوعة خلال العام الماضي إلى كومولث فرجينيا أو محلية في فرجينيا	دخل المعاشات/التقاعد
شهادة من وزارة التربية والتعليم في ولاية فرجينيا بنموذج انتساب	مزايا الباقين على قيد الحياة
نسخة مصدقة من سجلات / دفاتر المدرسة صادرة عن مدرسة معتمدة من ولاية أو منطقة تابعة للولايات المتحدة	تعويض البطالة
سجلات DMV	توزيعات الأرباح/الإتاوات/الدخل من العقارات/الصناديق
وثيقة شهادة إقامة في الهجرة	وثائق المساعدة التعليمية/الدراسية
W2	وثائق النفقة/دعم الطفل
	إثبات حالة السفير على ترويسة السفارة
	إثبات دخل طرف ثالث
	(تأجير منزل، طلب شراء، تأجير سيارة، طلب قرض، غير ذلك)

وثائق متعددة الاستخدامات

يمكن استخدام العناصر التالية كإثبات دخل وإقامة في وثيقة واحدة:

أحد إقرار ضريبية دخل فيدرالية
(**ثمة تعليمات في الأسفل**)

كشف حساب شهري باسم مقدم الطلب وعنوانه الحالي
(يجب أن تكون صادرة عن بنك خلال آخر 30 يوماً)

إثبات دعم موثّق
(يتم استكمال النموذج/الخطاب من قبل الزوج/الشريك/عن طريق الإقرار الذاتي)

إن عدم تقديم المستندات المطلوبة سيؤدي إلى رفض طلبك، ويجعله مسؤولاً عن رصيد الحساب بالكامل. إذا كان لديك أي سؤال أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من الوقت لجمع الوثائق المطلوبة، يُرجى الاتصال على رقم 571-472-5880. إذا كنت تفضل إرسال الإتيانات عبر الفاكس، فيُرجى إرسال الفاكس إلى 571-665-6895.

****الإقرار الضريبي - عند تقديم الإقرارات الضريبية المكتملة من قبل شركة أو مشروع، يُرجى تقديم وثيقة كاملة مكتوب عليها التاريخ والتوقيع. وعند تقديم الإقرارات الضريبية المعدلة ذاتياً، يُرجى تقديم وثائق كاملة موقعة ومؤرخة.**

بمجرد استلام إثبات الدخل والإقامة وحجم الأسرة، يُرجى الانتظار 30 يوماً للمعالجة

==== مهم! =====

موقع صندوق تقديم المساعدات الشخصية	البريد فقط
Inova Partnership for Healthier Communities 2700 Prosperity Avenue #280, Fairfax VA 22031 مواعيد العمل: من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحاً إلى الساعة 12:00 ظهرًا الخدمات المقدمة: تسليم الطلبات الجديدة، والوثائق المطلوبة، واستفسارات المساعدة المالية، وخدمات كاتب العدل	Patient Financial Services 8095 Innovation Park Drive, Fairfax VA 22031 لا يتم قبول المرضى بدون مواعيد مسبقة في هذا الموقع

إرسال النموذج المكتمل بالبريد إلى:

Inova

8095 Innovation Park Dr., Fairfax, VA 22031

حسابات المرضى
نموذج المساعدة المالية

Patient Accounts
Financial Assistance Form

رقم الضامن/السجل الطبي		تاريخ الخدمة		رقم الحساب	
اسم المريض - الأخير		الأول	الأوسط	رقم الضمان الاجتماعي	
العنوان		رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
منذ متى وانت تعيش في هذا العنوان؟		رقم هاتف المنزل			
اسم الموظف		رقم هاتف الموظف	عدد أفراد الأسرة	هل يوجد حمل؟	
اسماء أفراد الأسرة	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الجنس	العلاقة	اسماء أفراد الأسرة
1.	/ /	/ /	/	/	3.
2.	/ /	/ /	/	/	4.

كم يبلغ دخل الأسرة وما مصادر الدخل؟ (بما في ذلك الأجر/المرتب/الدخل من أي مصدر للمريض والزوج والوالدين، إذا كان المريض صغيراً)

يرجى وضع دائرة على رمز الدخل		يرجى وضع دائرة على رمز الدخل	
A M 2W W	\$	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	A M 2W W	\$
A M 2W W	\$	A M 2W W	\$

رموز الدخل: W = أسبوعياً 2W = كل أسبوعين M = شهرياً A = سنوياً

هل هذه الزيارة تتعلق بـ: نعم (Yes) لا (No) إصابة في عملك؟ نعم (Yes) لا (No)

أشهد أن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وسليمة حسب معرفتي واعتقادي. وأدرك أن المستشفى ستطلب مني إثبات دخل (تقرير انتماء، وإقرارات ضريبية، وقوائم شيكات رواتب، وتحديد إعاقه، وما إلى ذلك)، وإني أفوض مكتب انتماء Equifax و/أو وكالات الخدمات الاجتماعية لإصدار المعلومات اللازمة لإكمال عملية تقديم الطلب. كما أنني سأقدم طلباً للحصول على أي مساعدة (برنامج Medicaid، برنامج Medicare، تأمينات، وما إلى ذلك) قد تكون متاحة لدفع رسوم المستشفى. وسأأخذ أي إجراء ضروري ومعقول للحصول على مثل هذه المساعدة، وسأخصص أو سأدفع المبلغ المسترد للمستشفى مقابل رسوم المستشفى. إذا ثبت أن أي معلومات قد قدمتها غير صحيحة، فإنني أدرك أن المستشفى قد تعيد تقييم وضعي المالي وقد تتخذ الإجراء المناسب.

يجب تقديم الوثائق الداعمة خلال خمسة عشر (15) يوماً حتى يتم النظر في هذا الطلب.

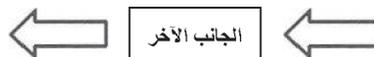
توقيع مقدم الطلب: تاريخ الطلب:

مجموع الدخل القابل للعد: \$

لا تكتب في هذه المنطقة، فهي مخصصة للاستخدام الرسمي فقط! مجموع الدخل القابل للعد: \$

500%	400%	250%	100%	Family Size
\$72,900	\$58,320	\$36,450	\$14,580	1
\$98,600	\$78,880	\$49,300	\$19,720	2
\$124,300	\$99,440	\$62,150	\$24,860	3
\$150,000	\$120,000	\$75,000	\$30,000	4
\$175,700	\$140,560	\$87,850	\$35,140	5
\$201,400	\$161,120	\$100,700	\$40,280	6
\$227,100	\$181,680	\$113,550	\$45,420	7
\$252,800	\$202,240	\$126,400	\$50,560	8
\$278,500	\$222,800	\$139,250	\$55,700	9
\$304,200	\$243,360	\$152,100	\$60,840	10

ملحوظة: بالنسبة للعائلات/الأسر المكونة من أكثر من 8 أشخاص، أضف 5,140 دولاراً لكل شخص إضافي.



المصدر:

المبلغ:

<p>المبلغ الإجمالي هو: _____</p>	<p>ما هو إجمالي الرصيد في الحسابات الجارية وحسابات التوفير وشهادات الإيداع و/ أو حسابات الأوراق المالية؟</p>
<p><input type="checkbox"/> نعم؛ القيمة الحالية هي: _____ (Yes; the current value is) <input type="checkbox"/> لا (No)</p>	<p>هل لديك أي حسابات تقاعد فردية؟ (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)</p>
<p>رقم 1 القيمة: \$ _____ الدفع: \$ _____ الرصيد المستحق: \$ _____ رقم 2 القيمة: \$ _____ الدفع: \$ _____ الرصيد المستحق: \$ _____ رقم 3 القيمة: \$ _____ الدفع: \$ _____ الرصيد المستحق: \$ _____</p>	<p>هل تملك سيارة (سيارات)؟ <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا؛ إذا كانت الإجابة نعم: (No; if Yes) رقم 1 العام _____ رقم 2 العام _____ رقم 3 العام _____ الصنع _____ الصنع _____ الصنع _____ الطراز _____ الطراز _____ الطراز _____</p>
<p><input type="checkbox"/> نعم؛ المبلغ الإجمالي هو: _____ (Yes; the total amount is) <input type="checkbox"/> لا (No)</p>	<p>هل تحصل على دخل من فوائد أو أرباح أو استثمارات؟</p>
<p>إذا كنت تملك: القيمة الحالية: \$ _____ الدفع الشهري/الإيجار \$ _____</p>	<p>هل: <input type="checkbox"/> تمتلك منزلك <input type="checkbox"/> تستأجر منزلك؟ (Own your home) (Rent your home?) إن كانت الإجابة لا: أين أو مع من تعيش؟ _____</p>
	<p>إقامة مُصدَّق عليها <input type="checkbox"/> (Residency Verified)</p>