

اسم المريض:	رقم الضمان الاجتماعي (إن وجد):
العنوان:	تاريخ الميلاد:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	رقم السجل الطبي:
رقم الهاتف المنزلي:	رقم هاتف العمل:
الحالة الاجتماعية (ضع دائرة حول حالتك):	متزوج
هل أنت مواطن أمريكي أو تحمل الجنسية الأمريكية: نعم / لا	أعزب
هذه المعلومات ضرورية لتحديد أهليتك للحصول على البرامج/المزايا الإضافية.	مطلق
إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو تحمل الجنسية الأمريكية، فهل لديك إحدى حالات الهجرة المُدرجة أدناه؟ نعم / لا*	مفصل
*إذا كانت إجابتك "لا"، فتخط الأسئلة حتى الخطوة 2 (من الممكن أن تظل مؤهلاً للحصول على المساعدة). إذا كان إجابتك "نعم"، فضع علامة على ما يصف حالتك مما يلي:	أرمل
طالب اللجوء <input type="checkbox"/> لاجئ <input type="checkbox"/> حالة الأحداث المهاجرين الخاصة (SIJ) <input type="checkbox"/> إقامة دائمة قانونية مع إقامة لمدة لا تقل عن خمس سنوات في VA <input type="checkbox"/>	
جندي أمريكي مخضرم/حالي/زوج أو ابن لإحدى الجنود المخضرمين/الحاليين في جيش الولايات المتحدة <input type="checkbox"/>	تقيم بالولايات المتحدة منذ 1996 <input type="checkbox"/>

الخطوة 2: يُرجى إكمال الأقسام التالية عن الدخل وتغطية الرعاية الصحية.

إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يُرجى كتابة ورقة منفصلة وإرفاقها بهذا النموذج.

رقم هاتف الموظف	اسم الموظف	الدخل الكلي الشهري (انظر الصفحة 2)	العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (إذا كان معروفًا)	الجنس ذ/أ	أفراد الأسرة - اشمئ نفسك والشريك والأطفال تحت سن 18 سنة
			أنت				

هل تتلقى أيًا مما يلي: إعالة أطفال **نعم / لا** المبلغ _____ دولار أمريكي نفقة: **نعم / لا** المبلغ _____ دولار أمريكيهل لديك MEDICARE أو أي تأمين صحي آخر يغطي كل تكلفة الأدوية الموصوفة أو جزءًا منها؟ **نعم/لا** إذا كانت إجابتك نعم، فاكتمل اسم التأمين أدناه مع رقم تعريف العضو ورقم المجموعة:

اسم التأمين	رقم تعريف العضو	رقم المجموعة

الخطوة 3: يُرجى إكمال الأقسام التالية عن الموارد.

إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، يُرجى كتابة ورقة منفصلة وإرفاقها بهذا النموذج.

رقم الحساب الجاري: نعم / لا	اسم البنك:	الرصيد: دولار أمريكي
رقم حساب التوفير: نعم / لا	اسم البنك:	الرصيد: دولار أمريكي
الأسهم والسندات وحساب التقاعد الفردي وخطة التقاعد وشهادات الادخار وما إلى ذلك. نعم / لا	اسم البنك:	الرصيد: دولار أمريكي

هل تمتلك عقارًا أو في خضم عملية شراء عقار في الوقت الحالي: **نعم / لا** المدينة/المقاطعة: _____ إجمالي الأقدنة: _____مبلغ الرهن العقاري: _____ دولار أمريكي هل تعيش في العقار الذي تمتلكه: **نعم / لا**هل لديك أو لدى أي شخص فوق سن 21 سنة تعوله تأمين على الحياة بقيمة نقدية أو قيمة قرض؟ **نعم / لا**

إذا كانت إجابتك نعم، فاكتمل أسماء التأمين، ورقم بوليصة التأمين والقيمة النقدية:

الملكية الخاصة: **نعم / لا** اكتب كل السيارات والشاحنات والدراجات النارية وعربات التخبيم والمنازل المتنقلة وما إلى ذلك.إذا كان ذلك ينطبق، فهل تقيم في منزلك المتنقل: **نعم / لا**

العنصر:	الطرز	العام:	المبلغ المستحق: دولار أمريكي	القيمة: دولار أمريكي
العنصر:	الطرز	العام:	المبلغ المستحق: دولار أمريكي	القيمة: دولار أمريكي

تصريح: إن المعلومات المقدمة أعلاه كاملة ودقيقة وصحيحة حسب معرفتي واعتقادي. أسمح بنشر جميع المعلومات التي قد تحتاجها UVA HEALTH لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية من خلال برنامج رعاية المعوزين في المستشفى، أو أي برنامج مساعدة للأدوية ترعاه شركات تصنيع الأدوية أو أي برنامج مساعدة طبية آخر ممول من الحكومة الفيدرالية أو الولاية بما في ذلك التحقق من رتبتي أو أجري أو رصيدي أي حسابات مصرفية تمتلكها أو القيمة النقدية لأي بوليصة تأمين على الحياة أو أسهم أو سندات تمتلكها بالإضافة إلى قيمة أي عقار أو ملكية شخصية تمتلكها أو اشتريتها في الوقت الحالي. في حالة إحالتي إلى برنامج المساعدة الطبية الممول من الحكومة الفيدرالية أو الولاية، فأنا أسمح لـ UVA HEALTH بنشر جميع المعلومات اللازمة لتحديد الأهلية لهذا التمويل والحصول عليها. أوافق على إعلام UVA عندما يتغير التأمين الخاص بي (سواء كان طبيبًا أو لادوية الموصوفة) أو دخلي أو كلاهما على الفور.

توقيع مقدم الطلب/الضامن (لازم):	التاريخ:
توقيع الشريك:	التاريخ:

إن المعلومات والوثائق الداعمة التي يتم طلبها جميعها لازمة من أجل امتثال عمليتنا للقواعد التي وضعها الكومنولث لهذا البرنامج ومن أجل تحديد البرامج أو المساعدة الأخرى التي ربما تكون متاحة لك.

هل تحتاج إلى المساعدة في إكمال طلبك؟

عن طريق الهاتف: 866-320-9659

عن طريق البريد الإلكتروني: FinancialAssistance@UVAHealth.org

عن طريق الفاكس: 434-924-1251

عن طريق مقابلة شخصية: Education Resource Center (مركز موارد التثقيف) (يقع بجوار الصيدلية)

1220 Lee St

Charlottesville VA 22903

ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً

Prince William Hospital

8700 Sudley Road

Manassas VA 20110

ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً

Culpeper Hospital

501 Sunset Lane

Culpeper, VA 22701

ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً

تعليمات نموذج طلب المساعدة

الخطوة 1: يُرجى ملء كل المعلومات التي تتعلق بالمريض بالكامل.

الخطوة 2: املأ معلومات الدخل وتغطية الرعاية الصحية. ويشمل هذا الدخل الذي تحصل عليه من عملك أو المساعدات الحكومية (الضمان الاجتماعي ومزايا ولاية فيرجينيا) أو أموال التقاعد أو النفقة أو العمل الخاص أو أي مصدر دخل آخر. إذا كان أي طفل يبلغ 18 عامًا أو أكبر، فيلزم ملء نموذج منفصل ولا يمكن ضمه في هذا الطلب. لا يجب ضم أي شخص ليس من أفراد الأسرة في هذا الطلب إلا إذا كان هذا العضو طفلاً أصغر من 18 عامًا مع إثبات الحضانة.

الخطوة 3: املأ المعلومات المتعلقة بالموارد.

من أجل امتثال UVA HEALTH بالمبادئ التوجيهية للولاية، يجب أن يكون هناك إثبات أو توثيق لكل العناصر الموجودة في الصفحة الأولى من هذا الطلب. يُرجى عدم إرسال طلبك إلا وقد أرفقت كل مستندات التوثيق والإثبات اللازمة. ينبغي إعادة كل المعلومات في أقرب وقت ممكن لتجنب التأخيرات.

التوثيق

فيما يلي أنواع التوثيق التي قد تكون لازمة.
يُرجى قراءة كل نوع منها لمعرفة ما يمكن أن ينطبق في حالتك:
(يُرجى تقديم النسخ فقط. لن تُقبل أصول المستندات.)

الخطوة 1: لا يلزم أي مستندات توثيق

الخطوة 2: الدخل

- كعوب شيكات الراتب:** إن كنت موظفًا، يجب تقديم كعب شيك راتب لشهر واحد، حيث لا يكون أقدم من 3 سنوات. إن كانت كعوب الشيكات غير متوفرة، فيجب عليك تقديم خطاب من عملك يفيد بإجمالي راتب شهر واحد
- البطالة:** الاستثمارات التي تثبت مبلغ العائد الأسبوعي أو تنفي التعويضات عن البطالة أو العمالة. في حال كنت تتلقى إعانة بطالة، يلزم تقديم إثبات ايداع مباشر للمبالغ أيضًا.
- موارد أخرى:** نسخة من بيان إعانة التقاعد الشهرية الإجمالية أو حصص الصندوق الاستئماني أو النفقة أو إعالة الطفل التي يتم تلقيها.
- الإعانات الحكومية:** خطاب تأكيد أو نفي الضمان الاجتماعي من مؤسسة الضمان الاجتماعي في ولاية VA أو أي إعانات حكومية أو نسخ مصورة من الشيكات أو كشف حساب بنكي يوضح الإيداع التلقائي.
- العمالة الموسمية:** خطاب من عملك يفيد بتاريخ التعيين والدخل الإجمالي السنوي في الوقت الحالي.
- العمل الخاص:** تقديم الإقرار الضريبي الفيدرالي للدخل السنوي الحالي الخاص بك.
- خطاب الدعم:** خطاب التحقق من الحصول على الدعم من العائلة أو الأصدقاء (عندما لا يتم الإبلاغ عن الدخل أو عندما لا يكون كافيًا للدعم).
- الإجازة المرضية:** بيان من عملك يشير إلى حصولك على إجازة مرضية مدفوعة الأجر أو حصولك على إجازة مرضية غير مدفوعة. إن كانت الإجازة المرضية مدفوعة الأجر، قدم إثبات الدخل من عملك.
- الطلاب:** مبالغ المنح الدراسية والقروض والعمل مع الدراسة وعلوات الطلاب ورسوم التعليم والمساعدة الأكاديمية.
- غير ذلك:** نسخة من أوراق الحضانة (حيثما ينطبق ذلك).

الخطوة 3: الموارد

- كشف الحسابات البنكية:** كشف حساب حديث من البنك لحساب التوفير أو الحساب الجاري أو كليهما أو من الاتحاد الائتماني ويجب ألا يرجع تاريخه لأكثر من 3 أشهر. يجب أن يشمل كشف الحساب اسم البنك ورقم الحساب واسم صاحب الحساب والرصيد.
- التطبيقات النقدية وPAYPAL:** كشف حساب أو لقطة شاشة من PayPal أو أي تطبيق مشاركة للأموال (مثل Venmo، أو CashApp، وما إلى ذلك). يجب أن تشمل اسم صاحب الحساب/اسم المستخدم والرصيد.
- الاستثمارات:** بيان للأسهم والسندات وحساب التقاعد الفردي وخطة التقاعد وشهادات الادخار والأوراق المالية من البنك/الوسيط يوضح القيمة الحالية ولا يرجع تاريخه لأكثر من 3 سنوات. يجب أن يشمل كشف الحساب اسم البنك ورقم الحساب واسم صاحب الحساب والرصيد.
- الملكية الخاصة:** إقرارات ضريبية توضح قيمة المركبات المُقدرة. إذا كان هناك قرض مرتبط بالمركبة، يُرجى تقديم مبلغ سداد القرض، ويجب تحديد مبلغ السداد واسم المقرض واسم صاحب الحساب ووصف المركبة/رقم تعريف المركبة (VIN).
- الممتلكات العقارية:** أحدث إقرار ضريبي يوضح عدد الأقدنة والقيمة المُقدرة. إذا كان هناك رهن عقاري، يُرجى تقديم أوراق ومبلغ سداده ويجب أن تشمل اسم الراهن واسم صاحب الحساب وعنوان/وصف العقار.
- التأمين على الحياة:** بوليصة تأمين أو بيان يوضح القيمة النقدية أو إثبات أن البوليصة لا تحتوي على قيمة نقدية.