

برنامج المساعدة المالية في مشفى كولورادو للأطفال

Attention: Financial Counseling
13123E 16th Ave B-280
Aurora, CO 80045
Direct # 720-777-7001
Fax #: 720-777-7124

القسم الأول: المتقدم بالطلب

| | | | |
|--------------|-------------|---------------|----------------------|
| الكنية/اللقب | الإسم | الاسم الأوسط | رقم الضمان الاجتماعي |
| العنوان: | هاتف المنزل | | |
| المدينة | الولاية | الرمز البريدي | المقاطعة |
| | | | هاتف العمل |

| الأشخاص القاطنون في المنزل (الأول/الأخير) | العلاقة | تاريخ الولادة | رقم الضمان الاجتماعي | السكن |
|---|---------|---------------|----------------------|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

القسم الثاني: عناية طبية MEDICAID طارئة غير موثقة

| | | | | |
|-----------------------|-----|----|----------|-----------|
| تم تقديم الطلب إليها: | نعم | لا | التاريخ: | المقاطعة: |
|-----------------------|-----|----|----------|-----------|

القسم الثالث: مصدر التمويل

| | | | | |
|--------------|------------------|----------|-------|-------------------|
| Wyoming Fund | Mesa County Fund | غير موثق | 400% | من خارج الولاية: |
| _____ | _____ | _____ | _____ | (حدد من أي ولاية) |

القسم الرابع: الوظيفة/العمل

| | |
|----------------|---------------|
| إسم صاحب العمل | هاتف العمل |
| العنوان | الولاية |
| إسم صاحب العمل | الرمز البريدي |
| العنوان | الولاية |
| المدينة | الرمز البريدي |

برنامج المساعدة المالية في مشفى كولورادو للأطفال

القسم الخامس: حساب الدخل

| الدخل | المبلغ الشهري الحالي | الإجمالي السنوي |
|----------------------------------|----------------------|-----------------|
| 1 الدخل الإجمالي من العمل الحالي | \$ _____ | x12 \$ _____ |
| 2 دخل التوظيف الذاتي | \$ _____ | x12 \$ _____ |
| 3 دخل غير مكتسب | \$ _____ | x12 \$ _____ |
| 4 الدخل الشهري | \$ _____ | x12 \$ _____ |
| 5 إجمالي الدخل | \$ _____ | x12 \$ _____ |

حساب الأسهم/الأصول في الموارد

| | | | | | |
|----------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------|--|
| الأسهم المعدلة | ناقص الجزء المحمي 7,500.00 \$ | أسهم السيارات \$ _____ | المبلغ المستحق \$ _____ | القيمة \$ _____ | 6. أسهم السيارات (قائمة) السيارة 1 السيارة 2 السيارة 3 |
| الأسهم المعدلة | ***** | الأسهم \$ _____ | المبلغ المستحق \$ _____ | القيمة \$ _____ | 7. الممتلكات الحقيقية (ممتلكات أخرى إلى جانب المنزل الأساسي) |
| الأسهم المعدلة | ***** | الأسهم \$ _____ | المبلغ المستحق \$ _____ | القيمة \$ _____ | 8. الموارد السائلة حساب مصرفي جار \$ _____ حساب توفير \$ _____ صكوك \$ _____ صناديق الاستثمار \$ _____ |
| الأسهم المعدلة | 50,000 \$ | الأسهم \$ _____ | المبلغ المستحق \$ _____ | القيمة \$ _____ | 9. الأسهم التجارية |
| الأسهم المعدلة | | إجمالي الموارد | | | 10. إجمالي الأسهم في الموارد |
| الكمية | | حجم الأسرة | \$2,500.00 | | 11. خصم الأسرة الأقل حجماً |
| الكمية | | | | | 12. الأسهم في الموارد (السطر 10 ناقص السطر 11) |
| الكمية | | | | | 13. إجمالي حالة الأسرة المالية (السطر 5 زائد السطر 10 ناقص السطر 11) |
| الكمية | | | | | 14. ناقص الخصومات المسموح بها (العناية النهارية ، دفع إعالة أطفال، أقساط الدفعات الطبية، إلخ) |
| الكمية | | | | | 15. صافي الدخل وموارد الأسهم (السطر 13 ناقص السطر 14) |
| | | المبلغ الإجمالي | | | |

برنامج المساعدة المالية في مشفى كولورادو للأطفال

:FOR OFFICE USE ONLY

Ability to Pay Rate _____

PAY CAP-CLIENT CO(Line 15 X 0.10) \$ _____

Effective From: _____ To: _____

OUTSTANDING BALANCE (s) OWED:\$ _____

Payment Arrangement Established: Y / N

أقر بأن المعلومات المقدمة من أجل إكمال هذا الطلب صحيحة. وأفهم بأن مشفى الأطفال في كولورادو لديها الحق بالاسترداد. وهذا يعني لو كان وجدت مطالباً بأي فوائد دائنة، بخصوص أي عناية تم تقديمها لي خلال أهليتي للبرنامج الخيري من مشفى الأطفال في كولورادو ، فإن مقدم الرعاية هذا لديه الحق بشمله في عملية المطالبات.

| | | |
|---------|-----------------------|---------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| التاريخ | التوقيع | إسم مقدم الطلب |
| _____ | _____ | _____ |
| التاريخ | توقيع المستشار المالي | إسم المستشار المالي طباعة |

شريط الحساب

برنامج المساعدة المالية في مشفى كولورادو للأطفال

ورقة عمل 1: دخل العمل والدخل غير المكتسب
قم بتسجيل جميع الإيرادات والسيولة من موارد أخرى على هذه الصفحة وأرفقها مع الطلب
مصدر الدفع
الكمية الشهرية

| | |
|----|--|
| \$ | الدخل الوظيفي |
| \$ | فوائد معاش الشيخوخة (OAP) |
| \$ | دخل الضمان الإضافي (SSI) |
| \$ | المساعدات إلى المحتاجين المعاقين (AND) |
| \$ | دفع/ات وخطط التقاعد المصدر: _____ المصدر: |
| \$ | عمولات، مكافآت، إكراميات |
| \$ | النفقة المتلقاة |
| \$ | دخل الوارد من الأجارات |
| \$ | الأرباح النقدية |
| \$ | أموال حساب الضمان |
| \$ | تسويات |
| \$ | مصادر أخرى: المصدر: _____ المصدر: |
| \$ | المجموع |
| \$ | مجموع (الكمية الشهرية) ----- X12----- = الدخل السنوي |

إسم مقدم الطلب _____ التوقيع _____ التاريخ _____
إسم المستشار المالي طباعة _____ توقيع المستشار المالي _____ التاريخ _____

برنامج المساعدة المالية في مشفى كولورادو للأطفال

ورقة عمل 2: صافي دخل التوظيف الذاتي
قم بتسجيل جميع مصاريف العمل الشهرية على هذه الصفحة وأرفقها مع الطلب.

| المصرف | الكمية الشهرية |
|--|----------------|
| تأمين العمل التجاري | \$ |
| العمالة/المرتبات | \$ |
| البضائع/تكلفة المخزون بأسعار الجملة | \$ |
| أجار مكان العمل | \$ |
| فوائد القرض الخاص بالعمل | \$ |
| ضرائب العمل والدخل | \$ |
| تكاليف المحافظة على المعدات وصيانتها | \$ |
| المرافق | \$ |
| (الكهرباء) \$ _____ | |
| الهاتف \$ _____ | |
| التدفئة \$ _____ | |
| معدات | \$ |
| لوازم | \$ |
| خدمات متخصصة | \$ |
| رسوم تعليم، ترخيص وإصدار شهادات | \$ |
| سفر متعلق بالعمل | \$ |
| مجموع (الكمية الشهرية) ----- 12 X ----- = الدخل السنوي | \$ _____ |

عنوان المهنة

إسم مقدم الطلب _____ التاريخ _____ التوقيع _____

إسم المستشار المالي طباعة _____ التاريخ _____ توقيع المستشار المالي _____

برنامج المساعدة المالية في مشفى كولورادو للأطفال

ورقة عمل 4: الخصومات المسموح بها
قم بتسجيل جميع الخصومات المسموح بها على هذه الصفحة وأرفقها مع الطلب.

| الخصومات | الكمية الشهرية |
|---|----------------|
| رعاية الطفل/الرعاية اليومية/مرحلة ما قبل المدرسة | \$ |
| أمر محكمة بنفقة الطلاق/التقاعد | \$ |
| أمر محكمة بنفقة الطفل | \$ |
| دفعات التأمين الصحي | \$ |
| رعاية المسنين | \$ |
| <u>التكاليف الطبية المدفوعة</u> | |
| المزود: _____ تاريخ الدفع: _____ الكمية: \$ _____ | |
| المزود: _____ تاريخ الدفع: _____ الكمية: \$ _____ | |
| المزود: _____ تاريخ الدفع: _____ الكمية: \$ _____ | |
| المزود: _____ تاريخ الدفع: _____ الكمية: \$ _____ | |
| | \$ |
| الوصفات الطبية الشهرية | \$ |
| <u>تكاليف طبية لم تدفع</u> | |
| المزود: _____ الكمية: \$ _____ | |
| المزود: _____ الكمية: \$ _____ | |
| المزود: _____ الكمية: \$ _____ | |
| المزود: _____ الكمية: \$ _____ | |
| | \$ |
| المبلغ الإجمالي | \$ |

إسم مقدم الطلب _____ التاريخ _____
 توقيع _____ التاريخ _____
 توقيع المستشار المالي _____ التاريخ _____
 إسم المستشار المالي طباعة _____ التاريخ _____

برنامج المساعدة المالية في مشفى كولورادو للأطفال

يرجى التوجه بجميع الأسئلة إلى قسم الاستشارة المالية على الرقم: 720-777-7001
من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 4:20 بعد الظهر

الوثائق المطلوبة

يتطلب إحضار إحدى هذه الوثائق التالية:

| | |
|--|---|
| شهادة ميلاد في الخارج (Form FS-545/DS-1350) | شهادة الميلاد الأصلية (نسخة عنها/نسخة مرسله عبر الفاكس غير مقبولة) جواز سفر أميركي و/أو فيزا |
| تقرير الولادة في الخارج لحاملي الجنسية الأميركية (Form FS-240) | شهادة الجنسية (Form N-550/N-570) |
| بطاقة تعريف المواطن الأميركي (Form I-97) | |

جميع الوثائق المتعلقة بالدخل، الدخل الوارد غير عن العمل، وإن كان بالإمكان دفعات نفقة الأطفال

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> شهر واحد من أرومة شبك الراتب والتي يجب أن تبين إجمال الدخل <input type="checkbox"/> رسالة من صاحب العمل تذكر الأجر بالساعة، ساعات العمل، وتيرة الدفعات، إجمال الراتب (قبل الضرائب والخصومات) والإكراميات إن وجدت في الشركة. <input type="checkbox"/> إن تم توقيف توظيفك، يرجى إحضار رسالة من صاحب عملك السابق يذكر فيها تاريخ آخر يوم في العمل. | <input type="checkbox"/> التحقق من الدخل <input type="checkbox"/> (أي من هذه المواد المتعلقة بالتحقق من الدخل مطلوبة من أجل تقرير إمكانية التأهيل) |
| <input type="checkbox"/> ثلاث أشهر من دفتر الحسابات أو بيانات الربح والخسارة والتي تشير إلى الدخل والكتاليف المدفوعة. <input type="checkbox"/> ثلاث أشهر من البيانات المصرفية الخاصة بالعمل والتي تظهر الإيداعات التي جرت والكتاليف التي دفعت. <input type="checkbox"/> (مثال: 1 يناير/كانون الأول إلى 31 مارس/آذار) | <input type="checkbox"/> التوظيف الذاتي (إن وجد) <input type="checkbox"/> يجب إرسال جميع الوثائق |
| <input type="checkbox"/> دخل العجز من الضمان الاجتماعي (SSDI) <input type="checkbox"/> دخل الضمان الإضافي (SSI) <input type="checkbox"/> دخل البقاء على قيد الحياة (SSA) <input type="checkbox"/> دفعات نفقات الأطفال <input type="checkbox"/> فوائد إعانات البطالة (رسالة من البطالة من الدولة تظهر إجمالي الراتب وتبويرته) <input type="checkbox"/> نفقات الطلاق <input type="checkbox"/> المعاشات <input type="checkbox"/> أي دخل وارد عن غير العمل. | <input type="checkbox"/> الدخل الوارد عن غير العمل (إن وجد) <input type="checkbox"/> أي من المواد التالية المتعلقة بالدخل الوارد عن غير العمل يتطلب شيك، ووثائق أمر محكمة، ووثائق قانونية، إلخ. |
| <input type="checkbox"/> دفعات نفقات الأطفال المدفوعة. <input type="checkbox"/> دفعات التأمين الصحي، تأمين الأسنان والبصر. | <input type="checkbox"/> التحقق من المصاريف المدفوعة (إن وجدت) <input type="checkbox"/> بحاجة إلى إثبات الدفع/الدفعات. |
| <input type="checkbox"/> الإسم، العنوان، رقم هاتف يمكن الاتصال بهم، وعدد الأشخاص المقيمين في المنزل. | <input type="checkbox"/> إن كنت لا تعمل وكنت مقيماً عند أصدقاء/أقرباء إلخ. يرجى الطلب منهم بكتابة رسالة دعم وتتضمن التالي: |

بالإضافة إلى وثائق التحقق من الجنسية/الهوية والدخل قد يتم الطلب منك تزويدنا بوثائق إضافية أصلية حول المواد التالية:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> رخصة قيادة صادرة عن الولاية (أو بطاقة تعريف شخصية صادرة عن الولاية و <input type="checkbox"/> بطاقة الضمان الاجتماعي لكل من المتقدمين و <input type="checkbox"/> إثبات السكن في ولاية كولورادو (مثال: فاتورة مرافق (ماء، كهرباء)، بيان قرض المنزل، اتفاقية الأجار، إلخ) وسجبت أن تتضمن إسم المتقدم بالطلب وعنوانه. | <input type="checkbox"/> إن وجد التالي: <input type="checkbox"/> بيانات حسابات مصرفية لكل الحسابات <input type="checkbox"/> بطاقة التأمين الأولي/إثبات عن دفعات التأمين <input type="checkbox"/> تسجيل سيارة (ينص على قيمة سيارتك وإن كانت ممولة يجب إحضار إثبات حوال رصيد قرض السيارة) <input type="checkbox"/> إن كنتم منفصلين أو مطلقيين: وثائق محكمة تشير إلى الانفصال أو الطلاق. |
|---|---|