طلب المساعدة المالية

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في استيفاء هذا الطلب، يُرجى الاتصال بالمستشارين الماليين على الرقم 8640-456 (214).

الاسم الكامل للضامن/الوصي↓ هل يوجد زوج أم؟ زوجة أب؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم الأخير | الاسم الأول | الاسم الأوسط | رقم التأمين الاجتماعي

اسم صاحب العمل | رقم هاتف العمل ( ) - | رقم هاتف المنزل ( ) - | تاريخ الميلاد / /

عنوان المنزل | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

الاسم الكامل للضامن/الوصي الآخر↓ هل يوجد زوج أم؟ زوجة أب؟ ☐ نعم ☐ لا

الاسم الأخير | الاسم الأول | الاسم الأوسط | رقم التأمين الاجتماعي

اسم صاحب العمل | رقم هاتف العمل ( ) - | رقم هاتف المنزل ( ) - | تاريخ الميلاد / /

عنوان المنزل | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

يُرجى ذكر أسماء جميع أطفالك (الذين يعيشون في المنزل نفسه) أدناه:

الاسم الأخير، الأول	رقم التأمين الاجتماعي	تاريخ الميلاد	معلومات التأمين/ معلومات Medicaid	**رقم السجل الطبي للاستخدام الإداري**

راتب/أجر الضامن الأول دولار أمريكي

راتب/أجر الضامن الثاني دولار أمريكي

نفقة إعالة الطفل **المسدد** دولار أمريكي **المتلقى**

أخرى (يُرجى التحديد) دولار أمريكي

الإجمالي دولار أمريكي

المجموع الكلي دولار أمريكي

السيارة (السيارات) السنة/ الطراز القيمة

رقم 1 دولار أمريكي

رقم 2 دولار أمريكي

المنزل (حوالة مالية بريدية) دولار أمريكي

حسابات التوفير دولار أمريكي

الحسابات الجارية دولار أمريكي

الأسهم/السندات بالدولار الأمريكي دولار أمريكي

أخرى (يُرجى التحديد) دولار أمريكي

المجموع الكلي دولار أمريكي

(تشمل أمثلة إثبات دخل الأسرة نموذج الإقرار الضريبي الفيدرالي الحديث 1040، ونموذج قسم الخدمات الإنسانية 1049، و4 كعب شيك راتب مع الدخل السنوي حتى تاريخه، وخطابات التأمين الاجتماعي أو قسائم الإيداع، وخطاب تعويض البطالة أو كعب الشيكات، وخطاب الدعم). لكي يُنظر في طلب المساعدة، يُرجى تقديم المستندات السارية. في بعض الحالات، عندما لا تكون المستندات متاحة، يجوز أخذ شهادة شفهية من الوصي القانوني بدلاً من المستندات.

- ☐ بطاقة التأمين الاجتماعي للمريض (إن وجدت)
- ☐ شهادة ميلاد المريض أو جواز السفر
- ☐ إثبات دخل الأسرة (انظر الأمثلة المذكورة أعلاه)
- ☐ إثبات الإقامة في الولايات المتحدة (فاتورة حديثة للمرافق أو الهاتف أو فاتورة قنوات التلفزه)

يعمل نظام صحة الأطفال مع المركز الطبي الجنوبي الغربي بجامعة تكساس ("UTSW") لتقديم المساعدة المالية لمرضانا الذين يتلقون خدمات مهنية من UTSW بنفس القدر الذي ستكون فيه هذه المساعدة متاحة بموجب سياسة المساعدة المالية لنظام صحة الأطفال.

توقيع الضامن/ الوصي | التاريخ

توقيع المستشار المالي: | هذا الطلب ساري المفعول حتى:

***بتوقيعي على هذا الطلب، أشهد أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي، وأن أي وثائق مرفقة دقيقة وكاملة على قدر استطاعتي. كما أنني أفوض نظام صحة الأطفال بالتحقق من هذه المعلومات لأغراض هذا الفحص. إذا تبيّن أن مقدم الطلب قد قدم معلومات خاطئة، فسيُرفض الطلب تلقائيًا.**