

## FIVE RIVERS HEALTH CENTERS

## طلب التقدم لبرنامج خصم الرسوم المتغيرة

اسم مقدم الطلب \_\_\_\_\_ تاريخ اليوم \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف \_\_\_\_\_

تتمثل سياسة مراكز FIVE RIVERS الصحية في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية للمرضى المحتاجين بغض النظر عن قدرتهم على دفع التكاليف. تُمنح الخصومات لأفراد العائلات التي يبلغ دخلها الكلي 200% أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي. لتحديد النسبة المئوية لاستحقاق الخصم، يرجى إكمال المعلومات التالية وإرجاعها إلى مكتب الاستقبال.

## العائلة:

العلاقة	المؤهلون	غير المؤهلين	العدد
أنت	مؤهل إذا كنت متزوجاً زواجاً قانونياً، بغض النظر عن الجنس.	غير مؤهل إذا كنت منفصلاً أو مطلقاً قانونياً.	1
زوجك	مؤهل إذا كنت متزوجاً زواجاً قانونياً لكنك تعيش منفرداً (على سبيل المثال، إذا كان الزوج بعيداً في مهمة عسكرية أو للعمل أو لسبب آخر غير الانفصال أو الطلاق).	لا يتعين عليك المطالبة بحق زوجك إذا كنت أحد ضحايا العنف المنزلي أو العنف الأسري أو هجران الزوج.	
الأطفال	الأطفال التابعون ضريبياً. الأطفال المتبنون أو المكفولون، الذين يعيشون معك ويمكنك إثبات أنهم تابعين ضريبياً. الأطفال الذين تشترك في رعايتهم إذا كان يمكنك إثبات أنهم تابعين ضريبياً.	الأطفال المستقلون ضريبياً. الأطفال الذين لم يولدوا بعد.	
التابعون الآخرون:	الوالدان الذين يمكنك إثبات أنهما تابعين ضريبياً. الأشقاء وغيرهم من الأقارب الذين يمكنك إثبات أنهم تابعين ضريبياً.	الشريك العاطفي غير المتزوج ما لم يكن هناك طفل من هذه العلاقة أو إثبات أنه تابع ضريبياً. شركاء السكن.	

إجمالي عدد الأفراد المدعومين من دخل الأسرة أعلاه:

الدخل:

المبلغ	الإثبات	الدخل
	قسيمتا (2) دفع حديثتان. أحدث نموذج 1040 السطر 22 أحدث نموذج W2 المربع 1 أحدث نموذج 1099 (للعمل الحر، كما يجب الإبلاغ عن نفقات العمل الكبيرة من خلال نموذج 1040 الجدول ج)	الأجور والرواتب والإكراميات وما إلى ذلك
	أحدث قسيمة شيك شهري	النفقة
	أحدث قسيمة شيك شهري أو خطاب إثبات مفصل.	إعانة البطالة
	أحدث قسيمة شيك شهري أو خطاب إثبات مفصل.	مزايا الضمان الاجتماعي
	أحدث قسيمة شيك شهري	ترتيبات التقاعد الفردية أو توزيعات خطة التقاعد
	أحدث نموذج 1040	الفائدة والعوائد وإيرادات الإيجار
	أحدث نموذج 1040	الإيرادات التجارية
	أحدث نموذج 1040	المكاسب الرأسمالية
		أخرى
	<b>إجمالي دخل الأسرة: بالدولار الأمريكي</b>	

يرجى تسجيل جميع أفراد العائلة:

تاريخ الميلاد	الاسم:	تاريخ الميلاد	الاسم:
_____	_____ .5	_____	_____ .1
_____	_____ .6	_____	_____ .2
_____	_____ .7	_____	_____ .3
_____	_____ .8	_____	_____ .4

يجب تقديم المستندات الداعمة للموافقة على طلب خصم الرسوم المتغيرة، وستسري الخصومات المعتمدة لمدة اثنا عشر (12) شهرًا.

تشتمل النماذج المقبولة على ما يلي: نسخ من قسيميّتين/شيكين حديثين، نموذج W-2 عن العام السابق، الإقرار الضريبي عن العام السابق، خطاب المنح أو قسيمة/شيك الضمان الاجتماعي أو المساعدة الاجتماعية، خطاب تصديق من وزارة الخدمات الاجتماعية أو المساعدة الطبية، إثبات المساعدة الحكومية، خطاب من رب العمل، أو إثبات عدم وجود دخل (خطاب دعم من الشخص الذي يقدم الدعم أو مصادقة شخصية موقعة).

إقرار:

أقر بصحة ما يلي:

- 1) حجم العائلة ومعلومات الدخل المقدمة.
- 2) يجب تقديم الوثائق الداعمة لحالة عائلتي المالية للموافقة على الخصم، كما يجب أن أقدم هذه المعلومات في غضون ثلاثين (30) يوماً من تاريخ إكمال هذا النموذج.
- 3) يجب أن أقوم بتحديث هذه المعلومات في حالة تغير موقفي.
- 4) يجب تقديم طلب جديد كل اثنا عشر (12) شهراً على الأقل.
- 5) لقد حصلت على المعلومات التي تشرح البرنامج وأقر بأنني أفهم الشروط وألتزم بها.
- 6) لن يسري برنامج الخصم إلا على الخدمات التي تُقدم في مراكز FIVE RIVERS الصحية. قد يختلف مبلغ خصم الرسوم المتغيرة حسب الخدمات التي تحصل عليها.
- 7) لا يشمل برنامج الخصم الخدمات والمعدات التالية:
  - أ- جميع الخدمات التي يتم الحصول عليها أو المعدات التي يتم شراؤها خارج هذه العيادة تضم
    1. اختبار معلمي مرجعي
    2. العقاقير
    3. شرح أشعة إكس علي يد استشاري أشعة
    4. الخدمات الأخرى المماثلة.
- 8) إذا كنت مريضاً أتحمّل دفع النفقات، فيجب أن أدفع 20 دولاراً على الأقل قبل الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأخرى.
- 9) في حالة وجود رصيد غير مدفوع في حسابي بعد تطبيق نسبة الخصم، فأوافق على إجراء ترتيبات الدفع واحترام الشروط. في حالة عدم قدرتي على سداد المستحقات في أي شهر، فيجب عليّ الاتصال بمكتب خدمات الفواتير قبل تاريخ الاستحقاق لمناقشة احتياجاتي وتعديل ترتيبات الدفع.
- 10) في حالة عدم قدرتي على سداد المستحقات، فسأتصل على قسم خدمات الفواتير بمراكز FIVE RIVERS الصحية على الرقم (937)734-6830.

التاريخ

توقيع المريض أو الضامن

اسم المريض (يرجى كتابة الاسم)

إخلاء مسؤولية بخصوص خصم الرسوم المتغيرة

لا تقم بالتوقيع على ما يلي أدناه إذا كنت تريد النظر إلى حالتك بخصوص خصم الرسوم المتغيرة.

أختار عدم إكمال طلب الرسوم المتغيرة هذه المرة. أتنازل عن حقي في أي خصم أستحقه. أدرك أنني سأكون مسؤولاً عن دفع جميع الرسوم بالكامل هذه المرة.

التاريخ

توقيع المريض أو الضامن

اسم المريض (يرجى كتابته)

**FOR OFFICE USE ONLY:**

ANNUAL GROSS INCOME CALCULATOR:	PER PAY PERIOD	GROSS ANNUAL INCOME
Income received (frequency):		
A. Weekly (each week):	\$ _____ x 52 =	\$ _____
B. Bi-Weekly (every two weeks):	\$ _____ x 26 =	\$ _____
C. Semi-Monthly (twice a month):	\$ _____ x 24 =	\$ _____
D. Monthly (each month):	\$ _____ x 12 =	\$ _____

Documentation Provided (circle):                      YES                                      NO

Application Approved (circle):                      YES                                      NO

Application Processed by: \_\_\_\_\_

Processed on: \_\_\_\_\_