

للأغراض المتعلقة بالأعمال الداخلية فقط.

تم إعطاء طلب التقدم للمريض بواسطة: الاسم _____

الموقع/المكان _____

القسم _____

طلب المساعدة المالية
برنامج المساعدة المالية
P.O. Box 0909996
Milwaukee, WI 53209-
09996

نحن هنا لتقديم المساعدة! يرجى الاتصال بنا إذا كانت لديك أي أسئلة أثناء إكمال طلب التقدم الخاص بك وتجميع الوثائق الخاصة بك. اتصل بنا على الرقم

2250-326-800-1

 قم بإرسال طلب التقدم الذي تم إكماله مع جميع الوثائق المطلوبة عن طريق البريد إلى العنوان المذكور أعلاه. **ترجى الكتابة بأحرف واضحة ومقروءة.**
الجزء الأول – معلومات عامة

اسمك	الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	عنوان البريد الإلكتروني
الزوجة/الزوج	الاسم الأول	الاسم الأوسط	اسم العائلة	عنوان البريد الإلكتروني

العنوان	الرقم والشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
---------	---------------	---------	---------	---------------	------------

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك _____ تاريخ ميلادك _____

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بزوجك/زوجتك _____ تاريخ ميلاد زوجك/زوجتك _____

ضع علامة على جميع ما ينطبق من الأرقام من 1 إلى 5 أدناه

 أنا حاليًا موظف لدى _____ معدل الدفع بالدولار لكل ساعة _____

المهنة/الوظيفة _____ تعمل/يعمل منذ (التاريخ) _____ حتى _____

 زوجتي/زوجي حاليًا موظف/موظفة لدى _____ معدل الدفع بالدولار لكل ساعة _____

المهنة/الوظيفة _____ تعمل/يعمل منذ (التاريخ) _____ حتى _____

2. فيما يتعلق بالتأمين (ضع علامة على جميع ما ينطبق):
 صاحب العمل الخاص بي صاحب العمل الخاص بزوجتي/زوجي

يقدم تغطية تأمين صحي وأنا مشمول/مشمولة بالخطة التأمينية

(يرجى إرفاق نسخة من وجهي بطاقة التأمين)

يقدم تغطية تأمين صحي ولكن لم أقم بتسجيل اشتراكي. لماذا

(يجب أن يُرفق خطأً من صاحب (أصحاب) العمل يحدد التكلفة الإجمالية الخاصة بالتأمين وكذلك المبلغ/النسبة المئوية التي يساهم بها في الأقساط الخاصة بالموظف).

لا يقدم تأمينًا صحيًا (يجب عليك أن يُرفق خطأً من صاحب العمل يذكر ذلك)

3. قائمة بأصحاب الأعمال السابقين الخاصين بي (إن وجدوا) للعاملين السابقين لعملي لدى صاحب العمل الحالي الخاص بي

صاحب العمل السابق _____ عملت لديه منذ (التاريخ) _____ حتى _____

(استخدم الوجه لآخر الأخر التفاصيل الإضافية الخاصة بصاحب العمل)

4. لست موظفًا زوجتي/زوجي ليست/ليس موظفًا/موظفًا

(يرجى توضيح سبب كونك/زوجتك غير موظف/موظفة بما في ذلك التواريخ والأسباب وآخر تاريخ كنت موظفًا به، إلخ.)

5. أتلقى مخصصات البطالة منذ _____ (التاريخ) _____ دولار المبلغ من بداية العام حتى التاريخ الحالي
 تتلقى زوجتي/يتلقى زوجي مخصصات البطالة منذ _____ (التاريخ) _____ دولار المبلغ من بداية العام حتى التاريخ الحالي

فيما يتعلق بالمعلومات الخاصة بمخصصات البطالة: اتصل بمكتب معلومات التأمين ضد البطالة على الرقم 1-800-494-4944،

 أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بولاية ويسكونسن لمخصصات البطالة <http://dwd.wisconsin.gov/uiben> للحصول على المعلومات من بداية العام وحتى التاريخ الحالي

الجزء الثالث - خطاب الدعم المالي

يتم إكماله إذا كان أحد الأشخاص يقوم بتقديم الدعم إليك. ينبغي أن يقوم الشخص الذي يقدم الدعم بإكمال هذا الجزء.

أقر أنا، _____، بأنني أقدم لـ (اسم المريض) _____
الدعم التالي كل شهر: (اذكر الدعم المحدد الذي يتم تقديمه، طعام، تدفئة، هاتف، مأوى، إلخ.)

تبلغ التكلفة الشهرية لدعم هذا الفرد _____ دولار.

لا أطلب أو أنتظر أن يتم تعويضي مقابل التكلفة الشهرية لهذا الدعم من بل الفرد المذكور هنا.

أنا أقوم بتقديم الدعم لهذا الفرد بسبب: (اذكر سبب تقديمك للدعم المادي لهذا الفرد دون انتظار التعويض مقابل ذلك. أمثلة: وضع صحي قصير المدى، إعاقة طويلة المدى، بطالة، انتقال من السكن، إلخ.)

منذ متى وأنت تقوم بتقديم الدعم الموضح هنا لهذا الفرد؟ _____ (بالأشهر)

ليس لهذا الفرد أي وسائل أخرى للدعم المالي سوى الدعم الذي قمت بتوضيحه هنا. أن أقر بأن جميع المعلومات التي قمت بتقديمها صحيحة. وبالتالي، فأنا أصرح لـ **Aurora Health Care** بالتحقق من صحة أي من المعلومات التي قدمتها.

اسم مقدم
الدعم

العنوان
الاسم الأول الاسم الأوسط اسم العائلة علاقته بمقدم الطلب

الرقم والشارع المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف ()

تاريخ تقديم الدعم: أنا _____ التاريخ: أنا _____

أنفهم أن قيامي بالتوقيع لا يجعلني أتحمل تكلفة الديون الخاصة بالفرد الذي أقدم له الدعم ولا يجعلني مسؤولاً عنها كما هو موضح في هذا الخطاب يجب أن يتم التحقق من صحة التوقيع من بل كاتب عدل مقروض حالياً في ولاية ويسكونسن. كلا التوقيع والختم مطلوبين.

شهد على ذلك أمامي _____ في يوم _____، 20 _____ في _____ مقاطعة _____، ولاية ويسكونسن

الختم
توقيع كاتب العدل

ينتهي تفويضي في _____