



تعليمات طلب المساعدة المالية | ف العمر 1

توفر Altru الاستشارة والمساعدة المالية لأولئك الذين يستوفون المعايير المحددة لغير المؤمن عليهم والأشخاص غير المؤمن عليهم ذوي الإمكانات المحدودة، بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس أو الأصل القومي، الإعاقة أو الدين أو العمر أو التوجه الجنسي أو الجنس. قد تشمل المساعدة المالية شطب المساعدة الكاملة أو الجزئية أو دفعات شهرية مخفضة. يمكن العثور على مزيد من المعلومات من خلال

قم بزيارة هذا الرابط عن طريق الاتصال بفريق HERO لدينا على 701-780-5060.

يجب إكمال طلب المساعدة المالية وتوقيعه وإعادته مع جميع المستندات المطلوبة لمساعدتنا في تحديد مستوى توفر المساعدة المالية.

الوثائق المطلوبة: (لن تتم معالجة الطلبات التي يتم إرجاعها بدون الوثائق المطلوبة).

□ نسخة كاملة أو أحدث إقرار ضريبي.

□ يتضمن التحقق من الدخل نسخة من ثلاثة (3) قسائم دفع حديثة ،

إعانات البطالة، أو خطاب إعانات الضمان الاجتماعي.

□ نسخة كاملة من أحدث ثلاثة (3) كشوفات حساب مصرفية من جميع الحسابات (للتحقق منها

نفقات).

□ شرح مكتوب يصف حاجتك للمساعدة المالية.

□ أو خطاب دعم مكتوب بسبب عدم توفر/فقدان المستند المطلوب

دخل العائلة:

«يجب أن تشمل المبالغ المدرجة في هذا القسم من الطلب الدخل الإجمالي الشهري لمقدم الطلب وزوجه أو شخص آخر مهم. يشمل الدخل الأرباح، وتعويضات البطالة، وتعويضات العمال، والضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي، والمساعدة العامة، ومدفوعات المحاربين القدامى، واستحقاقات الناجين، والمعاشات التقاعدية أو دخل التقاعد، والفوائد

أرباح الأسهم، الإيجارات، الإتاوات، الدخل من العقارات، الثقة، المساعدة التعليمية، النفقة، الطفل الدعم والمساعدة من خارج الأسرة ومصادر متنوعة أخرى. ولا يشمل المزايا غير النقدية (مثل قسائم الطعام وإعانات الإسكان) أو مكاسب رأس المال

خسائر.

إمضاء:

«يعتبر الطلب غير مكتمل ما لم يتم التوقيع عليه من قبلك أنت وزوجك/شخص مهم آخر.

العنوان البريدي:

«إذا لم تتمكن من إكمال الطلب عبر الإنترنت، فيرجى إرسال الطلب وجميع المستندات الداعمة بالبريد إلى:

نظام ألترو الصحي

ص.ب 13780

جراند فوركس، ND 58208-3780



تعليمات طلب المساعدة المالية

ف العمر 2 |

تاريخ:	
اسم المريض {الأول، الأوسط، الأخير}	
عيد ميلاد	رقم ألترو MRN
أرقام الحساب:	

معلومات الطرف المسؤول				
رقم الضمان الاجتماعي:		تاريخ الميلاد:		
الاسم {الأول، الأوسط، الأخير}:		أنا شقة. #		
عنوان:	الحالة الاجتماعية:	سنوات هناك:	الرمز البريدي:	ولاية:
مدينة:	حجم الأسرة {المريض، الزوج، و المعالين}:	هاتف المنزل:	الهاتف الخليوي:	هاتف صاحب العمل:
() يعمل لحسابه الخاص () عاطل عن العمل () طالب () دوام جزئي وقت كامل () توظيف () حالة:				
التاريخ/الطول (الشهر-اليوم-السنة)		مدة التوظيف:		
اسم الموظف:		هاتف صاحب العمل:		
[] نعم / لا هل طالبت بضريبة أخرى يعود؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، قدم الإقرارات الضريبية تلك المطالب بها)				

معلومات المُعال (بخلاف الزوج).	
اسم:	أنا اسم:
اسم:	عمر:

معلومات الزوج/الشريك	
تاريخ الميلاد/الولادة الاجتماعي #: (آخر):	الاسم {الأول، الأوسط، الأخير}:
اسم الموظف:	هاتف المنزل:
هاتف الخليوي:	هاتف المنزل:
إقامة/عاطل أيها الطالب موظف	() دوام جزئي وقت كامل () توظيف () حالة:
التاريخ/الطول (الشهر-اليوم-السنة):	مدة التوظيف:

الحساب (الحسابات) البنكية لا ينطبق على برنامج الرسوم المنزلة لـ NHSC			
نوع الحساب	اسم البنك	نوع الحساب	نوع الحساب



دخل الأسرة (يشمل جميع أفراد الأسرة في الأسرة أو دعم مقدم الخدمة)	
	نوع الدخل مبلغ الدخل الشهري
الذات	\$
الزوج / الشريك	\$
النفقة	\$
دعم الطفل	\$
عجز	\$
الفوائد/الأرباح	\$
المعاش التقاعدي/التقاعد	\$
الدخل من تأجير العقارات	\$
إجمالي الدخل الشهري	\$

المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة على حد علمي. يحق لك التحقق من سجلي الائتماني والتوظيفي والإجابة على الأسئلة المتعلقة بالائتمان الخاص بك

تجربة معي. من خلال التوقيع على هذه الاتفاقية، أعدك بالتعاون مع Altru Health يقوم موظفو النظام بتوفير المعلومات الكافية في الوقت المناسب لحل فائورتني. توفير أي معلومات خاطئة سوف تؤدي إلى حرمان مقدم الطلب من المشاركة في البرنامج.

التوقيع _____

تاريخ التوقيع _____

بعد الضغط على زر "إرسال" وقبل إرسال البريد الإلكتروني، يرجى إضافة مرفقات المستندات التالية (لن يتم قبول الطلبات التي لا تحتوي على مرفقات):

- الإقرارات الضريبية والجدول الداعمة (آخر سنة)
- ثلاثة (3) إيصال دفع حديثة، أو إعانات البطالة، أو خطابات إعانات الضمان الاجتماعي*
- ثلاثة (3) كشوفات حساب بنكية حديثة لجميع الحسابات*
- شرح مكتوب يصف حاجتك للمساعدة المالية*
- أو خطاب دعم مكتوب بسبب عدم توفر/فقد المستند المطلوب*
- * لا ينطبق على برنامج الرسوم المنزلة NHSC

