



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 الإمكانيات 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 يتم معالجة الطلبات التي يتم إرجاعها بدون الوثائق المطلوبة.)

نسخة كاملة أو أحدث إقرار ضريبي.

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

إعانت البطالة، أو خطاب إعانت الضمان الاجتماعي.

نسخة كاملة من أحدث ثلاثة (3) كشوفات حساب مصرفي من جميع الحسابات (لتحقق 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، النفق، الطفل

الدعم والمساعدة من خارج الأسرة ومصادر متنوعة أخرى. ولا يشمل المزايا غير النقدية (مثل قسمات الطعام وإعانت 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، فيرجح إرسال الطلب وجميع المستندات الداعمة بالبريد إلى:

نظام أنترو 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 | |
|--|---|
| الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): _____ | رقم الضمان الاجتماعي: _____ تاريخ الميلاد: _____ |
| عنوان: _____ | أنا شقة # _____ |
| مدينة: _____ | الحالة الاجتماعية: _____ |
| هاتف المنزل: _____ | الهاتف الخلوي: _____ |
| وقت كامل حالة: _____ | الرمز البريدي: _____ |
| () يعمل لحسابه الخاص () عاطل عن العمل () طالب | |
| اسم الموظف: _____ | مدة التوظيف: _____ |
| التاريخ/الطول (الشهر-اليوم-السنة) _____ | التاريخ/الطول (الشهر-اليوم-السنة) _____ |
| هاتف صاحب العمل: _____ | [نعم / لا هل طالبت بضريبة أخرى يعود؟ [إذا كانت الإجابة بنعم، قدم الإقرارات الضريبية ذلك المطالب بها] _____] |

| معلومات المُعال (بخلاف الزوج). | |
|--------------------------------|---------------------------|
| اسم: _____ | نقطة: _____ |
| اسم: _____ | أنا اسم: _____ عمر: _____ |

| معلومات الزوج/الشريك | | |
|--------------------------------------|--|---|
| الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): _____ | _____ | تاريخ الميلاد للأزواج الأهلية: # _____ آخر: _____ |
| هاتف المنزل: _____ | الهاتف الخلوي: _____ | اسم الموظف: _____ |
| وقت كامل حالة: _____ | () دوام جزئي _____ | [إلهفة العاطل إليها الطالب موظفي] |
| مدة التوظيف: _____ | التاريخ/الطول (الشهر-اليوم-السنة): _____ | |

| الحساب (الحسابات) البنكية لا ينطبق على برنامج الرسوم المنزلقة لـ NHSC | | |
|---|-----------|------------|
| نوع الحساب | اسم البنك | نوع الحساب |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



تعليمات طلب المساعدة المالية

ف العمر 3 |

| 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 سجل 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 فاتورتي. توفر أي معلومات خاطئة سوف تؤدي إلى حرمان مقدم الطلب من المشاركة في البرنامج.

أليخاء

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 والجداول الداعمة (آخر سنة)
- ثلاثة (3) إيصالات دفع حديثة، أو إعانت البطالة، أو خطابات إعانت الضمان الاجتماعي*
- ثلاثة (3) كشوفات حساب بنكية حديثة لجميع الحسابات*
- شرح مكتوب يصف حاجتك للمساعدة المالية*
- أو خطاب عدم مكتوب بسبب عدم توفر/فقد المستند المطلوب*
- لا ينطبق على برنامج الرسوم المنزلقة NHSC

