

برنامج المساعدة المالية (Financial Assistance Program)

customerservice@uvmhealth.org

إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في إكمال الطلب: فاتصل بنا على الرقم 800-639-2719

طلب الحصول على المساعدة المالية				
يرجى تحديد مكان تلقيك للخدمات (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)				
UVM Medical Center <input type="checkbox"/>		Porter Medical Center <input type="checkbox"/>		Central Vermont Medical Center <input type="checkbox"/>
معلومات رب الأسرة المعيشية/الضامن المالي				
رقم الهاتف	الحالة الاجتماعية	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	رب الأسرة المعيشية
الرمز البريدي	الولاية	المدينة		العنوان
أفراد الأسرة المعيشية				
أذكر جميع أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك بمن في ذلك الشريك. يُقصد بالشريك الشخص الذي يعيش معك في علاقة تنتم بالالتزام/الحميمية.				
الصلة	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الاسم	
معلومات إضافية				
هل تمتلك تغطية أي بوليصة تأمين صحي؟ إذا كانت الإجابة نعم، فقدم المعلومات أدناه		اسم شركة التأمين		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	رقم معرف الهوية		
في فيرمونت أو نيويورك؟ Medicaid هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية برنامج				
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			
في فيرمونت أو نيويورك؟ Health Exchange هل تقدمت بطلب للحصول على تغطية لدى				
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			
هل تسكن في فيرمونت أو تعمل بها أو تتردد مدرسة بها؟				
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم			
التفقات الشهرية				
نستخدم هذه المعلومات لفهم وضعك المالي فيما أفضل				
الإيجار أو الرهن العقاري	المبلغ بالدولار:	الأدوية	المبلغ بالدولار:	
الضرائب العقارية	المبلغ بالدولار:	التأمين الصحي	المبلغ بالدولار:	
المرافق (المياه/الكهرباء)	المبلغ بالدولار:	فواتير الرعاية الصحية	المبلغ بالدولار:	
المركبة (المدفوعات ذات الصلة بالسيارة)	المبلغ بالدولار:	(المركبة/المقرن) التأمين	المبلغ بالدولار:	
رعاية الطفل	المبلغ بالدولار:	النفقة/إعالة الطفل	المبلغ بالدولار:	
المعيشة (الطعام/الغاز)	المبلغ بالدولار:	غير ذلك	المبلغ بالدولار:	
يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك أي معلومات أخرى تود أن نعرفها عن وضعك المالي الحالي، مثل مواجهة صعوبة في سداد الفواتير أو الإيجار أو تكاليف الطعام.				
حالة التوظيف				
جهة العمل أو وضع دائرة حول ما ينطبق: (متقاعد/طالب/عاطل)	المبلغ بالدولار:	رب الأسرة المعيشية/الضامن المالي	المبلغ بالدولار:	الزوج/الزوجة/الشريك/الشريكة
الدخل الشهري				
إجمالي الراتب أو الأجر	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
دخل العمل الحر	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
الضمان الاجتماعي	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
توزيعات التقاعد/المعاش	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
(Veteran Affairs, VA) باستثناء مخصصات المحاربين القدامى (الإعاقه)	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
مخصصات البطالة	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
الدخل من الإيجار	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
الدخل من حصص الأرباح	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	
مصادر الدخل الأخرى:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	

أكمل الطلب على الجانب الخلفي

الأصول		
النقود/المدخرات/الاستثمارات		
الزوج/الزوجة/الشريك/الشريكة	رب الأسرة المعيشية/الضامن المالي	
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	الحساب الجاري
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المدخرات
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	شهادات الإيداع (Certificate of Deposit, CD)
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	الأسهم/الصناديق المالية المشتركة
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	السندات
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	المدفوعات السنوية
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	سوق المال
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	الحساب الاستثماري
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	:غير ذلك
ممتلكات إضافية (لا تشمل محل إقامتك الأساسي)		
رصيد دين الرهن العقاري	القيمة	
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	منزل العطلة/المنزل الثاني
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	الأرض
المبلغ بالدولار:	المبلغ بالدولار:	العقارات الإيجارية
الوثائق المطلوبة (مطلوبة لمعالجة الطلب)		
وثائق الأصول المطلوبة إذا كانت تنطبق <ul style="list-style-type: none"> • كشوفات الحسابات المصرفية • كشوفات حسابات الاستثمار • كشوفات السندات • فاتورة ضرائب العقار الثانوي • كشف الرهن العقاري للعقار الثانوي 	وثائق الدخل المطلوبة إذا كانت تنطبق <ul style="list-style-type: none"> • آخر إقرار ضريبي فيدرالي • كشف الربح والخسارة • آخر كعبين لشيكات الأجور • خطاب إثبات تلقي مخصصات الضمان الاجتماعي • إثبات كتابي بالدخل من جهة عملك 	
يرجى القراءة بعناية		
<p>بمتابعة التحقق من صحة المعلومات ذات University of Vermont Health Network في فيرمونت. وأصرح بأن جميع المعلومات التي قدمتها دقيقة وكاملة. أُمِنح الإذن لشبكة University of Vermont Health Network أنا أطلب المساعدة المالية من شركاء شبكة الصلة وتبادل المعلومات المتعلقة بحساباتي وطلبي والوثائق الداعمة التي قدمتها مع مقدمي الخدمات التابعين لها. قد تتسبب أي معلومات غير صحيحة أو غير كاملة أو خاطئة قدمتها في إلغاء طلبي للحصول على المساعدة المالية. أوافق على رد منحة المساعدة المالية بالكامل إذا تلتفت بالوصول إلى ملفات مكتب الائتمان وتقاريره في الوقت الحاضر وفي المستقبل لأغراض السداد. وقد منحت هذا University of Vermont Health Network أي نوع من المدفوعات لسداد الخدمات الطبية التي يغطيها هذا الطلب للحصول على المساعدة المالية. أصرح لشبكة (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) من قوانين فيرمونت. سَحْفَظُ سرية جميع المعلومات المقدمة بموجب أحكام اللوائح الفيدرالية لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة التصريح بموجب الباب 9، القسم 2480.</p>		

التاريخ

توقيع رب الأسرة المعيشية/الضامن المالي

... التعليقات/معلومات إضافية تود مشاركتها

يرجى إرسال طلبك المستكمل عبر البريد إلى شريك University of Vermont Health Network (UVMHN) حيث تتلقى رعايتك الأساسية. يرجى التأكد من إرفاق الوثائق المطلوبة مع الطلب.

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401

802-7618-رقم الفاكس

Porter Medical Center
Patient Financial Services Dept
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753

802-355-5696 رقم الفاكس

Central Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
PO Box 547
Barre, VT 05641

802-371-5339-رقم الفاكس