

للأغراض المتعلقة بالأعمال الداخلية فقط.
تم إعطاء طلب التقدم للمريض بواسطة: الاسم _____ الموقع/المكان _____ القسم _____

Helping Hand طلب التقدم للحصول على الإعانة الخاصة ببرنامج
Helping Hand التابع لشركة Aurora Health Care
 P.O. Box 511156
 New Berlin WI 53151-1156

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. تُرجى الكتابة بأحرف واضحة ومقروءة.

الجزء الأول – معلومات عامة

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

العنوان _____
 الاسم الأول _____ الاسم الأوسط _____ إسم العائلة _____ عنوان البريد الإلكتروني _____
 الرقم والشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ رقم الهاتف _____

رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك _____ تاريخ ميلادك _____
 رقم الضمان الاجتماعي الخاص بزوجتك/زوجك _____ تاريخ ميلاد زوجتك/زوجك _____

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

1. 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

يُقدم تغطية تأمين صحي وأنا مشمول/مشمولة بالخطة التأمينية

(يرجى إرفاق نسخة من وجهي بطاقة التأمين)

يُقدم تغطية تأمين صحي ولكن لم أقم بتسجيل اشتراكي. لماذا

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

لا يُقدم تأمينًا صحيًا (يجب عليك أن ترفقي خطابًا من صاحب العمل يذكر ذلك)

3. قائمة بأصحاب الأعمال السابقين الخاصين بي (إن وجدوا) للعامين 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/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 الأول-أ	المعالون المسؤولون مني	الاسم	العمر	الاسم	العمر
المعالون (اذكر كلاً منهم بالاسم والعمر)					
اذكر المعالين الإضافيين في الخلف					

الجزء الثاني- الدخل الخاص بأسرتك
يلزم تقديم دليل إثبات موثق للدخل بالكامل

التعريف: يتضمن الدخل جميع الأموال التي يتم الحصول عليها من أي مصدر.

التعريف: يقصد بمصادر الدخل من أين تحصل على هذه الأموال أو، من يقوم بدفع الأموال إليك.

أمثلة: الضمان الاجتماعي، الأجور التي تحصل عليها من صاحب العمل الخاص بك أو من صاحب العمل الخاص بزوجتك/زوجك، أموال التقاعد، مدفوعات النفقة، المكتسبات الواردة من صناديق استثمار أموال التقاعد، مدفوعات الإعاقة، تعويضات البطالة، إلخ.

سؤال: ماذا إذا كان الدخل الخاص بي في السنة يساوي صفرًا؟

الإجابة: يجب أن تقوم بإدخال صفر كقيمة دخلك أدناه.

إذا كان أحد الأشخاص يدعمك، يرجى إكمال الجزء الثالث الخاص بنا وتوقيعه وتوثيقه من قبل هذا الشخص.

إجمالي دخل الأسرة للعام الماضي: _____ دولار

(قم بإرفاق نسخة من الضرائب الفيدرالية، جميع الصفحات)

فيما يتعلق بالحصول على نسخة من المعلومات الخاصة بالضريبة: اتصل بمكتب ضرائب الدخل الأمريكي على الرقم 1-800-908-9946. لطلب نسخة طبق الأصل عن طريق الإنترنت، ادخل على الموقع www.irs.gov واكتب "Order a transcript" (اطلب نسخة طبق الأصل) في حقل البحث.

مصدر الدخل في العام الحالي
المبلغ الإجمالي في هذا العام حتى التاريخ الحالي
(إذا كنت متزوجًا/كنت متزوجة، يلزم ذكر كل من المبلغ الخاص بك/بك والمبلغ الخاص بزوجتك/زوجك)

_____ دولار (يجب عليك إرفاق إثبات بالدخل من بداية العام وحتى التاريخ الحالي لكل مصدر من مصادر الدخل)

_____ دولار (يجب عليك إرفاق إثبات بالدخل من بداية العام وحتى التاريخ الحالي لكل مصدر من مصادر الدخل)

_____ دولار (يجب عليك إرفاق إثبات بالدخل من بداية العام وحتى التاريخ الحالي لكل مصدر من مصادر الدخل)

_____ دولار (يجب عليك إرفاق إثبات بالدخل من بداية العام وحتى التاريخ الحالي لكل مصدر من مصادر الدخل)

ملاحظة: إذا كنت من أصحاب الأعمال الحرة يرجى تقديم معلومات المخصصات الربع سنوية الخاصة بعملك الحر.

الاعتماد وقائمة المراجعة

ضع علامة على كل ما ينطبق ثم قم بالتوقيع أدناه:

- أنا مقيم في ولاية ويسكونسن بصفة دائمة (سيتم طلب إثبات الإقامة في حالة عدم القدرة على تأكيد البيانات الموجودة في الطلب)
- تم إرفاق الضرائب الفيدرالية الخاصة بي، جميع الصفحات (مطلوب). إذا لم يكن الأمر كذلك، فلماذا؟
- تم إرفاق أحدث كعوب شيكات أجور خاصة بي/بنا. إذا لم يكن الأمر كذلك، فلماذا؟
- لقد قمت بإرفاق خطابات من صاحب العمل الخاص بي أو الخاص بزوجتي يحدد إذا ما كان يقدم تأمينًا أم لا.
- وإذا كان يقدم تأمينًا، فما هي قيمة القسط الإجمالية والمبلغ الذي يساهم به صاحب العمل.
- لقد قمت بإرفاق وثائق الدخل فيما يتعلق بكل من البطالة وحسابات صندوق التقاعد الشخصي و401K وبيان الضمان الاجتماعي والتقاعد، إلخ.
- إذا لم يكن الأمر كذلك، فلماذا؟
- كان الدخل الخاص بي في العام يساوي صفرًا وتم تضمين الخطاب الخاص بالدعم المالي (الجزء الثالث) وتوثيقه والتوقيع عليه

أنا أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي أنا أصرح لشركة **Aurora Health Care** بالتحقق من صحة أي من المعلومات المقدمة في هذا الطلب.

التاريخ

اسم المريض أو الطرف المسؤول مكتوبًا بأحرف واضحة وتوقيعه

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 تعويضى مقابل التكلفة الشهرية لهذا الدعم من قبل 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 الأول الاسم الأوسط اسم العائلة علاقته بمقدم الطلب

العنوان

الرقم والشارع المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف ()

توقيع مقدم الدعم: _____

التاريخ: _____

أنا أتفهم 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 قبل كاتب عدل مّفوض حاليًا في ولاية ويسكونسن. كلا التوقيع والختم مطلوبين.

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

الختم

توقيع كاتب العدل

ينتهي تفويضى في _____