

## فرم درخواست کمک مالی

دستورالعمل: لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید. اگر موردی مرتبط نیست، لطفاً بنویسید غیر مرتبط. یک نسخه فتوکپی از مواردی که به وضعیت کنونی شما مربوط است را ضمیمه کنید: 1. جدیدترین فیش(های) حقوقی که نشان دهنده اطلاعات از ابتدای سال تاکنون باشد؛ 2. جدیدترین فرم اظهارنامه مالیاتی، شامل کلیه ضمانت؛ 3. چک سوشال سکيوریتی یا نامه استحقاق یا اظهارنامه بانکی، در صورت برداشت مستقیم؛ 4. نامه مزایای بیکاری؛ 5. کارت طلایی سیستم Harris Health. اگر شغلی ندارید و برای درآمد و/یا هزینه های زندگی به دیگران وابسته هستید، لطفاً یک نامه پشتیبانی و یک نسخه از فرم اظهارنامه مالیاتی (در صورتی که به عنوان وابسته در اظهارنامه مالیاتی قید شده اید) را ضمیمه کنید. اگر سوالی دارید یا برای تکمیل این فرم به کمک احتیاج داشتید، لطفاً روزهای دوشنبه الی جمعه از ساعت 7 صبح الی 7 عصر و روزهای شنبه از ساعت 8 صبح الی 12 ظهر با دفتر مرکزی در شماره 877-493-3228 تماس بگیرید.

لطفاً فرم پر شده و مدارک لازم را به هریک از اعضای گروه دسترسی بیمارارن بدهید، یا به شماره 667-5995 (832) فکس کرده یا به آدرس Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 پست نمایید.

|                                                    |  |                                   |  |
|----------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| نام بیمار (با حروف واضح و بزرگ)                    |  | چهار رقم آخر شماره سوشال سکيوریتی |  |
| نام همسر/ولی/سرپرست (با حروف واضح و بزرگ)          |  | شماره سوشال سکيوریتی              |  |
| آدرس منزل                                          |  |                                   |  |
| شماره تلفن                                         |  | تاریخ تولد                        |  |
| وضعیت تاهل                                         |  |                                   |  |
| خدمات(خدمات) درخواستی:                             |  |                                   |  |
| شماره حساب:                                        |  | تاریخ خدمات:                      |  |
| تعداد فرزندان زیر 18 سال که در خانه زندگی می کنند: |  |                                   |  |
| دارای نسبت مستقیم                                  |  | نام وابستگان                      |  |
| فرزندخوانده                                        |  |                                   |  |
| بدون نسبت                                          |  |                                   |  |
| سرپرست                                             |  |                                   |  |

| بیمار                                                   | همسر/سایر                                               |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| کارفرما                                                 | کارفرما                                                 |
| <input type="checkbox"/> استخدام تمام وقت               | <input type="checkbox"/> استخدام تمام وقت               |
| <input type="checkbox"/> استخدام پاره وقت               | <input type="checkbox"/> استخدام پاره وقت               |
| <input type="checkbox"/> بیکار/بازنشسته/معلول           | <input type="checkbox"/> بیکار/بازنشسته/معلول           |
| <input type="checkbox"/> عدم توانایی برای بازگشت به کار | <input type="checkbox"/> عدم توانایی برای بازگشت به کار |
| <input type="checkbox"/> خانه دار                       | <input type="checkbox"/> خانه دار                       |

مجموع درآمد خانواده/ \$\* در ماه (مدرک(های) نشان دهنده درآمد را به همراه فرم درخواست ارسال کنید)

\* شامل کلیه دستمزدها، اجاره، کمک های دولتی، سوشال سکيوریتی، غرامت بیکاری/کارگران، بازنشستگی، مزایای اعتصاب، نفقه، حمایت از کودک، مستمری ها، درآمد حاصل از سود سهام، سود، ملک استیجاری و سایر منابع متفرقه درآمد.

گواهی می دهم که اطلاعات فوق تا جایی که می دانم صحیح و دقیق هستند. من متوجه شدم که عدم ارائه اطلاعات درخواست شده در قسمت های فوق می تواند باعث سلب صلاحیت دریافت کمک مالی تحت پوشش این برنامه شود. به علاوه، در صورت مرتبط بودن، من برای دریافت کمک هزینه های دولتی اقدام خواهم کرد و اقدامات لازم و مناسب برای کسب چنین کمکی را انجام داده و نتیجه را به HM اطلاع خواهم داد. من (ما) رضایت می دهم/ می دهم که HM می تواند برای تأیید صحت اظهار(اظهارات) من(ما)، از هر منبعی اطلاعات کسب کند.

(تاریخ)

(امضای بیمار / متقاضی)