

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 وایا 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 سؤالی 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 بیماران 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 \_\_\_\_\_  
شماره حساب: \_\_\_\_\_ تاریخ خدمات: \_\_\_\_\_  
خدمات(خدمات) درخواستی: \_\_\_\_\_

تعداد فرزندان زیر 18 سال که در خانه زندگی می کنند: \_\_\_\_\_ نام وابستگان \_\_\_\_\_  
دارای نسبت مستقیم \_\_\_\_\_

فرزندخوانده \_\_\_\_\_  
بدون نسبت \_\_\_\_\_  
سرپرست \_\_\_\_\_

مخارج ماهانه	مسکن:	خدمات شهری:	خودرو:
استیجاری	برق	مالک/#	
مالک	آب	لینز/#	
پرداخت شده	گاز	پرداخت ماهانه	\$ _____
پرداخت ماهانه			

بیمار	همسر/سایر
کارفرما _____	کارفرما _____
استخدام تمام وقت	استخدام تمام وقت
استخدام پاره وقت	استخدام پاره وقت
بیکار/بازنشسته/معلول	بیکار/بازنشسته/معلول
عدم توانایی برای بازگشت به کار	عدم توانایی برای بازگشت به کار
خانه دار	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.

حساب های بانکی/ سایر دارایی ها	بله	خیر	موجودی	\$ _____
حساب جاری	بله	خیر	موجودی	\$ _____
حساب پس انداز	بله	خیر	موجودی	\$ _____
سهام/ اوراق قرضه و غیره	بله	خیر	شرح	
املاک دیگر	بله	خیر		

گواهی می دهم که اطلاعات فوق تاجایی 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) \_\_\_\_\_