



الطلب وإخلاء المسؤولية
برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو
E. Michigan Ave 1215
Lansing, MI 48912
517.364.6060
طلب المساعدة المالية الصحية في الريف

تاريخ الطلب: _____

رقم هاتف مقدم الطلب: _____

معلومات المريض		
تاريخ (تواريخ) الميلاد	الاسم الأخير (الأسماء الأخيرة)	الاسم الأول (الأسماء الأولى)

شكرًا على اهتمامك ببرنامج المساعدة المالية لدينا في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو (SFAP). مرفق طيه نموذج الطلب وإخلاء المسؤولية. المعلومات التالية هي قائمة مرجعية بالمستندات المطلوبة منك. إذا كنت متزوجًا/متزوجة، فتأكد من إدراج المستندات الخاصة بزوجتك/زوجك. قد يُطلب منك أيضًا إدراج مستندات خاصة بأفراد الأسرة الآخرين.

المستندات المطلوبة	✓
آخر إقرار لضريبة الدخل الفيدرالية - النموذج 1040 الصفحات 1 و 2 فقط (أدرج نماذج W2 و 1099) • في حالة الورد كعمال في ضرائب شخص آخر، فأرسل المعلومات الضريبية لذلك الشخص نسخة حديثة من قسيمة (قسائم) الراتب بإيرادات السنة حتى تاريخه	
مستندات الدخل الأخرى والتي تتضمن على سبيل المثال لا الحصر: • دخل الضمان الاجتماعي • نفقة الطفل • نفقة زوجية	
نسخة من إثبات هويتك (رخصة القيادة، أو بطاقة الهوية من الولاية، أو بطاقة الهوية العسكرية)	
إثبات الاحتياجات الأساسية في حالة عدم وجود دخل	

لإرسال طلبك والمستندات:

- قم بالمسح الضوئي للمعلومات وإرسالها بالبريد الإلكتروني إلى (بانتظار البريد الإلكتروني للاستشارات المالية العامة)
- إرسال المعلومات بالبريد إلى: UMH-Sparrow, Financial Counseling، بحاجة إلى عنوان جديد
- إرسال المعلومات بالفاكس إلى

للاستفسارات، يمكنكم التواصل مع المستشار المالي لنظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو (SFAP) على الرقم 517.364.6060.



الطلب وإخلاء المسؤولية
برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو
E. Michigan Ave 1215
Lansing, MI 48912
517.364.6060
طلب المساعدة المالية الصحية في الريف

الدخل الشهري	مقدم الطلب	الزوج/الزوجة (غير ذلك)
*الوظيفة	دولار	دولار
*الضمان الاجتماعي	دولار	دولار
*معاش/مستحقات سنوية	دولار	دولار
*دخل آخر	دولار	دولار
*حساب تقاعد فردي (IRA) / خطة 401K	دولار	دولار

معلومات العائلة		
الاسم:	الصلة:	العمر:



الطلب وإخلاء المسؤولية
برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو
E. Michigan Ave 1215
Lansing, MI 48912
517.364.6060
طلب المساعدة المالية الصحية في الريف

إخلاء المسؤولية

من الممكن أن نحصل على تقرير انتماني للتحقق من المعلومات المذكورة أعلاه وذلك وفقاً لقوانين الخصوصية، ولن نشارك ذلك مع أطراف خارجية. يشير توقيعك على هذا الطلب إلى معرفتك وموافقتك على استخدام هذا التقرير، كما يشير إلى أنك تقدم معلومات صحيحة عن إيراداتك، وأموالك، ودخلك، وممتلكاتك والتغطية التأمينية. إذا تغيرت أي من المعلومات الموجودة في طلبك، فأنت مسؤول عن تحديث معلوماتك على الفور لدى نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو. في حالة عدم الإبلاغ عن التغييرات، أو في حالة وجود احتيال أو إساءة استخدام، يمكن لنظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو استبعادك من برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو (SFAP) وتحملك مسؤولية التكاليف الطبية التي تم تغطيتها بموجب برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو (SFAP).

يجوز لنا فرض حق حجز على أي دعاوى قانونية مستقبلية، أو دعاوى قانونية معلقة، أو سياسات سداد (مثل AFLAC) عن الخدمات المتعلقة بالسداد الذي تتلقاه أثناء تغطيتك بواسطة برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو (SFAP).

*يرجى التوقيع بالأحرف الأولى هنا للإشارة إلى أنك قرأت وفهمت إخلاء المسؤولية هذا: _____

توقيع مقدم الطلب أو الوصي القانوني: _____

التاريخ: _____

** لمعالجة طلبك خلال إطار زمني مناسب، يرجى الإرسال في أقرب وقت ممكن.**

سيستخدم نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو هذا الطلب لمساعدتك في تلبية التزاماتك المالية. سيتم الحفاظ على سرية جميع المعلومات الواردة في الطلب.



الطلب وإخلاء المسؤولية
برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو
E. Michigan Ave 1215
Lansing, MI 48912
517.364.6060
طلب المساعدة المالية الصحية في الريف

توثيق الاحتياجات الأساسية

يرجى إكمال التالي إذا كنت تبلغ عن عدم وجود أي دخل.

التاريخ: _____

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

قم بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسمك بجانب كل قسم ثم قم بالتوقيع في المكان الموضح:

_____ أنا لا أتلقى حاليًا أي دخل

يشمل الدخل، على سبيل المثال لا الحصر، أجور العمل، أو مدفوعات العجز، أو تعويضات البطالة،
أو المعاش، أو المستحقات السنوية، أو الدخل الإيجاري، أو الضمان الاجتماعي.

_____ يتم تلبية احتياجاتي الأساسية (الطعام، والملبس، والمأوى) بواسطة:

(اذكر اسم الفرد أو الوكالة التي توفر الاحتياجات الأساسية).

_____ أنا أمتح نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو تصريحًا للتحقق من أن احتياجاتي الأساسية يتم تلبيةها بواسطة
الفرد أو الوكالة المذكورة أعلاه.

توقيع المريض أو الممثل التاريخ