



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

تاريخ الطلب: _____

رقم هاتف مقدم الطلب: _____

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

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) • إذا كانت المطالبة تتم على 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	
كشف أو كشوفات حساب البنك الحالية للحسابات الجارية وحسابات الادخار (إذا كنت متزوجًا، الحسابات المشتركة والمنفصلة)	
نسخة من إثبات هويتك (رخصة القيادة، أو بطاقة الهوية من الولاية، أو بطاقة الهوية العسكرية)	
بيانات التقاعد (حساب تقاعد فردي (IRA)/خطة 401K/معاش)	
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: نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو، الاستشارات المالية، 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

المعلومات المالية: *يجب تقديم الإثبات				
الزوجة/الزوجة (غير ذلك)	مقدم الطلب	الزوجة/الزوجة (غير ذلك)	مقدم الطلب	الدخل الشهري
*حساب جاري	*حساب جاري	\$	\$	*وظيفة
إذا لم يوجد، فضع علامة هنا <input type="checkbox"/>	إذا لم يوجد، فضع علامة هنا <input type="checkbox"/>			
إذا كان مشتركًا، <input type="checkbox"/> مع علامة هنا				
*الرصيد \$	*الرصيد \$	\$	\$	*الضمان الاجتماعي
		\$	\$	*معاش/مستحقات سنوية
*حساب ادخار	*حساب ادخار	\$	\$	*دخل آخر
إذا لم يوجد، فضع علامة هنا <input type="checkbox"/>	إذا لم يوجد، فضع علامة هنا <input type="checkbox"/>			
إذا كان مشتركًا، <input type="checkbox"/> مع علامة هنا				
*الرصيد \$	*الرصيد \$	\$	\$	*حساب تقاعد فردي (IRA) / خطة 401K
		\$	\$	

معلومات الأسرة		
يتم تعريف الأسرة من خلال من الذي يتم إدراجه في إقرار ضريبي واحد		
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

إخلاء المسؤولية

يمكن 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 وتغطيتك التأمينية. إذا تغيرت أي من المعلومات الموجودة في طلبك، فأنت مسؤول عن تحديث معلوماتك على الفور لدى نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو. في حالة الإخفاق في 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) وتحميلك مسؤولية التكاليف الطبية التي تم تغطيتها بموجب برنامج المساعدة المالية في نظام جامعة ميتشجان الصحي-سبارو (SFAP).

يجوز لنا فرض حق حجز على أية 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 حل 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

توثيق الاحتياجات الأساسية

يرجى إكمال ما يلي 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 تلبيتها بواسطة

الفرد أو الوكالة المذكورة أعلاه.

توقيع المريض أو الممثل التاريخ