Samaritan Behavioral Center

5555 Conner Avenue

Suite 3 North

Detroit, MI 48213

**نموذج المساعدات المالية**

التعليمات: أكمل الطلب، وأعده خلال 10 أيام، وأرفق نسخًا مما يلي:

* في صفحة منفصلة، صف حاجتك إلى المساعدة المالية
* مخصصات الضمان الاجتماعي (إن وجدت)
* نموذج W-2 أو بيانات مخصصات البطالة

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بيانات المريض** | | | |
| اسم المريض | | تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) | |
| العنوان | | | |
| رقم الضمان الاجتماعيّ | | الهاتف (###) | |
| **معلومات الطرف المسؤول** | | | |
| الاسم والعنوان | | | |
| رقم الضمان الاجتماعيّ | | الهاتف (###) | |
| اسم وعنوان صاحب العمل | | | |
| رقم هاتف صاحب العمل (###) | | الوظيفة | |
| مدة العمل | الراتب الشهري | | عدد المعالين |
| رقم رخصة القيادة | | | |
| **معلومات الزوج/الزوجة** | | | |
| الاسم والعنوان | | | |
| رقم الضمان الاجتماعي | | الهاتف (###) | |
| اسم وعنوان صاحب العمل | | | |
| الهاتف (###) | | الوظيفة | |
| مدة العمل | الراتب الشهري | | عدد المعالين |
| **مجموعة العائلة التي تعيش في المنزل** | | | |
| **المُعالون**(إن كانوا أكثر من 5 أفراد، فاكتب بياناتهم في صفحة أخرى) | | | |
| الاسم | صلة القرابة | | العمر |
| الاسم | صلة القرابة | | العمر |
| الاسم | صلة القرابة | | العمر |
| الاسم | صلة القرابة | | العمر |
| الاسم | صلة القرابة | | العمر |

* الإقرارات الضريبية والجداول المرفقة
* كشوف الرواتب (أحدث 3 كشوفات)
* كشوفات الحسابات المصرفية (أحدث 3 أشهر لجميع الحسابات)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات التأمين الصحي** | | | | | | |
| **شركة التأمين** | **العنوان** | | **المشترك** | | **تاريخ التأهل** | **رقم السياسة والمجموعة** |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **الأصول/المصروفات** | | | | | | |
| **السكن** | | **مدفوعات شهرية** | | **القيمة** | | **المبالغ غير المدفوعة** |
| القسط الشهري للقرض العقاري/الإيجار | | $ | | $ | | $ |
| سكن ثانٍ/منزل لقضاء العطلات | | $ | | $ | | $ |
| **سيارة** | | **السنة/الطراز** | | **مدفوعات شهرية** | | **المبالغ غير المدفوعة** |
| السيارة الأولى | |  | | $ | | $ |
| السيارة الثانية | |  | | $ | | $ |
| **معلومات الدخل الإضافي** | | | | | | |
| **إجمالي دخل الأسرة** | | $ | |  | | |
| نفقة إعانة الطفل | | $ | | النفقة الزوجية | | $ |
| تعويضات العاملين | | $ | | البطالة | | $ |
| مخصصات الضمان الاجتماعي/الإعاقة | | $ | | تاريخ/مدة البطالة | |  |
| الإيجار | | $ | | عقد أرض | | $ |
| الأرباح/الفوائد | | $ | | صندوق ائتماني | | $ |
| المساعدة العامة | | $ | | التقاعد/المعاشات | | $ |
| **البنك** | | | | **الموقع** | | |
| رصيد الحساب الجاري | | $ | | رصيد المدخرات | | $ |

**أُدرك أنه يجب تعبئة هذا النموذج بالكامل وإرفاق جميع المستندات المطلوبة عند إعادته ليتمكن مركز Samaritan Behavioral Center من تحديد أهليتي للحصول على مساعدة مالية. وفي حال عدم اكتماله، سأتلقى إشعارًا كتابيًا يوضح المعلومات الإضافية و/أو المستندات المطلوبة. لقد قدمتُ معلومات صحيحة ودقيقة، وأوافق على أن يقوم مركز Samaritan Behavioral Center بالتحقيق في هذه المعلومات والحصول على سجلي/تقريري الائتماني.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**مقدم الطلب التاريخ**

|  |
| --- |
| للاستخدام الداخلي فقط |
| رقم هوية المريض بالمستشفى |