

## الاستشارة المالية لصحة مين

طلب العناية المجانية أو خطة السداد طويلة الأمد

انا اطلب:  العناية المجانية  خطة السداد طويلة الأمد  الاثنان

### معلومات مقدم الطلب

رقم الضمان الاجتماعي ( اخر اربعة ارقام )	تاريخ الميلاد	الاسم
رقم الهاتف	المدينة/الولاية/الرمز البريدي	العنوان
تاريخ المباشرة مع الراتب	رب العمل ( اذكر الكل خلال ٣ اشهر الماضية)	الحالة الزوجية
التاريخ الفعلي	رقم البوليصه ( اذا وجد)	(التامين ) اذا غير موجود اكتب غير مناسب

### الزوج او الزوجة/ معلومات شريك مقدم الطلب ( متزوجين او شركاء مسجلين فقط)

رقم الضمان الاجتماعي ( اخر اربعة ارقام )	تاريخ الميلاد	الاسم
تاريخ المباشرة	(رب العمل ) اذكر الكل خلال ٣ اشهر الماضية)	رقم الهاتف

في حالة اذا كان مقدم الطلب متزوج لكن منفصل عن الزوجة ( كل شخص يعيش لوحده) بيان من المحكمة لتأكيد الانفصال أو الطلاق بصورة رسمية

### المعالين ( كل مقدمي الطلبات تحت عمر ١٨ سنة و المقيمين حالياً مع مقدم الطلب)

رقم تامين مين( مين كبير)	تاريخ الميلاد	العلاقة بمقدم الطلب	الاسم

الرجاء اقلب الاستمارة

## دخول العائلة خلال ٣ أشهر الاخيرة

يجب على مقدم الطلب و افراد الاسرة تقديم كشف الضريبة للسنوات الماضية أو بيان مصدق من كاتب العدل يثبت فيه عدم وجود دخل مالي

مقدم الطلب يجب ان يقدم :	الراتب الشهري:	إذا الاسرة تستلم :
آخر ١٣ اسبوع او آخر ١٢ شهر من شيكات الراتب او كشف حساب مفصل من كل عمل او وظيفة بين فيه الدخل الاجمالي و كشف الضريبة الكامل للسنوات الماضية	\$	الراتب/الاتعاب المستحصلة من رب العمل
آخر ٣ اشهر او ١٢ شهر من بيان الارباح/ الخسارة و كشف الضريبة الكامل للسنوات الماضية	\$	مدخول من عمل خاص /وارد الايجار
تقارير المطالبات الاسبوعية موضح فيها آخر ١٣ اسبوع او ١٢ شهر من الدخل الاجمالي او كشف المدفوعات المفصل من رب العمل موضح فيه الدفعات الخاصة بالاعاقه	\$	البطالة , اعاقه قصيرة الامد , اعاقه طويلة الامد
بيان المنافع للسنة الحالية من اجل الحصول على نسختك من بيان المنافع الحالية اتصل على : ٨٤٤١ - ٥٠٤ - ٧٧٨ - ١ او زيارة الموقع الالكتروني <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> الاستمارة ١٠٩٩ غير مقبولة	\$	الضمان الاجتماعي او الضمان الاجتماعي الخاص بالاعاقه ( اس اس دي اي )
كتاب بالمنافع او بيان ( ٤٠١ ك او سندات ضمان ) موضح فيه الدخل الاجمالي	\$	استحقاقات التقاعد
كتاب الاعانة العامة للشهر الحالي	\$	الاعانة العامة
بيان مصدق من كاتب العدل يبين مقدار الاعانة المستلمة , وممضي عليه من قبل الشخص مقدم الاعانة . و اذا كنت تعيش على المدخرات يجب عليك توفير بيان مصرفي لمدة ٣ أشهر	\$	لا دخل خلال ٣ اشهر الماضية
نسخة من امر المحكمة أو ٣ أشهر من بيان الشيكات المصرفية المصروفة/ وصولات الستلام	\$	نفقات الزوجة المطلقة / مصروف دعم الطفل
كشوفات مصرفية لعوائد الربع سنوية او ٣ اشهر من الكشوفات المصرفية	\$	توزيعات الارباح / الفوائد
اليانصيب في حالة اذا فزت به	\$	اخرى

## متطلبات اخرى للوثيقة

في حالة اذا مقدم الطلب للرعاية المجانية هو :

- تحت ٢١ سنة او فوق ٦٥ سنة من العمر
- كفيف أو معاق ( او لدية حالة منعتة من العمل السنة الماضية )
- ( للنساء ) حامل في الوقت الحالي أو متقدم بطلب لكفالة قاصرين

من الممكن ان يتم سؤال مقدم الطلب أن يقدم طلب للحصول على رعاية مين ( مين كير ) ضمن مؤسسه الصحة و الخدمات الانسانية المحلية دي اش اش اس

( ضمن مدينة السكن )

ومن اجل التقديم الرجاء الاتصال على ٦٠٣ - ٤٤٢ - ٨٠٠ - ١ او قم بزيارة الموقع الالكتروني

[www.maine.gov/benefits/account/login.html](http://www.maine.gov/benefits/account/login.html):

ملاحظة : اذا كنت قد قدمت طلب الى تامين مين ( مين كير ) مؤخرا , يرجى ارسال نسخة من خطاب بيان القرار مع استمارة الطلب هذه.

من اجل تامين دخولية المرضى يستلزم توفير بيان موافقة من تامين مين ( مين كير )

الدفعات الشهرية المطلوبة \$ \_\_\_\_\_

خطة سداد طويلة الامد

من اجل اثبات الالتزام لخطة سداد طويلة الامد, الرجاء ادراج المعلومات التالية ذات العلاقة بمصاريف المسكن  
الرجاء ادراج كل النفقات الشهرية ذات العلاقة بمقدم الطلب :

الدفعات الشهرية	النفقات	الدفعات الشهرية :	النفقات
\$	مصاريف الاسكان ( الرهن العقاري / الايجار )	\$	القيمة المالية الشخصية / قيمة المنزل
\$	رعاية الطفل	\$	ضريبة العقار
\$	٤٠١ ك / ٤٠٣ ك (تقاعد)	\$	تأمين مالك العقار / مؤجر
\$	قرض السيارة	-	الخدمات
\$	تأمين السيارة	\$	هاتف ارضي / نقال
\$	وقود السيارة	\$	الكهرباء
\$	طعام	\$	مياه / مجاري
\$	الحيوانات الاليفة	\$	التلفزيون
\$	الفواتير الطبية	\$	الانترنت
\$	بطاقات الانتماء	\$	وقود التدفئة غاز / نפט

فاكس ( ٢٠٧- ٦٦١- ٨٠٤٢ )	الخدمات المالية لتأمين مين : الاستشارة المالية ٣٠١ طريق ١ مكتب سي , سكاربورو , مين ٩٧٠١ - ٠٤٠٧٤	ارسل أستمارة الطلب الكاملة الى :
-------------------------	--	----------------------------------

### الرجاء التذكر بان ترفق نسخة من وثائق اثبات الدخل

أؤكد أن المعلومات المقدمة صحيحة و صادقة على حد علمي.أنا افهم ان المعلومات المقدمة المتعلقة بمدخول و حجم العائلة يخضع للتحقق من قبل تأمين مين ( مين كير ). وايضا افهم ان تم اثبات أن اي من المعلومات التي قدمتها على انها غير صحيحة فان ذلك من الممكن ان يؤدي الى رفض توفير خدمة العناية كخدمة مجانية, وايضا اكون مسؤول على كلف الخدمات المقدمة.

توقيع مقدم الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع المشارك في الطلب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

( أو ممثل المريض )

إذا كانت هناك أسئلة متعلقة بهذا الطلب, الرجاء الاتصال بخدمة الزبائن على الهاتف ٥١٠٠ - ٨٨٧ (٢٠٧) او الهاتف المجاني ٢٤٩٩ - ٨٠٤ (٨٨٦)