

تاریخ ارسال _____

 مرکز _____ شماره حساب _____
 نام خانوادگی بیمار _____ نام _____ MI _____
 شماره سوشال سکوریته _____ تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____
 نشانی بیمار _____ کارفرمای همسر _____
 کارفرما _____

اعضای خانواده (مشخصات همسر و فرزندان وابسته زیر 18 سال را، طبق آنچه در اوراق مالیاتی شما درج شده، همراه با تاریخ تولد آنها بنویسید):

نام	تاریخ تولد	نام	تاریخ تولد
_____	_____ / _____ / _____	_____	_____ / _____ / _____
_____	_____ / _____ / _____	_____	_____ / _____ / _____
_____	_____ / _____ / _____	_____	_____ / _____ / _____

متقاضیان باید کلیه اسناد لازم را در قالب یک بسته پستی به نشانی زیر ارسال کنند:

Bon Secours Financial Assistance Program

P.O. Box 742431

Atlanta, GA 30374-2431

لطفاً به کلیه پرسش‌ها پاسخ و اطلاعات درخواست شده را ارائه دهید.

بیماران بیمه نشده باید نزد مسئول تعیین صلاحیت بیمه ما ثبت‌نام کنند تا صلاحیت آنها برای دریافت کمک‌های مالی بررسی شود. تصمیمات ظرف 60 روز از تاریخ دریافت تقاضانامه تکمیل شده و ثبت‌نام نزد مسئول تعیین صلاحیت بیمه ما اعلام خواهد شد.

لطفاً به کلیه پرسش‌های زیر پاسخ دهید:	اگر پاسخ «بله» است، لطفاً برای هر یک از اعضای خانواده که مزایای مربوطه را دریافت می‌کنند، اطلاعات زیر را ارائه دهید.
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما مشغول آزاد دارد؟	فرم (های) مالیاتی تکمیل شده، شامل مالیات‌های کسب و کار، مربوط به جدیدترین سال مالیاتی و فهرست درآمد ویژه سه ماه اخیر
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما شاغل است؟	3 مورد از جدیدترین فیش‌های حقوقی یا نامه امضاء شده از طرف کارفرما
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما مزایای بیکاری دریافت می‌کند؟	نامه مزایا یا پرینت فرم بیکاری که باید آن را از وبسایت ایالتی دریافت کنید
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما مزایای سوشال سکوریته دریافت می‌کند؟	نامه مزایای سوشال سکوریته؛ یا اگر مزایا مستقیماً به حساب شما واریز می‌شود، صورت‌حساب بانکی کامل
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما مقرری یا مستمری بازنشستگی دریافت می‌کند؟	نامه مقرری/مستمری بازنشستگی؛ یا اگر مزایا مستقیماً به حساب شما واریز می‌شود، صورت‌حساب بانکی کامل
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما مزایای SNAP دریافت می‌کند؟	نام SNAP
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما نفقه فرزند دریافت می‌کند؟	رونوشت حکم دادگاه یا نامه از طرف والدی که سرپرستی فرزند را بر عهده ندارد
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما مالک املاک اجاره‌ای یا سرمایه‌گذاری است؟	اجاره نامه/اسناد اجاره که در آن مبلغ درآمد ذکر شده است
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما منبع درآمد دیگری هم دارد؟	برگه‌های سهام، اوراق بهادار، سایر سپرده‌های ثابت، و غیره؛ کپی صورت‌حساب‌ها را پیوست کنید
آیا هیچ یک از اعضای خانواده شما یک حساب جاری، پس‌انداز یا بازار سهام دارد؟	کپی کامل صورت‌حساب 30 روز اخیر را برای هر حساب پیوست کنید
بدون درآمد:	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
اگر مدعی هستید که خانواده شما هیچ درآمدی ندارد، باید از شخصی که خوراک، مسکن، و مخارج روزانه شما را تأمین می‌کند بخواهید قسمت ذیل را امضاء کند و شرح دهد که چه نوع کمکی را به شما ارائه می‌دهد	
بدین وسیله گواهی می‌کنم که اینجانب (نام) _____ (شماره تلفن) _____	
خوراک، مسکن و مخارج روزانه بیمار فوق‌الذکر را تأمین می‌کنم و/یا ماهیانه مبلغ \$ _____ را به عنوان کمک هزینه به وی می‌پردازم.	
کمک تأمین شده:	
امضاء _____	نسبت _____
	تاریخ _____

متقاضیان ویزا باید کپی همه اسناد بیمه، مالی و/یا تکفل را ارائه دهند تا بتوانند ویزا اخذ کنند.

<<< ادامه دارد >>>

