



تقديم طلب لبرنامج خصم الرسوم المتغيرة

يرجى ملء هذا النموذج كاملاً، وتقديم الوثائق الداعمة لإجمالي دخل الأسرة (أنت ومن تعولهم المثبتين في الإقرار الضريبي الأخير)، في غضون 30 يوماً من تاريخ الزيارة.

تاريخ الخدمة: _____

آخر موعد للتقديم: _____

الوثائق الداعمة المطلوبة:

- تقديم طلب لبرنامج خصم الرسوم المتغيرة مع تضمين جميع أفراد الأسرة (المعالين المثبتين في الإقرار الضريبي الأخير) في الطلب.
- نسخة من الإقرار الضريبي للسنة الماضية لإثبات إجمالي الدخل المعدل.
- نموذج إثبات دخل الأسرة ودليل الدخل إذا كان أي مما يلي ينطبق:
 - لقد تغير دخلك منذ آخر إقرار ضريبي لك.
 - لا تقدم إقراراً ضريبياً.

إذا كان الطلب غير كامل أو لا يتضمن الوثائق الداعمة، فستتم إعادته ولن يتم اعتباره مستملاً لحين إعادة تقديمه كاملاً.

عطوفة، وميسورة التكلفة، سهلة الوصول إليها،

هل تحتاج إلى مساعدة في التسجيل للحصول على خدمات الرعاية الصحية؟

عيادة ARLINGTON
خدمات الرعاية الطبية / الأسنان / الصيدلية
326 S. Stillaguamish Ave., Arlington, WA 98223
(360) 572-5400

عيادة EDMONDS
خدمات الرعاية الطبية الأولية والخدمات التي تقدم دون تحديد موعد / الأسنان / الصيدلية / العلاج الطبيعي
23320 Hwy. 99, Edmonds, WA 98026
(425) 640-5500

عيادة EVERETT-CENTRAL
خدمات الرعاية الطبية الأولية و الخدمات التي تقدم دون تحديد موعد / الأسنان / الصيدلية / العلاج الطبيعي
4201 Rucker Ave, Everett, WA 98203
(425) 382-4000

عيادة EVERETT-COLLEGE
خدمات الرعاية الطبية الأولية
930 North Broadway, Everett, WA 98201
(425) 595-3900

عيادة EVERETT-NORTH
خدمات الرعاية الطبية / الأسنان / الصيدلية
1424 Broadway, Everett, WA 98201
(425) 789-2000

عيادة EVERETT-SOUTH
خدمات الرعاية الطبية / الأسنان / الصيدلية
1019 112th St. SW, Everett, WA 98204
(425) 551-6200

عيادة LYNNWOOD
خدمات الرعاية الطبية / الأسنان / الصيدلية
4111 194th St. SW, Lynnwood, WA 98036
(425) 835-5200

*توفر جميع عيادات CHC Dental Clinics للأسنان الخدمات التي تقدم دون تحديد موعد.

www.CHCsno.org

(425) 789-3789 • خدمة الترحيل للهاتف النصي، اتصل على الرقم 711

طلب لبرنامج خصم الرسوم

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم المعلومات أدناه، فيرجى زيارة أخصائي خدمات المرضى.

الخطوة الأولى: معلومات مُقدم الطلب

اسم مُقدم الطلب:

تاريخ الميلاد:

رقم الهاتف:

العنوان:

الشارع

الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

حالة الإيداع الضريبي:

الدخل الإجمالي المعدل:

رقم الضمان الاجتماعي أو رقم المعرّف الضريبي:

الخطوة الثانية:

التأمين الصحي

هل لديك تأمين صحي أو تأمين للأسنان؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو:

اسم البرنامج (أسماء البرامج):

الخطوة الثالثة: فقط إذا كنت تقدم مع مشاركتك في تقديم الطلب أو لديك معالون.

إجمالي الدخل المعدل	حالة الإقرار الضريبي في دائرة الإيرادات الداخلية في الولايات المتحدة	رقم الضمان الاجتماعي أو المعرّف الضريبي	تاريخ الميلاد	العلاقة	المعال (المعالون)
إجمالي الدخل المُعدّل كما هو مذكور في الإقرار الضريبي للسنة الماضية. إذا لم تتقدم بالإقرار الضريبي، فسوف تحتاج إلى إكمال إثبات دخل الأسرة الخاص بمركز صحة المجتمع – نموذج PA Form 201B.	NF غير مصنف (لا يقدم إقرارًا ضريبيًا) MFJ متزوج يقدم إقرارًا مشتركًا MFS متزوج يقدم إقرارًا منفصلًا SGL أعزب HH رب الأسرة Dep مُعال				يجب أن يستوفي المشارك في تقديم الطلب أو المعال الشروط التالية ليكون مؤهلاً: يجب أن يكون الزوج/الزوجة، أو الابن، أو الابنة، أو ابن الزوج/الزوجة، أو الطفل بالتبني، أو الشقيق، أو الشقيقة، أو الأخ غير الشقيق، أو الأخت غير الشقيقة، أو ابن زوجة الأب/زوج الأم، أو بنت زوجة الأب/زوج الأم، أو سليل أي منهم. إذا كان طفلاً، يجب أن يكون (أ) أقل من 19 عامًا بحلول نهاية السنة، (ب) أقل من 24 عامًا بحلول نهاية السنة، إذا كان طالبًا، أو (ج) أي سن، إذا كان المعال يعاني من إعاقة.
0 دولار أمريكي	المعال	123-45-6789	شش/يبي/سسس	الأطفال	مثال: جين سميث

رقم البرنامج:

الخطوة الرابعة:

على حد علمي، المعلومات المقدمة حقيقية وصحيحة. إنني أُمّنح Community Health Center of Snohomish County (مركز صحة المجتمع في مقاطعة سنوهميش) الإذن للتثبت من صحة المعلومات المقدمة عن وضعي المالي. أدرك أنه ينبغي تقديم هذه المعلومات وجميع الوثائق الداعمة في غضون 30 يومًا من تاريخ الزيارة للتأهل للاستفادة من خصم الرسوم المتغيرة. إذا لم تصل هذه المعلومات كما هو محدد، فأدرك حينها أنني سأكون مسؤولاً عن سداد تكلفة الزيارة كاملةً.

تاريخ اليوم

توقيع مقدم الطلب/الضامن

للاستخدام الداخلي فقط:

العيادة التي تلقت المعلومات:

العيادة التي تلقت المعلومات (بخط واضح):

رقم NG:

رقم A:

الدخل السنوي المثبت: دولار أمريكي

عدد أفراد الأسرة:

المقياس المتدرج:

تاريخ إعادة التصديق:

دليل الدخل: دائرة الإيرادات الداخلية في الولايات المتحدة PA Form 201B غير ذلك (يرجى التحديد):

اسم وتوقيع موظفي إصدار الفواتير أو PEES:

التحقق من دخل الأسرة

أدرج الدخل على مدار آخر 30 يوماً	
أضف:	
الأجور، أو الرواتب، أو الإكراميات، وما إلى ذلك (أرفق قسيمة دفع)	دولار أمريكي
الفائدة، أو حصص الأرباح، أو رأس المال، أو المكاسب الأخرى المشمولة بالضرائب (أرفق كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
الراتب التقاعدي، أو الدخل السنوي، أو توزيعات حسابات التقاعد الفردية المشمولة بالضرائب (أرفق كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
استحقاقات الضمان الاجتماعي (أرفق خطاب الموافقة أو كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
إعانة البطالة (أرفق خطاب الموافقة أو كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
الدخل الصناعي والتجاري (أرفق الجدول "ج" من دائرة ضريبة الدخل)	دولار أمريكي
الدخل من عقار للإيجار، أو صناديق استثمارية، أو حقوق ملكية، أو شركات، أو شركات الفئة S، وما إلى ذلك (أرفق الجدول "هـ" من دائرة ضريبة الدخل أو كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
دخل مزرعة (أرفق الجدول "و" من دائرة ضريبة الدخل)	دولار أمريكي
نفقة الزوجة المُستلمة (أرفق كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
دخل آخر (أدرج نوعه وقدم المستندات الداعمة)	دولار أمريكي
مطروحاً منه:	
الفائدة على قرض الطلاب و/أو مصروفات الدراسة المدفوعة، باستثناء المنح الدراسية، والجوائز، والإعانات، وما إلى ذلك (أرفق الإيصال)	دولار أمريكي
رأس المال أو الخسائر الأخرى (أرفق كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
نفقة الزوجة المدفوعة (أرفق كشف الحساب البنكي)	دولار أمريكي
إجمالي دخل الأسرة:	
	دولار أمريكي

على حد علمي، المعلومات المُقدّمة حقيقية وصحيحة. أدرك أنه قد يُطلب مني معلومات إضافية وسأرسلها خلال 14 يوماً من طلبها. أُمّنح مركز CHC الإذن بالتواصل معي للتحقق من صحة المعلومات أعلاه، وأدرك أنه إذا لم يكتمل هذا البيان إلى نهايته، فقد يُرفض طلب الخصم.

رقم هاتف جهة الاتصال _____ الاسم مكتوب بأحرف واضحة _____
التاريخ _____ التوقيع _____

الإعلان الذاتي عن انعدام الدخل كيف تحصل على الطعام والماوى؟	

أقرّ بأن أسرتي ليس لها أي دخل.	
التوقيع _____	التاريخ _____