

طلب تحقق من الملف المالي

اسم العميل/ة: _____ رقم تعريف العميل/ة بإدارة الصحة النفسية: _____

<input type="checkbox"/> تعريف الهوية - يُرجى تقديم أي مستند من المستندات التالية: <ul style="list-style-type: none">▪ رخصة القيادة▪ البطاقة الشخصية الصادرة عن ولاية كاليفورنيا▪ جواز السفر▪ أي وثيقة تعريف هوية صادرة عن جهة حكومية وفيها صورة شخصية▪ أي تعريف هوية فيه صورة شخصية
إثبات التمتع بمزايا مغطاة من جهة وسيطة <input type="checkbox"/> بطاقة برنامج Medi-Cal (بطاقة تعريف المزايا) <input type="checkbox"/> بطاقة برنامج Medicare <input type="checkbox"/> بطاقة تأمين صحي خاص: _____ <input type="checkbox"/> بطاقة أخرى لتأمين صحي خاص: _____
<input type="checkbox"/> نموذج التفويض بالتوقيع الممتد مدى الحياة
<input type="checkbox"/> نموذج تفويض التأمين الصحي وتخصيص المزايا المغطاة
إثبات الدخل والتوظيف من: <input type="checkbox"/> العميل/ة <input type="checkbox"/> الجهة المسؤولة ماليًا <input type="checkbox"/> زوج/ة الجهة المسؤولة ماليًا يُرجى تقديم مستندات للتحقق مما يلي: <input type="checkbox"/> إيصالات استلام الراتب أو الأجر Pay stubs (عن آخر 3 فترات عمل مدفوعة أو آخر 30 يومًا) <input type="checkbox"/> الدخل الناتج عن العمل الحر Self-Employment <input type="checkbox"/> نموذج الدعم العيني In-Kind form <input type="checkbox"/> الإقرارات الضريبية Tax returns <input type="checkbox"/> رسالة التكريم Award letter (إعانة البطالة/ مزايا الضمان الاجتماعي/ معاش المحاربين/ات القدامى/ تعويضات العمل) <input type="checkbox"/> مستند آخر: _____
إثبات الأصول السائلة (الأموال والمدخرات) من: <input type="checkbox"/> العميل/ة <input type="checkbox"/> الجهة المسؤولة ماليًا <input type="checkbox"/> زوج/ة الجهة المسؤولة ماليًا يُرجى تقديم مستندات للتحقق مما يلي: <input type="checkbox"/> حساب جاري <input type="checkbox"/> حساب ادخاري <input type="checkbox"/> شهادة/ات استثمار <input type="checkbox"/> صناديق استثمار مشتركة <input type="checkbox"/> حساب تقاعد <input type="checkbox"/> أسهم ذات قيمة سوقية <input type="checkbox"/> سندات
إثبات النفقات المطلوبة قانونياً <input type="checkbox"/> أقساط شهرية لدفع التزامات مطلوبة بحكم محكمة <input type="checkbox"/> مدفوعات شهرية لنفقة الإعالة <input type="checkbox"/> نفقة شهرية لرعاية الطفل (ضرورية للتوظيف) <input type="checkbox"/> النفقات الطبية الشهرية <input type="checkbox"/> الخصومات الشهرية الإلزامية من الدخل الإجمالي بسبب خطة التقاعد (لا تشمل الضمان الاجتماعي)
ملاحظات إضافية

يُرجى تقديم جميع مستندات التحقق المطلوبة في زيارتك المقبلة بتاريخ: _____

(عدم تقديم مستندات التحقق المذكورة بالأعلى قد يتسبب في تحميلكم المسؤولية عن كامل تكاليف الرعاية)