

## طلب تقديم فارايتي

11840 Westline Industrial Dr • Suite 220 • St. Louis, MO 63146

P: 314-720-7708 • F: 314-222-6228

قائمة مرجعية لنموذج طلب فارايتي:

بالنسبة للأسر التي تقدم الضرائب:

للأسر التي لا تقدم ضرائب:

اكملت النموذج من  
3 صفحات

الصورة الحالية للطفل  
(اختياري)

اكملت النموذج من  
3 صفحات

الصورة الحالية للطفل  
(اختياري)

نسخة من الصفحتين الأولى والثانية من  
السنتين الأخيرتين من ضريبة الدخل  
الفيدرالية للشخص (الأشخاص) الذين  
يدعون أن الطفل معال.  
مثال: الإقرارات الضريبية للصفحتان 1 و  
2 من الأعوام 2016 و 2017 التي توضح  
إجمالي الدخل المعدل في السطر السفلي من  
الصفحة 1 والسطر العلوي من الصفحة 2

نسخة من خطاب المنحة

إذا لم يكن لديك نسخة من خطاب المنحة  
الخاص بك ، يمكنك طلب واحدة من خلال  
زيارة

[www.socialsecurity.gov/myaccount](http://www.socialsecurity.gov/myaccount)

أو الاتصال على الرقم المجاني 1-800-772-1213  
(TTY 1-800-325-0778)

إذا تجاوز إجمالي الدخل المعدل 85,000  
دولار ، فيجب عليك أيضًا إكمال مخطط  
المصروفات الشهرية في التطبيق

## الطلب

### معلومات ولي الامر/الوصي

### معلومات الطفل

اسم الطفل:	_____
تاريخ الميلاد:	_____ انثى/ذكر:
التشخيص الرئيسي للطفل:	_____
العنوان الرئيسي:	_____
المدينة/الولاية:	_____ الرمز البريدي
المقاطعة:	_____
رقم هاتف المنزل:	_____
رقم الجوال:	_____
رقم هاتف العمل:	_____
البريد الالكتروني:	_____
	_____
	_____

\*إجابتك على السؤال التالي اختيارية ولن تؤثر على حالة طلبك. المعلومات المطلوبة مفيدة لسانت لويس فارايتي في طلبات المنح وغيرها من الأنشطة التي تسعى للحصول على تمويل إضافي لبرامج المساعدة الخاصة بنا.

ما هو العرق / السلالة العرقية لطفلك:  
\_\_\_\_\_ الأفريقية الأمريكية / آسيوية / جزر المحيط الهادئ / القوقاز \_\_\_\_\_ أوروبا الشرقية  
\_\_\_\_\_ من أصل إسباني / لاتيني / أمريكي أصلي \_\_\_\_\_ عرق مختلط \_\_\_\_\_ أخرى

المشرف الطبي: (اسم القائمة والعنوان ورقم الهاتف للطبيب أو المعالج أو غيرهم ممن شاركوا في العلاج)

الاسم:	_____
العنوان:	_____
المدينة/الولاية/الرمز البريدي	_____
الهاتف:	_____

## الطلب

طبيعة الطلب (معدات تقويم العظام ، كرسي متحرك ، علاج ، إلخ)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

الكافة التقديرية: \$ \_\_\_\_\_  
الممول: \_\_\_\_\_

إذا كان لديك تأمين صحي اذكر اسم ( أسماء ) الشركة: \_\_\_\_\_

إذا كان التأمين يغطي أي جزء من المعدات اللازمة ، كم أو ما هي النسبة المئوية للتغطية؟  
\_\_\_\_\_

المدرسة أو البرنامج الذي يحضره الطفل: \_\_\_\_\_ مقاطعة المدرسة: \_\_\_\_\_

أسماء وأعمار أي أطفال آخرين يقيمون في المنزل:

الاسم	العمر	الاسم	العمر
.1		.3	
.2		.4	

### معلومات دخل الأسرة

عدد من لديهم دخل في الاسرة: \_\_\_\_\_ عدد أفراد الأسرة: \_\_\_\_\_

دخل العائد رقم 1 في السنة: \$ \_\_\_\_\_ في الشهر: \$ \_\_\_\_\_

المهنة وصاحب العمل الحالي: \_\_\_\_\_

عنوان الشركة: \_\_\_\_\_

منذ متى وأنت تعمل لدى صاحب العمل هذا؟ \_\_\_\_\_

دخل العائد رقم 2 في السنة: \$ \_\_\_\_\_ في الشهر: \$ \_\_\_\_\_

المهنة وصاحب العمل الحالي: \_\_\_\_\_

عنوان الشركة: \_\_\_\_\_

منذ متى وأنت تعمل لدى صاحب العمل هذا؟ \_\_\_\_\_

### الدخل الشهري

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

دخل جميع أفراد الأسرة الذي يأخونه للمنزل

نفقة طفل

صيانة

الضمان الاجتماعي

الدخل الآخر - المعاشات ، أرباح الأسهم ، الإيجارات ، الأقارب ، إلخ.

إجمالي الإيرادات الشهرية المقدرة

## المصروفات الشهرية

\$ _____	قروض السيارات / تكاليف النقل العام	تكلفة المواصلات
\$ _____	تأمين السيارة	
\$ _____	بنزين	
\$ _____	صيانة / تصليح	
\$ _____	التأمين الصحي (الخطة و hsa)	تكلفة الرعاية الصحية
\$ _____	زيارات العلاج / الطبيب	
\$ _____	دواء	
\$ _____	الإمدادات الطبية	
\$ _____	أخرى	
\$ _____	التبرعات	تكاليف اخرى
\$ _____	التوفير / ira	
\$ _____	نشاطات خارجية	
\$ _____	عطلة	
\$ _____	وسائل الترفيه	
\$ _____	شخصي (حلاقة / مواد تجميل / هدايا / إلخ)	
\$ _____	نفقات رعاية حيوانات منزلية	
\$ _____	اخرى	

\$

إجمالي المصروفات الشهرية (أضف سطور النفقات أعلاه)

(ادخل هذا المبلغ ادناه)

\$ إجمالي الدخل الشهري ( كما في الاعلى )

- طرح

\$ إجمالي المصاريف الشهرية ( كما في الاعلى )

فائض الدخل الشهري (إجمالي الدخل الشهري - إجمالي المصاريف الشهرية)

صف أي نفقات غير عادية أو ظروف خاصة. كن محددًا فيما يتعلق بالنفقات والمدة المتوقعة للظروف.

إذا تلقيت مساعدة من مصادر أخرى مثل احتياجات الرعاية الصحية الخاصة في ميزوري ، والميديكيد ، ومنحة سارة لوبيز ، وما إلى ذلك) ، فيرجى ذكرها هنا:

ما هي القيمة النقدية المقدرة لهذه المساعدة سنويًا:

كيف سمعت عن فارايتي؟

توقيع ولي الأمر أو الوصي:

الاسم كتابة:

### تقييمات

المعدات التي نوفرها لن تكون ممكنة بدون العديد من الأفراد والشركات والمؤسسات السخية في مجتمع سانت لويس الكبرى الذين يساهمون في فارايتي. تعتمد برامجنا على قلوب هؤلاء المحسنين. مع وضع ذلك في الاعتبار ، سوف نطلب منك أن تشاركنا كيف أثرت قطعة المعدات المقدمة لطفلك بشكل إيجابي على حياته/ حياة عائلتك. ستكون إجاباتك ضرورية لزيادة التمويل لهذا البرنامج الهام ، وستظل جميع الردود سرية ما لم تمنح إنذًا محددًا لمشاركة معلومات التعريف الخاصة بك. الرجاء مساعدتنا في مساعدة المزيد من الأطفال الذين يعانون من إعاقات جسدية وفي النمو من خلال استكمال التقييم .

أدرك أنه سيطلب مني إكمال التقييم كجزء من طلب فارايتي إذا تلقيت معدات / خدمات.

توقيع ولي الأمر أو الوصي: