

تقاضانامه کمک‌های مالی یکپارچه ایالت مریلند اطلاعات شما

نام _____ کوچک _____ وسط _____ خانوادگی _____
شماره سوشال سکوریته: _____ - _____ - _____ وضعیت تأهل: _____
شهر و ایالت متحده: _____ - _____ - _____ مقيم دائمی: _____
متارکه کرده‌ام _____ متأهل _____ مجرد _____
خیر _____ خیر _____ بله _____

نشانی منزل _____
تلفن _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ کشور _____

نام کارفرما _____
تلفن _____

نشانی محل کار _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

اعضای خانواده:

نام	سن	نسبت
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

آیا تا به حال برای کمک‌های پزشکی درخواست داده‌اید؟ _____ بله _____ خیر _____
اگر بله، تاریخ تقاضا چه زمانی بود؟ _____
اگر بله، تصمیم اتخاذ شده چه بود؟ _____

آیا هیچ گونه کمک ایالتی یا کانتی را دریافت می‌کنید؟ _____ بله _____ خیر _____
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
2431-Atlanta, GA 30374

