

Screening Hours:

Mon or Wed 1-3 p.m.

Tuesday or Thursday 9-11 a.m.

ساعات عملية التسجيل

الاثنين او الاربعاء الساعة 1-3 بعد الظهر

الثلاثاء او الخميس الساعة 9-11 صباحا

## HOW DO I BECOME A NEW PATIENT?

كيف تتم عملية التسجيل كمريض جديد ؟

*You must provide the following for a complete screening. Any missing information will place your application in pending status until all documents are received.*

يجب توفير المستمسكات الاتية لتتم عملية الاختيار بصورة كاملة. في حالة حدوث اي نقص سوف يبقى  
الوضع معلقا الى ان يتم استلام جميع المستمسكات.

### Current monthly household income: (Bring all that apply to your household)

#### دخل الاسرة الشهري الحالي (الرجاء توفير كل ما يتعلق بدخل الاسرة)

\_\_ Verification of one month's worth of current and consecutive pay stubs for each household member

(We use gross income which means before taxes are withheld)

\_\_ اثبات بما يعادل قيمة شهر واحد من قوائم الدفع الحالية والمتتالية لكل فرد من افراد الاسرة (نحن نعتد على الدخل الاجمالي اي قبل استيفاء الضرائب).

\_\_ Bank statements-most recent

\_\_ احدث ادلاء للبنك

\_\_ Social Security Benefit Statements- most recent

\_\_ احدث اثبات لاعانات الضمان الاجتماعي

\_\_ Medical Assistance Denial Letter (Tel. no. for County Assistance-610.466.1000)

610.466.1000

\_\_ رسالة تؤكد انك غير مؤمن صحيا ,يمكنكم الاتصال بهذا الرقم للمساعدة

\_\_ Unemployment payment verification –your initial eligibility letter

\_\_ اول رسالة تثبت اهليتك لراتب البطالة

\_\_ Workman's Compensation-one month's documentation

\_\_ تعويض العمال –اثبات لشهر واحد

\_\_ Child support-one month's documentation

\_\_ دعم الاطفال –شهر واحد

\_\_ Retirement income- one month's documentation

\_\_ الراتب التقاعدي –شهر واحد

\_\_ SSI (Supplemental Security Income)

\_\_ دخل الضمان الاضافي او التكميلي

\_\_ Cash assistance verification

\_\_ اثبات للمساعدات النقدية

Registration is done every 12 months

يتم التسجيل كل 12 شهرا

**Must reapply within 3 months of expiration**

يجب اعادة التسجيل خلال 3 اشهر من انتهاء صلاحية التسجيل السابق

**If you need to bring additional information- please mail, fax or drop off to Marie's attention.**

اذا كنت بحاجة لاعطاء معلومات اضافية ارسل ذلك على العنوان او الفاكس التالي او قم بجلبها مباشرة لنا مع كتابة

(Marie's attention)

العنوان هو :

**Community Volunteers in Medicine**

**300 B Lawrence Drive**

**West Chester, PA 19380**

الهاتف 610.836.5990

الفاكس 610.836.5998