

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. يمكنك 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