

عزيزي المريض/مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension يقوم على التعاطف و هو مخصص لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصةً الأكثر احتياجًا. إن مهمتنا وميزتنا تتمثل في توفير المساعدة المالية لمرضانا. والمساعدة المالية متاحة فقط للرعاية الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية الأخرى. نشكرك على ثقتك بنا فيما يتعلق برعايتك أنت وعائلتك بشأن جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بكم.

نرسل إليكم هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق نظرًا لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد طلبت ذلك، فيرجى تجاهل هذا الخطاب. الرجاء إكمال كلا الوجهين، بما في ذلك توقيعك والتاريخ قبل إعادته. إذا كنت قد أكملت طلبًا خلال الأشهر الستة الماضية وتمت الموافقة عليه للحصول على مساعدة مالية، يرجى إبلاغنا بذلك - قد لا تحتاج إلى إكمال طلب جديد. للأسف، لا يمكننا الاعتماد على طلب سابق مضى عليه أكثر من ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، ستحتاج إلى تقديم التحقق من دخل أسرتك.

تشمل أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- نسخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل عملًا حرًا، فقم بتضمين جميع الجداول)
 - خطاب منح الضمان الاجتماعي و/أو معاش التقاعد
- الإقرار الضريبي الأخير للوالد أو الوصي، إذا كان مقدم الطلب تابعًا مدرجًا في نموذج الإقرار الضريبي الخاص بالوالد أو الوصي وكان عمره أقل من 25 عامًا
 - صورة من إيصال امتيازات البطالة
 - وثائق التحقق من الدخل الأخرى

إذا كنت تتلقى المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش في منزل مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، فيرجى حثهم على إكمال النموذج المرفق الذي يحمل اسم "خطاب الدعم". ولن يجعلهم ذلك مسؤولين عن دفع الفاتورة الطبية الخاصة بك. بل سيساعد ذلك على إظهار مدى قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إلى ملء نموذج خطاب الدعم.

أخيرًا، قد نتمكن من النظر في فواتيرك الطبية المستحقة لتأهيلك للحصول على مساعدة مالية. إذا كنت ترغب في أن نفكر في ذلك، يرجى أيضًا تقديم وثائق عن التكاليف الطبية الشهرية المستحقة والصيدلية / الأدوية، مثل الفواتير الحالية أو كشوف أرصدة الحسابات. يرجى العلم أنه يجب استلام 1) الطلب المكتمل إلى جانب 2) إثبات الدخل و3) الفواتير الطبية المستحقة (إن وجدت) حتى يتم النظر في الطلب. تتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

عند تقديم طلبك، يرجى أن تضع في اعتبارك أن الاتصالات عبر البريد الإلكتروني عبر الإنترنت ليست آمنة. على الرغم من ضعف احتمالية حدوث ذلك، إلا إنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من قِبَل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه. إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. بحكم أن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

الرجاء إرسال الطلب المكتمل مع وثائق الدعم بعد طباعته عبر البريد إلى العنوان التالي أو تسليمه باليد فيه:

Ascension Mid-Michigan 3274 Solutions Center Chicago, IL 60677-3002

نحن هنا للمساعدة ونريد التأكد من أن المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية يتلقونها. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، أو المستندات الداعمة المطلوبة، أو أفضل طريقة لإيصال طلبك إلينا، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا في St. Joseph على الرقم 6279-362 (989).

مع أرق الأمنيات،

الخدمات المالية للمرضى Ascension



Ascension

استمارة طلب المساعدة المالية

Ascension Standish Hospital JAscension St. Joseph Hospital

معلومات المريض (يُرجى الكتابة بحروف واضحة، ويجب تعبئة جميع الحقول. اختر "لا ينطبق" إذا كان الخيار لا ينطبق على أي سطر فردي في الطلب) ____ رقم الحساب _____ اسم المستشفى___ التاريخ____ الاسم (الأول والأخير)___ رقم الهاتف تاريخ الميلاد الولاية___ الرمز البريدي__ العنوان البريدي__ حالة التوظيف صاحب العمل عدد ساعات العمل كل أسبوع __ رقم هاتف صاحب العمل ___ معلومات الطرف المسؤول/معلومات الوصى القانوني (إذا كان المريض الوار د اسمه أعلاه هو نفسه الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغًا.) الاسم (الأول والأخير) تاريخ الميلاد ____ الولاية _____ الرمز البريدي المدينة العنوان البريدي_ حالة التوظيف صاحب العمل عدد ساعات العمل كل أسبوع الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول __ تاريخ الميلاد__ تاريخ الميلاد___ تاريخ الميلاد___ الأسم_ تاريخ الميلاد عدد الأشخاص البالغين والأطفال الذين يعيشون في المنزل

الدخل الشهري

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أدناه بالدولار . أدخل المبلغ في الشهر لكل منها .)

إعالة الطفل التي يتم تلقيها	الدخل المكتسب لمقدم الطلب
	دخل مقدم الطلب الأخر
الدخل من تأجير الممتلكات	امتيازات الضمان الاجتماعي
قسائم الطعام	الدخل من المعاش/التقاعد
توزيعات الأموال التي يتم تلقيها	دخل الإعاقة
غير ذلك من مصادر الدخل	تعويضات البطالة
غير ذلك من مصادر الدخل	تعويضات العمال
إجمالي الدخل الشهري بالدولار \$	الدخل من الفوائد/الأرباح
	توقيع مقدم الطلب
	التاريخ
	التعليقات



Ascension

خطاب الدعم

رقم السجل الطب <i>ي/ر</i> قم الحساب للمريض	
اسم الداعم	
العلاقة بالمريض / بمقدم الطلب	
عنوان الداعمعنوان الداعم	
إلى Ascension:	
هذا الخطاب مرسل إليكم لإبلاغكم بأن (اسم المريض)يتلقى دخلاً ليس له دخل وأنا أساعده في نفقات المعيشة الخاصة به / بها. وليس مفروضًا عليه إلا أقل الالتزامات أو ليس مفروضًا التزامات تجاهي.	
إنني، وبتوقيعي على هذا البيان، أقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة حسب علمي.	
توقيع الداعمالتاريخ	