



Ascension

[Date]

عزيزي المريض/مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension يقوم على التعاطف وهو 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:

نسخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل عملاً 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 تتمكن 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 و(3) الفواتير الطبية المستحقة (إن وجدت) حتى يتم النظر في الطلب. نتعذر 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 على الرقم Standish (888) 978-6279, St. Joseph (989) 362-0118

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في Ascension



Ascension

نموذج طلب المساعدة المالية

Ascension Standish Hospital and Ascension St. Joseph Hospital

معلومات المريض

(يرجى الكتابة بحروف واضحة، ويجب تعبئة جميع الحقول. اختر "لا ينطبق" إذا كان الخيار لا ينطبق على أي سطر فردي في الطلب)

التاريخ	رقم الحساب	اسم المستشفى
الاسم (الأول والعائلة)		
تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية (اختياري)	رقم الهاتف
عنوان المراسلات	المدينة	الولاية
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)		الرمز البريدي
مكان العمل	حالة التوظيف	
عدد ساعات العمل في الأسبوع	رقم هاتف مكان العمل	

المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان المريض الوارد اسمه أعلاه هو نفسه الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغًا.)

الاسم (الأول والعائلة)		
تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية (اختياري)	رقم الهاتف
عنوان المراسلات	المدينة	الولاية
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)		الرمز البريدي
مكان العمل	حالة التوظيف	
عدد ساعات العمل في الأسبوع	رقم هاتف مكان العمل	

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم (الأول والعائلة)		
تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية (اختياري)	رقم الهاتف
عنوان المراسلات	المدينة	الولاية
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)		الرمز البريدي
مكان العمل	حالة التوظيف	
عدد ساعات العمل في الأسبوع	رقم هاتف مكان العمل	

الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول
الاسم	تاريخ الميلاد	العلاقة بالطرف المسؤول

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.)

الدخل المكتسب لمقدم الطلب	_____
دخل زوج / زوجة مقدم الطلب	_____
امتيازات الضمان الاجتماعي	_____
الدخل من المعاش / التقاعد	_____
دخل الإعاقة	_____
تعويضات البطالة	_____
تعويضات العمال	_____
الدخل من الفوائد / الأرباح	_____
إعالة الطفل التي يتم تلقيها	_____
الدخل من تأجير الممتلكات	_____
قسائم الطعام	_____
توزيعات أموا التي يتم تلقيها	_____
غير ذلك من مصادر الدخل	_____
غير ذلك من مصادر الدخل	_____
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	_____

نفقات المعيشة الشهرية

الرهن / الإيجار	_____
المرافق	_____
الهاتف (الخط الأرضي)	_____
الهاتف الخليوي:	_____
البقالة / الطعام	_____
خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للتلفاز	_____
مدفوعات السيارة	_____
رعاية الأطفال	_____
رعاية الأطفال	_____
بطاقات الائتمان:	_____
فواتير الأطباء / المستشفيات	_____
تأمين السيارة / المركبات	_____
التأمين على المنزل / الممتلكات	_____
التأمين الطبي / الصحي	_____
التأمين على الحياة	_____
النفقات الشهرية الأخرى	_____
إجمالي النفقات الشهرية بالدولار	_____

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. وبموجبها أسمح للمستشفى للحصول على المعلومات من وكالات إعداد تقارير الائتمان الخارجية إذا رأت ذلك ضروريًا.

توقيع مقدم الطلب _____

التاريخ _____

تعليقات



Ascension

خطاب الدعم

رقم السجل الطبي / رقم الحساب للمريض _____

اسم الداعم _____

العلاقة بالمريض / بمقدم الطلب _____

عنوان الداعم _____

إلى Ascension:

هذا الخطاب مرسل إليكم لإبلاغكم بأن (اسم المريض) _____ يتلقى دخلاً
ضعيفاً أو ليس له دخل وأنا أساعده في نفقات المعيشة الخاصة به / بها. وليس مفروضاً عليه إلا أقل الالتزامات أو ليس مفروضاً
عليه أي التزامات تجاهي.

من خلال التوقيع على هذا البيان، أنا أقر أن المعلومات المحددة صحيحة حسب علمي.

توقيع الداعم _____

التاريخ _____