



# 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 وتأكيد جميع الأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة.

## تشمل أمثلة إثبات الدخل والأصول ما يلي:

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

الموافقة / الرفض على الأهلية للاستفادة من Medicaid و / أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية

وثائق التحقق من الدخل الأخرى

## تشمل أمثلة إثبات الأصول ما يلي:

كشوفات بنكية جارية (الحسابات الجارية وحسابات التوفير) لآخر 3 أشهر

الاستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسندات

الصناديق الاستثمارية

حسابات سوق المال

الصناديق التبادلية

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 الأصول، و 4 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 قبل 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:

Facility/ Office where services were/ will be provided	Mail Completed Application To:
Ascension St. John Hospital	22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus	11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus	27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071
Ascension Providence Hospital	16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075
Ascension Providence Park Hospital	47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374
Ascension River District Hospital	4100 River Rd, East China, MI 48054
Ascension Medical Group - Physician Services	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

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

Facility/Office where service were/will be provided	Phone #
Ascension Macomb-Oakland Hospitals	888-329-0421
Ascension St. John Hospital, Detroit	877-809-6191
Ascension Providence Hospital	800-878-2455
Ascension Providence Park Hospital	800-878-2455
Ascension River District Hospital	810-329-5318

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في Ascension



Ascension

## نموذج طلب المساعدة المالية

### معلومات المريض

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

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

### المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان الحريض الوارد اسمه أعلاه هو زنسه الطرف المسؤول، نترك هذا القسم فارغاً.)

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

### معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان الحريض هو زنسه الطرف المسؤول، قم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للحريض.)

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

### الأشخاص الذين يتولاهم الطرف المسؤول

(إذا كان الحريض هو زنسه الطرف المسؤول، قم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للحريض.)

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



## الدخل الشهري

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أدناه بالدوالر. أدخل المبلغ في الشهر لائق من ها).

الدخل المكتسب لمؤدم الطلب	إعالة لطفل التي يتم تأنيها
دخل زوج / زوجة مؤدم الطلب	الزينة التي يتم تأنيها
امتيازات الضمان الاجتماعي	الدخل من تأجير الممتلكات
الدخل من المعاش / التقاعد	مساكن الطعام
توزيعات أموال التي يتم تأنيها	غير ذلك من مصادر الدخل
تعويضات البطالة	غير ذلك من مصادر الدخل
تعويضات العمال	إجمالي الدخل الشهري بالدوالر
الدخل من الفوائد / الأرباح	

## تقديرات المعيشة الشهرية

الرهن / الإيجار	رعاية الطفل / الزينة
بطاقات الائتمان:	
الهاتف (الخط الأرضي)	فواتير الأطباء / المستشفيات الهاتف الخليوي:
تأمين السيارة / المركبات البقالة / طعام	التأمين على
المنزل / الممتلكات	
خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للأناز	التأمين الطبي / الصحي
مدفوعات السيارة	التأمين على الحياة
رعاية الطفل	التقديرات الشهرية الأخرى
	إجمالي التقديرات الشهرية بالدوالر

## الأصول

النفذ / التوفيرات / الحسابات الجارية
الأسهم / السندات / الستيترات / شهادة (شهادات) الإيداع
العقارات / الأخرى / المسكن الثانوية
المراكب / الدراجات النارية / المركبات الترفيهية
المركبات التي يقوم الهواة ببيعها / المركبات غير الأساسية
الأصول الأخرى

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. وبموجبها أسمح للمشتري للاطلاع على المعلومات من وكالات إعداد تقارير التأمين الخارجية إذا رأيت ذلك ضروريًا.

توقيع مؤدم الطلب

التاريخ

## تعليقات

---

---

---

---

---



Ascension

## خطاب الدعم

رقم السجل الطبي / رقم الحساب للمريض \_\_\_\_\_  
اسم الداعم \_\_\_\_\_  
العائلة بالمريض / بمقدم الطلب \_\_\_\_\_  
عنوان الداعم \_\_\_\_\_

إلى Ascension:

هذا الخطاب مرسل إليكم إبالعكم بأن (اسم المريض) \_\_\_\_\_ يتلوى دخالً  
ض عيناً أو لئس له دخل وأنا أساعده ني زنؤات المعيشة الخاصة به / بها. وليس منرو طرعه إال أول اللنزامات أو لئس منروضا  
عليه أي التزامات تجاهي.

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

توقيع الداعم

التاريخ