

عزيزي المريض / مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension يقوم على التعاطف وهو مخصص لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصة 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 نلقينا 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، فيرجى إبلاغنا بذلك. قد لا تحتاج إلى إكمال طلب جديد. لن نضع في اعتبارنا أي طلب سابق يتجاوز ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، يرجى تقديم نسخة من عنصر واحد على الأقل من العناصر التالية كإثبات للدخل. إذا كنت متزوجًا أو عشت مع شخص آخر مهم لمدة 6 أشهر أو أكثر، فسوف يلزم أيضًا أن يقوم هذا الشخص بتقديم نسخة من واحد على الأقل من العناصر التالية كدليل على دخله قبل أن تتسنى لنا معالجة الطلب.

- 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
- وثائق التحقق من الدخل الأخرى
- نسخ من بيانات الحسابات المصرفية عن آخر 3 شهور
- صورة من إيصال امتيازات البطالة

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، يرجى أيضًا تقديم وثائق كدليل على التكاليف الطبية والصيدلانية / الأدوية الشهرية المستحقة.



# Ascension Saint Thomas

يرجى العلم أنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخل حتى يتسنى النظر في الطلب. نتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

يرجى مراعاة أن الاتصالات باستخدام 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 قِبل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. ونظرًا لأن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

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

**300 Great Circle Road  
Nashville, TN 37228**

إذا كانت لديك أي أسئلة حول طلب التقديم هذا، فيُرجى التواصل مع Kami Morgan على الرقم 2163-216-629.

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في Ascension



# Ascension Saint Thomas

## استمارة طلب المساعدة المالية

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

### المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

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

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



# Ascension Saint Thomas

## الدخل الشهري

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

إعالة الطفل التي يتم تلقيها \_\_\_\_\_ النفقة  
التي يتم تلقيها \_\_\_\_\_ الدخل  
من تأجير الممتلكات \_\_\_\_\_ قسائم  
الطعام \_\_\_\_\_  
توزيعات الأموال التي يتم تلقيها \_\_\_\_\_ غير  
ذلك من مصادر الدخل \_\_\_\_\_ غير  
ذلك من مصادر الدخل \_\_\_\_\_ إجمالي  
الدخل الشهري بالدولار \$ \_\_\_\_\_

الدخل المكتسب لمقدم الطلب \_\_\_\_\_ دخل  
زوج/زوجة مقدم الطلب \_\_\_\_\_ امتيازات  
الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ الدخل من  
المعاش/التقاعد \_\_\_\_\_ دخل  
الإعاقاة \_\_\_\_\_  
تعويضات البطالة \_\_\_\_\_  
تعويضات العمال \_\_\_\_\_ الدخل من  
الفوائد/الأرباح \_\_\_\_\_

## نفقات المعيشة الشهرية

رعاية الأطفال/النفقة \_\_\_\_\_ بطاقات  
الانتماء \_\_\_\_\_ فواتير  
الأطباء/المستشفيات \_\_\_\_\_ تأمين  
السيارة/المركبات \_\_\_\_\_ التأمين  
على المنزل/الممتلكات \_\_\_\_\_ التأمين  
الطبي/الصحي \_\_\_\_\_ التأمين  
على الحياة \_\_\_\_\_ النفقات  
الشهرية الأخرى \_\_\_\_\_ إجمالي  
النفقات الشهرية بالدولار \$ \_\_\_\_\_

الرهن / الإيجار \_\_\_\_\_ المرافق  
الهاتف \_\_\_\_\_  
(الخط الأرضي) \_\_\_\_\_ الهاتف  
الخلوي \_\_\_\_\_  
البقالة/الطعام \_\_\_\_\_ خط  
الكبل/الإنترنت/القمم الصناعي للتلفاز \_\_\_\_\_ مدفوعات  
السيارة \_\_\_\_\_ رعاية  
الأطفال \_\_\_\_\_

## الأصول

النقد/التوفيرات/الحسابات الجارية \_\_\_\_\_  
الأسهم/السندات/الاستثمارات/شهادة (شهادات) الإيداع \_\_\_\_\_  
العقارات الأخرى/المساكن الثانوية \_\_\_\_\_  
المراكب/الدراجات النارية/المركبات الترفيهية \_\_\_\_\_  
المركبات التي يقوم الهواة بتجميعها/المركبات غير الأساسية \_\_\_\_\_  
الأصول الأخرى \_\_\_\_\_

أشهد بأن 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 \_\_\_\_\_

## التعليقات

---

---

---

---

---



# Ascension Saint Thomas

## 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 بأن المعلومات المحددة صحيحة حسب علمي.

توقيع الداعم \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_