

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 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. 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 كان الشخص يعمل لحسابه الخاص، 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، يُرجى أيضًا تقديم وثائق كدليل على التكاليف الطبية والصيدلانية/الأدوية الشهرية المستحقة

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 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.

يرجى إرسال طلبك بالبريد أو الفاكس إلى الموقع المناسب. للحصول على رقم هاتف الموفر الخاص بك أو عنوان الفاكس / البريد الإلكتروني حيث يجب تقديم الطلبات، يرجى الرجوع إلى الصفحة التالية من الطلب.

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في Ascension



عنوان البريد الإلكتروني	رقم الفاكس	العنوان	رقم الهاتف	اسم موفر الرعاية
	(629) 204-6542	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-6638	Ascension Saint Thomas West
	(629) 204-6540	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 284-5340	Ascension Saint Thomas Midtown
	(629) 204-6541	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-6638	Ascension Saint Thomas Rutherford
FinancialCounselors@ascension.org	(317) 981-6312	STHe Financial Asst. PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240	(844) 686-2555	المساعدة المالية من AMG
	(931) 738-2669	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(877) 348-7082	Ascension Saint Thomas Highlands
	(931) 738-2669	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(877) 348-7082	Ascension Saint Thomas Dekalb
	(931) 738-2669	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(877) 348-7082	Ascension Saint Thomas River Park
	(931) 296-4561	STHe Financial Asst 451 Hwy 13 S, Waverly, TN 37185	(931) 296-0251	Ascension Saint Thomas Three Rivers
	(931) 738-2669	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(877) 348-7082	Ascension Saint Thomas Stones River
		STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033	(931) 729-6800	Ascension Saint Thomas Hickman
	(615) 284-2771	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2773	Ascension Saint Thomas Lab Plus
STHSSFinAssist@uspi.com	(615) 341-7513	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7500	Ascension Saint Thomas Center for Specialty Surgery
	(615) 236-4040	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(877) 664-4076	Saint Thomas EMS
	(615) 320-5319	STHe Financial Asst. 312 21 st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 321-7330	Baptist Ambulatory Surgical Center
	(615) 222-7700	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-6638	Ascension Saint Thomas Center for Sleep

نموذج طلب Ascension Saint Thomas للمساعدة المالية

معلومات المريض

(يُرجى 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 المراسلة البريدية _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____
صاحب العمل _____ حالة التوظيف _____
عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف صاحب العمل _____

معلومات الطرف 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 _____

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	_____
النفقة التي يتم تلقيها	_____	دخل زوج/زوجة مقدم الطلب	_____
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	_____

نفقات المعيشة الشهرية

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

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. وبموجب هذه الوثيقة أسمح للمستشفى بالحصول على المعلومات من وكالات إعداد تقارير الائتمان الخارجية إذا رأت ذلك ضروريًا.

توقيع مقدم الطلب _____

التاريخ _____

التعليقات

خطاب الدعم

رقم السجل الطبي/رقم الحساب للمريض _____
اسم الداعم _____
الصلة بالمريض/مقدم 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 _____