



Ascension

نموذج طلب

Ascension Saint Thomas

للمساعدة 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) \_\_\_\_\_  
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 فارغاً.)

الاسم (الأول 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 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) \_\_\_\_\_  
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	إعالة الطفل التي يتم تلقيها
دخل زوج / زوجة مقدم الطلب	النفقة التي يتم تلقيها
امتيازات الضمان الاجتماعي	الدخل من تأجير الممتلكات
الدخل من المعاش / التقاعد	قسائم الطعام
دخل الإعاقة	توزيعات أموا التي يتم تلقيها
تعويضات البطالة	غير ذلك من مصادر الدخل
تعويضات العمال	غير ذلك من مصادر الدخل
الدخل من الفوائد / الأرباح	إجمالي الدخل الشهري بالدولار

## نفقات المعيشة الشهرية

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

Provider Name	Phone Number	Address	Fax Number	Email Address
Ascension Saint Thomas West	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Financial Assistance Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6542	
Ascension Saint Thomas Midtown	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Midtown Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6540	
Ascension Saint Thomas Rutherford	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Rutherford Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6541	
Ascension Medical Group Financial Assistance	(833)263-9791	STHe Financial Asst. PO Box 80278 Indianapolis, IN 46240	(317)981-6312	<a href="mailto:AscensionFinancialCounselors@r1rcm.com">AscensionFinancialCounselors@r1rcm.com</a>
Ascension Saint Thomas Highlands	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Highlands Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Dekalb	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Dekalb Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas River Park	(877)348-7082	Ascension St. Thomas River Park Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Three Rivers	(931)296-0266	Ascension St. Thomas Three Rivers Financial Asst. Team 451 Hwy 13 S. Waverly, TN 37185	(931)296-4561	
Ascension Saint Thomas Stones River	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Stones River Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Hickman	(931)729-6800	Ascension St. Thomas Hickman 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033	(931)729-0174	
Ascension Saint Thomas Lab Plus	(615)284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615)284-2771	
Ascension Saint Thomas Center for Speciality Surgery	(615)341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave, Ste 400 Nashville, TN 37203	(615)341-7513	
Saint Thomas EMS	(877)664-4076	STHe Financial Assistance PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615)236-4040	
Baptist Ambulatory Surgical Center	(615)321-7330	STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203	(615)320-5319	
Ascension Saint Thomas Center for Sleep	(615)222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629)204-6544	



# 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 \_\_\_\_\_



# Ascension

[Date]

عزيزي المريض / مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension تقوم على التعاطف وهي مخصصة 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 ثقّتك 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، يرجى 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 يتسنى لنا معالجة الطلب.

- نسخ من 3 أحدث 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، يرجى 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 نحتاج إلى ملء نموذج خطاب الدعم.

أخيرًا، يرجى 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. يتعذر 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 أنه 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. 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:

[STREET]

[SUITE]

[CITY, STATE ZIP]

أو يمكنك إرسال طلبك بالفاكس إلى رقم الفاكس الآمن الخاص بنا 222-7700 (615).

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم 222-6638 (615).

مع أرق الأمنيات،

المريض

قسم الخدمات المالية

في Ascension