



Ascension

[تاریخ]

[تاریخ]

بیمار/مقاضی محترم،

Ascension با انگیزه و روحیه همدلی عمل می‌کند و متعهد است مراقبت شخصی‌سازی شده برای همه ارائه دهد، به‌ویژه برای کسانی که بیشترین نیاز را دارند. ارائه کمک مالی به بیماران، مأموریت و افتخار ماست. کمک مالی فقط برای خدمات اورژانسی و سایر مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی در دسترس است. از اینکه از خدمات بهداشتی‌درمانی ما برای مراقبت از خود و اعضای خانواده‌تان استفاده می‌کنید از شما سپاسگزاریم.

این نامه و درخواست کمک مالی ضمیمه‌شده را به‌دلیل دریافت درخواست شما ارسال می‌کنیم. اگر این درخواست را ارائه نکرده‌اید، لطفاً آن را نادیده بگیرید. قبل از برگرداندن درخواست، لطفاً هر دو سمت را تکمیل کنید و امضای خود و تاریخ را درج کنید. اگر طی شش ماه گذشته، درخواستی تکمیل کرده‌اید و برای کمک‌هزینه مالی تأیید شده‌اید، لطفاً به ما اطلاع دهید — ممکن است نیازی به تکمیل درخواست جدید نداشته باشید. متأسفانه نمی‌توانیم به درخواستی که بیش از شش ماه از آن گذشته باشد استناد کنیم.

لازم است گواهی درآمد خانوار خود و گواهی تمام دارایی‌های تحت مالکیت هر یک از اعضای خانوار را همراه این درخواست ارائه دهید.

نمونه‌هایی از گواهی درآمد و دارایی:

- کپی 3 فیش حقوقی اخیر از کارفرما
- کپی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی سالانه (اگر خوداشتغال هستید، همه برنامه‌ها را اضافه کنید)
- نامه اعطای حقوق بازنشستگی و/یا تأمین اجتماعی
- اظهارنامه مالیاتی سالانه اخیر پدر یا سرپرست، اگر مقاضی به عنوان فرد تحت تکفل آنها در فرم مالیاتی ثبت شده باشد و زیر 25 سال سن داشته باشد
- نسخه کپی رسید مزایای بیکاری
- تأیید/رد واجد شرایط بودن برای Medicaid و/یا کمک پزشکی تحت بودجه ایالت
- دیگر مدارک اعتبارسنجی درآمد

نمونه‌هایی از گواهی دارایی:

- صورت‌حساب بانکی به‌روز (حساب پس‌انداز و جاری) 3 ماه اخیر
- سرمایه‌گذاری‌ها، شامل اوراق و سهام
- سپرده‌ها
- حساب‌های بازار پول
- صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک

در نهایت، ممکن است بتوانیم صورتحساب‌های پزشکی معوق شما را برای واجد شرایط شدن جهت دریافت کمک مالی در نظر بگیریم. اگر مایل هستید ما این مورد را بررسی کنیم لطفاً همچنین مدارکی درباره هزینه‌های ماهانه باقیمانده پزشکی و داروخانه‌ای/دارویی خود مانند فاکتورهای فعلی یا صورتحساب‌های مانده حساب ارائه دهید. **لطفاً توجه داشته باشید که 1) درخواست تکمیل شده همراه با 2) مدارک اثبات درآمد 3) دارایی‌ها و 4) صورتحساب‌های باقیمانده پزشکی (در صورت وجود) باید دریافت شود تا درخواست مورد بررسی قرار گیرد. ما قادر به رسیدگی یا بررسی درخواست‌هایی که کامل نیستند نیستیم.**

لطفاً هنگام ارسال درخواست، به خاطر داشته باشید که برقراری ارتباط با ایمیل از طریق اینترنت ایمن نیست. ممکن است اطلاعاتی که در ایمیل لحاظ می‌کنید رهگیری شود و افراد دیگری غیر از مخاطب مدنظر آن را بخوانند، هرچند غیرمحمول است. می‌خواهیم از اطلاعات شخصی شما محافظت کنیم و مطمئن شویم ایمنی آن حفظ می‌شود. از آنجایی که درخواست حاوی شماره تأمین اجتماعی و دیگر اطلاعات خصوصی شما است، تأکید می‌کنیم آن‌ها را با ایمیل ارسال نکنید.

لطفاً درخواست تکمیل شده خود را چاپ کرده و همراه با مدارک پشتیبان به آدرس زیر ارسال کنید:

لطفاً درخواست خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

برای حساب‌های گروه پزشکی:
Ascension Medical Group
PO Box 80278
Indianapolis IN 46240

برای حساب‌های بیمارستانی:
Ascension Saint Thomas
P.O. Box 100983
Atlanta GA 30384

ما اینجا هستیم تا کمک کنیم و می‌خواهیم اطمینان حاصل کنیم که بیماران واجد شرایط برای دریافت کمک مالی آن را دریافت کنند. اگر درباره این درخواست، مدارک پشتیبان مورد نیاز، یا نحوه ارسال بهتر درخواست خود به ما سوالی دارید، لطفاً با یکی از نمایندگان بیماران ما به شماره 931-738-2669 تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مالی بیمار Ascension



فرم درخواست کمک مالی

اطلاعات بیمار

(لطفاً آن را چاپ کنید و حتماً همه فیلدها را تکمیل کنید. در هر خط از درخواست که کاربرد ندارد یا نامربوط است، عبارت N/A را وارد کنید.)

تاریخ _____ شماره حساب _____
 نام (نام کوچک و نام خانوادگی) _____
 تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____
 آدرس پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
 شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____
 کارفرما _____ وضعیت اشتغال _____
 تعداد ساعت‌های کار در هفته _____ شماره تلفن کارفرما _____

اطلاعات طرف مسئول / اطلاعات سرپرست قانونی

(اگر بیمار بالا همان طرف مسئول است، این بخش را خالی بگذارید.)

نام (نام کوچک و نام خانوادگی) _____
 تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____
 آدرس پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
 شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____
 کارفرما _____ وضعیت اشتغال _____
 تعداد ساعت‌های کار در هفته _____ شماره تلفن کارفرما _____

اطلاعات همسر طرف مسئول

(اگر بیمار همان فرد مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام (نام کوچک و نام خانوادگی) _____
 تاریخ تولد _____ وضعیت تأهل _____ شماره تلفن _____
 آدرس پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
 شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) _____
 کارفرما _____ وضعیت اشتغال _____
 تعداد ساعت‌های کار در هفته _____ شماره تلفن کارفرما _____

افراد تحت تکفل فرد مسئول

(اگر بیمار همان فرد مسئول است، اطلاعات همسر را برای بیمار تکمیل کنید.)

نام _____	تاریخ تولد _____	نسبت با فرد مسئول _____
نام _____	تاریخ تولد _____	نسبت با فرد مسئول _____
نام _____	تاریخ تولد _____	نسبت با فرد مسئول _____
نام _____	تاریخ تولد _____	نسبت با فرد مسئول _____

تعداد بزرگسالان و کودکانی که در خانوار زندگی می‌کنند _____

درآمد ماهانه

(برای همه موارد فهرست شده در زیر مبلغ را به دلار وارد کنید. مبلغ ماهانه را برای هر مورد ارائه دهید.)

درآمد کسب شده متقاضی	درآمد دریافتی حمایت از کودکان
درآمد همسر متقاضی	نقشه دریافت شده
مزایای تأمین اجتماعی	درآمد ملک استیجاری
درآمد بازنشستگی/حقوق بازنشستگی	کمک هزینه غذایی
درآمد از کارافتادگی	سهم دریافت شده از صندوق امانت
کمک هزینه بیکاری	سایر درآمدها
جبران خسارت کارگر	سایر درآمدها
درآمد حاصل از سود/سود سهام	جمع درآمد ماهیانه ناخالص \$

هزینه‌های زندگی ماهانه

رهن/اجاره خانه	نقشه/حمایت کودک
خدمات شهری	کارت‌های اعتباری
تلفن (تلفن ثابت)	صورتحساب‌های پزشک/بیمارستان
تلفن همراه	بیمه خودرو/ماشین
خوربار/مواد غذایی	بیمه منزل/املاک
تلویزیون کابلی / اینترنت / ماهواره	بیمه سلامت/پزشکی
قسط خودرو	بیمه عمر
مراقبت از کودک	سایر هزینه‌های ماهیانه
	جمع هزینه‌های ماهیانه \$

دارایی‌ها

پول نقد / پس‌انداز / حساب‌های جاری
سهام/اوراق قرضه/سرمایه‌گذاری/گواهی سپرده‌ها
املاک دیگر / اقامتگاه دوم قایق / خودروی کاروان / موتور سیکلت / وسیله نقلیه تفریحی
خودروهای کلکسیونی / خودروهای غیرضروری
سایر دارایی‌ها

اینجانب گواهی می‌کنم که اطلاعات فوق تا آنجا که اطلاع دارم صحیح و کامل می‌باشد. اینجانب مجوز می‌دهم بیمارستان در صورت لزوم اطلاعات را از مؤسسات گزارش‌دهی اعتبار خارجی دریافت کند.

امضای متقاضی

تاریخ

توضیحات
