



# Ascension

بیمار/متقاضی 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 کمک هزینه 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 هریک 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
- اگر متقاضی کمتر از 25 سال سن دارد و به عنوان فرد تحت تکفل در اظهارنامه مالیاتی ولی یا سرپرست ثبت شده است، آخرین اظهارنامه مالیاتی سالانه آن‌ها باید ارائه شود
- 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
- صندوق 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 غیرمحمّل 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 تکمیل‌شده و مدارک تأییدکننده را چاپ و پست کنید یا حضوراً به نشانی زیر تحویل دهید:**

**Ascension Seton -Patient Financial  
Services Attn: Financial Counselors  
P.O. Box 204301  
Dallas TX, 75320-4301  
800-749-7624**

**Ascension Medical Group  
Attn: Financial Assistance Department  
P.O. Box 80278  
Indianapolis, IN 46240-9998  
833-263-9789**

ما برای کمک به شما اینجا هستیم و قصدمان اطمینان از این است که تمام بیماران واجد شرایط کمک مالی، این کمک را دریافت کنند. اگر در مورد این فرم درخواست، مدارک مورد نیاز یا نحوه ارسال بهترین نسخه درخواست خود به ما سوالی دارید، لطفاً با یکی از نمایندگان بیماران ما به شماره 1125-324-512 تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مالی بیمار  
Ascension



**Ascension  
Seton**

# فرم درخواست کمک مالی

## اطلاعات بیمار

(لطفاً آن را چاپ کنید و حتماً همه فیلدها را تکمیل کنید. اگر هر کدام از موارد درخواست مرتبط نبود، جلوی آن کلمه «ناموجود» را بنویسید)

تاریخ \_\_\_\_\_ شماره حساب \_\_\_\_\_  
 نام (نام کوچک و نام خانوادگی) \_\_\_\_\_  
 تاریخ تولد \_\_\_\_\_ وضعیت تأهل \_\_\_\_\_ شماره تلفن \_\_\_\_\_  
 آدرس پستی \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ دولت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_  
 شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) \_\_\_\_\_  
 کارفرما \_\_\_\_\_ وضعیت اشتغال \_\_\_\_\_  
 تعداد ساعات 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 \_\_\_\_\_ دولت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_  
 شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) \_\_\_\_\_  
 کارفرما \_\_\_\_\_ وضعیت اشتغال \_\_\_\_\_  
 تعداد ساعات 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 \_\_\_\_\_ دولت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_  
 شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) \_\_\_\_\_  
 کارفرما \_\_\_\_\_ وضعیت اشتغال \_\_\_\_\_  
 تعداد ساعات 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 طرف مسئول _____
نام _____	تاریخ تولد _____	نسبت با طرف مسئول _____
نام _____	تاریخ تولد _____	نسبت با طرف مسئول _____
نام _____	تاریخ تولد _____	نسبت با طرف 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 دریافتی حمایت از کودکان	_____
نفقه دریافت شده	_____
درآمد ملک استیجاری	_____
کمک هزینه غذایی	_____
سهم دریافت شده از صندوق امانت	_____
سایر درآمدها	_____
سایر درآمدها	_____
<b>جمع کل درآمد ماهانه ناخالص \$</b>	_____

درآمد کسب شده متقاضی	_____
درآمد همسر متقاضی	_____
مزایای تأمین اجتماعی	_____
درآمد باز نشستگی/حقوق باز نشستگی	_____
درآمد از کارافتادگی	_____
کمک هزینه بیکاری	_____
جبران خسارت کارگر درآمد حاصل از سود/سود سهام	_____

## هزینه های زندگی ماهانه

نفقه/حمایت کودک	_____
کارت های اعتباری	_____
صورتحساب های پزشک/بیمارستان	_____
بیمه خودرو/ماشین	_____
بیمه منزل/املاک	_____
بیمه سلامت/پزشکی	_____
بیمه عمر	_____
سایر هزینه های ماهانه	_____
<b>جمع هزینه های ماهانه \$</b>	_____

رهن/اجاره خانه	_____
خدمات شهری	_____
تلفن (تلفن ثابت)	_____
تلفن همراه	_____
خوراکی/مواد غذایی	_____
تلویزیون کابلی/اینترنت/ماهواره	_____
قسط خودرو	_____
مراقبت از کودک	_____

## دارایی ها

پول نقد/پس انداز/حساب جاری \_\_\_\_\_

سهام/اوراق بهادار/سرمایه گذاری/گواهی سپرده \_\_\_\_\_

سایر املاک و مستغلات/محل اقامت ثانویه \_\_\_\_\_

قایق/کاروان/موتورسیکلت/خودروی تفریحی \_\_\_\_\_

خودروهای کلکسیونی/خودروهای غیر ضروری \_\_\_\_\_

سایر دارایی ها \_\_\_\_\_

اینجانب گواهی می کنم که اطلاعات فوق تا آنجا که اطلاع دارم صحیح و کامل می باشد. اینجانب مجوز می دهم بیمارستان در صورت لزوم اطلاعات را از مؤسسات گزارش دهی اعتبار خارجی دریافت کند.

امضای متقاضی \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

## توضیحات

---

---

---

---

---

---