



# Ascension

بیمار/متقاضی محترم،

Ascension با انگیزه و روحیه همدلی عمل می کند و متعهد است مراقبت شخصی سازی شده برای همه ارائه دهد، به ویژه برای کسانی که بیشترین نیاز را دارند. ارائه کمک مالی به بیماران، مأموریت و افتخار ماست. کمک مالی فقط برای خدمات اورژانسی و سایر مراقبت های دارای ضرورت پزشکی در دسترس است. از اینکه از خدمات بهداشتی درمانی ما برای مراقبت از خود و اعضای خانواده تان استفاده می کنید از شما سپاسگزاریم.

این نامه و درخواست کمک مالی ضمیمه شده را به دلیل دریافت درخواست شما ارسال می کنیم. اگر این درخواست را ارائه نکرده اید، 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 کرده اید و برای کمک هزینه مالی تأیید شده اید، لطفاً به ما اطلاع دهید — ممکن است نیازی به تکمیل درخواست جدید نداشته باشید. متأسفانه نمی توانیم به درخواستی که بیش از شش ماه از آن گذشته باشد استناد کنیم. لازم است گواهی درآمد خانوار خود و گواهی تمام دارایی های تحت مالکیت هریک از اعضای خانوار را همراه این درخواست ارائه دهید.

## نمونه هایی از گواهی درآمد و دارایی:

- کپی 3 فیش حقوقی اخیر از کارفرما
- کپی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی سالانه (اگر خوداشتغال هستید، همه برنامه ها 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 آن ها 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

## نمونه هایی از گواهی دارایی:

- صورت حساب بانکی به روز (حساب پس انداز و جاری) 3 ماه اخیر
- سرمایه گذاری ها، شامل اوراق و سهام
- سپرده ها
- حساب های بازار پول
- صندوق سرمایه گذاری 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 و مدارک تأییدکننده را چاپ و پست کنید یا حضراً به نشانی زیر تحویل دهید:**

**Ascension Providence - Patient Financial Services**

**Attn: Financial Counselors**

**P.O. Box 206767**

**Dallas TX, 75320**

**800-291-1493**

**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 512-324-1125 تماس بگیرید.

با احترام،

خدمات مالی بیمار Ascension



## 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 می کنند \_\_\_\_\_

## 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	_____	نفقه دریافت شده	_____
مزایای تأمین اجتماعی	_____	درآمد ملک استیجاری	_____
درآمد بازنشستگی/حقوق بازنشستگی	_____	کمک هزینه غذایی	_____
درآمد از کارافتادگی	_____	سهام دریافت شده از صندوق امانت	_____
کمک هزینه بیکاری	_____	سایر درآمدها	_____
جبران خسارت کارگر	_____	سایر درآمدها	_____
درآمد حاصل از سود/سود سهام	_____	جمع کل درآمد ماهیانه ناخالص \$	_____

## هزینه های زندگی ماهانه

رهن/اجاره خانه	_____	نفقه/حمایت کودک	_____
خدمات شهری	_____	کارت های اعتباری	_____
تلفن (تلفن ثابت)	_____	صورتحساب های پزشک/بیمارستان	_____
تلفن همراه	_____	بیمه خودرو/ماشین	_____
خوراکیار/مواد غذایی	_____	بیمه منزل/املاک	_____
تلویزیون کابلی/اینترنت/ماهواره	_____	بیمه سلامت/پزشکی	_____
قسط خودرو	_____	بیمه عمر	_____
مراقبت از کودک	_____	سایر هزینه های ماهیانه	_____
		جمع هزینه های ماهیانه \$	_____

## 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 غیرضروری	_____
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 کنند.

امضای متقاضی

تاریخ

## توضیحات

---

---

---

---

---