



# Ascension

## نموذج طلب المساعدة 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.)

إعالة الطفل التي يتم تلقيها	الدخل المكتسب لمقدم الطلب
توزيعات أموا التي يتم تلقيها	دخل زوج / زوجة مقدم الطلب
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	امتيازات الضمان الاجتماعي
	الدخل من المعاش / التقاعد
	دخل الإعاقة
	تعويضات البطالة
	تعويضات العمال
	الدخل من الفوائد / الأرباح

## نفقات المعيشة الشهرية

رعاية الأطفال / النفقة	الرهن / الإيجار
تأمين السيارة / المركبات	المرافق
إجمالي النفقات الشهرية بالدولار	الهاتف (الخط الأرضي)
	الهاتف الخليوي:
	البقالة / الطعام
	خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للتلفاز
	مدفوعات السيارة
	رعاية الأطفال

## 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

## 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 يقوم على التعاطف وهو مخصص لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصةً 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. للأسف، لا يمكننا الاعتماد على طلب سابق مضى عليه أكثر من ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، ستحتاج إلى تقديم التحقق من دخل أسرتك وتأكيد جميع الأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة.

## تشمل أمثلة إثبات الدخل والأصول ما يلي:

- نسخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل عملاً حرًا، فقم بتضمين جميع الجداول)
- خطاب منح الضمان الاجتماعي وأو 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
- صورة من إيصال امتيازات البطالة
- الموافقة / الرفض على الأهلية للاستفادة من Medicaid و / أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية
- وثائق التحقق من الدخل الأخرى

## تشمل أمثلة إثبات الأصول ما يلي:

- كشوفات بنكية جارية (الحسابات الجارية وحسابات التوفير) لآخر 3 أشهر
- الاستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسندات
- الصناديق الاستثمارية
- حسابات سوق المال
- الصناديق التبادلية

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، قد تتمكن من النظر في فواتيرك الطبية المستحقة لتأهيلك للحصول على مساعدة مالية. إذا كنت ترغب في أن نفكر في ذلك، يرجى أيضًا تقديم وثائق عن التكاليف الطبية الشهرية المستحقة والصيدلية / الأدوية، مثل الفواتير الحالية أو كشوف أرصدة الحسابات. يرجى

العلم أنه يجب استلام 1) الطلب المكتمل إلى جانب 2) إثبات الدخل و3) الأصول، و 4) الفواتير الطبية المستحقة (إن وجدت) حتى يتم النظر في الطلب. نتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

عند تقديم طلبك، يرجى أن تضع في اعتبارك أن الاتصالات عبر 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. بحكم أن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

الرجاء إرسال الطلب المكتمل مع وثائق الدعم بعد طباعته عبر البريد إلى العنوان التالي أو تسليمه باليد فيه:

[STREET]

[SUITE]

[CITY, STATE ZIP]

نحن هنا للمساعدة ونريد التأكد من أن المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية يتلقونها. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، أو المستندات الداعمة المطلوبة، أو أفضل طريقة لإيصال طلبك إلينا، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم 833-320-1840 / 833-913-3141

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في  
Ascension



# Ascension

يرجى إرسال الطلب بالبريد إلى أقرب عنوان للمستشار المالي حيث تلقت خدماتك

Ascension All Saints Hospital Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405 833-913-3141	Ascension St Francis Hospital Attn: Financial Counselor 3237 S. 16th Street Milwaukee, WI 53215 833-913-3141	Ascension Elmbrook Hospital Attn: Financial Counselor 19333 W North Ave Brookfield, WI 53045 833-913-3141
Ascension Franklin Hospital Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132 833-913-3141	Midwest Orthopedic Specialty (MOSH) Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132 833-913-3141	Ascension St. Joseph Hospital Attn: Financial Counselor 5000 W Chambers Street Milwaukee, WI 53210 833-913-3141
Ascension Columbia St. Mary's Milwaukee Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682 833-913-3140	Ascension Columbia St. Mary's Ozaukee Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682 833-913-3140	Ascension Surgery Center Mount Pleasant Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405 833-913-3141
Ascension Wisconsin Hospital Greenfield Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1	Ascension Wisconsin Hospital Menomonee Falls Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1	Ascension Wisconsin Hospital Waukesha Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1
Ascension Calumet Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904 833-913-3142	Ascension NE WI Mercy Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904 833-913-3142	Ascension NE WI St. Elizabeth Hospital Attn: Financial Counselor 1506 S. Oneida St Appleton, WI 54915 833-913-3142