



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 _____
العنوان البريدي _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
رقم الضمان الاجتماعي (لأغراض الفترة وتعريف الهوية فقط) _____
صاحب العمل _____ حالة التوظيف _____
عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف صاحب 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 _____
العنوان البريدي _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
رقم الضمان الاجتماعي (لأغراض الفترة وتحديد الهوية فقط) _____
صاحب العمل _____ حالة التوظيف _____
عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف صاحب العمل _____

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

التاريخ _____ رقم الحساب _____
الاسم (الأول والعائلة) _____
تاريخ الميلاد _____ الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____
العنوان البريدي _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
رقم الضمان الاجتماعي (لأغراض الفترة وتعريف الهوية فقط) _____
صاحب العمل _____ حالة التوظيف _____
عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف صاحب 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 _____ دخل الممتلكات المؤجرة _____
دخل المعاش / التقاعد _____ طوابع الطعام _____
دخل الإعاقة _____ أموال الصناديق الائتمانية الموزعة التي تم تلقيها _____
تعويضات البطالة _____ الدخل الأخر _____
تعويضات العاملين _____ الدخل الأخر _____
الدخل من الفوائد / أرباح الأسهم _____ إجمالي الدخل الشهري بالدولار _____

نفقات المعيشة الشهرية

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أدناه بالدولار. أدخل المبلغ في الشهر لكل منها.)

الرهن / الإيجار _____ إعالة الطفل / النفقة _____
المرافق _____ بطاقات الائتمان _____
الهاتف (الخط الأرضي) _____ فواتير الطبيب / المستشفى _____
الهاتف الخليوي _____ تأمين السيارة / المركبات _____
البقالة / الطعام _____ التأمين على المنزل / الممتلكات _____
القنوات المشفرة / الإنترنت / تلفزيون القمر الصناعي _____ التأمين الطبي / الصحي _____
مدفوعات السيارات _____ التأمين على الحياة _____
رعاية الأطفال _____ النفقة (النفقات) المالية الأخرى _____
إجمالي النفقة (النفقات) الشهرية بالدولار _____

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

[التاريخ]

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 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، 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 تحتاج 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 وقرائها من قبل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. ونظرًا لأن الطلب يحتوي على معلومات خاصة، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

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

Ascension St. Joseph/Standish Hospital
Financial Counseling Department
200 Hemlock
Tawas City, MI 48764

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على 989-984-3796

مع أرق الأمنيات،

الخدمات المالية للمرضى
Ascension