



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 _____ اسم المستشفى _____

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.)

الدخل المكتسب لمقدم الطلب	إعالة الطفل التي يتم تلقيها
دخل زوج / زوجة مقدم الطلب	النفقة التي يتم تلقيها
امتيازات الضمان الاجتماعي	الدخل من تأجير الممتلكات
الدخل من المعاش / التقاعد	قسائم الطعام
دخل الإعاقة	توزيعات أموال التي يتم تلقيها
تعويضات البطالة	غير ذلك من مصادر الدخل
تعويضات العمال	غير ذلك من مصادر الدخل
الدخل من الفوائد / الأرباح	إجمالي الدخل الشهري بالدولار

نفقات المعيشة الشهرية

الرهن / الإيجار	رعاية الأطفال / النفقة
المرافق	بطاقات الائتمان:
الهاتف (الخط الأرضي)	فواتير الأطباء / المستشفيات
الهاتف الخليوي:	تأمين السيارة / المركبات
البقالة / الطعام	التأمين على المنزل / الممتلكات
خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للتلفاز	التأمين الطبي / الصحي
مدفوعات السيارة	التأمين على الحياة
رعاية الأطفال	النفقات الشهرية الأخرى
	إجمالي النفقات الشهرية بالدولار

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

الوثائق والشهادات المطلوبة

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 وقراءتها من قبل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

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

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

Ascension Providence Rochester Hospital
1101 West University Rd., Rochester, MI

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم (248)652-5334.