



# Ascension

[Date]

عزيزي المريض / مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension تقوم على التعاطف وهي مخصصة 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، 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 الدخول 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.

يرجى إرجاع طلبك المكتمل إلى العنوان التالي:

**Ascension St. Vincent**

**PFS Dept/Self Pay Team/Confidential**

**PO Box 40970**

**Indianapolis, IN 46260-0970**

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم 866-435-2078.

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في

Ascension



# 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 والأخير) \_\_\_\_\_  
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 والأخير) \_\_\_\_\_  
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 والأخير) \_\_\_\_\_  
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 أعلاه بالدولار. أدخل المبلغ في الشهر لكل منها.)

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

## نفقات المعيشة الشهرية

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