

عزيزي زيلدي مريض / امق دلمل طلب :

مبلن تشفى Ascension تيق ومعل لى تل عاطف وهيم خص طيق دي مر ع اي ثق خص طيق حمي ع - خاص انك ك شاحت يا ج ا. انهم تنو ملي زتن ا
تتمث افتي في المر الم ساع لقم الم اليه م در ض ان اول امس اع لقم الم اليه تمث اح فوق لطل ع اي قل طاري نوال ع اي لقم ضروريه مكن اح ملي تطب يه آل اخرى.
نشكرك عل وقتك، فلي بهك عل ثق ع اي تك ان ربح ع اي تل تافش ان حمي ع لك عي اج ان لمر ع اي لقم خص حي هل خاص بقك م.

نرسال اليكم هذاا خطابو طبل بل م ساع لقم الم اليه م در فتن نظر ان لبق ي نطلبك. اذالم تلمن قطلب تذل ك ي رجيت ج اهل هذاا خطاب.
الرجاء اكالم اللوحه ي ن ب مطب ذل تلوق ي ع لك تاري ق بل اعدته. انك تمل ك مل بظلبا الال الش هل س تلقم اضي وقت م لم موافقة
عل طبل حصول عل م ساع لقم الم اليه م در جيب ال غ نيل ذك قد ن لاحت اج ال اكم ال طلب ج دي دل ن نض ع عي تل بارنا اي طبل بس اب قيت ج اوز سبته
أشهر.

إلى اج ان بل طلب ي ر ج عي ق دي م س خة م ن عن صرر واح دعل ال آل قل مكن عن اصلوات ال لي بئ ثب ان ل دخل. انك تمل تزوج ا أو عشت م
شخص آخر م هم ل مدة 6 اشهر أو لك ترفنس و في ل ز لي ضا ا أيقوم هذاا ش ن ب صت ق دي م س خة م ن واح دعل ال آل قل مكن عن اصلوات ال يه
كدل لي عل ال دخل قبل لي انك س ن مل ن ام عال ج طلب.

- ن س خ م ن 3 احدثك عو بواتب م ن صاحب ال عمل
- ن س خ م ن احدثك رطبوس ي بي س نو ي (انك ن تمل عمل مال ح ر لم س ق م ت ضم ي ن حمي عال ج اول)
- خطاب م ن ح الض م ان ل ج ت م اع ي و / أو م عاش ل لتق اعد
- إلق لل اض ر ي بي ال خي لول وال د أول وصي، اذ انك امق دلمل طلب ت باع ا مدر ج عي ن م و ذ ج ل قر اض ل ر ي بي ال خ اصي ال وال د أو
الوصي و لكان عمر ما قل م ن 25 ع ا م ا
- و ث ا واق ت ح ق ق م ن ال دخل آل اخرى
- ن س خ م ن ي ان الت ح س اب ال ت م ص ر ف يه عن آخر 3 ش هور
- صورة م ن طي ص الم تي ا ز الم ط ب ا لة

انك تمل تلوق ال م س اعد م ن ا ف ر ال ع ا ئ لة أول صدق اء أول ص دق اء ي ر ج عي ج ت هم عل ال اك م ال
الن م و ذ لي م ر ف ال ذ ي ي ج م ل اسم " خ ط ا ب ال د ع م ". و ل ي ج ع ل ه م ذ ل ك ه و ل ي ن ع ن ف ال ق ف س ت و ال ق ط ب ي ه ل خ ا ص ق ب ك ب ب ل ي س ا ع ذ ل ك ع ل
ا ظ ه ا ر م د ي ق د ت ك ع ل ي ت ح و ل ف ن ف ك ال م ع ي شة. انك ن ت ل ل ا ل ق ي ا ي م س ا ع دة م ن ع ا ئ لة ا ل صد ق ا ع ن ل ت ح ت اج ل ي م ل ن م و ذ ج خ ط ا ب
ال د ع م .

أخيراً ي ر ج ي ا ط ر ق ي و م ا ي ا ق د ل ي ل ع ل ال و ت ك ال ي ل ط ب ال ي م ن ي د ال ن ية / ألدوي ل ش هر ال ي م س ت ح قة.

يرجى العلم أن هي جيس تال بل طلبك تم مل ما عيب اتال دخل حقيقي سن وال ن ظرف ال طلب بيت عنجز لين ا
مع ال ال يظ طلبات غي رال كاملة أول بقته يها .

يرجى مراعاة أن الاتصال بالنتاس ت خ للبر ليل لي ك ترون ي ع بل ن تر ن لتي ست أمنة . على ال رغم من ضعف
احتمالية حدوث ذلك، ال أن هي وج د ل خ ت م ال أني ت م اعراض ال م عمل وم النك ت يتفق وتمض م ين هظ يوس ال ل تقبر ي د
ال ل ك ترون في قراءتها مقبل أطراف أخرى خال فللش خص ال ذي يتتزوج ي ههال يه .

إن زنا ري د ح م ايم ع ل وم انك لش خص ي ل ت أك د ميق اى ها أمنة . ون ظرًا لأزال طلب ي ح توي ع ل ر ق ل م ض مان
ال ج ت م ا ع ي و م عمل ومات خاصة أخرى، إن زنا ح شك على ع د ل م س ال م ع بل ل ل ب ر ل ي ل ي ك ترون ي .

يرجى إرس ال طلب الكبري ب أ ل ف الك س ال ط ل موق ع ال م اس بل ل ح ص و ل ع ل ر ق ل ه ا ت ف ال خ ا ص ب م ز و د
ال خ د مة أو ع ن و ال ف الك س ال ب ه ر ي د ال ذي ي ج ت ق و د ي ل ل طلب ا ف ي ه ي ر ج ي ل ل ر ج و ع ل ل ي ص ف ال ح ق ال ية

ال ب ع ت ط ب ي ق

م ع أ ر ق ل م ن ي ا ت ،

ل ل م ي ض

ق س م ال خ د م ال م ال ية

Ascension ف ي



اسم موآر الرعاآة	رقم الهاتف	العنوان	رقم الفاكس	عنوان البريد الإلكآروني
Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Saint Thomas Midtown	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
Ascension Medical Group	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. PO Box, 80278, Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors@ascension.org
Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	((931) 738-2669	
Saint Thomas Hickman	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Lab Plus	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Saint Thomas Center for Specialty Surgery	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
Baptist Ambulatory Surgery Center	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21 st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Saint Thomas Center for Sleep	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

نموذج طلب

Ascension Saint Thomas للمساعدة المالية

معلومات المريض

يُرجى ملئ هذا استمارة بروفواضحة، هي متبعية على هي حال قبول. يختار "يلائم طبق" إذا كان الخيارات لا تطبق على أي طرف من الطرفين (الطلب)

التاريخ _____ رقم الحساب _____

الاسم (الاولى عائلة) _____

تاريخ الميلاد _____

الخالق جتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوازل مرسالت _____

المدينة _____ لوالية _____ الرالينزيريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (البياري) _____

مكان العمل _____ حال التوظيف _____

عدد ساعات عمل في الاسبوع _____

رقم هاتف مكان العمل _____

المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان المرء مريضاً أو داسمه عالاه هيفس هال طرف ل مرسو لوفته اترك هليلقس فارغاً.)

الاسم (الاولى عائلة) _____

تاريخ الميلاد _____

الخالق جتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوازل مرسالت _____

المدينة _____ لوالية _____ الرالينزيريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (البياري) _____

مكان العمل _____ حال التوظيف _____

عدد ساعات عمل في الاسبوع _____

رقم هاتف مكان العمل _____

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان المرء مريضاً أو داسمه عالاه هيفس هال طرف ل مرسو لوفته متبعية على عمومات الزوج / الزوجة مرسو لوفته.)

الاسم (الاولى عائلة) _____

تاريخ الميلاد _____

الخالق جتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوازل مرسالت _____

المدينة _____ لوالية _____ الرالينزيريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (البياري) _____

مكان العمل _____ حال التوظيف _____

عدد ساعات عمل في الاسبوع _____

رقم هاتف مكان العمل _____

الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول

(إذا كان المرء مريضاً أو داسمه عالاه هيفس هال طرف ل مرسو لوفته متبعية على عمومات الزوج / الزوجة مرسو لوفته.)

الاسم _____

تاريخ الميلاد _____

لخالق بقال طرف ل مرسو لوفته _____

الاسم _____

تاريخ الميلاد _____

لخالق بقال طرف ل مرسو لوفته _____

الاسم _____

تاريخ الميلاد _____

لخالق بقال طرف ل مرسو لوفته _____

الاسم _____

تاريخ الميلاد _____

لخالق بقال طرف ل مرسو لوفته _____

عدد الأشخاص الالغين الالطف الالذي يري عيش ورفيل منزل _____

الدخل الشهري

(أدخل المبالغ التي تكافئ صرطان عن اصرار الواردة أدناه بالدولار. أدخل المبالغ التي تكافئ صرطان عن اصرار الواردة أدناه بالدولار. أدخل المبالغ التي تكافئ صرطان عن اصرار الواردة أدناه بالدولار.)

إجمالي الدخل الشهري بالدولار	لديكم كمتسبل مقبل طلب
غير ذلك من مصادر الدخل	دخل زوج / زوجة مقبل طلب
غير ذلك من مصادر الدخل	امتي ازا اتلضمان لاجتماعي
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	لديكم من الماش / للقاء
	دخل العاقبة
	تعويض البطالة
	تعويض اتلعمال
	لديكم من الواردات / الأرباح

نفقات المعيشة الشهرية

رعاية طفل في الحقة	الرهن / الإيجار
بطاقات الطبي وتم ان:	المرافق
فواتير رالطباء الامتثقيات	الهااتف (الخط الرضي)
تأمين طبي اارة لمركببات	الهااتف لخيوي:
التأمين على ازل للامممتلكات	البقالة الاطعام
التأمين الطبي / الصحي	خطاب الالانترنت القمل صرطان للفاز
التأمين على الحياة	مدفوعات الطبي اارة
ناتق المشهري األخرى	رعاية طفل
إجمالي النفقات الشهرية بالدولار	

الأصول

الذخائر الوافي اارة / المراجبات لجرية
ألس همال سن دات لبرالنتامارات بش هادة (ش هادات) األداع
العارات / أألخرى الماس اللينشانوية
المركبب / الدراج اللان اري الالمركبب اللانفتي هية
المركبب اللانفتي وامل هوبلقتجي عهالالمركبب اللانفتي األأسية
أألصول الأخرى

أشهد أن األعمال الواردة عاله صرطي حوكاملة على حد علمي وبموجب هاللمصحتش فطلل حصول األعمال على األعمال من وكالات األعمال األأسية إذا رأتللك ضروريًا.

توقي عمق دلل طلب

التاريخ

تعليقات

خطاب الدعم

رقم السجل الطبي / رقم حساب المريض _____

اسم الداعم _____

لماذا قمت بمرضى يقيم دليلاً طلب _____

عنوان الداعم _____

إلى Ascension:

هذا خطاب من رسالتي كمبالغتك بأن (اسم المريض) يتلقى خالاً
ضريبياً التي سله دخل وأن الأساعدني في قالم عيشة لخاصته لبهول يسيوفروضه ليه الأقل الالتزام التي سيوفروضاً
عليه أي التزام انتتجاهي.

من التتوقي ععلي لهنبايان، أن أقر أرقام عمل وماتالم حدهن حيجح سبعل م.

توقي عالداعم _____

التاريخ _____