



Ascension Rx Medication Assistance Program Application

Ascension Rx Hickman	150 East Swan Street Centerville, TN 37033	P 931.729.6798 F 931.729.6799
Ascension Rx Midtown	300 20th Ave North, Ste 104 Nashville, TN 37203	P 615.284.6170 F 615.284.6171
Ascension Rx River Park	140 Vo Tech Drive, Ste 2 McMinnville, TN 37110	P 931.815.1340 F 931.815.1341
Ascension Rx Saint Louise	1020 N. Highland Ave Murfreesboro, TN 37130	P 615.396.6167 F 615.396.6627
Ascension Rx West	4230 Harding Pike, Ste A214 Nashville, TN 37205	P 615.222.6216 F 615.222.6189

تقبل الاستمارات من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحاً حتى الساعة 4 مساءً

الاسم الأول		اسم العائلة		رقم الضمان الاجتماعي	
العنوان البريدي		المدينة		رقم الهاتف	
تاريخ الميلاد		العمر		حساسية الأدوية	

Did you file a Tax Return Last Year? هل قدمت إقراراً ضريبياً في العام الماضي؟ Yes نعم _____ No لا _____

Are you a Veteran? هل كنت في الجيش؟ Yes نعم _____ No لا _____

Do you receive Food Stamps? هل تستلم مساعدات الغذاء (فود ستامب)؟ Yes نعم _____ No لا _____

Do you have Medicare or TennCare? هل عندك ميديكير أو تين كير؟ Yes نعم _____ No لا _____

Has the Social Security Department classified you as disabled? هل هيئة الضمان الاجتماعي صنفتك من ذوي الإعاقة؟ Yes نعم _____ No لا _____

Do you receive Social Security or Disability Benefits? هل تستلم معاش الضمان الاجتماعي أو إعانة إعاقة؟ Yes نعم _____ No لا _____

Do you have Medical or Prescription Drug Insurance? هل عندك تأمين صحي أو تأمين على الأدوية؟ Yes نعم _____ No لا _____

What is your housing status? ما هي حالتك السكنية؟ Rent إيجار _____ Own تملك _____ Living with someone else يعيش مع شخص آخر _____

Family Status الحالة الاجتماعية: Single أعزب _____ Married متزوج _____ Widowed أرمل _____ Divorced مطلق _____

Other آخر: _____

Work status الوظيفة: Employed عامل _____ Retired متقاعد _____ Disabled ذوي إعاقة _____ Unemployed غير عامل _____

How much income before taxes & deductions do you earn or receive? كم هو الدخل الذي تكسبه قبل الضرائب و الاقتطاعات؟ _____ في السنة OR _____ في الشهر OR _____ في الاسبوع (include wages, social security, pension, alimony, child support, unemployment., etc بما في ذلك الأجور، الضمان الاجتماعي، المعاش، النفقة، دعم الأولاد، البطالة، إلخ)

How many people are in the household? ما هو عدد الأشخاص ساكن في البيت؟ _____

Relationship to applicant? ما هي صلة القرابة بمقدم الاستمارة؟ _____

How much before taxes & deductions do other people in the household (including spouse or significant other) earn or receive? ما هو الدخل قبل الضرائب والاقتطاعات لباقي الأشخاص في البيت (بما في ذلك الزوج/الزوجة أو الشريك المهم)؟ _____ في السنة OR _____ في الشهر OR _____ في الاسبوع

مطلوب إثبات الدخل للحصول على المساعدة بعد أول صرف للأدوية

أمثلة على إثبات الدخل: إقرار ضريبي، إيصالات الرواتب، خطاب أهلية مساعدات الغذاء-فود ستامب

يجب تقديم الطلب، بطاقة الهوية، وإثبات الدخل كل 12 شهر

أشهد أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة حسب علمي، و سأبلغ الموظفين بأي تغييرات في العمل أو الدخل أو حالة التأمين قبل صرف أي وصفات إضافية. إذا قدمت معلومات مزيفة، سيتم إلغاء تسجيلي في برنامج مساعدة الأدوية ولن أكون مؤهلاً بعد ذلك للبرنامج.

Rev 4/15/2026

Signature of patient _____ التوقيع _____ Date التاريخ _____

Office use only فقط للاستخدام الإداري

Source of Referral: SS Health Dept Hickman nav Holy Family Magdalene Next Door SLC STFHCW OTHER _____

Enterprise Rx checked

OneSource/Passport checked

Pharmacy Staff Signature: _____ Date: _____