



# Ascension

[Date]

عزيزي المريض/مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension يقوم على التعاطف وهو مخصص 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، فيرجى 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. للأسف، لا يمكننا الاعتماد على طلب سابق مضى عليه أكثر من ستة أشهر. إلى جانب الطلب، ستحتاج إلى تقديم التحقق من دخل أسرتك وتأكيد جميع الأصول التي يمتلكها أي فرد من أفراد الأسرة.

## تشمل أمثلة إثبات الدخل والأصول ما يلي:

نسخ من أحدث 3 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

صورة من إيصال امتيازات البطالة  
الموافقة / الرفض على الأهلية للاستفادة من Medicaid و / أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية  
وثائق التحقق من الدخل الأخرى

## تشمل أمثلة إثبات الأصول ما يلي:

كشوفات بنكية جارية (الحسابات الجارية وحسابات التوفير) لآخر 3 أشهر  
الاستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسندات  
الصناديق الاستثمارية  
حسابات سوق المال  
الصناديق التبادلية

إذا كنت تتلقى المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش في منزل مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، فيرجى 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، قد تتمكن من النظر في فواتيرك الطبية المستحقة لتأهيلك للحصول على مساعدة مالية. إذا كنت ترغب في أن نفكر في ذلك، يرجى أيضًا تقديم وثائق عن التكاليف الطبية الشهرية المستحقة والصيدلية / الأدوية، مثل الفواتير الحالية أو كشوف أرصدة الحسابات. يرجى العلم أنه يجب استلام (1) الطلب المكتمل إلى جانب (2) إثبات الدخل و(3) الأصول، و (4) الفواتير الطبية المستحقة (إن وجدت) حتى يتم النظر في الطلب. نتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

عند تقديم طلبك، يرجى أن تضع في اعتبارك أن الاتصالات عبر البريد الإلكتروني عبر الإنترنت ليست آمنة. على الرغم من ضعف احتمالية الصفحة 1 من

حدوث ذلك، إلا إنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من قِبَل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه. إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. بحكم أن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

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

Facility/Office where service was provided:	Mail Completed Applications to:
Ascension St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Medical Group-Physician Services	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

نحن هنا للمساعدة ونريد التأكد من أن المرضى المؤهلين للحصول على المساعدة المالية يتلقونها. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، أو المستندات الداعمة المطلوبة، أو أفضل طريقة لإيصال طلبك إلينا، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم

Facility where service was provided:	Phone #
Ascension St. John Hospital	877-809-6191
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	888-329-0421
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	888-329-0421
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	800-878-2455
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	800-878-2455
Ascension River District Hospital	888-329-0421

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	اسم المستشفى
الاسم (الأول والعائلة)	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف
تاريخ الميلاد	المدينة	الولاية
عنوان المراسلات	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)	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف
تاريخ الميلاد	المدينة	الولاية
عنوان المراسلات	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)	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف
تاريخ الميلاد	المدينة	الولاية
عنوان المراسلات	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	_____
دخل زوج / زوجة مقدم الطلب	_____
امتيازات الضمان الاجتماعي	_____
الدخل من المعاش / التقاعد	_____
دخل الإعاقة	_____
تعويضات البطالة	_____
تعويضات العمال	_____
الدخل من الفوائد / الأرباح	_____
إعالة الطفل التي يتم تلقيها	_____
النفقة التي يتم تلقيها	_____
الدخل من تأجير الممتلكات	_____
قسائم الطعام	_____
توزيعات أموا التي يتم تلقيها	_____
غير ذلك من مصادر الدخل	_____
غير ذلك من مصادر الدخل	_____
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	_____

## نفقات المعيشة الشهرية

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