

عزيزي المريض / مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension يقوم على التعاطف وهو مخصص لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصة 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 نلقينا 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، فيرجى 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 نتسنى لنا معالجة الطلب.

- 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
- 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، 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، يرجى أيضًا تقديم وثائق كدليل على التكاليف الطبية والصيدلانية / الأدوية الشهرية المستحقة.



Ascension Saint Thomas

يرجى العلم أنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخل حتى يتسنى النظر في الطلب. نتعذر 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 إنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من قِبل 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:

**300 Great Circle Road
Nashville, TN 37228**

إذا كانت لديك أي أسئلة حول طلب التقديم هذا، فيُرجى التواصل مع Kami Morgan على الرقم 2163-216-629.

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في Ascension



Ascension Saint Thomas

استمارة 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 والعائلة) _____

تاريخ الميلاد _____ الحالة الاجتماعية _____ رقم الهاتف _____

عنوان المراسلات _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري) _____

صاحب العمل _____ حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف صاحب 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) _____

صاحب العمل _____ حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف صاحب 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) _____

صاحب العمل _____ حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____ رقم هاتف صاحب 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 _____



Ascension Saint Thomas

الدخل الشهري

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أدناه بالدولار. أدخل المبلغ في الشهر لكل منها.)

إعالة الطفل التي يتم تلقيها _____ النفقة
التي يتم تلقيها _____ الدخل
من تأجير الممتلكات _____ قسائم
الطعام _____
توزيعات الأموال التي يتم تلقيها _____ غير
ذلك من مصادر الدخل _____ غير
ذلك من مصادر الدخل _____ إجمالي
الدخل الشهري بالدولار \$ _____

الدخل المكتسب لمقدم الطلب _____ دخل
زوج/زوجة مقدم الطلب _____ امتيازات
الضمان الاجتماعي _____ الدخل من
المعاش/التقاعد _____ دخل
الإعاقاة _____
تعويضات البطالة _____
تعويضات العمال _____ الدخل من
الفوائد/الأرباح _____

نفقات المعيشة الشهرية

رعاية الأطفال/النفقة _____ بطاقات
الانتماء _____ فواتير
الأطباء/المستشفيات _____ تأمين
السيارة/المركبات _____ التأمين
على المنزل/الممتلكات _____ التأمين
الطبي/الصحي _____ التأمين
على الحياة _____ النفقات
الشهرية الأخرى _____ إجمالي
النفقات الشهرية بالدولار \$ _____

الرهن / الإيجار _____ المرافق
الهاتف _____
(الخط الأرضي) _____ الهاتف
الخلوي _____
البقالة/الطعام _____ خط
الكبل/الإنترنت/القمرة الصناعي للتلفاز _____ مدفوعات
السيارة _____ رعاية
الأطفال _____

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 بأن 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 _____

التعليقات



Ascension Saint Thomas

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 بأن المعلومات المحددة صحيحة حسب علمي.

توقيع الداعم _____
التاريخ _____