



# 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 طلبات الدخول والأصول مويرل:

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 أفضل طلبات الأصول مويرل:

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 **يى ج ل غ م ل ه ي ج ب ل م ت ا م 1 (لاطلب** لم ل م ل ل ل ج ا ن ب ل ل ث ب ا ت ل د خ ل و 3 (الأصل و ل، و 4 (ف و ل و ل ل ل ط ي ل ل م ن ت ح ق ل) إن و ج د ت (ح ت ي ت م ل ل نظ ر ي ل ل ط ل ب ت ت ع ذ ر ع ي ن ا م ع ل ج ل ل ط ل ا ت غ ي ل ل ك ا ل م ل ل أول ل ب ت ف ي ه ا.

عند تقديم طلبك، يرجى أن تضع في اعتبارك أن الاتصالات عبر 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. بحكم أن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

لرجاء إرسال الطلب المرفق مع وثائق الادعاء مع دطب اعده عي لى لى كلال ل عن وان لتعال أوتسري مهاباي هي ه:

**Ascension St. Vincent's**

**PO Box 932886**

**Atlanta, GA 31193**

**Ascension Medical Group**

**PO Box 80278**

**Indianapolis, IN 46240**

ونريد التأكيد من أن المرفكصى المؤهلين للاحصول ع المساعدة المالية يتلقونها. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب،  
ة، وأفضل طريقة يصل طلبك إلينا، يرجى اتصال بأحد ممثي المرفكصى لدينا ع الرقم [904-308-7381]. نحن هنا للمساعدة  
أو المستندات الداعمة المطلوباً  
مع أرق الأمانيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في Ascension

# نموذج طلب المساعدة المالية

## معلومات المريض

(يرجى الكتابة بحروف واضحة، ويجب تعبئة جميع الحقول. اختر "ال ينطبق" إذا كان الخيار ال 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)				
مكان العمل	حالة التوظيف			
عدد ساعات العمل في الأسبوع	رقم هاتف مكان العمل			

## المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان الحريض الوارد اسمه أعلاه هو زنسه الطرف المسؤول، نترك هذا القسم فارغاً.)

الاسم (الأول والعائلة)				
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 الحريض هو زنسه الطرف المسؤول، قم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة  
للحريض.)

الاسم (الأول والعائلة)				
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 يقولهم الطرف المسؤول

(إذا كان الحريض هو زنسه الطرف المسؤول، قم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة  
للحريض.)

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 الذين يقيمون في المنزل

## الدخل الشهري

(أدخل المبالغ لكل عنصر من العناصر الواردة أنزاه بالدوالر. أدخل المبلغ في الشهر لائق من ها).

الدخل المكتسب لمؤدم الطلب	إعالة الطفل التي يتم تأييدها
دخل زوج / زوجة مؤدم الطلب	الزينة التي يتم تأييدها
امتيازات الضمان الاجتماعي	الدخل من تأجير الممتلكات
الدخل من المعاش / التقاعد	تأمين الطعام
توزيعات أموال التي يتم تأييدها	
تعويضات البطالة	غير ذلك من مصادر الدخل
تعويضات العمال	غير ذلك من مصادر الدخل
الدخل من الفوائد / الأرباح	إجمالي الدخل الشهري بالدوالر

## تقديرات المعيشة الشهرية

الرهن / الإيجار	رعاية الأطفال / الزينة
بطاقات الائتمان:	
الهاتف (الخط الرضوي)	قوائم الأطباء / المستشفيات لهاتف الخليوي:
تأمين السيارة / المركبات البيالة / الطعام	التأمين على
المنزل / الممتلكات	
خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للأنجاز	تأمين الطبي / الصحي
مدفوعات السيارة	التأمين على الحياة
رعاية الأطفال	التقديرات الشهرية الأخرى
	إجمالي التقديرات الشهرية بالدوالر

## الأصول

النقد / التوفيرات / الحسابات الجارية
السهم / السندات / الاستثمارات / شهادة (شهادات) الودائع
العقارات / الأخرى / المسكن الثانوية
المراكب / الدراجات النارية / المركبات الترفيهية
المركبات التي يقوم الهواة ببيعها / المركبات غير الأساسية
الأصول الأخرى

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. وبموجبها أسمح للمؤتمني للحصول على المعلومات من وكالات إعداد تقارير التأمين الخارجية إذا رأيت ذلك ضروريًا.

توقيع مؤدم الطلب

التاريخ

## تعليقات

---

---

---

---

---



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E)|

## خطاب الدعم

رقم السجل الطبي / رقم الحساب للمريض

اسم الداعم

العلاقة بالمريض / بمقدم الطلب

عنوان الداعم

إلى Ascension:

هذا الخطاب مرسى إليكم إبالعكم بأن (اسم المريض) يتلذى دخالً  
ض عهياً أو لئس له دحل وأزا أساعده ني زنؤات الم عيشة الخاصة به / بها. ولئس منرو هس عهيه إل أؤل اللنزامات أو لئس منروض  
عليه أي التزامات تجاهي.

من خلال التوقيع على هذا البيان، أنا أقر أن المعلومات المحددة صحيحة حسب علمي.

توقيع الداعم

التاريخ