



Ascension

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 توقيعه 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 نتمكن 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 حدوث ذلك، إلا أنه 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. بحكم أن

ع رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني. لكونك كيميائي
الطلب يحتوي

الرجاء إرسال الطلب المكتمل مع وثائق الدعم بعد طباعته عبر البريد الإلكتروني أو تسليمه باليد فيه.

Ascension Seton – Patient Financial Services

Attn: Financial Counselors

P.O. Box 204301

Dallas TX, 75320-4301

800-749-7624

Ascension Medical Group

Attn: Financial Assistance Department

P.O. Box 80278

Indianapolis, IN 46240-9998

833-263-9789

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 5123241125

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى ف

Ascension



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 _____



Ascension
Seton

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 _____
الاسم (الأول والأخير) _____
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 المريض الوارد اسمه أعلاه هو نفسه الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغاً.)

الاسم (الأول والأخير) _____
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 المريض هو نفسه الطرف المسؤول، فقم بتعبئة معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم (الأول والأخير) _____
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 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.)

إعالة الطفل التي يتم تلقيها	الدخل المكتسب لمقدم الطلب
النفقة التي يتم تلقيها	دخل زوج / زوجة مقدم الطلب
الدخل من تأجير الممتلكات	امتيازات الضمان الاجتماعي
قسائم الطعام	الدخل من المعاش / التقاعد
توزيعات أموا التي يتم تلقيها	دخل الإعاقة
غير ذلك من مصادر الدخل	تعويضات البطالة
غير ذلك من مصادر الدخل	تعويضات العمال
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	الدخل من الفوائد / الأرباح

نفقات المعيشة الشهرية

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