



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 _____
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 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) _____
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) _____
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	_____
توزيعات أموا التي يتم تلقيها	_____	دخل زوج / زوجة مقدم الطلب	_____
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	_____	امتيازات الضمان الاجتماعي	_____
		الدخل من المعاش / التقاعد	_____
		دخل الإعاقة	_____
		تعويضات البطالة	_____
		تعويضات العمال	_____
		الدخل من الفوائد / الأرباح	_____

نفقات المعيشة الشهرية

رعاية الأطفال / النفقة	_____	الرهن / الإيجار	_____
تأمين السيارة / المركبات	_____	المرافق	_____
إجمالي النفقات الشهرية بالدولار	_____	الهاتف (الخط الأرضي)	_____
		الهاتف الخليوي:	_____
		البقالة / الطعام	_____
		خط الكابل / الإنترنت / القمر 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 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 _____



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 وأو 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 و3) 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 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.

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

Ascension Wisconsin
PO Box 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

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 877-304-6332

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في
Ascension