



Ascension

Secondary Form – Wisconsin Avenue Family Practice/St Joseph's Women's Outpatient Center

نموذج طلب المساعدة المالية

معلومات المريض

لجى لكثة بعوف وطحة وبعب تعبئة جميع اعرى لخر لا بئلى "للك لخر لا بئلى على لى سطر فبى فى طلب

التاريخ _____ رقم الحساب _____

الاسم (الأول والعائلة)

تاريخ الميلاد _____

رقم الهاتف _____

الرمز البريدي _____

الولاية _____

المدينة _____

عنوان المراسلات _____

حالة التوظيف _____

مكان العمل _____

رقم هاتف مكان العمل _____

عدد ساعات العمل فى الأسبوع _____

المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

لكل لوزى لولدلمه لئله هوفه لوف لسول فلك هئا لقم قل عفا

الاسم (الأول والعائلة)

تاريخ الميلاد _____

رقم الهاتف _____

الرمز البريدي _____

الولاية _____

المدينة _____

عنوان المراسلات _____

حالة التوظيف _____

مكان العمل _____

رقم هاتف مكان العمل _____

عدد ساعات العمل فى الأسبوع _____

الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول

لكل لوزى هوفه لوف لسول قم تعبئة مطوت لوج / لوج لوزى

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 فى المنزل _____

الدخل الشهري

ألي مبلغ كي ضون لظور (إذنة أنه بلجلر. ألي مبلغ في ثور كي منها.)

الدخل المكتسب لمقدم الطلب _____
توزيعات أموا التي يتم تلقيها _____
امتيازات الضمان الاجتماعي _____
الدخل من المعاش / التقاعد _____
دخل الإعاقة _____
تعويضات البطالة _____
تعويضات العمال _____
الدخل من الفوائد / الأرباح _____

نفقات المعيشة الشهرية

الرهن / _____
المرافق _____
الهاتف (الخط الأرضي) _____
الهاتف الخليوي: _____
البقالة / الطعام _____
خط الكابل / الإنترنت / القمر الصناعي للتلفاز _____
مدفوعات السيارة _____
رعاية الأطفال _____

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

عزي المذمض/مقدم الطلب:

مستشفى Ascension تقوم عذ التعاطف وهو مخصص لتقدم رعاية شخصية للجميع - خاصة الأهل احتياجا. إن مهمتنا ومي في المين تتمثل في توفير المساعدة المالية لمرضانا. والمساعدة المالية متاحة فقط للرعاية الطارئة والرعاية ال ف من الناحية الطبية الأخرى. شكر عذ ثققت بنا فذ ما يتعلق برعايتك أنت وعائلتك بشأن جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

إذكم هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق نظرا لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد طلبت ذلك، في تجاهل هذا الرجاء إمال لكلا الوجهي فذ ذلك توقف عك والتاريخ قبل إعادته. إذا كنت قد أملت طلا بإخلال الأشهر الستة الماضية نيل للحصول عذ مساعدة مالية، في إبلاغنا بذلك - قد لا تحتاج إمال طلب جد. للأسف، لا يمكننا الاعتماد الخطاب. وتمت الموافقة عله عذ طلب سابق م فذ عله أذ من ستة أشهر.

إذ جانب الطلب، ستحتاج إذ تقدم التحقق من دخل أذ تك وتأذ جميع الأصول ال تي متلهها أي فرد من أفراد الأذ.

من أمثلة إثبات الدخل ما يلي

- نسخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار سنوي (إذا كنت تعمل عم) > راء، فقم بتضمين جميع الجداول فذ
- خطاب منح الضمان الاجتماعي و/أو معاش التقاعد
- الإقرار ال فذ بي الأذ للوالد أو الو هتم الطلب تاب همدرد ج فذ نموذج الإقرار ال فذ بي الخاص بالوالد أو الو فذ ولإن عمره أقل من 25 عذ ط
- صورة من إصال امتحانات البطالة



Ascension

<p>Ascension All Saints Hospital Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405 877-304-6332</p>	<p>Ascension St Francis Hospital Attn: Financial Counselor 3237 S. 16th Street Milwaukee, WI 53215 877-304-6332</p>	<p>Ascension Elmbrook Hospital Attn: Financial Counselor 19333 W North Ave Brookfield, WI 53045 877-304-6332</p>
<p>Ascension Franklin Hospital Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132 877-304-6332</p>	<p>Midwest Orthopedic Specialty (MOSH) Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132 888-281-2392</p>	<p>Ascension St. Joseph Hospital Attn: Financial Counselor 5000 W Chambers Street Milwaukee, WI 53210 877-304-6332</p>
<p>Ascension Columbia St. Mary's Milwaukee Hospital Patient Accounting / Office Center 2301 N Lake Dr Milwaukee, WI 53211 877-304-6332</p>	<p>Ascension Columbia St. Mary's Ozaukee Hospital Patient Accounting / Office Center 13111 N Port Washington Rd Mequon, WI 53097 877-304-6332</p>	<p>Ascension Surgery Center Mount Pleasant Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405 877-304-6332</p>
<p>Ascension Wisconsin Hospital Greenfield Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1</p>	<p>Ascension Wisconsin Hospital Menomonee Falls Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1</p>	<p>Ascension Wisconsin Hospital Waukesha Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381 877-516-0911 Option 1</p>
<p>Ascension Calumet Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904 877-304-6332</p>	<p>Ascension NE WI Mercy Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904 877-304-6332</p>	<p>Ascension NE WI St. Elizabeth Hospital Attn: Financial Counselor 1506 S. Oneida St Appleton, WI 54915 877-304-6332</p>