



Ascension

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

نموذج طلب المساعدة المالية

معلومات المريض

لجى لكتابة بجوف وحدة ويب تعبئة جميع الخرجى لختر لا يفتقى "لكل لخر لا يفتقى على لى سطر فوى فى طلب

التاريخ _____ رقم الحساب _____

الاسم (الأول والعائلة) _____

تاريخ الميلاد _____

رقم الهاتف _____

الرمز البريدي _____

الولاية _____

المدينة _____

عنوان المراسلات _____

مكان العمل _____

حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____

رقم هاتف مكان العمل _____

المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

لكل لوجين لولد ليله لئلا هو لله لوف لستول، فلك هئا لقم قل عَما.

الاسم (الأول والعائلة) _____

تاريخ الميلاد _____

رقم الهاتف _____

الرمز البريدي _____

الولاية _____

المدينة _____

عنوان المراسلات _____

مكان العمل _____

حالة التوظيف _____

عدد ساعات العمل في الأسبوع _____

رقم هاتف مكان العمل _____

الأشخاص الذين يعولهم الطرف المسؤول

لكل لوجين هو لله لوف لستول، قم تعبئة بطول لوج / لوجة لوجين.

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

أخي لبلغ في ضوء لظنر (لأنه بلخر. ألي لبلغ في ثور كي منها.)

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

نفقات المعيشة الشهرية

الرهن / _____ رعاية الأطفال / النفقة _____
المرافق _____ تأمين السيارة / المركبات _____
الهاتف (الخط الأرضي) _____ إجمالي النفقات الشهرية بالدولار _____
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:

مستشفي Ascension قوم ع 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. شكرك ع ثققت بنا ف ما يتعلق برعايتك أنت وعائلتك بشأن جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

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

إ جانب الطلب، ستحتاج إ تقد م التحقق من دخل أ تك وتأم د جميع الأصول ال تي متلها أي فرد من أفراد الأة.

من أمثلة إثبات الدخل ما ي

- سخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
- سخ من أحدث إقرار ي سنوي (إذا كنت تعمل عم > راء، فقم بتضمي جميع الجداول فب
- خطاب منح الضمان الاجتماعي و/أو معاش التقاعد
- الإقرار ال فب الأخرى للوالد أو الو هم الطلب تاب همد ر ج فب نموذج الإقرار ال فب ي الخاص بالوالد أو الو فب وإذالكن
- و لكان عمره أقل من 25 عا ط
- صورة من إصال امتيازات البطالة

• وثائق التحقق من الدخل الأخرى

المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعرف في مفعول مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، في حثهم على إرسال
حامل اسم "خطاب الدعم". ولن يجعلهم ذلك مسؤولين عن دفع الفاتورة الطبية الخاصة بك. بل سيساعد ذلك إذا كنت
تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إلى ملء نموذج النموذج المرفق الذي
إظهار مدى قدرتك على خطاب الدعم.

قد تتمكن من النظر في فواتيرك الطبية المستحقة لتأهلك للحصول على مساعدة مالية. إذا كنت ترغب في أن نفكر في ذلك، يرجى أخيراً

ظلتقدّم وثائق عن تلك الفاتورة الطبية الشهيرة المستحقة والصحة المالية / الأدوية، مثل الفواتير الحالية أو كشف أرصدة الحسابات. يرجى العلم أنه يجب استلام 1 الطلب المكتمل (جانب 2) إثبات الدخل و3 الفواتير الطبية المستحقة (إن وجدت) حتى يتم النظر في الطلب. نتعذر علينا معالجة الطلبات غير الهاملة أو البت فيها.

يرجى أن تضع في اعتبارك أن الاتصالات عبر البريد الإلكتروني أو الهاتف ليست آمنة. على الرغم من ضعف إنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من عند تقديم طلبك، إلا أن احتمال حدوث ذلك، إلا أن بقية أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه. إننا نؤكد على حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. بحكم أن طلبك يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني. يرجى إرسال الطلب المكتمل مع وثائق الدعم بعد طباعته عبر البريد الإلكتروني أو إرساله بالبريد الفوري:

Ascension Wisconsin
PO Box 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

نحن هنا للمساعدة ونقدم التأكد من أن المرء المؤهل للحصول على المساعدة المالية يتلقونها. إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، أو المستندات الداعمة المطلوبة، أو أفضل طريقة لإرسال طلبك إلينا، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرفق لدينا عبر الرقم 877-304-6332

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرء في
Ascension



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>