

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
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	الرمز البريدي	حالة التوظيف
مكان العمل	رقم هاتف مكان العمل	عدد ساعات العمل في الأسبوع

المعلومات الخاصة بالطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان المريض الوارد اسمه أعلاه هو نفسه الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغاً.)

التاريخ	رقم الهاتف	الاسم (الأول والعائلة)
عنوان المراسلات	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	المدينة	الولاية
مكان العمل	الرمز البريدي	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.)

التاريخ	رقم الهاتف	الاسم (الأول والعائلة)
عنوان المراسلات	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	المدينة	الولاية
مكان العمل	الرمز البريدي	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

[Date]

عزيزي المريض/مقدم الطلب:

إن مستشفى Ascension يقوم على التعاطف وهو مخصص لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصة 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 تتل

أخيرًا، قد تتمكن من النظر في فواتيرك الطبية المستحقة لتأهيلك للحصول على مساعدة مالية. إذا كنت ترغب في أن نفكر في ذلك، بربحي 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