

3 يناير 2023

عزيزي المريض / مقدم الطلب،

إن مستشفى Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital يقوم على أساس الرحمة، وهو مكرس لتقديم رعاية شخصية للجميع - وخاصة أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها. إن مهمتنا وميزتنا تتمثلان في تقديم المساعدة المالية لمرضانا. المساعدة المالية متاحة فقط لحالات الطوارئ وغيرها من حالات الرعاية الضرورية طبياً. نشكرك على ثقتك بنا في الاعتناء بك وبعائلتك فيما يخص جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

نحن نرسل هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تطلب ذلك، يرجى تجاهله. يرجى إكمال كلا الجانبين، بما في ذلك التوقيع على الطلب وتاريخه قبل إعادته. إذا أكملت طلباً خلال الأشهر الستة الماضية وتمت الموافقة على المساعدة المالية، يرجى إخطارنا. قد لا تحتاج إلى إكمال طلب جديد. لن ننظر في أي طلب سابق مضى عليه أكثر من ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، يرجى تقديم نسخة من واحد على الأقل من العناصر التالية كدليل على دخلك. إذا كنت متزوجاً أو عشت مع شخص مهم آخر لمدة 6 أشهر أو أكثر، فسيتعين عليهم أيضاً تقديم نسخة من أحد العناصر التالية على الأقل كدليل على دخلهم قبل معالجة الطلب.

- نسخ من أحدث 3 كشوف رواتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فقم بتضمين جميع الجداول)
- الضمان الاجتماعي و / أو خطاب مكافأة التقاعد
- أحدث إقرار ضريبي سنوي لولي الأمر أو الوصي، إذا كان مقدم الطلب معالماً مدرجاً في النموذج الضريبي لهم وتحت سن 25
- وثائق إثبات الدخل الأخرى
- نسخ من كشوف الحسابات البنكية لآخر 3 أشهر
- نسخة من إيصال امتيازات إعانة البطالة

إذا تلقيت مساعدة من العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش في منزل معهم، يرجى مطالبتهم بإكمال النموذج المرفق المسمى "خطاب الدعم". وهذا لن يجعلهم مسؤولين عن فواتيرك الطبية. سيساعد هذا في إظهار قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إلى ملء نموذج خطاب الدعم.

وفي النهاية، يرجى أيضاً تقديم الوثائق كدليل على التكاليف الشهرية المستحقة للطب والصيدلة / الأدوية.

يرجى العلم أنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخول حتى يتم النظر في الطلب. نحن غير قادرين على معالجة الطلبات غير المكتملة أو النظر فيها.

يرجى أن تضع في اعتبارك أن المراسلات عبر البريد الإلكتروني عبر الإنترنت ليست آمنة. على الرغم من أن ذلك أمر غير محتمل، إلا أنه من المحتمل أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في البريد الإلكتروني وقراءتها من قبل أطراف أخرى إلى جانب الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. نظرًا لأن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على الامتناع عن إرساله عبر البريد الإلكتروني.

يرجى طباعة وإرسال الطلب المكتمل بالبريد أو باليد إلى العنوان التالي:

**Ascension Saint Thomas  
Rehabilitation Hospital  
310 21st Avenue North  
Nashville, TN 37203**

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم (629) 253-5300.

مع أرق الأمنيات،

الخدمات المالية للمرضى

مستشفى Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital

# نموذج طلب المساعدة المالية

## معلومات المريض

(يرجى كتابتها بحروف واضحة ويجب استكمال جميع الحقول. حدد "لا ينطبق" إذا لم يكن ذلك قابلاً للتطبيق على أي سطر فردي في التطبيق)

التاريخ	رقم الحساب		
الاسم (الأول والأخير)			
تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف	
العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)			
صاحب العمل	حالة التوظيف		
عدد ساعات العمل في الأسبوع	رقم هاتف صاحب العمل		

## معلومات الطرف المسؤول / معلومات الوصي القانوني

(إذا كان المريض أعلاه هو نفس الطرف المسؤول، فاترك هذا القسم فارغاً.)

الاسم (الأول والأخير)			
تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف	
العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)			
صاحب العمل	حالة التوظيف		
عدد ساعات العمل في الأسبوع	رقم هاتف صاحب العمل		

## معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفس الطرف المسؤول، فاملأ معلومات الزوج / الزوجة للمريض.)

الاسم (الأول والأخير)			
تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية	رقم الهاتف	
العنوان البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)			
صاحب العمل	حالة التوظيف		
عدد ساعات العمل في الأسبوع	رقم هاتف صاحب العمل		

## المعالون لدى الطرف المسؤول

(إذا كان المريض هو نفس الطرف المسؤول، فاملأ 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 البالغين والأطفال الذين يعيشون في المنزل

## الدخل الشهري

(قم بتعبئة المبالغ بالدولار لكل عنصر مدرج أدناه. قدم مبلغًا شهريًا لكل منها.)

إعالة الطفل التي يتم تلقيها	الدخل المكتسب لمقدم الطلب
نفقة الزوجة	دخل الزوج / الزوجة لمقدم الطلب
الدخل من ممتلكات الإيجار	امتيازات الضمان الاجتماعي
قسائم الطعام	دخل المعاش / التقاعد
توزيع أموال الصناديق الاستثمارية المستلمة	دخل الإعاقة
الدخل الآخر	تعويض البطالة
الدخل الآخر	تعويض العمال
إجمالي الدخل الشهري بالدولار	الدخل من الفوائد / أرباح الأسهم

## نفقات المعيشة الشهرية

دعم الطفل / النفقة	الرهن العقاري / الإيجار
بطاقات الائتمان	المرافق
فواتير الطبيب / المستشفى	الهاتف (الخط الأرضي)
التأمين على السيارة / المركبات	الهاتف الخليوي
التأمين على المنزل / الممتلكات	اليقالة / الطعام
التأمين الطبي / الصحي	القنوات التلفزيونية / الإنترنت / القنوات الفضائية
التأمين على الحياة	مدفوعات السيارة
المصاريف الشهرية الأخرى	رعاية الأطفال
إجمالي المصروفات الشهرية بالدولار	

## الأصول

النقد / حسابات التوفير / الحسابات الجارية
المخزون / السندات / الاستثمارات / شهادة (شهادات) الإيداع
عقارات أخرى / سكن ثانوي
قارب / عربة سكن متنقلة / دراجة نارية / مركبة ترفيهية
سيارات التجميع / سيارات غير أساسية
أصول أخرى

أقر بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي. أفوض بموجب هذه الوثيقة المستشفى للحصول على معلومات من وكالات تقارير الائتمان الخارجية إذا رأت المستشفى ذلك ضروريًا.

توقيع مقدم الطلب

التاريخ

## التعليقات

---

---

---

---

---

---