

## عزيزنا المريض،

شكراً لك على اختيارك Ascension Seton. إن Ascension Seton هي خدمة كهنوتية كاثوليكية للرعاية الصحية تلهمنا رسالتها برعاية صحة من نخدمهم وتحسينها وإيلاء اهتمام خاص للفئات الفقيرة والضعيفة. ودعماً لرسالتنا، فإننا نوفر المساعدات المالية للمرضى الذين لا يمكنهم تحمل تكلفة الرعاية الطبية.

بناءً على طلبك، لقد قدمنا لك طلب تقدم للحصول على المساعدات المالية. يُرجى إكمال كلا الجانبين، بما في ذلك **توقيعك والتاريخ** قبل إعادة الطلب إلى قسم الخدمات المالية للمرضى لكي تتم معالجته.

بالإضافة إلى الصفحات الخاصة بطلب التقدم، يجب عليك إرسال الوثائق المتعلقة بإثبات الدخل وذلك فيما يخص الدخل الذي يتلقاه أفراد أسرتك بالكامل وذلك لكي يتم النظر في هذا الطلب. لن تتم معالجة طلبات التقدم غير المكتملة. **وبالإضافة إلى ذلك، فإننا نطلب أن تتم الاستعانة بجميع مصادر التمويل المتاحة الأخرى قبل تقييم الأهلية للحصول على المساعدات الخيرية.** لغرض تحديد الأهلية، يشمل الدخل على الإيرادات النقدية الإجمالية السنوية/الشهرية قبل خصم الضرائب من جميع المصادر، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- الأجر والرواتب المالية قبل خصم أي مبالغ مقطوعة
- صافي الإيرادات من الأعمال الحرة الخاصة بالمزارع (إيرادات المزرعة التي يديرها الشخص كمالك أو مستأجر أو مزارع مستأجر، بعد خصم المبالغ المقطوعة اللازمة من أجل نفقات تشغيل المزرعة)
- صافي الإيرادات من الأعمال الحرة غير الخاصة بالمزارع (إيرادات الأعمال التجارية غير ذات المسؤولية الاعتبارية المملوكة للشخص والمنشآت المهنية أو الشراكات، بعد خصم المبالغ المقطوعة)
- الضمان الاجتماعي
- مخصصات تقاعد العاملين بالسكك الحديدية
- تعويضات البطالة
- مخصصات دعم الإضراب المقدمة من صناديق الاتحادات
- تعويض العاملين
- مخصصات المحاربين القدامى
- المساعدات العامة (بما في ذلك مخصصات برنامج المعونات المقدمة للأسر ذات الأطفال المعالة أو برنامج المساعدات المؤقتة المقدمة للأسر المحتاجة (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) أو مخصصات دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) [إلخ.])
- المنح الدراسية الخاصة بالتدريب
- النفقة أو إعالة الطفل
- المخصصات العسكرية للأسرة أو مصادر الدعم المنتظمة الأخرى المقدمة من أحد أفراد الأسرة الغائبين أو من أحد الأشخاص الذين لا يعيشون في منزل الأسرة
- معاشات التقاعد (الخاصة أو الحكومية أو التقاعد العسكري أو المعاشات السنوية)
- منح التفوق أو منح الإعانة الدراسية أو منح الزمالات أو المنح مقابل المساعدة في التدريس أو الأبحاث، المقدمة من الكلية أو الجامعة
- الأرباح والفوائد
- الدخل من الإيجار
- الإيرادات الدورية من العقارات أو الودائع
- صافي الأرباح من المقامرة أو اليانصيب

تتضمن وثائق إثبات الدخل على ما يلي:

- الإقرار الضريبي لأقرب عام **[مفضل]**
- أحدث كعوب شيكات أجر لكل من أفراد الأسرة العاملين
- خطاب من صاحب العمل على ترويسة الشركة، يثبت الحصول على التعويض
- إشعار بالحصول على مخصصات البطالة
- إثبات بدخل الضمان الاجتماعي
- إثبات بعمليات السحب المنتظمة من الودائع أو دخل التقاعد
- خطاب دعم مقدم من أحد أفراد الأسرة **[مفضل أن يعتمد بواسطة كاتب عدل]**
- الوثائق التي تثبت الحصول على أنواع الدخل الأخرى؛ إعالة الطفل، النفقة، إلخ
- خطاب بقرار الأهلية للاتحاق ببرامج المساعدات الحكومية؛ قسائم الطعام، برنامج WIC، الإسكان المدعم، إلخ.

(أكمل في الخلف)

- خطاب بقرار الأهلية للالتحاق بأي من البرامج الممولة من قبل الحكومة أو مصادر الدفع المقدمة من قبل طرف ثالث
- نسخة رسمية من الشهادة المدرسية
- إثبات العنوان؛ فاتورة مرافق، كشف حساب مصرفي، كشف حساب بطاقة ائتمان، إلخ. ليست أقدم من 3 أشهر

يُرجى ملاحظة: ليس الغرض من الإعانة المالية أن تحل محل التخطيط المالي المعقول أو تغطية التأمين الصحي أو التمويل العام المتاح الذي قد تكون مؤهلاً للحصول عليه.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى المساعدة في إكمال هذا النموذج، يُرجى توجيه مكالماتك كما هو موضح أدناه:

<b>Ascension Medical Group</b>	<b>Ascension Seton Smithville</b>	<b>Ascension Seton</b>
(512) 324-8960	(512) 237-5742	رقم الهاتف المحلي: (512) 324-1125 اختر الخيار رقم 4 ثم الخيار رقم 3 الرقم المجاني للمكالمات طويلة المدى: <b>1-800-749-7624</b> اختر الخيار رقم 4 ثم الخيار رقم 3
	<b>Ascension Seton Shoal Creek</b>	
	(512) 324-2025	

يُرجى إرسال طلب التقدم المكمل الخاص بك ووثائق إثبات الدخل على العنوان المناسب من العناوين المذكورة أدناه:

<b>Patient Financial Services</b> <b>Ascension Seton</b> Attn: Financial Counselors P.O. Box 204398 Dallas, TX 75320-4398	<b>Ascension Seton Smithville</b> <b>Attn: Business Office</b> Representative P.O. Box 204233 Dallas, TX 75320	<b>Medical Group Financial</b> <b>Assistance Department</b> 10330 North Meridian St, 2nd Floor Indianapolis, IN 46290  Email: FinancialCounselors@ascension.org Fax: (317) 981-6312
	<b>Ascension Seton Shoal Creek</b> <b>Attn: Patient Financial Services</b> 3501 Mills Avenue Austin, TX 78731	

وتفضل بقبول فائق الاحترام،

قسم الخدمات المالية للمرضى

**Ascension Seton**

## استمارة طلب الحصول على المساعدات المالية

رقم حساب (حسابات) Seton: \_\_\_\_\_ رصيد (أرصدة) الحساب: \_\_\_\_\_ رقم (أرقام) السجل الطبي: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_  
 رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الحالة الاجتماعية: \_\_\_\_\_  
 الضامن: \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي للضامن: \_\_\_\_\_  
 عنوان الشارع: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
 المدينة: \_\_\_\_\_ المقاطعة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

### المعلومات الخاصة بالدخل

عدد المعولين: \_\_\_\_\_ عدد الأفراد الذين يتلقون دخلاً: \_\_\_\_\_ إجمالي الأجر الشهري: \_\_\_\_\_ دولار  
 دخل البطالة الشهري: \_\_\_\_\_ دولار إعالة الطفل الشهرية: \_\_\_\_\_ دولار النفقة الشهرية: \_\_\_\_\_ دولار  
 إيرادات الصناديق الائتمانية: \_\_\_\_\_ دولار مخصصات SSI الشهرية: \_\_\_\_\_ دولار  
 دخل شهري آخر: \_\_\_\_\_ دولار  
 إجمالي الدخل الشهري \_\_\_\_\_ دولار  
 \* يجب توفير الوثائق الداعمة لكل نوع من أنواع الدخل المذكورة\*

### الإعانة الحكومية

\*يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق\*

قسائم الطعام  WIC (برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال)  الإسكان المدعم  
 CHIP  CCHC  MAP  Medicaid (التابع لولاية تكساس/ Medicaid (التابع لولاية/أخرى غير تكساس): \_\_\_\_\_  
 برنامج رعاية المعوزين التابع للمقاطعة (اسم المقاطعة): \_\_\_\_\_  
 Music Seton Care Plus (MSCP)  Seton Care Plus (SCP)

\* يجب توفير الوثائق الداعمة لكل نوع من أنواع الإعانة المشار إليها\*

### قسم معلومات الأصول

\*قم بتضمين جميع القيم المنطبقة\*

السندات _____ دولار	الأسهم _____ دولار	قيمة _____
السكن الثانوي _____ دولار	صناديق التقاعد الشخصية _____ دولار	قيمة _____
المجموعة كهواية _____ دولار	اليخت _____ دولار	قيمة _____
غير الضرورية _____ دولار	مركبة الترفيه _____ دولار	قيمة _____
الأخرى _____ دولار	قيمة العناصر الفاخرة _____	

القيمة الإجمالية للأصول \_\_\_\_\_ دولار

الشهادة: أنا أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي. أدرك أنه قد يتم كشف المعلومات لأغراض رفع تقارير الرعاية غير المعوض عنها.

توقيع المريض/الضامن: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
 تم إكماله بواسطة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_