

عزيزي المريض /عزيزتي المريضة،

نشكركم على اختيار Saint Thomas Health لتلبية احتياجات الرعاية الطبية الخاصة بكم. إن مهمتنا وميزتنا تتمثل في توفير المساعدة المالية لمرضانا.

وبناءً على طلبك، قمنا بتوفير طلب المساعدة المالية المرفق. الرجاء إكمال كلا الوجهين، بما في ذلك توقيعك والتاريخ قبل إعادته إلى العنوان أو إلى البريد الإلكتروني أو رقم الفاكس المناسب اعتمادًا على مكان توفير الخدمات.

بالإضافة إلى الطلب، الرجاء تقديم عنصر **واحد** على الأقل من العناصر التالية كدليل على الدخل. إذا كنت متزوجًا أو كنت تعيش مع شخص آخر لمدة ستة (6) أشهر أو أطول، يلزم كذلك توفير دليل الدخل من الطرف الآخر قبل أن تتسنى معالجة الطلب.

- نسخ من أحدث 3 كعوب دفع راتب تظهر إجمالي الدخل المكتسب (قبل خصم الضرائب). -أو-
- نسخة كاملة من آخر إقرار ضريبي لك؛ وإذا كنت تعمل في عمل حر، يرجى تضمين كل الجداول. -أو-
- نسخة من الضمان الاجتماعي الحالي أو خطاب منح المعاش أو البيان البنكي الذي يظهر الضمان الاجتماعي أو إيداع المعاش أو نسخة من أحدث ضمان اجتماعي أو فحص المعاش -أو-
- يجب أن يقوم كل الطلاب بعمر 25 عامًا وأقل بتقديم نسخ من أحدث نموذج إقرار ضريبي لأولياء أمورهم إذا كانوا مسجلين كمعالين في الإقرارات الضريبية لأولياء أمورهم. -أو-
- غير ذلك: إذا كنت تتلقى المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش في منزل مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، يرجى حثهم على إكمال النموذج المرفق الذي يحمل اسم "خطاب الدعم". ولن يجعلهم ذلك مسؤولين عن دفع الفاتورة الطبية الخاصة بك. فسوف يتم استخدام هذا النموذج لمعرفة مدى قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا لم تتلق أي مساعدة، لا يلزم تعبئة خطاب الدعم.

يجب أن يتم تلقي الطلب المكتمل بالإضافة إلى دليل الدخل من أجل النظر فيه. ولن يتم النظر في الطلبات غير المكتملة.

للتعرف على رقم هاتف موفر الرعاية الخاص بك أو العنوان الذي يجب إرسال الطلبات إليه، الرجاء الاطلاع على الجانب الآخر من هذه الصفحة.

مع أرق الأمنيات،

الخدمات المالية للمرضى
Saint Thomas Health



Saint Thomas Health

عنوان البريد الإلكتروني	رقم الفاكس	العنوان	رقم الهاتف	اسم موفر الرعاية
	(615) 222-7700	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-6638	Saint Thomas West
	(615) 222-7700	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 284-5340	Saint Thomas Midtown
	(615) 222-7700	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-6638	Saint Thomas Rutherford
	(317) 583-2753	STHe Financial Asst. 10330 N. Meridian #200 Indianapolis, IN 46290	(317) 981-6312	Saint Thomas Medical Partners (Physicians)
	(931) 738-2669	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(877) 348-7082	Saint Thomas Highlands
	(931) 738-2669	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(877) 348-7082	Saint Thomas Dekalb
	(931) 738-2669	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(877) 348-7082	Saint Thomas River Park
	((931) 738-2669	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(877) 348-7082	Saint Thomas Stones River
		STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033	(931) 729-6800	Saint Thomas Hickman
		Lab Plus LLC Attn: Hilda Bishop 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2773	Lab Plus
STHSSFinAssist@uspi.com		STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7500	Saint Thomas Center for Specialty Surgery
	(615) 236-4040	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(877) 664-4076	Saint Thomas EMS
		STHe Financial Asst. 312 21 st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 321-7730	Baptist Ambulatory Surgery Center
	(615) 222-7700	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-6638	Saint Thomas Center for Sleep

استمارة طلب المساعدة المالية

يلزم تعبئة جميع الحقول



ما قبل التأهيل

نوع المساعدات المالية المطلوبة: خيرية

موفر الرعاية / المرفق المطلوب:

رقم السجل الطبي		معلومات المريض (اكتب الاسم بحروف واضحة)		
رقم الحساب				
رقم الهاتف	الجنس	الحالة الاجتماعية (الزوجية)	تاريخ الميلاد	اسم المريض
عنوان البريد الإلكتروني	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان
عدد الساعات / في الأسبوع	حالة العمل	صاحب العمل		رقم الضمان الاجتماعي
رقم الهاتف	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان صاحب العمل

معلومات الطرف المسؤول / الضامن (اتركه فارغاً إذا كانت الإجابة مثل ما سبق)

رقم الهاتف	الجنس	الحالة الاجتماعية (الزوجية)	تاريخ الميلاد	الاسم
عنوان البريد الإلكتروني	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان
عدد الساعات / في الأسبوع	حالة العمل	صاحب العمل		رقم الضمان الاجتماعي
رقم الهاتف	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	عنوان صاحب العمل

معلومات زوج / زوجة الطرف المسؤول

تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي		اسم الزوج / الزوجة	
رقم الهاتف	الرمز البريدي	الولاية	العنوان	صاحب العمل للزوج / الزوجة

المعالين

العلاقة به	العمر	الاسم	العلاقة به	العمر	الاسم

الحجم الكلي للعائلة

استمارة طلب المساعدة المالية

يلزم تعبئة جميع الحقول



Saint Thomas
Health

	الرهن / الإيجار	_____	الدخل المكتسب لمقدم الطلب
	الكهرباء	_____	الدخل المكتسب لزوج / زوجة مقدم الطلب
	الغاز	_____	امتيازات الضمان الاجتماعي
	الهاتف	_____	المعاش / دخل التقاعد
	ماء	_____	تعويضات البطالة
	البقالة	_____	تعويضات العاملين
	القنوات التلفزيونية	_____	الدخل من الفوائد / الأرباح
	مدفوعات السيارات	_____	إعالة الطفل
	الهاتف الخليوي	_____	النفقة
	الرعاية النهارية	_____	دخل تأجير الممتلكات
	إعالة الطفل / نفقة الزوجة المطلقة	_____	قسائم الطعام
	الأدوية الموصوفة	_____	غير ذلك
	بطاقات الائتمان:		غير ذلك
	1. بطاقة الائتمان 1 -	_____ دولار	إجمالي الدخل:
	2. بطاقة الائتمان 2 -	_____	
	3. بطاقة الائتمان 3 -	_____	
	فواتير الأطباء /		إجمالي الدخل - النفقات:
	المستشفيات الأخرى:	_____ دولار	
	فواتير الأطباء / المستشفيات 1 -	_____	
	فواتير الأطباء / المستشفيات 2 -	_____	
	فواتير الأطباء / المستشفيات 3 -	_____	
	فواتير الأطباء / المستشفيات 4 -	_____	
	نفقات التأمين:		
	1. السيارات	_____	
	2. الملكيات	_____	
	3. الطبي / الحياة	_____	
	مدفوعات القروض الأخرى:		
	1. مدفوعات القروض -	_____	
	2. مدفوعات القروض -	_____	
	المدفوعات الشهرية الأخرى:		
	1. مدفوعات أخرى -	_____	
	2. مدفوعات أخرى -	_____	
	3. مدفوعات أخرى -	_____	
	إجمالي النفقات الشهرية:	_____ دولار	

التعليقات:

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 ضرورياً.

توقيع المريض، أو الزوج / الزوجة، أو الضامن أو الممثل القانوني

التاريخ

خطاب الدعم

رقم السجل الطبي / رقم الحساب

اسم الداعم

العلاقة بالمريض

عنوان الداعم

إلى Saint Thomas Health:

أود إعلامكم 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.

التاريخ

توقيع الداعم