

الموضوع: المريض –  
رقم الحساب –  
تاريخ توفير الخدمة و / أو الرصيد المستحق –

عزيزي/عزيزتي :

لقد أشرت إلى أنك تحتاج إلى المساعدة لدفع فاتورة المستشفى. ولكي نتمكن من تقييم وضعك المالي، يلزم توفير الوثائق التالية:

- نموذج التقييم المالي (المرفق) بعد ملئه؛
- نسخة من نموذج (نماذج) الضرائب الأحدث مع كل الجداول، بما في ذلك الوثيقة W-2(s)؛
- ونسخة من أحدث ثلاثة (3) كعوب راتب لك ولأي شخص يعمل ويقوم في المنزل معك؛
- ونسخة من أحدث ثلاثة (3) بيانات بنكية لكل حساب تمتلكه؛
- وقائمة بالديون الطبية المستحقة ونفقات الصيدليات الشهرية الخاصة بك،
- واسم أخصائي Medicaid المسؤول عن حالتك ورقم هاتفه، إن وجد.
- غير ذلك: \_\_\_\_\_

يرجى العلم أنه إذا لم يتم تلقي طلب إلى المعلومات في غضون الـ 30 يوماً المقبلة ، سنواصل ممارسة الفواتير النظامية.

شكرا ل تعاونكم .

يرجى العودة إلى:

St. Vincent Health  
Patient Financial Services  
.North Meridian St 10330  
Suite 200  
Indianapolis, IN 46290

يجب أن يكون لديك أسئلة إضافية ، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على 2078-435-866 .

رقم الحساب:	المستشفى	رقم السجل الطبي:	رقم السجل الطبي ورقم الحساب يتم تسجيلهما عن طريق العاملين في المستشفى	
الرجاء تقديم المعلومات التالية بحيث تكون كاملة ودقيقة. تخضع المعلومات للتحقق. الرجاء إرفاق قائمة بالأفراد الإضافيين المقيمين في المنزل إذا كان هناك أكثر من خمسة (5) أفراد به.				
اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير):	رقم الضمان الاجتماعي:	إجمالي عدد الافراد المقيمين في المنزل		
العنوان:	ارقام الهواتف:	المنزل: ( ) العمل: ( )		
المدينة / الولاية / الرمز البريدي:	اسم الطرف المسؤول (الأول، الأوسط، الأخير):			
اكتب أسماء كل الأفراد المقيمين في المنزل	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	العلاقة بالمريض	الدخل الشهري
1.		-	-	دولار أمريكي
2.		-	-	دولار أمريكي
3.		-	-	دولار أمريكي
4.		-	-	دولار أمريكي
5.		-	-	دولار أمريكي
الدخل الشهري		النفقات الشهرية		
الدخل الإجمالي للطرف المسؤول (قبل خصم الضرائب)	دولار أمريكي	الإيجار / الرهن العقاري / تأمين مالك المنزل	دولار أمريكي	
إجمالي الدخل المنزلي الآخر (قبل خصم الضرائب)	دولار أمريكي	المرافق (الكهرباء / المياه / الغاز)	دولار أمريكي	
الدخل من الاستثمار (الدخل السنوي / الأسم / الأرباح)	دولار أمريكي	الهاتف	دولار أمريكي	
إعالة الطفل / النفقة التي يتم تلقيها	دولار أمريكي	إعالة الطفل / النفقة التي يتم دفعها	دولار أمريكي	
دخل تأجير الممتلكات	دولار أمريكي	الطعام (باستثناء السجائر والمشروبات الكحولية)	دولار أمريكي	
المعاش / معاش التقاعد / إعانات البطالة	دولار أمريكي	مدفوعات السيارات (القروض + التأمين)	دولار أمريكي	
غير ذلك:	دولار أمريكي	الفواتير الطبية وفواتير الصيدليات	دولار أمريكي	
إجمالي الدخل الشهري (قبل خصم الضرائب)	دولار أمريكي	إجمالي النفقات الشهرية	دولار أمريكي	
الأصول		الالتزامات		
قيمة مكان (أماكن) السكن	دولار أمريكي	رصيد قرض الإسكان / الرهن العقاري	دولار أمريكي	
رصيد الحساب الجاري	دولار أمريكي	الرصيد المستحق في بطاقات الائتمان	دولار أمريكي	
المدخرات / أسهم البورصة / شهادات الإيداع / أموال التقاعد	دولار أمريكي	رصيد قرض السيارة	دولار أمريكي	
قيمة السيارة / القارب / الدراجة النارية	دولار أمريكي	إجمالي الفواتير الطبية (قم بإرفاق قائمة بها)	دولار أمريكي	
غير ذلك:	دولار أمريكي	الضرائب العقارية	دولار أمريكي	
القيمة الإجمالية للأصول	دولار أمريكي	إجمالي الالتزامات	دولار أمريكي	

أنا أقر أن المعلومات المقدمة أعلاه دقيقة وحقيقية وتعبر عن المعلومات المالية الخاصة بي. كما أقر كذلك أنه لا توجد أي تغطية تأمينية إضافية لهذا المريض بخلاف ما تم ذكره في وقت التسجيل. أنا أدرك أن تقديم معلومات خاطئة يؤدي إلى رفض طلب أي نوع من أنواع المساعدة المالية من خلال St. Vincent Health. إذا كان يحق لي اتخاذ أي إجراء تجاه أي جهة دفع خارجية أو عمل تسوية معها، فسألتزم بأي إجراءات ضرورية أو أي إجراءات تطلبها St. Vincent Health للحصول على تلك المساعدة، كما أنني سألتزم لصالح St. Vincent Health عن كل المبالغ التي يتم استردادها، وأقوم بدفعها، حتى الوفاء بكامل الرصيد المستحق على الفاتورة الخاصة بي. وفي حالة التخلف عن تقديم طلب للحصول على تلك المساعدة، أو متابعة عملية الطلب، أو اتخاذ الإجراءات التي تعتبر ضرورية أو مطلوبة لدى St. Vincent Health، سيؤدي ذلك إلى رفض هذا الطلب. كما أنني أخول St. Vincent Health لفحص سجلي الائتماني من خلال مكتب الائتمان، إذا لزم الأمر.

ورقة عمل دليل الدخل  
للمرضى / الأطراف المسؤولين أصحاب الأعمال الخاصة

عزيزي/عزيزتي :

إننا ندرك أنك قد تقدمت بطلب للحصول على المساعدة المالية فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية،  
وأنت غير قادر على الحصول على الوثائق العادية الروتينية بسبب عمك الخاص. الرجاء تقديم  
المعلومات التالية عن آخر ثمانية (8) أسابيع:

الأسبوع	الدخل التجاري	النفقات التجارية	راتبك من العمل
1	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
2	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
3	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
4	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
5	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
6	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
7	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
8	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .
الإجمالي	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .	دولار أمريكي .

الرجاء إعادة تلك المعلومات فوراً بمجرد ملئها إلى:

St. Vincent Health  
Patient Financial Services  
.North Meridian St 10330  
Suite 200  
Indianapolis, IN 46290

مع أرق الأمنيات،

St. Vincent Health