

عزيزي المريض/مقدم الطلب،

إن مستشفى كروس كريك وأسبنشن سيتون مدفوعة بالتعاطف ومكرّسة لتقديم رعاية شخصية للجميع — وخاصةً لمن هم في أمسّ الحاجة إليها. وإن مهمتنا وامتيازنا هو تقديم المساعدة المالية لمرضانا. وتتوفر المساعدة المالية فقط للرعاية الطارئة وغيرها من الرعاية الطبية الضرورية. شكرًا لك على ثقتك بنا لرعايتك أنت وعائلتك في جميع احتياجاتك الصحية.

نرسل إليك هذه الرسالة ونموذج طلب المساعدة المالية المرفق لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد قدمت هذا الطلب، فيُرجى تجاهل تلك الرسالة. يرجى تعبئة كلا الجانبين من النموذج، بما في ذلك توقيعك وتاريخ التوقيع قبل إعادته إلينا. إذا كنت قد أكملت طلبًا خلال الأشهر الستة الماضية وتمت الموافقة على حصولك على المساعدة المالية، فيُرجى إبلاغنا بذلك. فقد لا تحتاج إلى تعبئة طلب جديد. لن ننظر في أي طلب سابق مرّ عليه أكثر من ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، يرجى تقديم نسخة من واحد على الأقل من المستندات التالية كإثبات للدخل. إذا كنت متزوجًا أو تعيش مع شريك لمدة 6 أشهر أو أكثر، فيجب عليه أيضًا تقديم نسخة من واحد على الأقل من المستندات التالية كإثبات لدخله قبل أن نتمكن من معالجة الطلب:

- نسخ من أحدث 3 كشوفات للراتب من صاحب العمل
 - نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (وإذا كنت تعمل لحسابك الخاص، أرفق جميع الجداول)
 - خطاب منح معاش التقاعد أو الضمان الاجتماعي
 - أحدث إقرار ضريبي سنوي لولي الأمر أو الوصي، إذا كان مقدم الطلب معالًا مذكورًا في إقراره الضريبي وتحت سن 25
 - مستندات أخرى للتحقق من مصادر الدخل
 - نسخ من كشوف الحسابات البنكية لآخر 3 أشهر
 - نسخة من إيصال استحقاق إعانات البطالة
- إذا كنت تتلقى مساعدات أو تعيش في منزل مع عائلة أو أصدقاء، فيُرجى منهم تعبئة النموذج المرفق المسمى "خطاب الدعم". وهذا لن يجعلهم مسؤولين عن فواتيرك الطبية.
- فهو سيساعد في توضيح إمكانية تحمّلك لنفقات المعيشة. وإذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة أو الأصدقاء، فلا حاجة لتعبئة نموذج خطاب الدعم.

وأخيرًا، يرجى أيضًا تقديم مستندات كإثبات لتكاليفك الشهرية الطبية وتكاليف الصيدلية/الأدوية المستحقة عليك.

يرجى العلم بأنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخل حتى يُنظر في الطلب. فلا يمكننا معالجة طلبات غير مكتملة أو النظر في أي منها.

يرجى مراعاة أن التواصل عبر البريد الإلكتروني من خلال الإنترنت غير آمن. وعلى الرغم من أن ذلك غير محتمل، فهناك احتمال أن تقوم أطراف أخرى غير الشخص المرسل إليه باعتراض المعلومات التي تدرجها في البريد الإلكتروني وتقرأها.

نحن نرغب في حماية معلوماتك الشخصية وضمان بقائها آمنة. ونظرًا لاحتواء الطلب على رقم ضمانك الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، نحثك على الامتناع عن إرساله عبر البريد الإلكتروني.

يرجى طباعة طلبك المكتمل وإرساله بالبريد أو تسليمه باليد إلى العنوان التالي:

8402 Cross Park Dr
Austin, TX 78754

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يُرجى التواصل مع مستشار الشؤون المالية بمكتب الأعمال لدينا على الرقم 512-215-3900.

مع خالص التقدير والاحترام،

قسم الخدمات المالية للمرضى

مستشفى كروس كريك وأسينشن سيتون