

عزيزي المريض / مقدم الطلب:

إن مستشفى Northwest Hills Surgical Hospital تقوم على التعاطف وهي مخصصة لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصة الأكثر احتياجًا. إن مهمتنا وميزتنا تتمثل في توفير المساعدة المالية لمرضاينا. والمساعدة المالية متاحة فقط للرعاية الطارئة والرعاية الضرورية من الناحية الطبية الأخرى. نشكرك على ثقتك بنا فيما يتعلق برعايتك أنت وعائلتك بشأن جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بكم.

نرسل إليكم هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق نظرًا لأننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد طلبت ذلك، يرجى تجاهل هذا الخطاب. الرجاء إكمال كلا الوجيهين، بما في ذلك توقيعك والتاريخ قبل إعادته. إذا كنت قد أكملت طلبًا خلال الأشهر الستة الماضية وتمت الموافقة عليه للحصول على مساعدة مالية، يرجى إبلاغنا بذلك. قد لا تحتاج إلى إكمال طلب جديد. لن نضع في اعتبارنا أي طلب سابق يتجاوز ستة أشهر.

إلى جانب الطلب، يرجى تقديم نسخة من عنصر واحد على الأقل من العناصر التالية كإثبات للدخل. إذا كنت متزوجًا أو عشت مع شخص آخر مهم لمدة 6 أشهر أو أكثر، فسوف يلزم أيضًا أن يقوم هذا الشخص بتقديم نسخة من واحد على الأقل من العناصر التالية كدليل على دخله قبل أن يتسنى لنا معالجة الطلب.

- نسخ من 3 أحدث كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضريبي سنوي (إذا كنت تعمل عملاً حرًا، فقم بتضمين جميع الجداول)
- خطاب منح الضمان الاجتماعي و / أو معاش التقاعد
- الإقرار الضريبي الأخير للوالد أو الوصي، إذا كان مقدم الطلب تابعًا مدرجًا في نموذج الإقرار الضريبي الخاص بالوالد أو الوصي وكان عمره أقل من 25 عامًا
- وثائق التحقق من الدخل الأخرى
- نسخ من بيانات الحسابات المصرفية عن آخر 3 شهور
- صورة من إيصال امتيازات البطالة

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. بل سيساعد ذلك على إظهار مدى قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت لا تتلقى أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إلى ملء نموذج خطاب الدعم.

أخيرًا، يرجى أيضًا تقديم وثائق كدليل على التكاليف الطبية والصيدلانية / الأدوية الشهرية المستحقة.

يرجى العلم أنه يجب استلام الطلب المكتمل مع إثبات الدخل حتى يتسنى النظر في الطلب. يتعذر علينا معالجة الطلبات غير الكاملة أو البت فيها.

يرجى مراعاة أن الاتصالات باستخدام البريد الإلكتروني عبر الإنترنت ليست آمنة. على الرغم من ضعف احتمالية حدوث ذلك، إلا أنه يوجد احتمال أن يتم اعتراض المعلومات التي تقوم بتضمينها في رسالة البريد الإلكتروني وقراءتها من قبل أطراف أخرى بخلاف الشخص الذي يتم توجيهها إليه.

إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. ونظرًا لأن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماعي ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله عبر البريد الإلكتروني.

الرجاء إرسال الطلب المكتمل بعد طباعته عبر البريد إلى العنوان التالي أو تسليمه باليد فيه:

A Northwest Hills Surgical Hospital
Attn: Patient Financial Services
6818 Austin Center Blvd. Suite 100
Austin, TX 78731
512-324-1125

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، يرجى الاتصال بأحد ممثلي المرضى لدينا على الرقم.

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرضى في
Northwest Hills Surgical Hospital