



CENTRAL TEXAS REHABILITATION HOSPITAL

An Ascension Seton Partnership
أبريل 11, 2023

عزيزي المريض/مقدم الطلب: إن

مستشفى Central Texas Rehabilitation Hospital يقوم على التعاطف وهو مخصص لتقديم رعاية شخصية للجميع - خاصة لك أنت. إن مهمتنا وم

تمثل كالتوفيق المساعدة المالية لمرضاة. والمساعدة المالية متاحة فقط للرعاية الطارئة والرعاية ال ضرورية من الناحية الطبية الأخرى. نشركم على ثقنا بنا فيما يتعلق برعايتك أنت وعائلتك بشأن جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بكم.

نرسل إليكم هذا الخطاب وطلب المساعدة المالية المرفق نظراً أننا تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد طلبت ذلك، فنتج تجاهل هذا الخطاب. الرجاء إكمال كال الوجه - فبما في ذلك توقيعك والتاريخ قبل إعادته. إذا كنت قد أكملت طلباً خلال الشهر الستة الماضية وتمت الموافقة عليه للحصول على مساعدة مالية، يرجى إبلاغنا بذلك - قد ال تحتاج إبل إكمال طلب جديد. لألسف، ال يمكننا الاعتماد على طلب سابق م تحمله أك لمن ستة أشهر.

إبل جانب الطلب، ستحتاج إبل تقديم التحقق من دخل أرسنك وتأكيد جميع الأصول ال يملكها أي فرد من أفراد ألسة.

تشمل أمثلة إثبات الدخل والأصول ما ي تل

- نسخ من أحدث 3 كعوب راتب من صاحب العمل
- نسخ من أحدث إقرار ضري (إذا كنت تعمل عملاً حراً، فقم بتضمين جميع الجداول)
- خطاب منح الضمان الاجتماع وأو معاش التقاعد
- الإقرار ال يملأخ للوالد أو الو كان عمره أقل من 25 عاماً
- صورة من إيصال امتيازات البطالة
- الموافقة / الرفض عمل الأهلية للاستفادة من Medicaid و / أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية
- وثائق التحقق من الدخل الأخرى

تشمل أمثلة إثبات الأصول ما ي تل

- كشوفات بنكية جارية (الحسابات الجارية وحسابات التوفيق) آخر 3 أشهر
- الالستثمارات، بما في ذلك الأسهم والسندات
- الصناديق الالستثمارية
- حسابات سوق المال
- الصناديق التبادلية

إذا كنت تتل ف المساعدة من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو كنت تعيش مع أفراد العائلة أو الأصدقاء، فمحتهم على إكمال النموذج المرفق الذي يحمل اسم "خطاب الدعم". ولن يجعلهم ذلك مسؤولاً. نحن دفع الفاتورة الطبية الخاصة بك. بل سيساعد ذلك على إظهار مدى قدرتك على تحمل نفقات المعيشة. إذا كنت ال تتل ف أي مساعدة من العائلة والأصدقاء، فلن تحتاج إبل ملء نموذج خطاب

الدعم.

أخيراً، قد نتمكن من النظر في فواتك الطبية المستحقة لتأهيلك للحصول على مساعدة مالية. إذا كنت ترغب في التفكير في ذلك، يرجى أيضا تقديم وثائق عن التكاليف الطبية الشهرية المستحقة والصيدلية / الأدوية، مثل الفوات الحالية أو كشف أرصدة الحسابات. يرجى العلم أنه يجب استالم 1) الطلب المكتمل إبل جانب 2) إثبات الدخل و3) الأصول، و 4) الفوات الطبية المستحقة (إن وجدت) ح تميم النظر في الطلب. نتعذر علينا معالجة الطلبات غي الكاملة أو البت فيها.

عند تقديم طلبك، يرجى أن تضع في اعتبارك أن التصالت ع مثل في الإلك ثو كع مثالن ثنت ليست آمنة. عمل الرغم من ضعف احتمالية حدوث ذلك، إل إنه يوجد احتمال أن يتم اع ثاض المعلومات ال يتقوم بتضمينها في رسالة ال في الإلك ثو كقراءتها من قِبَل أطراف أخرى بخالف الشخص الذي يتم توجيهها إليه. إننا نريد حماية معلوماتك الشخصية والتأكد من بقائها آمنة. بحكم أن الطلب يحتوي على رقم الضمان الاجتماع ومعلومات خاصة أخرى، فإننا نحثك على عدم إرساله ع مثل في الإلك ثو كي الرجاء إرسال الطلب المكتمل مع وثائق الدعم بعد طباعته ع إل إبل العنوان التالو تسليمه باليد فيه:

Central Texas Rehabilitation Hospital

Attn: Billing

700 West 45th Street

Austin, TX 78751

512-407-2111

نحن هنا للمساعدة ونريد التأكد من أن المرصالمؤهل -للحصول على المساعدة المالية يتلقونها. إذا كنت لديك أي أسئلة حول هذا الطلب، أو المستندات الداعمة المطلوبة، أو أفضل طريقة لإبصال طلبك إلينا، يرجى الاتصال بأحد ممثي المرصص

لدينا عمل الرقم 5124072111

مع أرق الأمنيات،

قسم الخدمات المالية للمرصص

Central Texas Rehabilitation Hospital