

التاريخ: \_\_\_\_\_

بيانات الطرف المسؤول		
الاسم الأول	الاسم الأخير	الطرف المستفيد (سجل حسابات المستشفى)

السيد/ مقدم الطلب,

نشكرك على اهتمامك بالحصول على الإعانة المالية لدى مجموعة برونسون للرعاية الصحية. ويرفق هنا طلب التقدم للحصول على الإعانة المالية. أما البيانات التالية فهي قائمة مراجعة لمستندات الإثبات المطلوبة منك. وإذا كنت متزوجًا، فتأكد من أنك قد ضمنت مستندات الإثبات الخاصة بشريكك. ويرجى اختيار خانة **نعم** أو خانة **لا** لكل فقرة حسب انطباقها على موقفك.

بيان بمستندات الإثبات المطلوبة	لا	نعم
نسخة حديثة من كعب سداد الأجر تتضمن الدخل خلال الأسابيع الأربعة وكذلك الدخل السنوي حتى تاريخه، أو خطاب موقع من جهة العمل يتضمن هذه البيانات		
إذا كنت من أصحاب العمل الحر، فيجب تقديم الإقرار الضريبي الشخصي والإقرار الضريبي التجاري عن العام الماضي، شاملاً جميع المواعيد		
إذا كنت لا تعمل، فنطلب منك توفير كشوفات البطالة طوال العام حتى تاريخه أو نسخة مطبوعة من موقع الولاية يظهر دخلك السنوي حتى تاريخه أو إثبات برفض إدراجك ضمن المتقنين لإعانات البطالة		
إذا كنت تتلقى مخصصات التأمين الاجتماعي، فقم بتقديم كعب شيك، أو كشف حساب مصرفي يوضح الودائع المباشرة، أو نسخة من خطاب يوضح المخصصات الشهرية		
توثيق ل (دعم الأطفال أو المعاش أو إعانة المحاربين القدامى أو الإيجار أو الدخل التعليمي أو تعويضات العمال وما إلى ذلك) حسب ما هو وارد بطلب التقدم للحصول على الإعانة المالية لمؤسسة برونسون		
خطاب رفض من Medicaid من إدارة الخدمات الإنسانية		
غير ذلك: _____		

تحتفظ مجموعة برونسون للرعاية الصحية بالحق في مطالبتك بتقديم وثائق إضافية قبل اتخاذ قرار بشأن حصولك على الإعانة المالية. وهذا قد يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، خطاب بالرفض من برنامج " Medicaid " أو كشوفات الحسابات المصرفية أو إثبات للأصول أو رخصة قيادة أو بطاقة الهوية داخل الولاية، وكذلك إفصاح بالمستحقات أو الدخل الناتج عن الإصابة الشخصية والمستحقات المتعلقة بالحوادث أو أي منهما.

يتم توفير مطروف مدفوع الأجرة البريدية من أجل التيسير عليك.

شكراً لك،

للحصول على المزيد من التفاصيل أو طلب المساعدة، يرجى الاتصال بقسم الفواتير لدى مؤسسة برونسون على الرقم 269-341-6117 أو 1-800-699-6117 من الإثنين إلى الجمعة أسبوعياً من الساعة 8:30 صباحاً وحتى 5:30 مساءً.