



إخطار تحديد الأهلية للحصول على المساعدات المالية

التاريخ:

اسم المريض:

رقم الحساب:

○ تمت الموافقة – تمت الموافقة على طلبك للحصول على المساعدات المالية. الخصم المؤهل الخاص بك هو *.% _____

- تتم الموافقة على الخصم بوصفه لمرة واحدة فقط.
- ينطبق طلب التقدم هذا وأي خصم مقدم على حساب وتاريخ الخدمة المحددين فقط. تخضع الحسابات المستقبلية لعملية الفوترة المعتادة.

○ تم الرفض – تم رفض طلب التقدم للحصول على المساعدات المالية الخاص بك للسبب (الأسباب) التالية: _____

○ قيد الانتظار – طلب التقدم الخاص بك قيد الانتظار. ما زلنا بحاجة إلى المعلومات التالية لإكمال طلب التقدم للحصول على المساعدات المالية الخاص بك: _____

إذا تم رفض حصولك على المساعدات المالية، يُرجى الاتصال بمكتب الأعمال على الرقم التالي 3117-526(484) لمعرفة خيارات خطة السداد.

قام بالتوقيع:
