

تعليمات للحصول على خطاب من إحدى الوكالات

للتقدم بطلب للاستفادة من برنامج رعاية UNM (UNM Care) أو الرعاية خارج المقاطعة (Out-of-County Care)، يتعين عليك تقديم المستندات التي تثبت هويتك ومكان إقامتك.

أحياناً لا تتوفر لدى الأشخاص هذه المستندات. لذلك، إذا لم تكن لديك هذه المستندات، يمكنك أن تطلب من الاختصاصي الاجتماعي أو الاختصاصي في مجال الصحة المجتمعية أو مقدم الرعاية الصحية أو الوكالة المجتمعية التي تعرفك وتعرف حالتك إصدار بيان مكتوب يؤكد هويتك أو محل إقامتك أو كليهما، ويُطلق عليه "خطاب التصديق"، ويُقصد بالتصديق التأكيد أو التعهد بأن شيئاً ما صحيح.

يمكنك إعطاء التعليمات الواردة أدناه لأحد هؤلاء الأشخاص.

السيدة/ (كاتب الخطاب)،

شكراً لك على خطابك. إليك بعض التعليمات.

- يمكنك استخدام نموذج خطاب التصديق المقدم من الوكالة في الصفحة التالية. انسخ نموذج الخطاب وأصقه على الورق الرسمي لوكالتك (إن وجد)، واملأ الفراغات، واحذف أي جمل لا تنطبق، ثم وقّع الخطاب.
- كتابة خطاب تصديق الوكالة بخط اليد. استخدم نموذج الخطاب باعتباره دليلاً لمساعدتك في كتابة خطابك. ولا تدرج إلا المعلومات ذات الصلة بما تصدق عليه (هوية المريض أو محل إقامته أو كلاهما). بالنسبة إلى الخطابات المكتوبة بخط اليد أو المكتوبة على ورق غير رسمي، يرجى إدراج بطاقة العمل أو مستند مماثل.
- يجب أن تتضمن جميع الخطابات التاريخ، واسم كاتب الخطاب، والمسمى الوظيفي له، ورقم هاتف جهة الاتصال، وبريده الإلكتروني، والتوقيع.
- يمكن إعطاء الخطابات إلى المريض مباشرة لتقديمها أو إرسالها بالبريد إلى قسم المساعدة المالية لدى UNM على العنوان 1131 University Blvd, Suite D, Albuquerque, NM 87102 أو إرسالها عبر البريد الإلكتروني على financialassistance@salud.unm.edu أو عبر عنوان البريد الإلكتروني لممثل المريض.
- إذا كان لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بقسم المساعدة المالية لدى UNM على الرقم 505 272-2521.

نموذج خطاب التصديق من الوكالة

التاريخ: _____

الغرض من خطابي هذا هو تقديم معلومات عن _____
اسم المريض

لقد عملت الوكالة التالي ذكرها، _____
اسم الوكالة ، مع

_____ منذ _____
اسم المريض الشهر/العام

وبناءً على معرفتي بالشخص المذكور أدناه، يمكنني الإقرار بالآتي:

هو اسم صحيح. _____

يسكن المريض في _____

يرجى قبول هذه المعلومات باعتبارها وثيقة لطلب لطلب الاستفادة من برنامج UNM Care أو Out of County Care.

التوقيع

الاسم

المسمى الوظيفي

رقم الهاتف أو عنوان البريد الإلكتروني أو كلاهما