

เรียน ผู้ป่วย/ผู้สมัคร

หน่วยงานที่เป็นสมาชิก Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ขับเคลื่อนด้วยความเห็นอกเห็นใจและทุ่มเทเพื่อมอบการดูแลเฉพาะตัวสำหรับทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด เป็นภารกิจและสิทธิพิเศษของเราที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยของเรา ความช่วยเหลือทางการเงินมีไว้สำหรับกรณีฉุกเฉินและการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ เท่านั้น ขอขอบคุณที่ไว้วางใจให้เราดูแลความต้องการด้านสุขภาพของคุณและครอบครัว

เราส่งจดหมายนี้และใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่แนบมาเนืองจากเราได้รับคำขอของคุณ หากคุณไม่ได้ส่งคำขอ โปรดเพิกเฉยต่อหนังสือฉบับนี้ โปรดกรอกข้อมูลทั้งสองด้านให้สมบูรณ์ รวมถึงลงลายมือชื่อของคุณและวันที่ก่อนส่งคืน หากคุณมีการกรอกใบสมัครในระยะหกเดือนที่ผ่านมาและได้รับการอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงิน โปรดแจ้งให้เราทราบ คุณอาจไม่จำเป็นต้องกรอกใบสมัครใหม่ เราจะไม่พิจารณาใบสมัครก่อนหน้านี้ที่มีอายุมากกว่าหกเดือน

โปรดแนบสำเนาของรายการต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งรายการเป็นหลักฐานด้านรายได้ของคุณ พร้อมกับใบสมัคร หากคุณแต่งงานหรืออาศัยอยู่กับคู่ครองเป็นเวลา 6 เดือนหรือนานกว่านั้น พวกเขาจะต้องแสดงสำเนาของรายการต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งรายการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงรายได้ของพวกเขา ก่อนที่เราจะสามารถประมวลผลใบสมัครได้

- สำเนาเช็คเงินค้ำจำ 2 เดือนล่าสุดจากนายจ้าง
- สำเนาของการคืนภาษีประจำปีล่าสุด (หากประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงตารางทั้งหมด)
- หนังสือเงินประกันสังคมและ/หรือเงินบำนาญเกษียณอายุ
- การคืนภาษีรายปีล่าสุดของพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง หากผู้สมัครเป็นผู้อยู่ในความอุปการะตามที่ระบุในแบบฟอร์ม ภาษีของพวกเขา และอายุต่ำกว่า 25 ปี
- เอกสารตรวจสอบรายได้อื่น ๆ
- รายการเงินฝากถอนในบัญชีธนาคารย้อนหลัง 3 เดือน
- สำเนาใบเสร็จเงินชดเชยการว่างงาน

ท้ายที่สุด โปรดเตรียมเอกสารเพื่อเป็นหลักฐานคำรักษา/ค่ายาประจำเดือนที่ได้ชำระของคุณ

ใบสมัครจะได้รับการพิจารณาก็ต่อเมื่อเราได้รับใบสมัครที่สมบูรณ์พร้อมทั้งหลักฐานรายได้ของคุณแล้ว พวกเราจะไม่สามารถดำเนินการหรือพิจารณาใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์ได้

โปรดทราบว่า การสื่อสารทางอีเมลผ่านอินเทอร์เน็ตนั้นไม่ปลอดภัย แม้ว่าจะไม่น่าเป็นไปไม่ได้ แต่ก็มี ความเป็นไปได้ที่ข้อมูลที่คุณรวมไว้ในอีเมลอาจถูกดักและอ่านโดยบุคคลอื่นนอกเหนือจากบุคคลที่ระบุไว้

เราต้องการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ และมีในใจว่าข้อมูลนั้นปลอดภัย เนื่องจากใบสมัครนี้มีหมายเลข ประกันสังคมของคุณและข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ เราขอแนะนำให้คุณหลีกเลี่ยงการส่งอีเมล

โปรดพิมพ์และส่งใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วของคุณมายังที่อยู่อ้างอิงนี้ :

Ascension Illinois PFS
ถึง: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

หากคุณมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับใบสมัครนี้ โปรดโทรหาตัวแทนผู้ป่วยของเรา ที่ 833-272-7585.

ขอแสดงความนับถือ

บริการด้านการเงินสำหรับผู้ป่วย
Ascension Illinois

ใบสมัคร

ขอรับเงินช่วยเหลือ

ความสำคัญ: คุณอาจได้รับการดูแลรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือได้รับส่วนลด: การกรอกใบสมัครนี้จะทำให้หน่วยงาน Alexian Brothers Health System (ระบบดูแลสุขภาพ Alexian Brothers) ซึ่งอิงทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois พิจารณาได้ว่าคุณสามารถรับใช้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือได้รับส่วนลดหรือไม่ หรือมีสวัสดิการภาครัฐอื่น ๆ ที่อาจช่วยชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคุณ กรุณาส่งใบสมัครนี้ไปยังที่ไออยู่ที่ระบุไว้ในจดหมายปะหน้า

หากคุณไม่มีประกัน ไม่จำเป็นต้องกรอกหมายเลขประกันสังคมเพื่อรับสิทธิการดูแลรักษาฟรีหรือได้รับส่วนลด อย่างไรก็ตาม สวัสดิการภาครัฐบางรายการจำเป็นต้องใช้หมายเลขประกันสังคม รวมถึง Medicaid ไม่จำเป็นต้องระบุหมายเลขประกันสังคม แต่หมายเลขประกันสังคมจะช่วยให้หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งอิงทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois พิจารณาได้ว่าคุณมีสวัสดิการภาครัฐใดอยู่ สำหรับคำถามในใบสมัครที่มีถ้อยคำประกอบว่า "ไม่บังคับ" คำตอบของคุณ (หรือจะเลือกไม่ตอบก็ได้) จะไม่มีกระทบต่อผลการสมัครแต่อย่างใด

กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้และส่งไปที่หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งอิงทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือทางแฟกซ์ เพื่อสมัครรับการรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือได้รับส่วนลดโดยเร็วที่สุดหลังจากวันที่ได้รับบริการ เราได้รับใบสมัครของคุณได้สูงสุดถึง 240 วัน นับจากวันที่ในใบแจ้งหนี้ใบแรกจากการเข้ารับการรักษาของคุณ การยื่นใบสมัครนี้แสดงว่าคุณรับทราบว่าได้พยายามโดยสุดขีดในการให้ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในใบสมัครเพื่อให้องค์กร Alexian Brothers Health System ซึ่งอิงทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois พิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนการสมัครสามารถติดต่อ หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งอิงทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ฝ่ายให้คำปรึกษาทางการเงินพร้อมคำถามหรือข้อกังวลที่หมายเลข 833-272-7585.

สามารถร้องเรียนหรือแจ้งข้อกังวลเกี่ยวกับกระบวนการสมัครเพื่อขอรับส่วนลดหรือเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจากการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกันไปยัง Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (สำนักงานดูแลสุขภาพแห่งอัยการสูงสุดอิลลินอยส์) สายด่วนโทรฟรีของ Health Care Bureau คือ 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

ข้อมูลผู้ป่วย

(กรุณาพิมพ์และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง ระบุ N/A หากไม่มีข้อมูลที่สอดคล้องกับบรรทัดใดในใบสมัคร)

วันที่ I _____ หมายเลขบัญชี _____

ชื่อ (ชื่อและนามสกุล) _____

วันที่เกิด _____ สถานภาพการสมรส _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ไม่บังคับ - อัตลักษณ์ทางเพศ - คุณคิดว่าตัวเองเป็น: ชาย หญิง ชายข้ามเพศ/แปลงเพศชาย/หญิงเป็นชาย (FTM)

หญิงข้ามเพศ/แปลงเพศหญิง/ชายเป็นหญิง (MTF) ไม่มีเพศสภาพที่ I เป็นชายหรือหญิงโดยเฉพาะ

หมวดหมู่ด้านเพศเพิ่มเติม (หรืออื่น ๆ)

ไม่บังคับ - เพศสภาพ: สติบัตร์ของคุณระบุว่า คุณมีเพศอะไร: ชาย หญิง

ไม่บังคับ - เชื้อชาติ: คนผิวขาว คนผิวดำหรือชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน คนอเมริกันอินเดียหรือชาวอะแลสกา คนอินเดียเอเชีย ชาวจีน ชาวฟิลิปปินส์ ชาวญี่ปุ่น ชาวเกาหลี ชาวเวียดนาม ชาวเอเชียอื่น ๆ ชาวฮาวายพื้นเมือง ชาวกัวเนเนียหรือคามาออร์โร ชาวซามัว

ชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ

ไม่บังคับ - เชื้อชาติ: ฮิสแปนิก ลาติน/a หรือสเปนดั้งเดิม เม็กซิกัน เม็กซิกันอเมริกัน ชิคาโน/a เปอร์โตริโก

คิวบา ฮิสแปนิก ลาติน/a หรือสเปนดั้งเดิม

ไม่บังคับ- ภาษา- ที่ใ้มาอันคุณใช้ภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษหรือไม่: ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ คุณใช้ภาษาอะไร _____

ที่ไ้อยู่จัดส่งไปรษณีย์ _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ไม่บังคับ- หมายเลขประกันสังคม _____

นายจ้าง _____ สถานะการจ้างงาน _____

หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง _____

ข้อมูลของผู้รับผิดชอบ/ข้อมูลผู้ปกครองตามกฎหมาย

(หากผู้ช่วยขาังต้นเป็นคนเดียวกั้ผู้รับผิดชอบ ใ้เว้นส่วนนี้ไ้)

ชื่อ (ชื่อไ้และนามสกุล) _____

วันที่ไ้เกิด _____ สถานภาพการสมรส _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ที่ไ้อยู่จัดส่งไปรษณีย์ _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) _____

นายจ้าง _____ สถานะการจ้างงาน _____

ข้อมูลคู่สมรสที่ไ้เป็นผู้รับผิดชอบ

(หากผู้ช่วยเป็นบุคคลเดียวกั้ผู้รับผิดชอบ ใ้กรอกข้อมูลคู่สมรสส้าหรับผู้ช่วย)

ชื่อ (ชื่อไ้และนามสกุล) _____

วันที่ไ้เกิด _____ สถานภาพการสมรส _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ที่ไ้อยู่จัดส่งไปรษณีย์ _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) _____

นายจ้าง _____ สถานะการจ้างงาน _____

หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง _____

ผู้ไ้ในความอุปการะของผู้รับผิดชอบ

(หากผู้ช่วยเป็นบุคคลเดียวกั้ผู้รับผิดชอบ ใ้กรอกข้อมูลคู่สมรสส้าหรับผู้ช่วย)

ชื่อ _____ วันที่ไ้เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

ชื่อ _____ วันที่ไ้เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

ชื่อ _____ วันที่ไ้เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

ชื่อ _____ วันที่ไ้เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ไ้อาศัยอยู่ในครัวเรือน _____

รายได้ต่อเดือน

(กรอกจ้านวนเงินส้าหรับรายการแต่ละรายการด้าล่าง ระบุจ้านวนเงินต่อเดือนส้าหรับแต่ละรายการ)

รายได้ของผู้สมัคร _____

เงินชดเชยการว่างงาน

รายได้ของคู่สมรสผู้สมัคร _____

ค่าสินไหมทดแทนส้าหรับลูกจ้าง

สิทธิประโยชน์จ้ากประกันสังคม _____

รายได้จ้ากดอกเบีย/เงินปันผล

รายได้จ้ากบำนาญ/เกษียณอายุ _____

ค่าเลี้ยงดูบุตรที่ไ้ได้รับ _____

รายได้จ้ากการเป็นผู้พิการ _____

ค่าเลี้ยงดูที่ไ้ได้รับ _____

รายได้จากค่าเช่าทรัพย์สิน _____
แสดมปีอาหาร _____

รายได้ปันส่วนของกองทรัสต์ _____
รายได้อื่น ๆ _____
รายได้รวมต่อเดือนทั้งหมด _____

ค่าครองชีพรายเดือน

ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามที่อธิบายไว้ในนโยบายการให้ความช่วยเหลือทางการเงินของ Ascension Illinois ไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้

ค่าจ้าง/ค่าเช่า _____

ค่าสาธารณูปโภค _____

ค่าโทรศัพท์ (โทรศัพท์บ้าน) _____

ค่าโทรศัพท์มือถือ _____

ค่าของชำ/อาหาร _____

ค่าเคเบิลทีวี/อินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์ผ่านดาวเทียม _____

ค่างวดรถ _____

ค่าดูแลเด็ก _____

ค่าเลี้ยงดูบุตร/ค่าเลี้ยงดู _____

ค่าบัตรเครดิต _____

ค่าแพทย์/โรงพยาบาล _____

ประกันภัยรถยนต์/รถ _____

ประกันบ้าน/ทรัพย์สิน _____

ประกันสุขภาพ _____

ประกันชีวิต _____

ค่าใช้จ่ายรายเดือนอื่น ๆ _____

ค่าใช้จ่ายรายเดือนทั้งหมด _____

สินทรัพย์

บัญชีเงินสด/ออมทรัพย์/บัญชีเช็ค _____

หุ้น/พันธบัตร/การลงทุน/บัตรเงินฝาก (CD) _____

อสังหาริมทรัพย์อื่น ๆ / ที่อยู่อาศัยรอง _____

เรือ/รถบ้าน/รถจักรยานยนต์/รถเพื่อการค้า/รถพักผ่อนหย่อนใจ _____

รถยนต์สะสม/รถยนต์ที่ไม่จำเป็น _____

บัญชีออมเพื่อสุขภาพ/บัญชีใช้จ่ายแบบยืดหยุ่น _____

ฉันอนุญาตให้ หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่ปฏิบัติงานในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ขอข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตภายนอก ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าจะขอความช่วยเหลือจากรัฐ สหพันธรัฐ หรือหน่วยงานท้องถิ่นใด ๆ ที่ข้าพเจ้าอาจมีสิทธิรับการช่วยเหลือในการชำระค่ารักษาพยาบาล ฉันเข้าใจว่าข้อมูลที่ให้ไว้นี้อาจมีการตรวจสอบโดย หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่ปฏิบัติงานในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois, และข้าพเจ้าอนุญาตให้ หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่ปฏิบัติงานในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ติดต่อบุคคลที่สามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ให้ไว้ในใบสมัครนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าให้ข้อมูลทั้งที่ I

ทราบว่าเป็นความจริงในใบสมัครนี้ ข้าพเจ้าจะไม่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน และความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับอาจถูกยกเลิก และข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการชำระเงิน

ลายมือชื่อผู้สมัคร _____

วันที่ _____

ข้อคิดเห็น _____