Ascension

Kính gửi Bệnh Nhân/Người Nộp Đơn,

Động lực của Ascension là sự cảm thông và chúng tôi luôn tận tâm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân cho tất cả mọi người – đặc biệt là những người cần được chăm sóc nhất. Cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân là sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi. Hỗ trợ tài chính chỉ áp dụng cho chăm sóc cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Cảm ơn quý vị đã tin tưởng để chúng tôi chăm sóc cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị và gia đình mình.

Chúng tôi gửi thư này và đơn xin hỗ trợ tài chính đính kèm vì chúng tôi đã nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không yêu cầu điều này, xin vui lòng bỏ qua. Vui lòng điền đầy đủ cả hai mặt, bao gồm cả chữ ký và ngày ký trước khi quý vị gửi trả lại cho chúng tôi. Nếu quý vị đã nộp đơn đăng ký trong vòng sáu tháng qua và đã được phê duyệt hỗ trợ tài chính, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết. Có thể quý vị sẽ không phải nộp một đơn xin hỗ trợ tài chính mới. Rất tiếc, chúng tôi không thể dựa vào đơn đăng ký đã nộp quá sáu tháng.

Cùng với đơn đăng ký, quý vị sẽ phải cung cấp bằng chứng về thu nhập của hộ gia đình và tất cả các tài sản thuộc sở hữu của các thành viên trong hộ gia đình quý vị.

Ví dụ về bằng chứng thu nhập và tài sản bao gồm:

- Bản sao của 3 cuống phiếu lương gần đây nhất từ chủ lao động
- Bản sao tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất (nếu tự làm chủ, bao gồm tất cả các bảng)
- An sinh xã hội và/hoặc Thư Hỗ Trợ Hưu Trí
- Tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất của phụ huynh hoặc người giám hộ, nếu người nộp đơn là người phụ thuộc được nêu trong biểu mẫu thuế của họ và dưới 25 tuổi
- Bản sao giấy nhận trợ cấp thất nghiệp
- Phê duyệt/từ chối tính đủ điều kiện hưởng Medicaid và/hoặc trợ cấp y tế của tiểu bang
- Tài liệu xác minh thu nhập khác

Ví dụ về bằng chứng tài sản bao gồm:

- Sao kê ngân hàng hiện tại (tài khoản thanh toán và tài khoản tiết kiệm) của 3 tháng gần đây nhất
- Các khoản đầu tư, bao gồm cổ phiếu và trái phiếu
- Quỹ uỷ thác
- Tài khoản thị trường tiền tệ
- Quỹ tương hỗ

Cuối cùng, chúng tôi có thể xem xét hóa đơn y tế chưa thanh toán để giúp quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị muốn chúng tôi xem xét, vui lòng cung cấp chứng từ về chi phí y tế và dược

phẩm/thuốc chưa thanh toán hàng tháng của quý vị, chẳng hạn như hóa đơn hoặc bảng sao kê số dư tài khoản hiện tại. **Xin lưu ý rằng chúng tôi phải nhận được 1) đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng với 2) bằng chứng thu nhập, 3) tài sản và 4) hoá đơn y tế chưa thanh toán (nếu có) để có thể xem xét đơn đăng ký. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký chưa điền đầy đủ.**

Khi nộp đơn đăng ký, xin lưu ý rằng việc liên lạc bằng email qua internet là không an toàn. Mặc dù ít xảy ra, nhưng có khả năng thông tin quý vị đưa vào email có thể bị đánh chặn và bị đọc bởi các bên khác ngoài người được gửi thư. Chúng tôi muốn bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị và đảm bảo rằng thông tin đó được giữ an toàn. Vì đơn đăng ký chứa số an sinh xã hội và các thông tin cá nhân khác của quý vị, chúng tôi khuyên quý vị không nên gửi qua email.

Vui lòng in ra và gửi qua bưu điện hoặc gửi trực tiếp đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng chứng từ hỗ trợ đến địa chỉ sau:

For Hospital Accounts with Ascension St. John:
Dept 606
Tulsa, OK 74182

For Medical Group Accounts:
Attn: Lockbox 713441
3441 Reliable Pkwy
Chicago, IL 60686

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ và muốn đảm bảo rằng những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính sẽ nhận được hỗ trợ. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, chứng từ hỗ trợ được yêu cầu hoặc cách tốt nhất để gửi đơn đăng ký cho chúng tôi, vui lòng gọi cho một trong những Đại Diện Bệnh Nhân của chúng tôi theo số 800-298-8329.

Trân trọng,

Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân
Ascension

St. John | Ascension

Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính

Thông tin bệnh nhân

(Vui lòng viết hoa và điền vào tất cả các trường thông tin. Ghi N/A vào bất kỳ dòng riêng nào trong đơn nếu không áp dụng)

Ngày _____ Số tài khoản _____

Tên (tên và họ) _____

Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ ZIP _____

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) _____

Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____

Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Thông tin bên chịu trách nhiệm/thông tin người giám hộ hợp pháp

(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)

Tên (tên và họ) _____

Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ ZIP _____

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) _____

Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____

Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên (tên và họ) _____

Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ ZIP _____

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) _____

Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____

Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____

Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____

Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____

Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____

Số người lớn và trẻ em sống trong gia đình _____

Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền đô la cho mỗi mục được liệt kê dưới đây. Cung cấp số tiền mỗi tháng cho từng mục.)

Thu nhập lương của người nộp đơn _____

Thu nhập của vợ/chồng người nộp đơn _____

Tiền an sinh xã hội _____

Thu nhập từ trợ cấp/lương hưu _____

Thu nhập từ trợ cấp khuyết tật _____

Bồi thường thất nghiệp _____

Bồi thường của người lao động _____

Thu nhập lãi/cổ tức _____

Hỗ trợ trẻ em nhận được _____

Cấp dưỡng nhận được _____

Thu nhập bất động sản cho thuê _____

Tem phiếu thực phẩm _____

Phân phối quỹ ủy thác nhận được _____

Thu nhập khác _____

Thu nhập khác _____

Tổng thu nhập hàng tháng $ _____

Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Vay thế chấp/thuê_____

Tiện ích_____

Điện thoại (điện thoại cố định) _____

Điện thoại di động _____

Hàng tạp hóa/thực phẩm_____

Truyền hình cáp/internet/vệ tinh _____

Chi phí xe hơi _____

Giữ trẻ _____

Hỗ trợ trẻ em/tiền cấp dưỡng _____

Thẻ tín dụng _____

Hóa đơn bác sĩ/bệnh viện _____

Bảo hiểm xe hơi/ô tô _____

Bảo hiểm nhà/tài sản _____

Bảo hiểm y tế/sức khỏe _____

Bảo hiểm nhân thọ _____

Chi phí hàng tháng khác _____

Tổng chi phí hàng tháng $ _____

Tài sản

Tiền mặt/tiết kiệm/tài khoản séc _____

Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/chứng chỉ tiền gửi_____

Bất động sản/nhà ở thứ hai khác _____

Thuyền/RV/xe máy/xe giải trí _____

Ô tô sưu tầm/ô tô không thiết yếu _____

Bất kỳ hành động bồi thường người lao động hoặc thương tích cá nhân nào đang chờ xử lý hoặc theo kế hoạch _____

Có _____ Không Tài sản khác _____

Tôi xin xác nhận rằng các thông tin trên là đúng sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Theo đây, tôi cho phép bệnh viện lấy thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài nếu bệnh viện thấy cần thiết.

_____ _____

Chữ Ký Người Làm Đơn Ngày Chữ Ký Người Đồng Đăng Ký Ngày

Cố vấn Tài chính sẵn sàng phục vụ từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 am đến 5:00 pm. Để được hỗ trợ xin vui lòng gọi (918) 744-24