



# Ascension

[Date]

ສະບາຍດີ ຄົນເຈັບ/ຜູ້ຮ້ອງຂໍ,

Ascension ຂັບເຄື່ອນດ້ວຍຄວາມເຫັນອີກເຫັນໃຈ ແລະ

ອຸທິດຕົນໃຫ້ການດູແລເບິ່ງແຍງແບບສະເພາະບຸກຄົນແກ່ທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຈຳເປັນທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາໃນການໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນມີໃຫ້ສະເພາະການດູແລເບິ່ງແຍງສຸກເລີນ ແລະ

ການດູແລເບິ່ງແຍງອື່ນທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດເທົ່ານັ້ນ. ຂອບໃຈທີ່ໄວ້ວາງໃຈໃຫ້ພວກເຮົາດູແລເບິ່ງແຍງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານສຳລັບທຸກຄວາມຈຳເປັນດ້ານການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາກຳລັງສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ແລະ ໃບຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທີ່ຕິດຄັດມານີ້

ເພາະວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍສິ່ງນີ້, ກະລຸນາຢ່າສົນໃຈ.

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ທັງສອງດ້ານ, ພ້ອມທັງເຊັນຊີ ແລະ ວົງວັນທີ່ກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງກັບຄືນ. ຖ້າທ່ານເຄີຍປະກອບຄຳ

ຮ້ອງຂໍພາຍໃນຫົກເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸມັດສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກ

ເຮົາຮູ້ – ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍໃຫມ່ອີກ. ແຕ່ຫນ້າເສຍດາຍ,

ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດອາໄສໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍຜ່ານມາດິນກວ່າຫົກເດືອນໄດ້.

ຄຽງຄູ່ກັບຄຳຮ້ອງຂໍ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ການຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ

ການຢັ້ງຢືນຊັບສິນທັງໝົດທີ່ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນເປັນເຈົ້າຂອງ.

**ຕົວຢ່າງຫັກຖານສະແດງລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນລວມມີ:**

- ສຳເນົາໃບຮັບເງິນຄ່າຈ້າງ 3 ຄັ້ງຫຼ້າສຸດຈາກນາຍຈ້າງ
- ສຳເນົາໃບແຈ້ງເສຍພາສີປະຈຳປີຫຼ້າສຸດ (ຖ້າເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ລວມທັງຕາຕະລາງກຳນົດເວລາທັງໝົດ)
- ຫົງສີຢັ້ງຢືນເງິນປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ເງິນບໍານານ
- ໃບແຈ້ງເສຍພາສີປະຈຳປີຫຼ້າສຸດຂອງແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ, ຖ້າຜູ້ຮ້ອງຂໍແມ່ນຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສທີ່ມີຊື່ໃນແບບພ້ອມແຈ້ງເສຍພາສີຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 25 ປີ
- ສຳເນົາໃບຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ
- ການອະນຸມັດ/ການປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກ Medicaid ແລະ/ຫຼື ຈາກລັດ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບອື່ນໆ

**ຕົວຢ່າງຫັກຖານສະແດງຊັບສິນລວມມີ:**

- ໃບແຈ້ງຍອດບັນຊີທະນາຄານປະຈຸບັນ (ບັນຊີເຊັກ ແລະ ບັນຊີຝາກປະຢັດ) ຈາກ 3 ເດືອນຫຼ້າສຸດ
- ການລົງທຶນ, ລວມທັງຮຸ້ນ ແລະ ພັນທະບັດ

- ກອງທຶນທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້
- ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ
- ກອງທຶນຮ່ວມ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນກັບຄອບຄົວ ຫຼື ໜູ່ເພື່ອນ, ກະລຸນາໃຫ້ເຂົ້າເຈົ້າຕົ້ມແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດມາທີ່ມີຊື່ “ຈິດໝາຍສະໜັບສະໜູນ.” ນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ເຂົ້າເຈົ້າຮັບຜິດຊອບໃບບິນການແພດຂອງທ່ານ. ນີ້ຈະຊ່ວຍສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່າຄອງຊີບໄດ້ແນວໃດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໜູ່ເພື່ອນ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕົ້ມແບບຟອມຈິດໝາຍສະໜັບສະໜູນ.

ສຸດທ້າຍ,

ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດພິຈາລະນາໃບບິນທາງການແພດທີ່ຍັງຄ້າງຈ່າຍຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາເລື່ອງນີ້, ກະລຸນາໃຫ້ເອກະສານກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ ທາງຮ້ານຂາຍຢາ/ຢາປະຈໍາເດືອນທີ່ຍັງຄ້າງຈ່າຍຂອງທ່ານ ເຊັ່ນ: ໃບແຈ້ງໜີ້ ຫຼື ໃບລາຍງານຍອດເງິນໃນບັນຊີ. **ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ: 1) ໃບຄໍາຮ້ອງທີ່ປະກອບສົມບູນພ້ອມກັບ 2) ຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບ, 3) ຊັບສິນ ແລະ 4) ໃບບິນຄ່າບິນບົວທີ່ຍັງຄ້າງຈ່າຍ (ຖ້າມີ) ຕ້ອງໄດ້ຮັບກ່ອນທີ່ຄໍາຮ້ອງຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດດໍາເນີນການ ຫຼື ພິຈາລະນາໃບຄໍາຮ້ອງທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນສົມບູນໄດ້.**

ເມື່ອສິ່ງຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຈື່ວ່າການສື່ສານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ປອດໄພ. ເຖິງແມ່ນວ່າມັນອາດເປັນໄປໄດ້ຍາກ, ແຕ່ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານລວມຢູ່ໃນອີເມວອາດຈະຖືກດັກເອົາ ແລະ ອ່ານໂດຍພາກສ່ວນອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ສິ່ງເຖິງ. ພວກເຮົາຕ້ອງການປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນໃຫ້ມັນປອດໄພ. ເນື່ອງຈາກຄໍາຮ້ອງປະກອບມີເລກປະກັນສັງຄົມ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຂໍແນະນໍາໃຫ້ທ່ານຫຼີກເວັ້ນການສົ່ງອີເມວ. ກະລຸນາສົ່ງຈິດໝາຍ ຫຼື ແຜ້ກໃບສະໜັບສະໜູນທ່ານໄປທ ວີ໋ ສະຖານທ ວີ໋ ແໜະສົມ. ສ າລັບແ ໂທລະສັບຂອງຜ ູ້ໃຫ້ບ ລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ແຜ້ ກ/ທ ວີ໋ ຍ ວີ໋ທາງໄປສະນ ບ້ອນທ ວີ໋ ຄ າຮູ້ສູງສະໜັບສະໜູນຈະຖືກສົ່ ງ, ກະລຸນາເບີ ວີ໋ ງໜ້າຕ ວີ໋ ໄປຂອງຄ າຮູ້ສູງ ສະໜັ ກດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບ,

ຜ່າຍບໍລິການດ້ານການເງິນສໍາລັບຄົນ  
ຈັບຂອງ Ascension



# Ascension Saint Thomas

ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	ເບີໂທລະສັບ	ທີ່ຢູ່	ເບີເລັກ	ທີ່ຢູ່ອີເມວ
Ascension Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Ascension Saint Thomas Midtown	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Ascension Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
AMG ການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານການເງິນ	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors@ascension.org
Ascension Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Three Rivers	(931) 296-0251	STHe Financial Asst 451 Hwy 13 S, Nashville, TN 37185	(931) 296-4561	
Ascension Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Hickman (ເຊັນໂທມັສຮີກ ເມນ)	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 West Main Street Smithville, TN 37033		
Ascension Saint Thomas Lab Plus (ເລັບພລັສ)	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Saint Thomas Center for Specialty Surgery (ສູນຜ່າຕັດສະເພາະເຊັນໂທມັສ)	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS (ເຊັນໂທມັສ ອີເມັສ)	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	



# Ascension Saint Thomas

Baptist Ambulatory ສູນພ່າຕັດ	(615) 321-7330	STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Ascension Saint Thomas Center for Sleep	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	



# ແບບຟອມສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງ Ascension Saint Thomas

## ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ຂຽນໃຫ້ຄົບຖ້ວນທຸກຫ້ອງ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບສາຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນໃບສະໜັກ)

ວັນທີ \_\_\_\_\_ ໝາຍເລກບັນຊີ \_\_\_\_\_

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການແຕ່ງງານ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ແຂວງ \_\_\_\_\_ ລະຫັດເຂດ (ZIP) \_\_\_\_\_

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກຕອບໄດ້) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

## ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄົນດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະຫວ່າງສ່ວນນີ້ໄວ້)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການແຕ່ງງານ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ແຂວງ \_\_\_\_\_ ລະຫັດເຂດ (ZIP) \_\_\_\_\_

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກຕອບໄດ້) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

## ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມວົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການແຕ່ງງານ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ແຂວງ \_\_\_\_\_ ລະຫັດເຂດ (ZIP) \_\_\_\_\_

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກຕອບໄດ້) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

## ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມວົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສາຍສໍາພັນກັບພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສາຍສໍາພັນກັບພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສາຍສໍາພັນກັບພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_



# Ascension Saint Thomas

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສາຍສຳພັນກັບພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຈຳນວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ \_\_\_\_\_

ໜ້າ 1 ຂອງ 2