

# Ascension

## ແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

### ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ທຸກຫ້ອງແມ່ນໃຫ້ສໍາເລັດ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບສາຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນໃບສະໝັກ)

ວັນທີ \_\_\_\_\_ ເລກບັນຊີ \_\_\_\_\_

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການສົມລົດ \_\_\_\_\_ ເປີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເປີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

### ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ບົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄືກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະຫວ່າງສ່ວນນີ້ໄວ້.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການສົມລົດ \_\_\_\_\_ ເປີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເປີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

### ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການສົມລົດ \_\_\_\_\_ ເປີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເປີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

### ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຂອງພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຊື່ ວັນເດືອນປີເກີດ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_  
ຈໍານວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ \_\_\_\_\_

## ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

(ຕື່ມຈຳນວນເງິນໃດລາສຳລັບແຕ່ລະລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ສະໜອງຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນສຳລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍໄດ້ທີ່ຫາໄດ້ຈາກຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_  
 ລາຍໄດ້ຂອງຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_  
 ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ \_\_\_\_\_  
 ລາຍໄດ້ເງິນບຳເນັດ/ບຳນານ \_\_\_\_\_  
 ລາຍໄດ້ພິການ \_\_\_\_\_  
 ຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ \_\_\_\_\_  
 ຄ່າຊົດເຊີຍຂອງກຳມະກອນ \_\_\_\_\_  
 ລາຍໄດ້ດອກເບ້ຍ/ເງິນບັນຜົນ \_\_\_\_\_

ເງິນລ້ຽງດູເດັກທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_  
 ຄ່າລ້ຽງດູທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_  
 ລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ \_\_\_\_\_  
 ສະແດງອາຫານ \_\_\_\_\_  
 ການແຈກຈ່າຍເງິນກອງທຶນທີ່ໄວ້ວາງໃຈທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_  
 ລາຍໄດ້ອື່ນໆ \_\_\_\_\_  
 ລາຍໄດ້ອື່ນໆ \_\_\_\_\_  
 ລວມຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ \$ \_\_\_\_\_

## ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳເດືອນ

ການຈຳນອງ/ຄ່າເຊົ່າ \_\_\_\_\_  
 ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍຕ່າງໆ \_\_\_\_\_  
 ໂທລະສັບ (ຕັ້ງໄຕະ) \_\_\_\_\_  
 ໂທລະສັບມືຖື \_\_\_\_\_  
 ເຄື່ອງຍ່ອຍ/ອາຫານ \_\_\_\_\_  
 ເຄເບີນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະພາບດາວທຽມ \_\_\_\_\_  
 ຈ່າຍຄ່າລົດ \_\_\_\_\_  
 ການດູແລເດັກ \_\_\_\_\_

ຄ່າລ້ຽງດູລູກ/ຄ່າລ້ຽງລູກ \_\_\_\_\_  
 ບັດເຄຼດິດ \_\_\_\_\_  
 ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວແພດ/ໂຮງ ໜໍ \_\_\_\_\_  
 ການປະກັນໄພລົດ/ລົດໃຫຍ່ \_\_\_\_\_  
 ປະກັນໄພສັບສິນ/ເຮືອນ \_\_\_\_\_  
 ປະກັນໄພສຸຂະພາບ/ການປິ່ນປົວ \_\_\_\_\_  
 ປະກັນຊີວິດ \_\_\_\_\_  
 ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳ ເດືອນອື່ນໆ \_\_\_\_\_  
 ລາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນທັງ ໝົດ \$ \_\_\_\_\_

## ຊັບສິນ

ບັນຊີເງິນສົດ/ເງິນຝາກ/ແຊັກ \_\_\_\_\_  
 ຮຸ້ນ/ພັນທະບັດ/ການລົງທຶນ/CD(s) \_\_\_\_\_  
 ອະສັງຫາລິມະສັບອື່ນໆທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ສອງ \_\_\_\_\_  
 ເຮືອ/ລົດ RV/ລົດຈັກ/ລົດບັນເທີງ \_\_\_\_\_  
 ລົດນັກສະສົມ/ລົດຍົນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ \_\_\_\_\_  
 ຊັບສິນອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື້ອທາງນອກໄດ້ ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_

ວັນທີ \_\_\_\_\_

ຄຳເຫັນ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# Ascension ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກບັນທຶກທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ \_\_\_\_\_

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ \_\_\_\_\_

ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ \_\_\_\_\_

ເຖິງ Ascension:

ຈົດໝາຍສະບັບນີ້ແມ່ນເພື່ອແນະນຳວ່າ (ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ) \_\_\_\_\_ ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້  
ໜ້ອຍທີ່ສຸດ ແລະ ຂ້ອຍກໍໄດ້ຊ່ວຍເຫຼືອໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດຂອງລາວ.  
ລາວຈະບໍ່ມີພັນທະຕໍ່ກັບຂ້ອຍ.

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ \_\_\_\_\_

ວັນທີ \_\_\_\_\_

# Ascension

[Date]

ເຖິງ ຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

Ascension ໄດ້ຖືກຜັກດັນໂດຍຄວາມເຫັນອົກເຫັນໃຈ ແລະ ການອຸທິດຕົນເພື່ອການດູແລສ່ວນຕົວສໍາລັບທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອຫລາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາ ທີ່ຈະສະເໜີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໄວ້ສໍາລັບສໍາລັບເວລາສິນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດອື່ນໆທໍານັ້ນ. ຂໍຂອບໃຈທ່ານທີ່ໄວ້ວາງໃຈພວກເຮົາເບິ່ງແຍງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວສໍາລັບທຸກໆຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ແລະ ໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ຕິດຄັດມາ ເພາະວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນີ້, ກະລຸນາຢ່າໃສ່ໃຈ. ກະລຸນາສໍາເລັດທັງສອງຂ້າງ, ລວມທັງລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງມັນຄືນມາ. ຖ້າທ່ານປະກອບໃບສະໝັກພາຍໃນຫົກເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ກະລຸນາແຈ້ງພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງປະກອບໃບສະໝັກໃໝ່. ພວກເຮົາຈະບໍ່ພິຈາລະນາ ຄໍາຮ້ອງສະໝັກກ່ອນໜ້ານີ້ທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າຫົກເດືອນ.

ຄຽງຄູ່ກັບການສະໝັກ, ກະລຸນາສະໜອງສໍາເນົາຂອງຢ່າງນ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານແຕ່ງງານ ຫຼື ອາໄສຢູ່ກັບຜູ້ອື່ນທີ່ສໍາຄັນເປັນເວລາ 6 ເດືອນ ຫຼື ດົນກວ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາກໍຈໍາເປັນຕ້ອງສະໜອງສໍາເນົາຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງພວກເຮົາກ່ອນທີ່ຄໍາຮ້ອງສະໝັກສາມາດດໍາເນີນການໄດ້.

- ສໍາເນົາ 3 ໃບບິນຈ່າຍເງິນຫຼ້າສຸດຈາກການາຍຈ້າງ
- ສໍາເນົາໃບແຈ້ງພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາ (ຖ້າເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ໃຫ້ປະກອບຕາຕະລາງທັງໝົດ)
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ບໍາເນັດບໍານານ
- ໃບເກັບພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ, ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີລາຍຊື່ຂຶ້ນກັບແບບຟອມເສຍພາສີຂອງພວກເຮົາ ແລະ ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 25 ປີ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ອື່ນໆທີ່ໃຊ້ໄດ້
- ສໍາເນົາໃບລາຍງານທະນາຄານຈາກ 3 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ
- ສໍາເນົາໃບຮັບເງິນການອຸດໜູນຫວ່າງງານ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນກັບຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ, ກະລຸນາໃຫ້ພວກເຂົາປະກອບແບບຟອມທີ່ໃສ່ຊື່ວ່າ "ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ."  
ນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການບິນບົວຂອງທ່ານ.  
ນີ້ຈະຊ່ວຍສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າຄອງຊີບໄດ້ແນວໃດ.  
ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມໜັງສືສະໜັບສະໜູນ.

ສຸດທ້າຍ, ກະລຸນາສະໜອງເອກະສານເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ/ຢາປະຈໍາເດືອນທີ່ຍັງຄ້າງຄາຂອງທ່ານ.

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດ ພ້ອມດ້ວຍຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບຕ້ອງໄດ້ຮັບເພື່ອໃຫ້ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຖືກພິຈາລະນາ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະມວນຜົນ ຫຼື ພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ.

ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າການສື່ສານຜ່ານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ມີຄວາມປອດໄພ. ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ໜ້າຈະເປັນໄປໄດ້, ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃສ່ໃນອີເມວອາດຈະຖືກແຊກແຊງ ແລະ ອ່ານຈາກພາກສ່ວນອື່ນນອກເໜືອຈາກຄົນທີ່ຖືກກ່າວເຖິງ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການບົກບ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າມັນມີຄວາມປອດໄພ. ເນື່ອງຈາກວ່າໃບຄໍາຮ້ອງປະກອບມີເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ, ພວກເຮົາຂໍຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລະເວັ້ນຈາກການສົ່ງມັນທາງອີເມວ.

ກະລຸນາພິມ ແລະ ສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍມືໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້:

[STREET] [SUITE]  
[City, State ZIP]

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບໃບສະໝັກນີ້, ກະລຸນາໂທຫາໜຶ່ງໃນຕົວແທນຜູ້ປ່ວຍຂອງພວກເຮົາທີ່ xxx-xxx-xxxx.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

ການບໍລິການດ້ານການເງິນຂອງຄື  
ນເຈັບ Ascension

# Ascension

ກະລຸນາສົ່ງໃບສະໜັບສະໜູນໄປຫາທີ່ຢູ່ໂຮງແຮມທີ່ຢູ່ໃກ້ທີ່ສຸດຂອງທີ່ປຶກສາດ້ານການເງິນບ່ອນທີ່ເຈົ້າໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງເຈົ້າ:

Ascension All Saints Hospital Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405	Ascension St Francis Hospital Attn: Financial Counselor 3237 S. 16th Street Milwaukee, WI 53215	Ascension Elmbrook Hospital Attn: Financial Counselor 19333 W North Ave Brookfield, WI 53045
Ascension Franklin Hospital Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132	Midwest Orthopedic Specialty (MOSH) Attn: Financial Counselor 10101 S 27 Street Franklin, WI 53132	Ascension St. Joseph Hospital Attn: Financial Counselor 5000 W Chambers Street Milwaukee, WI 53210
Ascension Columbia St. Mary's Milwaukee Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682	Ascension Columbia St. Mary's Ozaukee Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682	Ascension Surgery Center Mount Pleasant Attn: Financial Counselor 3801 Spring Street Racine, WI 53405
Ascension Wisconsin Hospital Greenfield Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381	Ascension Wisconsin Hospital Menomonee Falls Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381	Ascension Wisconsin Hospital Waukesha Campus 8686 New Trails Dr., Suite 100 The Woodlands, TX 77381
Ascension Calumet Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904	Ascension NE WI Mercy Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904	Ascension NE WI St. Elizabeth Hospital Attn: Financial Counselor 1506 S. Oneida St Appleton, WI 54915
Eagle River Hospital Attn: Financial Counselor 240 Maple St Woodruff, WI 54568	Good Samaritan Hospital Attn: Financial Counselor 900 Illinois Ave Stevens Point, WI 54481	Howard Young Medical Center Attn: Financial Counselor 240 Maple St Woodruff, WI 54568
Our Lady of Victory Hospital Attn: Financial Counselor 900 Illinois Ave Stevens Point, WI 54481	Sacred Heart Hospital Attn: Financial Counselor 2251 N Shore Dr Rhineland, WI 54501	St. Mary's Hospital Attn: Financial Counselor 2251 N Shore Dr Rhineland, WI 54501
St. Michael's Hospital Attn: Financial Counselor 900 Illinois Ave Stevens Point, WI 54481		