

ເຖິງ ຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

Ascension ໄດ້ຖືກຜັກດົນໂດຍຄວາມເຫັນອົກເຫັນໃຈ ແລະ ການອຸທິດຕົນເພື່ອການດູແລສ່ວນຕົວສໍາລັບທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອຫລາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະສະເໜີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໄວ້ສໍາລັບສໍາລັບເວລາເສີນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດອື່ນໆທໍານັ້ນ. ຂໍຂອບໃຈທ່ານທີ່ໄວ້ວາງໃຈພວກເຮົາເບິ່ງແຍງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວສໍາລັບທຸກໆຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ແລະ ໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ຕິດຄັດມາ ເພາະວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນີ້, ກະລຸນາຢ່າໃສ່ໃຈ. ກະລຸນາສໍາເລັດທັງສອງຂ້າງ, ລວມທັງລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງມັນຄືນມາ.

ຖ້າທ່ານປະກອບໃບສະໝັກພາຍໃນຫົກເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ກະລຸນາແຈ້ງພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງປະກອບໃບສະໝັກໃໝ່. ພວກເຮົາຈະບໍ່ພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງສະໝັກກ່ອນໜ້ານີ້ທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າຫົກເດືອນ.

ຄຽງຄູ່ກັບການສະໝັກ, ກະລຸນາສະໜອງສໍາເນົາຂອງຢ່າງນ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານແຕ່ງງານ ຫຼື ອາໄສຢູ່ກັບຜູ້ອື່ນທີ່ສໍາຄັນເປັນເວລາ 6 ເດືອນ ຫຼື ດົນກວ່ານັ້ນ, ພວກເຂົາກໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໜອງສໍາເນົາຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງພວກເຂົາກ່ອນທີ່ຄໍາຮ້ອງສະໝັກສາມາດດໍາ ເນີນການໄດ້.

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

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນກັບຄອບຄົວ ຫຼື ໜູ່ ເພື່ອນ, ກະລຸນາໃຫ້ພວກເຂົາປະກອບແບບຟອມທີ່ໃສ່ຊື່ວ່າ "ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ."

ນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.

ນີ້ຈະຊ່ວຍສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າຄອງຊີບໄດ້ແນວໃດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໜູ່ເພື່ອນ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມໜັງສືສະໜັບສະໜູນ.

ສຸດທ້າຍ, ກະລຸນາສະໜອງເອກະສານເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ/ຢາປະຈໍາເດືອນທີ່ຍັງຄ້າງຄາຂອງທ່ານ.

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດ
ພ້ອມດ້ວຍຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບຕ້ອງໄດ້ຮັບເພື່ອໃຫ້ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຖືກພິຈາລະນາ.
ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະມວນຜົນ ຫຼື ພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ.

ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າການສື່ສານຜ່ານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ມີຄວາມປອດໄພ.
ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ໜ້າຈະເປັນໄປໄດ້,
ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃສ່ໃນອີເມວອາດຈະຖືກແຊກແຊງ ແລະ
ອ່ານຈາກພາກສ່ວນອື່ນນອກເໜືອຈາກຄົນທີ່ຖືກກ່າວເຖິງ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການບົກບ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າມັນມີຄວາມປອດໄພ.
ເນື່ອງຈາກວ່າໃບຄໍາຮ້ອງປະກອບມີເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ,
ພວກເຮົາຂໍຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລະເວັ້ນຈາກການສົ່ງມັນທາງອີເມວ.

ກະລຸນາສົ່ງຈົດ ໝາຍ ຫຼື ແຜນໃບສະ ໝັກ ຂອງທ່ານໄປທີ່ສະຖານທີ່ທີ່ ເໝາະ ສົມ. ສໍາ
ລັບເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຫຼືທີ່ຢູ່ແຜ່ນ / ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີບ່ອນທີ່ໃບສະ ໝັກ
ຄວນຖືກສົ່ງກະລຸນາເບິ່ງ ໜ້າ ຕໍ່ໄປຂອງໃບສະ ໝັກ.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

ຄົນເຈັບ
ການບໍລິການດ້າ
ນການເງິນ
Ascension



Ascension Saint Thomas

ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	ເບີໂທລະສັບ	ທີ່ຢູ່	ເບີແຟັກ	ທີ່ຢູ່ອີເມວ
Saint Thomas West (ເຊັ່ນໂທມັສເວັສ)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Saint Thomas Midtown (ເຊັ່ນໂທມັສມິດທາວ)	(615) 284-5340	STHe Financial Asst PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Saint Thomas Rutherford (ເຊັ່ນໂທມັສຣັດເຕີຟອດ)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
Ascension Medical Group	(844) 686-2555	STH Financial Asst PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors @ascension.org
Saint Thomas Highlands (ເຊັ່ນໂທມັສໄຮແລນ)	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Dekalb (ເຊັ່ນໂທມັສເດກາບ)	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas River Park (ເຊັ່ນໂທມັສຣີວີປາກ)	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Stones River (ເຊັ່ນໂທມັສສະໂຕນຣີວີ)	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Hickman (ເຊັ່ນໂທມັສຮິກແມນ)	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Lab Plus (ແລັບພະລັສ)	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Saint Thomas Center for Specialty Surgery (ສູນຜ່າຕັດສະເພາະເຊັ່ນໂທມັສ)	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS (ເຊັ່ນໂທມັສ ອີເອັມເອັສ)	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
Baptist Ambulatory Surgery Center (ສູນຜ່າຕັດເຄື່ອນທີ່ບາບຕິສ)	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Saint Thomas Center for Sleep (ສູນເພື່ອການນອນຫຼັງເຊັ່ນໂທມັສ)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

ແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ການເງິນຂອງ Ascension Saint Thomas

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ທຸກໜ້າຂອງແມ່ນໃຫ້ສໍາເລັດ. 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

(ຖ້າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄົນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, 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 ຊື່ ວັນເດືອນປີເກີດ _____

ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຈໍານວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ _____

ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

(ຕື່ມຈຳນວນເງິນໂດລາສຳລັບແຕ່ລະລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ສະໜອງຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນສຳລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍໄດ້ທີ່ຫາໄດ້ຈາກຜູ້ສະໝັກ _____	ເງິນລ້ຽງດູເດັກທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ລາຍໄດ້ຂອງຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ສະໝັກ _____	ຄ່າລ້ຽງດູທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ _____	ລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ _____
ລາຍໄດ້ເງິນບຳເນັດ/ບຳນານ _____	ສະແຕມອາຫານ _____
ລາຍໄດ້ພິການ _____	ການແຈກຈ່າຍເງິນກອງທຶນທີ່ໄວ້ວາງໃຈທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ _____	ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍຂອງກຳມະກອນ _____	ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ລາຍໄດ້ດອກເບ້ຍ/ເງິນບັນຜົນ _____	ລວມຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ \$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳເດືອນ

ການຈຳນອງ/ຄ່າເຊົ່າ _____	ຄ່າລ້ຽງດູລູກ/ຄ່າລ້ຽງລູກ _____
ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍຕ່າງໆ _____	ບັດເຄຼດິດ _____
ໂທລະສັບ (ຕັ້ງໃຕະ) _____	ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວແພດ/ໂຮງ ໜ່ວຍ _____
ໂທລະສັບມືຖື _____	ການປະກັນໄພລົດ/ລົດໃຫຍ່ _____
ເຄື່ອງຢ່ອຍ/ອາຫານ _____	ປະກັນໄພສັບສິນ/ເຮືອນ _____
ເຄເບິນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະພາບດາວທຽມ _____	ປະກັນໄພສຸຂະພາບ/ການປິ່ນປົວ _____
ຈ່າຍຄ່າລົດ _____	ປະກັນຊີວິດ _____
ການດູແລເດັກ _____	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳ ເດືອນອື່ນໆ _____
	ລາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນທັງ ໝົດ \$ _____

ຊັບສິນ

ບັນຊີເງິນສົດ/ເງິນຝາກ/ແຊັກ _____

ຮຸ້ນ/ພັນທະບັດ/ການລົງທຶນ/CD(s) _____

ອະສັງຫາລິມະສັບອື່ນໆ/ທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ສອງ _____

ເຮືອ/ລົດ RV/ລົດຈັກ/ລົດບັນເທີງ _____

ລົດນັກສະສົມ/ລົດຍົນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ _____

ຊັບສິນອື່ນໆ _____

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
 ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື້ອທາງນອກໄດ້ ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ _____

ວັນທີ _____

ຄຳເຫັນ _____

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກບັນທຶກທາງການແລດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັກ _____

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ເຖິງ Ascension:

ຈົດໝາຍສະບັບນີ້ແມ່ນເພື່ອແນະນຳວ່າ (ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ) _____ ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້
ໜ້ອຍທີ່ສຸດ ແລະ ຂ້ອຍກໍ່ໄດ້ຊ່ວຍເຫຼືອໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາລົງຊີວິດຂອງລາວ.
ລາວຈະບໍ່ມີພັນທະຕໍ່ກັບຂ້ອຍ.

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ວັນທີ _____