

ແບບຟອມສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ການເງິນຂອງ Ascension Saint Thomas



Ascension

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ທຸກຫ້ອງແມ່ນໃຫ້ສ້າງເລັດ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບສາຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນໃບສະໜັກ)

ວັນທີ _____ ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ZIP _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ _____

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ບົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄົນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະໝວດສ່ວນນີ້ໄວ້.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ZIP _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ _____

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ZIP _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ _____

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຂອງພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____
ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____
ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____
ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____ ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____

ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຈໍານວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ _____

ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

(ຕົ້ມຈຳນວນເງິນໂດວາສຳລັບແຕ່ລະລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ສະໜອງຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນສຳລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຈາກຜູ້ສະໜັກ _____
ລາຍໄດ້ຂອງຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ສະໜັກ _____
ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ _____
ລາຍໄດ້ເງິນບໍາເນັດ/ບໍານານ _____
ລາຍໄດ້ພິການ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍຂອງກຳມະກອນ _____
ລາຍໄດ້ຕອກເບ້ຍ/ເງິນບັນຜົນ _____

ເງິນລ້ຽງດູດັກທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ຄ່າລ້ຽງດູທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ _____
ສະເຕັມອາຫານ _____
ການແຈກຈ່າຍເງິນກອງທຶນທີ່ໄດ້ວາງໃຈທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ລວມຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ \$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳເດືອນ

ການຈ່າຍອາກິດ/ຄ່າເຊົ່າ _____
ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍຕ່າງໆ _____
ໂທລະສັບ (ຕັ້ງໃຕະ) _____
ໂທລະສັບມືຖື _____
ເຄື່ອງຍ່ອຍ/ອາຫານ _____
ເຄເບີນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະພາບດາວທຽມ _____
ຈ່າຍຄ່າລົດ _____
ການດູແລເດັກ _____

ຄ່າລ້ຽງດູລູກ/ຄ່າລ້ຽງລູກ _____
ບັດເຄດິດ _____
ໃບບິນຄ່າປັບປັດແພດ/ໂຮງ ໝໍ _____
ການປະກັນໄພລົດ/ລົດໃຫຍ່ _____
ປະກັນໄພສັບສິນ/ເຮືອນ _____
ປະກັນໄພສຸຂະພາບ/ການປັບປັດ _____
ປະກັນຊີວິດ _____
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.
ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື່ອທາງນອກໄດ້ ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັກ _____

ວັນທີ _____

ຄຳເຫັນ _____



Ascension Saint Thomas

Provider Name	Phone Number	Address	Fax Number	Email Address
Ascension Saint Thomas West	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Financial Assistance Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6542	
Ascension Saint Thomas Midtown	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Midtown Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6540	
Ascension Saint Thomas Rutherford	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Rutherford Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6541	
Ascension Medical Group Financial Assistance	(833)263-9791	STHe Financial Asst. PO Box 80278 Indianapolis, IN 46240	(317)981-6312	AscensionFinancialCounselors@r1rcm.com
Ascension Saint Thomas Highlands	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Highlands Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Dekalb	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Dekalb Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas River Park	(877)348-7082	Ascension St. Thomas River Park Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Three Rivers	(931)296-0266	Ascension St. Thomas Three Rivers Financial Asst. Team 451 Hwy 13 S. Waverly, TN 37185	(931)296-4561	
Ascension Saint Thomas Stones River	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Stones River Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Hickman	(931)729-6800	Ascension St. Thomas Hickman 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033	(931)729-0174	
Ascension Saint Thomas Lab Plus	(615)284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615)284-2771	
Ascension Saint Thomas Center for Speciality Surgery	(615)341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave, Ste 400 Nashville, TN 37203	(615)341-7513	
Saint Thomas EMS	(877)664-4076	STHe Financial Assistance PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615)236-4040	
Baptist Ambulatory Surgical Center	(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	(629)204-6544	



Ascension

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກບັນທຶກທາງການແລດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັກ _____

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ເຖິງ Ascension:

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

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ວັນທີ _____



Ascension

[ວັນທີ]

ເຖິງ ຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

Ascension ໄດ້ຖືກຜັກດ້ວຍໂດຍຄວາມເຫັນອີກເຫັນໃຈ ແລະ ການອຸທິດຕົນເພື່ອການດູແລສ່ວນຕົວສໍາລັບທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອຫລາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາ ທີ່ຈະສະເໜີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໄວ້ສໍາລັບສໍາລັບເວລາເສີນ 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, ພວກເຂົາກໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໜອງສໍາເນົາຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງພວກເຂົາກ່ອນທີ່ຄໍາຮ້ອງສະໝັກສາມາດດໍາ ເນີນການໄດ້.

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

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນກັບຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ ເພື່ອນ, ກະລຸນາໃຫ້ພວກເຂົາປະກອບແບບຟອມທີ່ໃສ່ຊື່ວ່າ "ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ." ນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ນີ້ຈະຊ່ວຍສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າຄອງຊີບໄດ້ແນວໃດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມໜັງສືສະໜັບສະໜູນ.

ສຸດທ້າຍ, ກະລຸນາສະໜອງເອກະສານເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ/ຢາປະຈໍາເດືອນທີ່ຍັງຄ້າງຄາຂອງທ່ານ.

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດ
ພ້ອມດ້ວຍຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບຕ້ອງໄດ້ຮັບເພື່ອໃຫ້ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຖືກພິຈາລະນາ.
ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະມວນຜົນ ຫຼື ພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ.

ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າການສື່ສານຜ່ານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ມີຄວາມປອດໄພ.
ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ໜ້າຈະເປັນໄປໄດ້,
ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃສ່ໃນອີເມວອາດຈະຖືກແຊກແຊງ ແລະ
ອ່ານຈາກພາກສ່ວນອື່ນນອກເໜືອຈາກຄົນທີ່ຖືກກ່າວເຖິງ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າມັນມີຄວາມປອດໄພ.
ເນື່ອງຈາກວ່າໃບຄໍາຮ້ອງປະກອບມີເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ,
ພວກເຮົາຂໍຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລະເວັ້ນຈາກການສົ່ງມັນທາງອີເມວ.

ກະລຸນາພິມ ແລະ ສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍມືໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້:

[ຖະໜົນ]

[ສູດ]

[ເມືອງ, ລັດ ZIP]

**ຫຼື ທ່ານສາມາດແຜ່ກາຍໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄປທີ່ແຜ່ກຂອງພວກເຮົາໝາຍເລກ (615)
222-7700.**

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບໃບສະໝັກນີ້,
ກະລຸນາໂທຫາໜຶ່ງໃນຕົວແທນຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາທີ່ (615) 222-6638.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

ຄົນເຈັບ

ການບໍລິການດ້ານ

ການເງິນ

Ascension