

ใบสมัคร

ขอรับเงินช่วยเหลือ

ความสำคัญ: คุณอาจได้รับการดูแลรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือได้รับส่วนลด: การกรอกใบสมัครนี้จะทำให้หน่วยงาน Alexian Brothers Health System (ระบบดูแลสุขภาพ Alexian Brothers) ซึ่งทำธุรกิจในามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois พิจารณาว่าคุณสามารถรับใช้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือได้รับส่วนลดหรือไม่ หรือมีสวัสดิการภาครัฐอื่น ๆ ที่อาจช่วยชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคุณ กรุณาส่งใบสมัครนี้ไปยังที่อยู่ที่เราระบุไว้ในจดหมายปะหน้า

หากคุณไม่มีประกัน ไม่จำเป็นต้องกรอกหมายเลขประกันสังคมเพื่อรับสิทธิ์การดูแลรักษาฟรีหรือได้รับส่วนลด อย่างไรก็ตาม สวัสดิการภาครัฐบางรายการจำเป็นต้องใช้หมายเลขประกันสังคม รวมถึง Medicaid ไม่จำเป็นต้องระบุหมายเลขประกันสังคม แต่หมายเลขประกันสังคมจะช่วยให้หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois พิจารณาได้ว่าคุณมีสวัสดิการภาครัฐโดยอยู่ สำหรับคำถามในใบสมัครที่มีถ้อยคำประกอบว่า "ไม่บังคับ" คำตอบของคุณ (หรือจะเลือกไม่ตอบก็ได้) จะไม่มีผลกระทบต่อผลการสมัครแต่อย่างใด

กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้และส่งไปที่หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือทางแฟกซ์ เพื่อสมัครรับการรักษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือได้รับส่วนลดโดยเร็วที่สุดหลังจากวันที่รับบริการ เราได้รับใบสมัครของคุณได้สูงสุดถึง 240 วัน นับจากวันที่ในใบแจ้งหนี้ใบแรกจากการเข้ารับการรักษาของคุณ การยื่นใบสมัครนี้แสดงว่าคุณรับทราบว่าได้พยายามโดยสุจริตในการให้ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในใบสมัครเพื่อให้ หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois พิจารณาว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนการสมัคร สามารถติดต่อ หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ฝ่ายให้คำปรึกษาทางการเงินพร้อมคำถามหรือข้อกังวลที่หมายเลข 833-272-7581

สามารถร้องเรียนหรือแจ้งข้อกังวลเกี่ยวกับกระบวนการสมัครเพื่อขอรับส่วนลดหรือเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจากการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกันไปยัง Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (สำนักงานดูแลสุขภาพแห่งอัยการสูงสุดอิลลินอยส์) สายด่วนโทรฟรีของ Health Care Bureau คือ 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

ข้อมูลผู้ป่วย

(กรุณาพิมพ์และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง ระบุ N/A หากไม่มีข้อมูลที่สอดคล้องกับบรรทัดใดในใบสมัคร)

วันที่ _____ หมายเลขบัญชี _____

ชื่อ (ชื่อและนามสกุล) _____

วันที่เกิด _____ สถานภาพการสมรส _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ไม่บังคับ - อัตลักษณ์ทางเพศ - คุณคิดว่าตัวเองเป็น: ชาย หญิง ชายข้ามเพศ/แปลงเพศชาย/หญิงเป็นชาย (FTM)

หญิงข้ามเพศ/แปลงเพศหญิง/ชายเป็นหญิง (MTF) ไม่มีเพศสภาพที่เป็นชายหรือหญิงโดยเฉพาะ

หมวดหมู่ด้านเพศเพิ่มเติม (หรืออื่น ๆ)

ไม่บังคับ - เพศสภาพ: สติบัตรของคุณระบุว่าคุณมีเพศอะไร: ชาย หญิง

ไม่บังคับ - เชื้อชาติ: คนผิวขาว คนผิวดำหรือชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน คนอเมริกันอินเดียหรือชาวอะแลสกา คนอินเดียเอเชีย ชาวจีน ชาวฟิลิปปินส์ ชาวญี่ปุ่น ชาวเกาหลี ชาวเวียดนาม ชาวเอเชียอื่น ๆ ชาวฮาวายพื้นเมือง ชาวกัวเมเนียหรือคามอร์โร ชาวซามัว

ชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ

ไม่บังคับ - เชื้อชาติ: ฮิสแปนิก ลาติน/a หรือสเปนดั้งเดิม เม็กซิกัน เม็กซิกันอเมริกัน ชิคาโน/a เปรอโดริโก

คิวบา ฮิสแปนิก ลาติน/a หรือสเปนดั้งเดิม

ไม่บังคับ - ภาษา - ที่บ้านคุณใช้ภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษหรือไม่: ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ คุณใช้ภาษาอะไร _____

ที่อยู่จัดส่งไปรษณีย์ _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ไม่บังคับ - หมายเลขประกันสังคม _____

นายจ้าง _____ สถานะการจ้างงาน _____

หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง _____

ข้อมูลของผู้รับผิดชอบ/ข้อมูลผู้ปกครองตามกฎหมาย

(หากผู้ช่วยข้างต้นเป็นคนเดียวกันกับผู้รับผิดชอบ ให้เว้นส่วนนี้ไว้)

ชื่อ (ชื่อและนามสกุล) _____

วันที่เกิด _____ สถานภาพการสมรส _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ที่อยู่จัดส่งไปรษณีย์ _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) _____

นายจ้าง _____ สถานะการจ้างงาน _____

ข้อมูลคู่สมรสที่เป็นผู้รับผิดชอบ

(หากผู้ช่วยเป็นบุคคลเดียวกับผู้รับผิดชอบ ให้กรอกข้อมูลคู่สมรสสำหรับผู้ช่วย)

ชื่อ (ชื่อและนามสกุล) _____

วันที่เกิด _____ สถานภาพการสมรส _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____

ที่อยู่จัดส่งไปรษณีย์ _____ เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) _____

นายจ้าง _____ สถานะการจ้างงาน _____

หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง _____

ผู้อยู่ในความอุปการะของผู้รับผิดชอบ

(หากผู้ช่วยเป็นบุคคลเดียวกับผู้รับผิดชอบ ให้กรอกข้อมูลคู่สมรสสำหรับผู้ช่วย)

ชื่อ _____ วันที่เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

ชื่อ _____ วันที่เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

ชื่อ _____ วันที่เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

ชื่อ _____ วันที่เกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ _____

จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน _____

รายได้ต่อเดือน

(กรอกจำนวนเงินสำหรับรายการแต่ละรายการด้านล่าง ระบุจำนวนเงินต่อเดือนสำหรับแต่ละรายการ)

รายได้ของผู้สมัคร _____ เงินชดเชยการว่างงาน _____

รายได้ของคู่สมรสผู้สมัคร _____ ค่าสินไหมทดแทนสำหรับลูกจ้าง _____

สิทธิประโยชน์จากประกันสังคม _____ รายได้จากดอกเบีย/เงินปันผล _____

รายได้จากบำนาญ/เกษียณอายุ _____

รายได้จากการเป็นผู้พิการ _____ ค่าเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับ _____

รายได้จากการเป็นผู้พิการ _____ ค่าเลี้ยงดูที่ได้รับ _____

รายได้จากค่าเช่าทรัพย์สิน _____
แสดมปีอาหาร _____

รายได้ปันส่วนของกองทรัสต์ _____
รายได้อื่น ๆ _____
รายได้รวมต่อเดือนทั้งหมด _____

ค่าครองชีพรายเดือน

ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามที่อธิบายไว้ในนโยบายการให้ความช่วยเหลือทางการเงินของ Ascension Illinois ไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้

ค่าจ้าง/ค่าเช่า _____
ค่าสาธารณูปโภค _____
ค่าโทรศัพท์ (โทรศัพท์บ้าน) _____
ค่าโทรศัพท์มือถือ _____
ค่าของชำ/อาหาร _____
ค่าเคเบิลทีวี/อินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์ผ่านดาวเทียม _____
ค่าวงรถ _____
ค่าดูแลเด็ก _____

ค่าเลี้ยงดูบุตร/ค่าเลี้ยงดู _____
ค่าบัตรเครดิต _____
ค่าแพทย์/โรงพยาบาล _____
ประกันภัยรถยนต์/รถ _____
ประกันบ้าน/ทรัพย์สิน _____
ประกันสุขภาพ _____
ประกันชีวิต _____
ค่าใช้จ่ายรายเดือนอื่น ๆ _____
ค่าใช้จ่ายรายเดือนทั้งหมด _____

สินทรัพย์

บัญชีเงินสด/ออมทรัพย์/บัญชีเช็ค _____
หุ้น/พันธบัตร/การลงทุน/บัตรเงินฝาก (CD) _____
อสังหาริมทรัพย์อื่น ๆ / ที่อยู่อาศัยรอง _____
เรือ/รถบ้าน/รถจักรยานยนต์/รถเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ _____
รถยนต์สะสม/รถยนต์ที่ไม่จำเป็น _____
บัญชีออมเพื่อสุขภาพ/บัญชีใช้จ่ายแบบยืดหยุ่น _____

ฉันอนุญาตให้ หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ขอข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตภายนอก ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าจะขอความช่วยเหลือจากรัฐ สหพันธรัฐ หรือหน่วยงานท้องถิ่นใด ๆ ที่ข้าพเจ้าอาจมีสิทธิ์รับการช่วยเหลือในการชำระค่ารักษาพยาบาล ฉันเข้าใจว่าข้อมูลที่ให้นี้อาจมีการตรวจสอบโดย หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois, และข้าพเจ้าอนุญาตให้ หน่วยงาน Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ติดต่อบุคคลที่สามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ให้ไว้ในใบสมัครนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าให้ข้อมูลทั้งที่

ทราบว่าไม่เป็นความจริงในใบสมัครนี้ ข้าพเจ้าจะไม่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน และความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับอาจถูกยกเลิก และข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการชำระเงิน

ลายมือชื่อผู้สมัคร _____

วันที่ _____

ข้อคิดเห็น _____

หนังสืออุปการะ

หมายเลขบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย/หมายเลขบัญชี _____

ชื่อผู้อุปการะ _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้สมัคร _____

ที่อยู่ของผู้อุปการะ _____

เรียน Ascension Illinois:

จดหมายฉบับนี้เขียนขึ้นเพื่อรับรองว่า (ชื่อผู้ป่วย) _____ มีรายได้เล็กน้อย
หรือไม่มีรายได้เลย ข้าพเจ้าให้ความช่วยเหลือแก่เขา/เธอในด้านค่าครองชีพ เขา/เธอ/พวกเขา
มีภาระหน้าที่ต่อข้าพเจ้าน้อยมากหรือไม่มีเลย

โดยการลงนามในคำแถลงนี้ ข้าพเจ้าเห็นพ้องว่าข้อมูลที่ให้เป็นจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

ลายมือชื่อผู้อุปการะ _____

วันที่ _____

เรียน ผู้ป่วย/ผู้สมัคร

หน่วยงานที่เป็นสมาชิก Alexian Brothers Health System ซึ่งทำธุรกิจในนามบริษัทในเครือของ Ascension Illinois ขับเคลื่อนด้วยความเห็นอกเห็นใจและทุ่มเทเพื่อมอบการดูแลเฉพาะตัวสำหรับทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด เป็นภารกิจและสิทธิพิเศษของเราที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยของเรา ความช่วยเหลือทางการเงินมีไว้สำหรับกรณีฉุกเฉินและการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ เท่านั้น ขอขอบคุณที่ไว้วางใจให้เราดูแลความต้องการด้านสุขภาพของคุณและครอบครัว

เราส่งจดหมายนี้และใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่แนบมาเนื่องจากเราได้รับคำขอของคุณ หากคุณไม่ได้ส่งคำขอ โปรดพลิกเจดต่อหนังสือฉบับนี้ โปรดกรอกข้อมูลทั้งสองด้านให้สมบูรณ์ รวมถึงลงลายมือชื่อของคุณและวันที่ก่อนส่งคืน หากคุณมีการกรอกใบสมัครในระยะหกเดือนที่ผ่านมาและได้รับการอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงิน โปรดแจ้งให้เราทราบ คุณอาจไม่จำเป็นต้องกรอกใบสมัครใหม่ เราจะไม่พิจารณาใบสมัครก่อนหน้านี้ที่มีอายุมากกว่าหกเดือน

โปรดแนบสำเนาของรายการต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งรายการเป็นหลักฐานด้านรายได้ของคุณ พร้อมกับใบสมัคร หากคุณแต่งงานหรืออาศัยอยู่กับคู่ครองเป็นเวลา 6 เดือนหรือนานกว่านั้น พวกเขาจะต้องแสดงสำเนาของรายการต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งรายการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงรายได้ของพวกเขา ก่อนที่จะสามารถประมวลผลใบสมัครได้

- สำเนาเช็คเงินค่าจ้าง 3 เดือนล่าสุดจากนายจ้าง
- สำเนาของการคืนภาษีประจำปีล่าสุด (หากประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงตารางทั้งหมด)
- หนังสือเงินประกันสังคมและ/หรือเงินบำนาญเกษียณอายุ
- การคืนภาษีรายปีล่าสุดของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง หากผู้สมัครเป็นผู้อยู่ในความอุปการะตามที่ระบุในแบบฟอร์มภาษีของพวกเขา และอายุต่ำกว่า 25 ปี
- เอกสารตรวจสอบรายได้อื่น ๆ
- รายการเงินฝากถอนในบัญชีธนาคารย้อนหลัง 3 เดือน
- สำเนาใบเสร็จเงินชดเชยการว่างงาน

หากคุณได้รับความช่วยเหลือจากหรืออาศัยอยู่ในบ้านร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง โปรดให้พวกเขากรอกแบบฟอร์มที่มีข้อความระบุว่า "หนังสืออุปการะ" หนังสือฉบับนี้จะไม่ทำให้พวกเขาต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของคุณ หนังสือฉบับนี้จะช่วยแสดงให้เห็นว่าคุณสามารถจ่ายค่าครองชีพได้เพียงใด หากคุณไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อนฝูง คุณไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มหนังสืออุปการะท้ายที่สุด โปรดเตรียมเอกสารเพื่อเป็นหลักฐานค่ารักษา/ค่ายาประจำเดือนที่ค้างชำระของคุณ

ใบสมัครจะได้รับการพิจารณาก็ต่อเมื่อเราได้รับใบสมัครที่สมบูรณ์พร้อมทั้งหลักฐานรายได้ของคุณแล้ว
พวกเราจะไม่สามารถดำเนินการหรือพิจารณาใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์ได้

โปรดทราบว่าการสื่อสารทางอีเมลผ่านอินเทอร์เน็ตนั้นไม่ปลอดภัย แม้ว่าจะไม่น่าเป็นไปได้ แต่ก็มี
เป็นไปได้ที่ข้อมูลที่คุณรวมไว้ในอีเมลอาจถูกดักและอ่านโดยบุคคลอื่นนอกจากบุคคลที่ระบุไว้

เราต้องการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ และมั่นใจว่าข้อมูลนั้นปลอดภัย เนื่องจากใบสมัครนี้มีหมายเลข
ประกันสังคมของคุณและข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ เราขอแนะนำให้คุณหลีกเลี่ยงการส่งอีเมล

โปรดพิมพ์และส่งใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วของคุณมายังที่อยู่ดังนี้:

Ascension Illinois PFS
ถึง: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

หากคุณมีปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับใบสมัครนี้ โปรดโทรหาตัวแทนผู้ป่วยของเราที่ 833-272-7581

ขอแสดงความนับถือ

บริการด้านการเงินสำหรับผู้ป่วย
Ascension Illinois