

ແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະດູນາຟິມ ແລະ ທຸກຫ້ອງແມ່ນໃຫ້ສໍາເລັດ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບສາຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນໃບສະໝັກ)

ວັນທີ _____ ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ZIP _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ _____

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ບົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄືກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະໝວດສ່ວນນີ້ໄວ້.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ZIP _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ _____

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ZIP _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ _____

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຂອງພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສຳພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____

ຄວາມສຳພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຊື່ ວັນເດືອນປີເກີດ ຄວາມສຳພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຈຳນວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ _____

ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

(ຕື່ມຈຳນວນເງິນໃດກໍລະນີທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ສະໜອງຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນສຳລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຈາກຜູ້ສະໝັກ _____

ລາຍໄດ້ຂອງຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ສະໝັກ _____

ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ _____

ລາຍໄດ້ເງິນບຳເນັດ/ບຳນານ _____

ລາຍໄດ້ພິການ _____

ຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ _____

ຄ່າຊົດເຊີຍຂອງກຳມະກອນ _____

ລາຍໄດ້ດອກເບ້ຍ/ເງິນບັນຊີ _____

ເງິນລ້ຽງດູດັກທີ່ໄດ້ຮັບ _____

ຄ່າລ້ຽງດູທີ່ໄດ້ຮັບ _____

ລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ _____

ສະເຕມອາຫານ _____

ການແຈກຈ່າຍເງິນກອງທຶນທີ່ໄວ້ວາງໃຈທີ່ໄດ້ຮັບ _____

ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____

ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____

ລວມຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ \$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳເດືອນ

ການຈ່າຍ/ຄ່າເຊົ່າ _____

ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍຕ່າງໆ _____

ໂທລະສັບ (ຕັ້ງໃຕ້) _____

ໂທລະສັບມືຖື _____

ເຄື່ອງຍ່ອຍ/ອາຫານ _____

ເຄເບີນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະພາບດາວທຽມ _____

ຈ່າຍຄ່າລົດ _____

ການດູແລເດັກ _____

ຄ່າລ້ຽງດູລູກ/ຄ່າລ້ຽງລູກ _____

ບັດເຄຼດິດ _____

ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວແພດ/ໂຮງ ໝໍ _____

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 _____

ລົດນັກສະໝັກ/ລົດຍົນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ _____

ຊັບສິນອື່ນໆ _____

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື້ອທາງນອກໄດ້ ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ _____

ວັນທີ _____

ຄຳເຫັນ _____

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກບັນທຶກທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັກ _____

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ເຖິງ Ascension:

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

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ວັນທີ _____

[Date]

ເຖິງ ຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

Ascension ໄດ້ຖືກຜັກດັນໂດຍຄວາມເຫັນອົກເຫັນໃຈ ແລະ ການອຸທິດຕົນເພື່ອການດູແລສ່ວນຕົວສໍາລັບທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອຫລາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາ ທີ່ຈະສະເໜີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໄວ້ສໍາລັບສໍາລັບເວລາສິນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດອື່ນໆທີ່ນັ້ນ. 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 ໃບບິນຈ່າຍເງິນຫຼ້າສຸດຈາກນາຍຈ້າງ
- ສໍາເນົາໃບແຈ້ງພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາ (ຖ້າເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ໃຫ້ປະກອບຕາຕະລາງທັງໝົດ)
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ບໍາເລັດບໍານານ
- 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

ນາເຈັບ Ascension

midwest orthopedic

SPECIALTY HOSPITAL

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 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 Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682
Ascension Calumet Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904	Ascension Eagle River Hospital Attn: Financial Counselor 240 Maple St Woodruff, WI 54568	Ascension St. Mary's Ozaukee Hospital Patient Accounting / Office Center P.O. Box 503 Milwaukee, WI 53201-9682
Howard Young Medical Center Attn: Financial Counselor 240 Maple St Woodruff, WI 54568	Ascension NE WI St. Elizabeth Hospital Attn: Financial Counselor 1506 S. Oneida St Appleton, WI 54915	Ascension Good Samaritan Hospital Attn: Financial Counselor 1120 Pine St Stanley, WI 54768
Ascension Our Lady of Victory Hospital Attn: Financial Counselor 1120 Pine St Stanley, WI 54768	Ascension Sacred Heart Hospital Attn: Financial Counselor 2251 N Shore Dr Rhineland, WI 54501	Ascension NE WI Mercy Hospital Attn: Financial Counselor 500 S Oakwood Rd Oshkosh, WI 54904
Ascension St. Michael's Hospital Attn: Financial Counselor 900 Illinois Ave Stevens Point, WI 54481	Ascension St. Mary's Hospital Attn: Financial Counselor 2251 N Shore Dr Rhineland, WI 54501	