

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.)

ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຈາກຜູ້ສະໜັກ _____

ລາຍໄດ້ຂອງຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ສະໜັກ _____

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.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັກ _____

ວັນທີ _____

ຄຳເຫັນ _____

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກບັນທຶກທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັກ _____

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ເຖິງ Ascension:

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

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ວັນທີ _____

midwest orthopedic

SPECIALTY HOSPITAL

[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 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		