



Ascension Via Christi

Tài liệu Yêu cầu Hỗ trợ Tài chính:

Tài liệu sau mô tả loại tài liệu cần thiết cho tất cả các ứng dụng hỗ trợ tài chính. Để xử lý đơn xin, không chậm trễ, vui lòng cung cấp các thông tin sau:

- Đơn đã hoàn thành với chữ ký của vợ / chồng nếu kết hôn. Nếu tách ra; Cung cấp xác minh sự tách biệt pháp lý, và
- Khai thuế thu nhập gần đây nhất để xác minh quy mô hộ gia đình

Thông tin Thu nhập:

- Sử dụng
 - Cung cấp ba bản khai lương gần đây nhất của bạn từ chủ nhân hiện tại, hoặc gần đây nhất của bạn; Hoặc ba tháng gần nhất thu nhập của bạn lịch sử được cung cấp trên công ty giấy và có chữ ký của một đại diện công ty.
- Tự làm chủ
 - Cung cấp ba tháng trước của các tạp chí kinh doanh hoặc Bản Khai Thuế Thu nhập Gần đây nhất của bạn
- Thất nghiệp
 - Cung cấp Bản tuyên bố về Thất nghiệp hoặc tuyên bố hỗ trợ từ người chăm sóc đang giúp đỡ bạn, nếu bạn không bị thất nghiệp
- Người nhận An sinh Xã hội
 - Cung cấp thư giải thưởng An sinh Xã hội của bạn từ Cục An sinh Xã hội
- Thu nhập khác
 - Cung cấp bằng chứng về thu nhập như hỗ trợ nuôi con, tiền cấp dưỡng và thu nhập hàng tháng từ ủy thác

Nếu bạn đang nhận trợ cấp của HUD, WIC hoặc Trợ cấp Phiếu Thực phẩm:

- Cung cấp thư chấp thuận từ chương trình trên

Nếu bạn có thắc mắc về đơn đăng ký hoặc tài liệu yêu cầu, vui lòng gọi 1-888-244-2266, chọn lựa chọn # 2 và Tham tán Tài chính sẽ giúp bạn.

Xin lưu ý rằng bạn có thể yêu cầu thêm thông tin trong khi đơn của bạn đang được xử lý.

Trả lại đơn đăng ký và các tài liệu cần thiết để xử lý theo địa chỉ sau:

Via Christi Health, Inc.
Attn: Financial Counseling Department
929 N. St. Francis
Wichita, KS 67201-9903

Ascension Via Christi St. Francis
929 N St Francis
Wichita, KS 67214

316-268-5000
viachristi.org/locations

Ascension Via Christi Hospitals Wichita, Inc.

Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính Ascension Via Christi Health Inc.

Có phải đơn xin này là cho các dịch vụ trong tương lai hoặc quá khứ hay không? Các Dịch Vụ Trong Tương Lai

Ngày Dịch Vụ trong Quá Khứ

Các dịch vụ đã/đang được thực hiện ở đâu? _____ Acct# _____

Thông Tin Của Bệnh Nhân:

Họ Tên Tên Lót Viết Tắt Số An Sinh Xã Hội Ngày Sinh

Địa Chỉ Thành Phố Tiểu Bang Số Zip

Địa Chỉ Gửi Thư Thành Phố Tiểu Bang Số Zip

Xin đánh dấu vào ô thích hợp: Độc thân Đã lập gia đình Luật Phổ Thông Ly thân Ly dị Goá bụa

Giới tính: Nam Nữ Ngôn ngữ: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Khác

Số Điện Thoại Nhà _____ Số Điện Thoại Sở Làm _____

Người Chịu Trách Nhiệm Thanh Toán Hoá Đơn:

Họ Tên Tên Lót Quan Hệ với Bệnh Nhân Số An Sinh Xã Hội

Tên Công Ty Bảo Hiểm (VA, Medicare, Thương Mãi, AFLAC, v.v...) Ngày Hiệu Lực

Xin cho biết TẤT CẢ những người sống trong gia đình, bao gồm đương đơn. Cho biết ai là người quý vị nêu tên trên giấy khai thuế của mình: (Dùng thêm giấy nếu cần)

TÊN	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGƯỜI THUỘC QUYỀN VỀ THUẾ (CÓ/KHÔNG)
1.	Bản thân			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Các dịch vụ có liên quan tới đền yêu cầu đền bù tai nạn nghề nghiệp hoặc yêu cầu bồi thường về tai nạn xe cộ không? Có Không

Có bất cứ ai trong gia đình của quý vị: (Đánh dấu vào tất cả những điều áp dụng)

Mang thai Người nào? _____

Nạn nhân của một tội ác có gây thương tích Người nào? _____

Bị khuyết tật Người nào? _____

Không phải là một công dân Hoa Kỳ Người nào? _____

Nếu là thường trú nhân hợp pháp (LPR) đã được bao nhiêu năm? _____ Tình trạng di trú: _____

Hội đủ điều kiện cho bảo hiểm COBRA Người nào? _____

Quý vị đã hoặc dự định nộp đơn yêu cầu bồi thường cho một thương tích cá nhân Có Không để đền bù cho các thương tích đã bị?

Quý vị có được tham gia Chương Trình Nhà Ở được trợ cấp, Tem Phiếu Thực Phẩm hoặc Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC) không? Có Không

Thông tin Thu nhập Hộ gia đình Hàng tháng:

	Bệnh nhân	Vợ/Chồng/Người đồng gửi đơn
Tổng Thu nhập (trước khi khấu trừ)		
Thu nhập Làm việc Tự		
Thế nghiệp		
Tiền trợ cấp An sinh Xã hội/SSI (vui lòng ghi rõ):		
Hưu trí (Lương hưu, Trợ cấp Hàng năm)		
Tiền cấp dưỡng hoặc Hỗ trợ Trẻ nhỏ		
Lãi và Cổ tức các Tài khoản Đầu tư		
Thu nhập Cho thuê Bất động sản		
Thu nhập Khác		
Tổng Thu nhập		

Tổng Thu nhập Hộ gia đình**Thông tin Chi tiêu Hộ gia đình Hàng tháng:**

	Tổng cộng		Tổng cộng
Thế chấp/Thuê nhà		Tiền đi chợ	
Điện		(Các) Tiền trả nợ xe hơi	
Tiền Ga Hộ gia đình		Giữ trẻ	
Nước/Thoát nước		Hỗ trợ/Tiền Cấp dưỡng cho Trẻ nhỏ	
Điện thoại/Di động		Các Khoản nợ tiền học phí	
Cáp/Internet		Các Chi phí Y tế	

Tổng Chi tiêu Hộ gia đình

Nếu quý vị không có thu nhập hàng tháng, xin đính kèm bản giải thích cách thức mà quý vị đáp ứng cho các chi phí sinh hoạt hàng tháng của mình.

THÔNG TIN NHẬN ĐƯỢC TỪ: _____ QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN: _____

Tôi hiện làm đơn xin trợ giúp tài chính với Via Christi Health, Inc. (Via Christi) là một đại lý gửi hoá đơn/đòi nợ cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế liên đới đã nêu ở trên. Tôi hiểu rằng theo kỳ vọng của Via Christi các bệnh nhân phải dùng tất cả các nguồn trợ giúp về tài chính hiện có của họ để trả cho các hoá đơn y tế của họ trước khi xem xét hoặc cấp sự trợ giúp về tài chính. Thông tin mà tôi đã nêu ra trong Đơn xin này và các tài liệu hỗ trợ đều đúng và đầy đủ. Qua việc ký tên vào mẫu này, tôi đồng ý cho phép Via Christi được xác nhận về công việc làm của tôi và lịch sử tín dụng nhằm mục đích xác định khả năng hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chính. Tôi cũng cho phép tất cả các tổ chức và cơ sở được tiết lộ thông tin về tín dụng của tôi và tình trạng tài chính cho Via Christi nhằm cùng mục đích này. Tôi hiểu rằng Via Christi có thể đòi hỏi thêm bằng chứng cụ thể về bất cứ thông tin nào trên FAA này và các tài liệu hỗ trợ sẽ được cung cấp khi có yêu cầu. Nếu bất cứ thông tin nào trong FAA này và các tài liệu hỗ trợ được phát hiện thấy là gian dối, sai lạc, hoặc thiếu sót, đơn xin trợ giúp của tôi sẽ bị bác bỏ. Via Christi dành quyền đánh giá lại và/hoặc đảo ngược bất cứ sự chỉ định dịch vụ về từ thiện nào nếu thông tin quan trọng không được tiết lộ, hoặc thông tin đã được trình bày sai hoặc cố tình dấu nhẹm, hoặc nếu tôi (hoặc những người thừa kế của tôi) đòi hỏi hoặc kiện tụng về dân sự đối với một nhóm thứ ba về các thương tích hoặc thiệt hại cá nhân (bao gồm các phí tổn/chi tiêu về y tế). Tôi hiểu và đồng ý rằng bất cứ sự trợ giúp tài chính nào được Via Christi cấp cũng không được tôi hoặc những người đại diện pháp lý của tôi dùng trong bất cứ các thương thảo, điều đình hoặc kiện tụng nhằm mục đích đòi thêm tiền bạc cho các thiệt hại. Nếu xảy ra điều này, tôi đồng ý rằng Via Christi có quyền đảo ngược bất cứ sự chỉ định dịch vụ từ thiện nào và đòi phải trả hết các phí tổn. Người ký tên dưới đây đồng ý rằng bất cứ bệnh viện nào đã cung cấp dịch vụ y tế cho bệnh nhân có tên ở trên có thể nộp đơn và duy trì một khoản thế chấp bệnh viện trước hoặc sau khi sự trợ giúp tài chính được cấp dựa trên tất cả các nguồn thu hồi có thể có.

 Chữ Ký Của Đương Đơn Ngày

 Chữ Ký của Người Làm Đơn Phụ Ngày

Các cố vấn tài chính hiện có Thứ Hai tới Thứ Sáu 9:00 sáng tới 4:00 chiều Để được trợ giúp xin gọi số điện thoại có liên quan tới địa điểm nơi các dịch vụ đã được thực hiện.

Các dịch vụ Wichita 316-268-5178, lựa chọn 2 Các dịch vụ Pittsburg 620-232-0198, lựa chọn 2 Các dịch vụ Wamego 785-458-7000, lựa chọn 2
 Các dịch vụ Manhattan 785-565-4794, lựa chọn 2