



Kính gửi Bệnh nhân/Người nộp đơn,

Động lực của Ascension là sự cảm thông và chúng tôi luôn tận tâm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân cho tất cả mọi người—đặc biệt là những người cần được chăm sóc nhất. Cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân là sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi. Hỗ trợ tài chính chỉ dành cho trường hợp cấp cứu và dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Cảm ơn quý vị đã tin tưởng để chúng tôi chăm sóc cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị và gia đình mình.

Chúng tôi gửi thư này và đơn xin hỗ trợ tài chính đính kèm vì chúng tôi đã nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không yêu cầu điều này, xin vui lòng bỏ qua. Vui lòng điền đầy đủ cả hai mặt, bao gồm cả chữ ký và ngày ký trước khi quý vị gửi trả. Nếu quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký trong vòng sáu tháng qua và đã được phê duyệt hỗ trợ tài chính, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết. Quý vị có thể không cần phải điền đơn đăng ký mới. Chúng tôi sẽ không xem xét đơn đăng ký đã cũ quá sáu tháng.

Cùng với đơn đăng ký, vui lòng cung cấp ít nhất một trong các giấy tờ sau đây làm bằng chứng thu nhập của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn hoặc sống với một người quan trọng khác trong 6 tháng hoặc lâu hơn, họ cũng sẽ cần cung cấp một bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau đây để làm bằng chứng thu nhập của họ trước khi đơn đăng ký có thể được xử lý.

- Bản sao của 3 cuống phiếu lương gần đây nhất từ chủ lao động
- Bản sao tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất (nếu tự làm chủ, bao gồm tất cả các bảng)
- An sinh xã hội và/hoặc Thư Hỗ trợ Hưu trí
- Tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất của Phụ huynh hoặc Người Giám hộ, nếu người nộp đơn là người phụ thuộc được nêu trong biểu mẫu thuế của họ và dưới 25 tuổi
- Tài liệu xác minh thu nhập khác
- Bản sao của sao kê ngân hàng từ 3 tháng trước
- Bản sao giấy nhận trợ cấp thất nghiệp

Nếu quý vị nhận hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bè hoặc sống cùng nhà với họ, vui lòng đề nghị họ điền đầy đủ biểu mẫu đính kèm có nhãn “Letter of Support” (Thư Hỗ trợ). Việc này sẽ không khiến họ phải chịu trách nhiệm về các hóa đơn y tế của quý vị. Điều này sẽ giúp cho biết làm thế nào mà quý vị có thể trang trải được chi phí sinh hoạt. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ từ gia đình và bạn bè, quý vị không cần điền vào mẫu Thư Hỗ trợ.

Cuối cùng, vui lòng cung cấp tài liệu làm bằng chứng về chi phí y tế và dược phẩm/thuốc hàng tháng chưa chi trả của quý vị.

Xin lưu ý rằng chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng với bằng chứng thu nhập để đơn đăng ký được xem xét. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký chưa điền đầy đủ.

Tất cả các bệnh nhân được chấp thuận cho từ thiện đầy đủ sẽ nợ một khoản đồng thanh toán cho dịch vụ:

Dịch vụ dựa vào bệnh viện ngoại trú: \$ 25 mỗi lần khám

Dịch vụ Nội trú / Quan sát / ED \$ 100 mỗi lần khám

Phục hồi chức năng: \$ 25 / ngày. khoản đồng thanh toán tối đa \$ 250 cho mỗi dịch vụ định kỳ

Xin lưu ý rằng việc liên lạc bằng email qua internet là không an toàn. Mặc dù ít xảy ra, nhưng có khả năng thông tin quý vị đưa vào email có thể bị đánh chặn và bị đọc bởi các bên khác ngoài người được gửi thư.

Chúng tôi muốn bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị và đảm bảo rằng thông tin đó được giữ an toàn. Vì đơn đăng ký chứa số an sinh xã hội và các thông tin cá nhân khác của quý vị, chúng tôi khuyên quý vị không nên gửi qua email.

Vui lòng in ra và gửi qua đường thư bưu điện hoặc gửi tận tay đơn đăng ký đã điền đầy đủ của quý vị đến địa chỉ sau:

Gửi thư đến:

929 N. St Francis, Wichita, KS 67214

Giao tận tay cho:

Wichita: 929 N. St Francis, Wichita, KS 67214

Pittsburg: One Mt Carmel Way, Pittsburg, KS 66762

Manhattan: 1823 College Ave., Manhattan, KS 66502

Wamego: 711 Glenn Drive, Wamego, KS 66547

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, vui lòng gọi cho một trong các Đại diện Bệnh nhân của chúng tôi theo số 888-244-2266.

Trân trọng,

Patient Financial Services
Ascension (Dịch vụ Tài chính Bệnh
nhân Ascension)

Thông tin bệnh nhân

(Vui lòng viết hoa và điền vào tất cả các trường thông tin. Ghi N/A vào bất kỳ dòng riêng nào trong đơn nếu không áp dụng)

Ngày _____ Số tài khoản _____
Tên (tên và họ) _____
Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ ZIP _____ Số an sinh xã
hội (không bắt buộc) _____
Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____
Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Thông tin bên chịu trách nhiệm/thông tin người giám hộ hợp pháp

(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)

Tên (tên và họ) _____
Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ ZIP _____ Số an sinh xã
hội (không bắt buộc) _____
Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____
Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên (tên và họ) _____
Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ ZIP _____ Số an sinh xã
hội (không bắt buộc) _____
Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____
Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____

Số người lớn và trẻ em sống trong gia đình _____

Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền đô la cho mỗi mục được liệt kê dưới đây. Cung cấp số tiền mỗi tháng cho từng mục.)

Thu nhập lương của người nộp đơn _____ Thu nhập
 của vợ/chồng người nộp đơn _____ Tiền an
 sinh xã hội _____ Thu nhập
 từ trợ cấp/lương hưu _____ Thu nhập
 từ trợ cấp khuyết tật _____ Bồi
 thường thất nghiệp _____ Bồi
 thường của người lao động _____ Thu nhập
 lãi/cổ tức _____

Hỗ trợ trẻ em nhận được
 Cấp dưỡng nhận được
 Thu nhập bất động sản cho thuê
 Tem phiếu thực phẩm
 Phân phối quỹ ủy thác nhận được
 Thu nhập khác
 Thu nhập khác
Tổng thu nhập hàng tháng \$

Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Vay thế chấp/thuê _____ Tiện ích
 _____ Điện
 thoại (điện thoại cố định) _____ Điện
 thoại di động _____ Hàng tạp
 hóa/thực phẩm _____ Truyền
 hình cáp/internet/vệ tinh _____ Chi phí
 xe hơi _____ Giữ trẻ

Hỗ trợ trẻ em/tiền cấp dưỡng
 Thẻ tín dụng
 Hóa đơn bác sĩ/bệnh viện
 Bảo hiểm xe hơi/ô tô
 Bảo hiểm nhà/tài sản
 Bảo hiểm y tế/sức khỏe
 Bảo hiểm nhân thọ
 Chi phí hàng tháng khác
Tổng chi phí hàng tháng \$

Tài sản

Tiền mặt/tiết kiệm/tài khoản séc _____
 Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/chứng chỉ tiền gửi _____
 Bất động sản/nhà ở thứ hai khác _____
 Thuyền/RV/xe máy/xe giải trí _____
 Ô tô sưu tầm/ô tô không thiết yếu _____
 Bất kỳ hành động bồi thường người lao động hoặc thương tích cá nhân nào đang chờ xử lý hoặc theo kế hoạch
 _____ Có _____ Không Tài sản khác _____

Tôi đang nộp đơn xin hỗ trợ tài chính với Ascension Via Christi Health, Inc. (AVCH) với tư cách là đại lý thanh toán/thu nợ cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên kết được nêu ở trên. Thông tin tôi đã cung cấp trong Đơn đăng ký này và các tài liệu hỗ trợ là đúng và đầy đủ. Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi đồng ý cho phép AVCH xác minh lịch sử việc làm và tín dụng của tôi nhằm mục đích xác định điều kiện hội đủ để nhận hỗ trợ tài chính. Tôi cũng cho phép tất cả các tổ chức và cơ sở tiết lộ thông tin liên quan đến tình trạng tín dụng hoặc tài chính của tôi cho AVCH cho cùng mục đích này. Tôi hiểu rằng AVCH có thể yêu cầu bằng chứng cụ thể hơn về bất kỳ thông tin nào về FAA này và các tài liệu hỗ trợ sẽ được cung cấp theo yêu cầu. Nếu bất kỳ thông tin nào trong FAA này và các tài liệu hỗ trợ bị phát hiện là sai, gây hiểu lầm hoặc không đầy đủ, đơn đăng ký nhận hỗ trợ của tôi sẽ bị từ chối. AVCH có quyền đánh giá lại và/hoặc thu hồi mọi chi định dịch vụ từ thiện nếu thông tin quan trọng không được tiết lộ, hoặc thông tin bị xuyên tạc hoặc bị giữ lại một cách cố ý, hoặc nếu tôi (hoặc người thừa kế của tôi) yêu cầu hoặc nộp đơn kiện dân sự bên thứ ba bên về thương tích cá nhân hoặc thiệt hại (bao gồm cả chi phí/phí tổn y tế). Tôi hiểu và đồng ý rằng bất kỳ hỗ trợ tài chính nào do AVCH cấp không thể được tôi hoặc đại diện

pháp lý của tôi sử dụng trong bất kỳ cuộc đàm phán, dàn xếp hoặc kiện tụng nào cho mục đích tăng số tiền đền bù thiệt hại tiền tệ. Nếu điều này xảy ra, tôi đồng ý rằng AVCH có quyền thu hồi mọi chi định dịch vụ từ thiện và theo đuổi các khoản chi phí đầy đủ. Những người ký tên dưới đây đồng ý rằng bất kỳ bệnh viện nào cung cấp dịch vụ y tế cho bệnh nhân có tên ở trên đều có thể nộp và duy trì quyền giữ lại của AVCH trước hoặc sau khi hỗ trợ tài chính được cấp trên tất cả các nguồn phục hồi tiềm năng.

Chữ ký của Người nộp đơn _____

Ngày _____

bình luận



Thư Hỗ Trợ

Số hồ sơ y tế của bệnh nhân/số tài khoản _____

Tên người hỗ trợ _____

Mối quan hệ với bệnh nhân/người nộp đơn _____

Địa chỉ của người hỗ trợ _____

Gửi đến Ascension:

Thư này là để thông báo rằng (tên bệnh nhân) _____
nhận được rất ít hoặc không có thu nhập và tôi đang hỗ trợ chi phí sinh hoạt
của anh ấy/cô ấy. Anh ấy/cô ấy có ít hoặc không có nghĩa vụ với tôi.

Bằng cách ký vào bản tuyên bố này, tôi đồng ý rằng các thông tin được cung cấp là đúng theo
hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của người hỗ trợ

Ngày _____