



ຄົນເຈັບທີ່ຮັກແພງ,

ຂໍຂອບໃຈທີ່ເລືອກເອົາ Saint Thomas Health (ສູນສຸຂະພາບເຊັ່ນໂທມັສ) ເປັນຜູ້ໃຫ້ຄວາມເບິ່ງແຍງດູແລຄວາມຈໍາເປັນທາງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາ ທີ່ຈະສະເໜີໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາແກ່ຄົນເຈັບ.

ຕາມການສະເໜີຂອງທ່ານ ພວກເຮົາມີໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຄັດຕິດມາໃຫ້. ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ໃຫ້ຄົບຖ້ວນສອງດ້ານ, ລວມທັງລົງລາຍເຊັນ ແລະ ໃສ່ວັນທີ ກ່ອນສິ່ງມັນໄປຫາທີ່ຢູ່, ອີເມວ ຫຼື ເບີແຟັກທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມບ່ອນທີ່ຈັດບໍລິການໃຫ້.

ກະລຸນາສົ່ງເອກະສານໃດໜຶ່ງຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງເອກະສານທີ່ເປັນຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບຂອງທ່ານໄປພ້ອມກັບໃບຄໍາຮ້ອງ. ຖ້າທ່ານແຕ່ງງານ ຫຼື ອາໄສຢູ່ກັບຄົນອື່ນເປັນເວລາຫຼັກ (6) ເດືອນ ຫຼື ດົນກວ່ານັ້ນ, ຈະຕ້ອງມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບຈາກພວກເຂົາກ່ອນທີ່ຈະສາມາດດໍາເນີນການໃບຄໍາຮ້ອງໄດ້.

- ສໍາເນົາສິ້ນໃບຈ່າຍເງິນເດືອນຫຼ້າສຸດ 3 ໃບທີ່ສະແດງໃຫ້ລາຍໄດ້ທັງໝົດ (ກ່ອນຫັກພາສີ). **-ຫຼື-**
- ສໍາເນົາໃບສົ່ງເງິນພາສີຄືນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານທີ່ສົມບູນ; ຖ້າເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ກະລຸນາລວມເອົາໃບກໍານົດການຈ່າຍເງິນທຸກອັນ. **-ຫຼື-**
- ສໍາເນົາໃບປະກັນສັງຄົມປະຈຸບັນ, ໜັງສືໃຫ້ເງິນບໍາເນັດ/ບໍານານ ຫຼື ບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານສະແດງໃຫ້ເຫັນປະກັນສັງຄົມ, ການຝາກເງິນບໍາເນັດ/ບໍານານ ຫຼື ສໍາເນົາປະກັນສັງຄົມຫຼ້າສຸດ, ໃບເຊັກເງິນບໍາເນັດ/ບໍານານ **-ຫຼື-**
- ນັກຮຽນທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 25 ປີ ຫຼື ອ່ອນກວ່ານັ້ນຕ້ອງໄດ້ສົ່ງສໍາເນົາໃບເສຍພາສີປະຈຸບັນຂອງພໍ່ແມ່ຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ພວກເຂົາຖືກເອົາຊື່ເຂົ້າເປັນຜູ້ຂຶ້ນກັບພາສີຂອງພໍ່ແມ່ພວກເຂົາ. **-ຫຼື-**
- ອື່ນໆ: ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຫຼື ອາຢູ່ໃນບ້ານກັບຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ ກະລຸນາໃຫ້ເຂົາເຈົ້າປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຝອມຄັດຕິດທີ່ໄດ້ໝາຍບອກວ່າ “ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ”. ອັນນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຜິດຊອບຕໍ່ໃບບິນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ຈະນໍາໃຊ້ເພື່ອສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ທ່ານສາມາດຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດໍາລົງຊີວິດຂອງທ່ານແນວໃດເທົ່ານັ້ນ ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງປະກອບໜັງສືສະໜັບສະໜູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຝ່າຈາລະນາ ແມ່ນຕ້ອງໄດ້ຮັບໃບຄໍາຮ້ອງປະກອບຄົບຖ້ວນ ພ້ອມກັບຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ. ໃບຄໍາຮ້ອງທີ່ບໍ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແມ່ນຈະບໍ່ຖືກຝ່າຈາລະນາ.

ສໍາລັບເບີໂທລະສັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ຄວນສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຫາແມ່ນກະລຸນາເບິ່ງຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງໜ້ານີ້.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

ການບໍລິການດ້ານການເງິນຄົນເຈັບ
Saint Thomas Health (ສູນສຸຂະພາບເຊັ່ນໂທມັສ)



Saint Thomas Health

ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ	ເບີໂທລະສັບ	ທີ່ຢູ່	ເບີແຟັກ	ທີ່ຢູ່ອີເມວ
Saint Thomas West (ເຊັ່ນໂທມັສເວັສ)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	
Saint Thomas Midtown (ເຊັ່ນໂທມັສມິດທາວ)	(615) 284-5340	STHe Financial Asst PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	
Saint Thomas Rutherford (ເຊັ່ນໂທມັສຣັດເຕີຟອດ)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	
Saint Thomas Medical Partners (Physicians) (ຫຸ້ນສ່ວນການແພດເຊັ່ນໂທມັສ - ແພດ)	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. 10330 N. Meridian #200 Indianapolis, IN 46290	(317) 981-6312	
Saint Thomas Highlands (ເຊັ່ນໂທມັສໄຮແລນ)	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Dekalb (ເຊັ່ນໂທມັສເດກາບ)	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas River Park (ເຊັ່ນໂທມັສຣີວີປາກ)	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Stones River (ເຊັ່ນໂທມັສສະໂຕນຣີເວີ)	(615) 215-5338	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Hickman (ເຊັ່ນໂທມັສຮິກແມນ)	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Lab Plus (ແລັບພະລັສ)	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: Hilda Bishop 2000 Church Street Nashville, TN 37236		
Saint Thomas Center for Specialty Surgery (ສູນຜ່າຕັດສະເພາະເຊັ່ນໂທມັສ)	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203		STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS (ເຊັ່ນໂທມັສ ອີເອັມເອັສ)	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
Baptist Ambulatory Surgery Center (ສູນຜ່າຕັດເຄື່ອນທີ່ບາບຕິສ)	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203		
Saint Thomas Center for Sleep (ສູນເພື່ອການນອນຫຼັງເຊັ່ນໂທມັສ)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

ປະເພດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທີ່ຂໍ:

ການກຸສົນ

ຄຸນສົມບັດທີ່ຕ້ອງມີກ່ອນ

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ສະຖານບໍລິການທີ່ຂໍ:

ເລກທີບັນທຶກທາງການແພດ

ເລກບັນຊີ

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ (ກະລຸນາຂຽນໃສ່)

ຊື່ຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສະຖານະການແຕ່ງງານ	ເພດ	ເບີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ທີ່ຢູ່ອີເມວ
ເລກປະກັນສັງຄົມ	ນາຍຈ້າງ	ສະຖານະການເຮັດວຽກ	ຈັກຊົ່ວໂມງ/ອາທິດ	
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ເບີໂທລະສັບ

ຂໍ້ມູນຂອງຝ່າຍຮັບຜິດຊອບ/ຜູ້ຄ້າປະກັນ (ປ່ອຍໃຫ້ເປົ່າຫວ່າງໄວ້ ຖ້າຄືກັບຂ້າງເທິງ)

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສະຖານະການແຕ່ງງານ	ເພດ	ເບີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ທີ່ຢູ່ອີເມວ
ເລກປະກັນສັງຄົມ	ນາຍຈ້າງ	ສະຖານະການເຮັດວຽກ	ຈັກຊົ່ວໂມງ/ອາທິດ	
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ເບີໂທລະສັບ

ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍຝ່າຍຮັບຜິດຊອບ

ຊື່ຜົວ/ເມຍ	ເລກປະກັນສັງຄົມ	ວັນເດືອນປີເກີດ
ນາຍຈ້າງຂອງຜົວ/ເມຍ	ທີ່ຢູ່	ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ
		ເບີໂທລະສັບ

ຜູ້ຂຶ້ນກັບ

ຊື່	ອາຍຸ	ຄວາມສຳພັນ	ຊື່	ອາຍຸ	ຄວາມສຳພັນ

ຂະໜາດຄົວເຮືອນທັງໝົດ

ລາຍຮັບທີ່ຫາໄດ້ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	_____	ເງິນມັດຈໍາ/ຄ່າເຊົ່າ	
ລາຍຮັບຂອງຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	_____	ໄຟຟ້າ	
ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສັງຄົມ	_____	ແກ້ສ	
ລາຍຮັບບໍາເນີດ/ບໍານານ	_____	ໂທລະສັບ	
ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ	_____	ນໍ້າ	
ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ເຮັດວຽກ	_____	ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຢອຍ	
ລາຍຮັບດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ	_____	ເຄເບີ້ TV	
ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງດູເດັກ	_____	ຈ່າຍຄ່າລົດ	
ເງິນລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ	_____	ໂທລະສັບມືຖື	
ລາຍໄດ້ການໃຫ້ເຊົ່າຊັບສິນ	_____	ຄ່າລ້ຽງເດັກ (Day Care)	
ບັດອາຫານ (Food Stamps)	_____	ເງິນລ້ຽງລູກ/ລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ	
ອື່ນໆ	_____	ຢາຕາມແພດສັ່ງ	
ອື່ນໆ	_____	ບັດເຄຣດິດ:	
ລາຍໄດ້ລວມທັງໝົດ:	\$ _____	1. ບັດເຄຣດິດ 1 - _	
		2. ບັດເຄຣດິດ 2 - _	
		3. ບັດເຄຣດິດ 3 - _	
ລາຍໄດ້-ລາຍຈ່າຍທັງໝົດ:	\$ _____	ທ່ານໝໍອື່ນໆ /	
		ໃບບິນໂຮງໝໍ:	
		ໃບບິນທ່ານໝໍ/ໂຮງໝໍ 1- _	
		ໃບບິນທ່ານໝໍ/ໂຮງໝໍ 2- _	
		ໃບບິນທ່ານໝໍ/ໂຮງໝໍ 3- _	
		ໃບບິນທ່ານໝໍ/ໂຮງໝໍ 4- _	
		ລາຍຈ່າຍປະກັນໄພ:	
		1. ລົດຍົນ	
		2. ຊັບສິນ	
		3. ການແພດ / ຊີວິດ	
		ການຊໍາລະເງິນອື່ນໆ:	
		1. ການຊໍາລະເງິນກູ້	
		2. ການຊໍາລະເງິນກູ້	
		ການຊໍາລະປະຈໍາເດືອນອື່ນໆ:	
		1. ການຊໍາລະອື່ນໆ	
		2. ການຊໍາລະອື່ນໆ	
		3. ການຊໍາລະອື່ນໆ	
		ລາຍຈ່າຍປະຈໍາເດືອນທັງໝົດ:	\$ _____

ຄໍາເຫັນ:

ຍັງຍິນໃນທີ່ນີ້ວ່າ ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ໃນທີ່ນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື່ອທາງນອກໄດ້ ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈໍາເປັນ.

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກທີປັນທຶກການແພດ /
ເລກປັນຊື່

ຊື່ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ

ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ

ທີ່ຢູ່ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ

ເຖິງ Saint Thomas Health (ສູນສຸຂະພາບເຊັ່ນໂທມັສ):

ນີ້ແມ່ນເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ວ່າ (ຊື່ຄົນເຈັບ) _____

ມີລາຍຮັບເລັກນ້ອຍ ຫຼື ບໍ່ມີລາຍຮັບເລີຍ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຊ່ວຍເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດຳລົງຊີວິດຂອງລາວ/ນາງ. ລາວ/ນາງມີ
ພັນທະກັບຂ້າພະເຈົ້າເລັກນ້ອຍ ຫຼື ບໍ່ມີພັນທະໃດໆ.

ໂດຍການເຊັນຄຳຢັ້ງຢືນນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ

ວັນທີ