

# แบบฟอร์มใบสมัครเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน



**สำคัญ:** คุณอาจมีสิทธิได้รับการรักษาฟรีหรือได้รับส่วนลดค่ารักษา: การกรอกใบสมัครนี้จะช่วยให้ AdventHealth สามารถพิจารณาได้ว่าคุณมีสิทธิได้รับการรักษาฟรี ได้รับส่วนลดค่ารักษา หรือโปรแกรมสาธารณสุขอื่น ๆ ที่อาจช่วยชำระค่ารักษาพยาบาลของคุณได้ กรุณาส่งใบสมัครนี้ไปยังที่อยู่ระบุไว้ในจดหมายปะหน้า

หากคุณไม่มีประกัน ไม่จำเป็นต้องกรอกหมายเลขประกันสังคมเพื่อรับสิทธิการดูแลรักษาฟรีหรือได้รับส่วนลด อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องใช้หมายเลขประกันสังคมสำหรับโปรแกรมสาธารณสุขบางโปรแกรม รวมถึง Medicaid หมายเลขประกันสังคมไม่จำเป็นต้องแจ้งก็ได้ แต่ก็ช่วยให้ AdventHealth สามารถประเมินได้ว่าคุณมีคุณสมบัติเหมาะสมกับโปรแกรมสาธารณสุขใดหรือไม่ สำหรับคำถามในใบสมัครที่มีถ้อยคำประกอบว่า "ไม่บังคับ" คำตอบของคุณ (หรือจะเลือกไม่ตอบก็ได้) จะไม่มีผลกระทบต่อผลการสมัครแต่อย่างใด

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้และส่งให้ AdventHealth ด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ ทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือทางโทรสาร เพื่อสมัครรับการดูแลรักษาฟรีหรือได้รับส่วนลดโดยเร็วที่สุดหลังจากวันที่ให้บริการ เรายอมรับใบสมัครของคุณได้นานถึง 240 วันหลังจากใบแจ้งค่าบริการครั้งแรกสำหรับการดูแลรักษาของคุณ โดยการส่งใบสมัครนี้ เราถือว่าคุณได้พยายามให้ข้อมูลทั้งหมดที่เราขอในใบสมัครโดยสุจริตเพื่อช่วยให้ AdventHealth สามารถพิจารณาได้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ หากคุณมีปัญหาใด ๆ เกี่ยวกับกระบวนการสมัคร โปรดติดต่อแผนกที่ปรึกษาด้านการเงินของ AdventHealth พร้อมคำถามหรือข้อกังวลใจได้ที่หมายเลข 844-652-0600

สามารถรายงานข้อร้องเรียนหรือข้อกังวลใจใดๆ เกี่ยวกับกระบวนการสมัครเพื่อขอรับส่วนลดหรือเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจากโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยไม่มีประกันไปยังสำนักงานดูแลสุขภาพแห่งอัยการสูงสุดอิลลินอยส์ (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) สายด่วนของสำนักงานดูแลสุขภาพคือ 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

## ข้อมูลผู้ป่วย

(กรุณาพิมพ์และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง ระบุ N/A หากไม่มีข้อมูลที่สอดคล้องกับบรรทัดใดในใบสมัคร)

วันที่ \_\_\_\_\_ หมายเลขบัญชี \_\_\_\_\_

ชื่อ (ชื่อ-สกุล) \_\_\_\_\_

วันเกิด \_\_\_\_\_ สถานภาพสมรส \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

**ไม่บังคับ - เพศสภาพ - คุณคิดว่าตัวเองเป็น:**  เพศชาย  เพศหญิง  ชายจากการแปลงเพศ/ผู้ชายข้ามเพศ/หญิงเป็นชาย (FTM)

เพศหญิงจากการแปลงเพศ/หญิงข้ามเพศ/ชายเป็นหญิง (MTF)  ไม่มีเพศสภาพที่เป็นชายหรือหญิงโดยเฉพาะ

เพศสภาพเพิ่มเติม (หรืออื่น ๆ)

**ไม่บังคับ - เพศสภาพ: สุนัขบัตรของคุณระบุว่าคุณมีเพศอะไร?:**  เพศชาย  เพศหญิง

**ไม่บังคับ - เชื้อชาติทางกาย:**  คนผิวขาว  คนผิวดำหรือแอฟริกัน-อเมริกัน  อเมริกันอินเดียหรือชนพื้นเมืองอลาสก้า  ชาวอินเดีย  ชาวจีน

ชาวฟิลิปปินส์  ชาวญี่ปุ่น  ชาวเกาหลี  ชาวเวียดนาม  ชาวเอเชียชาติอื่น  ชนพื้นเมืองฮาวาย  ชาวเกาะกวมหรือซามัวโร  ชาวฮาวาย

ชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ

**ไม่บังคับ** – เชื้อชาติทางวัฒนธรรม.  มีพื้นเพสเปนิก ลาติน หรือสเปน  เม็กซิกัน เม็กซิกันอเมริกัน ชิคาโน/ชีกานา  เปอร์โตริโก้

คิวบา  พื้นเพสเปนิก ลาติน หรือสเปนอื่น ๆ

**ไม่บังคับ** – ภาษา - ที่บ้านคุณใช้ภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษหรือไม่?  ใช่  ไม่

หากใช่ คุณใช้ภาษาอะไร? \_\_\_\_\_

ที่อยู่ไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ เมือง \_\_\_\_\_ รัฐ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

**ไม่บังคับ** - หมายเลขประกันสังคม \_\_\_\_\_

นายจ้าง \_\_\_\_\_ สถานะจ้างงาน \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง \_\_\_\_\_

### ข้อมูลของผู้รับผิดชอบ/ข้อมูลผู้ปกครองตามกฎหมาย

(หากผู้ปวยข้างต้นเป็นคนเดียวกันกับผู้รับผิดชอบ ให้วันส่วนนี้ไว้)

ชื่อ (ชื่อ-สกุล) \_\_\_\_\_

วันเกิด \_\_\_\_\_ สถานภาพสมรส \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ เมือง \_\_\_\_\_ รัฐ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) \_\_\_\_\_

นายจ้าง \_\_\_\_\_ สถานะจ้างงาน \_\_\_\_\_

### ข้อมูลคู่สมรสที่เป็นผู้รับผิดชอบ

(หากผู้ปวยเป็นบุคคลเดียวกับผู้รับผิดชอบ ให้กรอกข้อมูลคู่สมรสสำหรับผู้ปวย)

ชื่อ (ชื่อ-สกุล) \_\_\_\_\_

วันเกิด \_\_\_\_\_ สถานภาพสมรส \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ เมือง \_\_\_\_\_ รัฐ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) \_\_\_\_\_

นายจ้าง \_\_\_\_\_ สถานะจ้างงาน \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ของนายจ้าง \_\_\_\_\_

### ผู้อยู่ในความอุปการะของผู้รับผิดชอบ

(หากผู้ปวยเป็นบุคคลเดียวกับผู้รับผิดชอบ ให้กรอกข้อมูลคู่สมรสสำหรับผู้ปวย)

ชื่อ \_\_\_\_\_ วันเกิด \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ วันเกิด \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ วันเกิด \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ วันเกิด \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้รับผิดชอบ \_\_\_\_\_

จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน \_\_\_\_\_

## รายได้ต่อเดือน

(กรอกจำนวนเงินสำหรับรายการแต่ละรายการด้านล่าง ระบุจำนวนเงินต่อเดือนสำหรับแต่ละรายการ)

รายได้ที่ผู้ร้องขอได้รับ _____	เงินค่าเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับ _____
รายได้ของคู่สมรส _____	เงินค่าเลี้ยงดูที่ได้รับ _____
สวัสดิการประกันสังคม _____	รายได้จากค่าเช่า _____
รายได้จากเงินชดเชยเกษียณอายุ _____	บัตรอาหาร _____
รายได้จากเงินช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ _____	เงินปันผลจากกองทุนทรัสต์ _____
เงินช่วยเหลือผู้ไม่มีงานทำ _____	รายได้อื่น _____
เงินชดเชยสำหรับแรงงาน _____	<b>รายได้โดยรวมต่อเดือน \$ _____</b>
ดอกเบี้ย/เงินปันผล _____	

## ค่าดำรงชีพรายเดือน

ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนว่ามีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงินตามที่ระบุในนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของ AMTIA Health แล้วไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูลส่วนนี้

ค่าผ่อน/ค่าเช่าบ้าน _____ เครื่องใช้ _____	เงินค่าเลี้ยงดูบุตร/ค่าเลี้ยงดู _____
_____ โทรศัพท์ _____	บัตรเครดิต _____
(โทรศัพท์พื้นฐาน) _____	ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์/โรงพยาบาล _____
โทรศัพท์มือถือ _____	ประกันรถยนต์ _____
ของชำ/อาหาร _____	ประกันบ้าน/อสังหาริมทรัพย์ _____
โทรศัพท์เคลื่อนที่/อินเทอร์เน็ต/ดาวเทียม _____	ประกันสุขภาพ _____
ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับรถยนต์ _____	ประกันชีวิต _____
ค่าดูแลบุตร _____	ค่าใช้จ่ายรายเดือนอื่นๆ _____
	<b>รวมค่าใช้จ่ายรายเดือนสุทธิ \$ _____</b>

## สินทรัพย์

บัญชีเงินสด/ออมทรัพย์/เช็ค \_\_\_\_\_  
หุ้น/ตราสาร/การลงทุน/ใบรับรองเงินฝาก \_\_\_\_\_  
อสังหาริมทรัพย์อื่น/ที่อยู่สำรอง \_\_\_\_\_  
เรือ/รถบ้าน/จักรยานยนต์/พาหนะสำหรับพักผ่อน \_\_\_\_\_  
รถยนต์สะสม/รถยนต์ที่เกินความจำเป็น \_\_\_\_\_  
ยานพาหนะจากบัญชีเงินออมสำหรับสุขภาพ/เงิน ใช้จ่ายที่ยืดหยุ่น \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้านุญาตให้ ADVENTHEALTH รับข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตภายนอก

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าจะขอความช่วยเหลือจากรัฐ สหพันธรัฐ หรือหน่วยงานท้องถิ่นใดๆ ที่ข้าพเจ้าอาจมีสิทธิ์รับการช่วยเหลือในการชำระค่ารักษาพยาบาล ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ให้ไปนี้อาจมีการตรวจสอบโดย ADVENTHEALTH และข้าพเจ้านุญาตให้ ADVENTHEALTH ติดต่อบุคคลที่สามเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ให้ไว้ในใบสมัครนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงในใบสมัครนี้ ข้าพเจ้าจะไม่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน และความช่วยเหลือทางการเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับอาจถูกยกเลิก และข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการชำระเงิน

ลายมือชื่อของผู้สมัคร \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

ความคิดเห็น \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## จดหมายสนับสนุน

หมายเลขบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย/หมายเลขบัญชี \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ประกอบการ \_\_\_\_\_

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้สมัคร \_\_\_\_\_

ที่อยู่ของผู้ประกอบการ \_\_\_\_\_

ถึง AdventHealth:

จดหมายฉบับนี้เขียนขึ้นเพื่อรับรองว่า (ชื่อผู้ป่วย) \_\_\_\_\_

ได้รับรายได้น้อยหรือไม่ได้รับรายได้เลย ข้าพเจ้ากำลังให้ความช่วยเหลือแก่เขา/เธอในด้านค่าครองชีพ  
เขา/เธอ/พวกเขามีภาระหน้าที่ต่อข้าพเจ้าน้อยมากหรือไม่มีเลย

โดยการลงนามในคำแถลงนี้ ข้าพเจ้าเห็นพ้องว่าข้อมูลที่ให้เป็นจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

ลายมือชื่อของผู้ประกอบการ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_



เรียน ผู้ป่วย/ผู้สมัคร

AdventHealth ขับเคลื่อนด้วยความเห็นอกเห็นใจและทุ่มเทให้กับการดูแลเป็นรายบุคคลสำหรับทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด เป็นภารกิจและโอกาสของเราที่จะให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยของเรา ความช่วยเหลือทางการเงินมีไว้สำหรับการดูแลในกรณีฉุกเฉินและการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์อื่น ๆ เท่านั้น ขอขอบคุณที่ไว้วางใจให้เราได้ดูแลความต้องการทางการแพทย์ให้กับคุณและครอบครัว

เราส่งจดหมายนี้และใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่แนบมาด้วยเนื่องจากเราได้รับคำขอของคุณ หากคุณไม่ได้ส่งคำขอ โปรดเพิกเฉยต่อจดหมายฉบับนี้ โปรดกรอกข้อมูลทั้งสองด้านให้สมบูรณ์ รวมถึงลงลายมือชื่อของคุณและวันที่ก่อนส่งคืน หากเคยกรอกใบสมัครภายในช่วงเวลาหกเดือนที่ผ่านมา และได้รับอนุมัติความช่วยเหลือทางการเงินแล้ว โปรดแจ้งให้เราทราบ คุณอาจไม่จำเป็นต้องกรอกใบสมัครใหม่ เราจะไม่พิจารณาใบสมัครก่อนหน้านี้ที่มีอายุมากกว่าหกเดือน

โปรดแนบสำเนาของรายการต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งรายการเป็นหลักฐานด้านรายรับของคุณ พร้อมกับใบสมัคร หากคุณแต่งงานหรืออาศัยอยู่กับคู่ครองเป็นเวลา 6 เดือนหรือนานกว่านั้น พวกเขาจะต้องแสดงสำเนาของรายการต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งรายการเพื่อเป็นหลักฐานถึงรายได้ของพวกเขา ก่อนที่จะสามารถประมวลผลใบสมัครได้

- สำเนาเช็คเงินค่าจ้าง 3 เดือนล่าสุดจากนายจ้าง
- สำเนาของการคืนภาษีประจำปีล่าสุด (หากประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงตารางทั้งหมด)
- จดหมายเงินประกันสังคมและ/หรือเงินบำนาญเกษียณอายุ
- การคืนภาษีรายปีล่าสุดของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง หากผู้สมัครเป็นผู้อยู่ในความอุปการะตามที่ระบุในแบบฟอร์มภาษีของพวกเขา และอายุต่ำกว่า 25 ปี
- เอกสารตรวจสอบรายได้อื่นๆ
- รายการเงินฝากถอนในบัญชีธนาคารย้อนหลัง 3 เดือน
- สำเนาใบเสร็จเงินชดเชยการว่างงาน

หากคุณสามารถช่วยเหลือจากหรืออาศัยอยู่ในบ้านร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนฝูง โปรดให้พวกเขากรอกแบบฟอร์มที่มีข้อความระบุว่า "จดหมายอุปการะ" จดหมายนี้จะไม่ทำให้พวกเขาต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของคุณ จดหมายนี้จะช่วยแสดงให้เห็นว่าคุณสามารถจ่ายค่าครองชีพได้เพียงใด หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อนฝูง คุณไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มจดหมายอุปการะ หายที่สุด โปรดเตรียมเอกสารเพื่อเป็นหลักฐานค่ารักษา/ค่ายาประจำเดือนที่ค้างชำระของคุณ

ใบสมัครจะได้รับการพิจารณาก็ต่อเมื่อเราได้รับใบสมัครที่สมบูรณ์พร้อมทั้งหลักฐานรายได้ของคุณแล้ว  
พวกเราจะไม่สามารถดำเนินการหรือพิจารณาใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์ได้

โปรดทราบว่า การสื่อสารทางอีเมลผ่านอินเทอร์เน็ตนั้น ไม่ปลอดภัย แม้ว่าจะไม่น่าเป็นไปไม่ได้  
แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่ข้อมูลที่คุณรวมไว้ในอีเมลอาจถูกดักและอ่านโดยบุคคลอื่นนอกเหนือจากบุคคลที่ระบุไว้  
เราต้องการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ และมั่นใจว่าข้อมูลนั้นปลอดภัย  
เนื่องจากใบสมัครนี้มีหมายเลขประกันสังคมของคุณและข้อมูลส่วนตัวอื่นๆ เราขอแนะนำให้คุณหลีกเลี่ยงการส่งอีเมล

โปรดพิมพ์และส่งใบสมัครที่สมบูรณ์แล้วของคุณมายังที่อยู่ดังนี้:

AdventHealth PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

หากคุณมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับใบสมัครนี้ โปรดโทรหาตัวแทนผู้ป่วยของเรา ที่หมายเลข 888-693-2252

ขอแสดงความนับถือ,

บริการด้านการเงินสำหรับผู้ป่วย  
AdventHealth