



Saint Agnes Medical Center

ขอขอบคุณที่ให้ความสนใจในโครงการช่วยเหลือทางการเงินของเรา (Financial Assistance Program) หากคุณและ/หรือสมาชิกในครอบครัวของคุณได้สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่ศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center ภายในหก (6) เดือนที่ผ่านมา โปรดติดต่อสำนักงานของเราที่หมายเลข (559) 450-3145 หรือ (855) 224-5998 ก่อนกรอกใบสมัครนี้

โปรดส่งใบสมัครที่กรอกครบถ้วนและเอกสารประกอบการสมัครทั้งหมดที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุด้านล่างภายในสามสิบ (30) วัน

รายการเดินบัญชีที่มีรายละเอียดครบถ้วนสาม (3) เดือนของบัญชีกระแสรายวัน บัญชีออมทรัพย์ และ/หรือบัญชีซื้อขายหลักทรัพย์ที่แสดงเงินฝากและเงินถอน โปรดแสดงคำอธิบายของเงินฝากทุกรายการ (จำเป็น)

หลักฐานแสดงรายได้จากการทำงานและ/หรือไม่ใช่จากการทำงานเป็นเอกสารตามที่ระบุด้านล่าง (จำเป็น)

1. เช็คเงินค่าจ้างสาม (3) ครั้งล่าสุดของตนเอง คู่สมรส และผู้อยู่ในอุปการะทั้งหมด โดยแสดงอัตราค่าจ้างและชั่วโมงการทำงาน หรือ
2. เอกสารการขอคืนภาษีจากรัฐบาลกลางที่ยื่นในปีปัจจุบันหรือล่าสุดของตนเองและคู่สมรส หรือ
3. รายการเงินสมทบจากครอบครัว/เพื่อนที่แสดงว่ามีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตและ
4. เอกสารใดก็ได้ดังต่อไปนี้ตามความเหมาะสมสำหรับตนเอง คู่สมรสและผู้อยู่ในอุปการะทั้งหมด ได้แก่
 - เอกสารการคืนภาษีล่าสุดรวมทั้งงบกำไร/ขาดทุนหากเป็นเจ้าของกิจการ
 - เอกสารการคืนภาษีล่าสุดเพื่อตรวจสอบผู้อยู่ในอุปการะ
 - รายการรับสิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน
 - หนังสือแจ้งให้ความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับนักเรียน
 - หนังสือประกาศเกียรติคุณในการมีจิตสาธารณะ (เช่น CalFresh, Medi-Cal ฯลฯ)
 - หนังสือแจ้งหรือเช็คประกันสังคมและ/หรือประกันสังคมสำหรับผู้ทุพพลภาพ
 - เงินปันผล ดอกเบี้ย และรายได้จากแหล่งที่มาอื่นๆ (เช่น รายได้จากค่าเช่า รายได้จากค่าเลี้ยงดู ผลประโยชน์ตอบแทนแทนกรณีเกษียณอายุ ฯลฯ)

หากคุณไม่สามารถแสดงเอกสารเหล่านี้ โปรดส่งจดหมายอธิบายถึงสาเหตุที่ไม่สามารถส่งเอกสารเหล่านี้ได้

โปรดส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและเอกสารสนับสนุนมาที่

Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Road
Farmington Hills, MI 48331

ส่งโดย _____

กรุณาประมาณ 30 วันสำหรับการดำเนินการหลังจากที่เราได้รับใบสมัครที่ครบถ้วนแล้ว หากคุณมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเป็นภาษาอื่น โปรดติดต่อสำนักงานของเราที่หมายเลขตามที่ระบุไว้ด้านล่าง

ขอแสดงความนับถือ

ฝ่ายบริการลูกค้าศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center
(559) 450-3145 หรือ (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

ประกาศแจ้งบุคคลเกี่ยวกับการไม่เลือกปฏิบัติและ ข้อกำหนดการเข้าถึง

ศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคน ปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐ และไม่เลือกปฏิบัติตามชนชั้น รวมถึงแต่ไม่จำกัดเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นกำเนิด อายุ ความพิการ หรือเพศ

ศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center

ให้ความช่วยเหลือและบริการฟรีแก่ผู้ทุพพลภาพเพื่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับเรา เช่น

- ภาษามือและบริการล่ามที่มีคุณสมบัติเหมาะสมผ่านเครือข่ายระบบล่ามทางวิดีโอและเสียง
- ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่นๆ เช่น สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง อีเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้ และอื่นๆ

จัดหาบริการทางภาษาฟรีให้กับผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก เช่น

- บริการล่ามที่ผ่านการรับรอง
- ข้อมูลลายลักษณ์อักษรในภาษาอื่น

หากคุณต้องการบริการเหล่านี้ โปรดติดต่อเราที่ (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233 เพื่อขอความช่วยเหลือ

หากคุณเชื่อว่าศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center บกพร่องในการให้บริการเหล่านี้หรือเลือกปฏิบัติตามเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นกำเนิด อายุ ความพิการ หรือเพศ คุณสามารถส่งข้อร้องเรียนต่อพนักงานได้ทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรือส่งอีเมลมาที่:

Saint Agnes Medical Center ถึง Risk Management
1303 E. Herndon Ave., Fresno, CA 93720
559-450-7475,
อีเมล: Information@samc.com

นอกจากนี้คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนสิทธิมนุษยชนกับกระทรวงบริการด้านสุขภาพและมนุษย์แห่งสหรัฐอเมริกา (US Department of Health & Human Services) สำนักงานเพื่อสิทธิของพลเมือง (Office of Civil Rights) ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางเว็บ หรือส่งทางไปรษณีย์ หรือโทรศัพท์ ที่

Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
เว็บ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
โทรศัพท์ 1-800-368-1019 โทรพิมพ์ 1-800-537-7697



Saint Agnes Medical Center

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हद बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पर कॉल करें। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Panjabi

ਧਿਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



Saint Agnes Medical Center

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. یا تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាខ្មែរមិនគិតថវិកា គឺធរសំបាប់អោយអ្នក។ ចូរ
ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.
ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1- هاتف الصم والبكم-11-559-
450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau
559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua
e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho'opuka 'oe i ka 'ōlelo [ho'okomo 'ōlelo], loa'a ke kōkua manuahi iā 'oe.
E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินเป็นความลับ

บริการระดับมืออาชีพที่ให้บริการโดยแพทย์ในเครือหรือผู้ให้บริการอื่นๆ อาจมีการเรียกชำระเงินแยก การสมัครรับความช่วยเหลือทางการเงินขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการตามนโยบาย ระเบียบการ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

อาจมีการให้ข้อมูลที่ให้ไว้ในใบสมัครนี้แก่ผู้ให้บริการในเครือเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคน ปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐ และไม่เลือกปฏิบัติตามชนชั้น รวมถึงแต่ไม่จำกัดเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นกำเนิด อายุ ความพิการ หรือเพศ

ชื่อผู้ป่วย		วันเกิด	
ที่อยู่ถนน		โทรศัพท์	โทรศัพท์รับข้อความ
เมือง/รัฐ/รหัสไปรษณีย์		หมายเลขประกันสังคม	
ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากไม่เหมือนกัน) หรืออีเมลหากต้องการ			

โปรดให้ข้อมูลของตนเอง (หากไม่ใช่ผู้ป่วย) คู่สมรส และผู้อยู่ในอุปการะ ดังต่อไปนี้

ชื่อ	หมายเลขประกันสังคม	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับคนป่วย

โปรดกรอกหมายเลขบัญชีทั้งหมด

และ/หรือวันที่รับบริการเพื่อพิจารณาสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ชื่อผู้ป่วย	หมายเลขบัญชี	วันที่รับบริการ	ยอดรวมการรักษา

สถานะ Healthcare Marketplace

คุณมีประกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	หากใช่ ชื่อ/รหัส
หากใช่ คุณเคยสมัครผ่านอะไร			<input type="checkbox"/> Medicaid - State <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
คุณได้รับอนุมัติแผนประกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	
คุณเคยลงทะเบียนและชำระค่าเบี้ยประกันสำหรับแผนประกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	

สินทรัพย์ทางการเงิน

ยอดคงเหลือบัญชีกระแสรายวัน	ธนาคาร:	\$
ยอดคงเหลือบัญชีออมทรัพย์	ธนาคาร:	\$

การจ้างงาน

ลูกจ้าง	นายจ้าง	ระยะเวลาชำระรวม	จำนวนระยะเวลา	รายได้รวมประจำปี
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

แหล่งรายได้อื่น

	รายเดือน	รายปี
ค่าเลี้ยงดู	\$	\$
โครงการให้ความช่วยเหลือประชาชน (Public Assistance Program)	\$	\$
ค่าตอบแทนจากแผนเกษียณอายุ	\$	\$
ประกันสังคม / ประกันสังคมสำหรับผู้ทุพพลภาพ	\$	\$
ว่างงานหรืออยู่ในช่วงทดแทนแรงงาน จำนวนสัปดาห์: _____ (วันที่เริ่มต้น: _____ วันที่สิ้นสุด: _____) ต่อสัปดาห์ \$: _____	\$	\$
รายได้อื่น (หุ้น/พันธบัตร/เงินประจำปี/ดอกเบี้ยย/ทรัพย์สินให้เช่า)	\$	\$
รายได้อื่น (จากครอบครัว เพื่อน โบสถ์ ฯลฯ...)	\$	\$

การตรวจสอบรายได้และตัวตน

หากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติม คุณจะรับแจ้งทางโทรศัพท์ไปรษณีย์สหรัฐฯ หรืออีเมล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นความจริงและครบถ้วนเท่าที่ข้าพเจ้าได้ทราบ

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ให้ไว้จะได้รับการตรวจสอบและถือว่าเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและเป็นความลับ

ข้าพเจ้าอนุญาตให้มีการปล่อยข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งและทั้งหมดจากกระทรวงบริการดูแลสุขภาพแห่งแคลิฟอร์เนีย (California Department of Health Care Services)

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าจะต้องให้การตรวจสอบรายได้ค่าใช้จ่าย ผู้อยู่ในอุปการะ รายการเดินบัญชี
ใบสำคัญจ่ายและรายการเดินภาษี หากมี

ข้าพเจ้ายังเข้าใจว่าข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบในการชำระค่าบริการใดๆ ก็ตามที่ให้ ณ ศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center หากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นเท็จ

ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ากำลังขอความช่วยเหลือทางการเงินจากศูนย์การแพทย์ Saint Agnes Medical Center เท่านั้นและไม่ได้มาจากผู้ให้บริการดูแลสุขภาพหรือแพทย์รายอื่น

ลงนาม:

วันที่:

ลงนามคู่สมรส (หากมี)

วันที่: