

[แบบคำขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นความลับ]

[สำหรับโรงพยาบาลและบริการวิชาชีพของสถานพยาบาลและแพทย์ของ Trinity Health]

เอกสารส่วนตัวและเป็นความลับ

ขอขอบคุณที่เลือก Saint Agnes Medical Center เป็นผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณ
โปรดกรอกแบบคำขอรับความช่วยเหลือที่แนบท้ายและส่งมายังที่อยู่ด้านล่างเพื่อประเมินความช่วยเหลือทางการเงินของคุณให้เรียบร้อย

หากคุณมีคำถาม โปรดติดต่อศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ของเราได้ที่หมายเลข 800-494-5797 วันจันทร์-ศุกร์ ระหว่างเวลา 9:00 น. - 17:00 น. ตามเขตเวลา ET

ขอแสดงความนับถือ

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
ในนามของ Saint Agnes Medical Center
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

[แบบคำขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นความลับ]

[สำหรับโรงพยาบาลและบริการวิชาชีพของสถานพยาบาลและแพทย์ของ Trinity Health]

[โปรดกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในแบบคำขอรับความช่วยเหลือและส่งกลับภายใน 10 วันพร้อมเอกสารดังต่อไปนี้:]

[เอกสารที่ใช้ยืนยันตัวตนที่จำเป็น]

- [หลักฐานแสดงรายได้รวมในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา]
- [รายการเดินบัญชีของธนาคารทั้งหมดในช่วงสองเดือนที่ผ่านมาครบทุกหน้า (คำอธิบายสำหรับเงินฝากประจำ)]
- [แบบแสดงรายการภาษีเงินได้ฉบับล่าสุด (แบบฟอร์ม 1040 พร้อมเอกสารแนบท้าย C E หรือ F) หรืองบกำไรขาดทุนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา (สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ/ผู้อยู่ในอุปการะ)]

[แสดงหลักฐานดังต่อไปนี้ หากเข้าข่าย]

- [W2 ฉบับล่าสุดสำหรับรายได้ตามฤดูกาล] [สิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน/หนังสือ ตอบปฏิเสธ] [ค่าเลี้ยงดูบุตร/ค่าเลี้ยงชีพ]
- [ไม่มีรายได้ - กรอกส่วนหนังสือให้ความช่วยเหลือทางการเงินของแบบคำขอรับความช่วยเหลือ]

ข้อมูลผู้ป่วย

[ชื่อผู้ป่วย]		[วันเดือนปีเกิด]	
[หมายเลขประกันสังคม/EIN (ไม่บังคับ)]	[หมายเลขโทรศัพท์มือถือ]	[หมายเลขโทรศัพท์อื่นๆ]	
[ที่อยู่ในการจัดส่ง]	[เมือง]	[รัฐ]	[รหัสไปรษณีย์]
[ที่อยู่อีเมล]	[คุณเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่อาศัยในรัฐใด]		
[สถานภาพสมรส] <input type="checkbox"/> [โสด] <input type="checkbox"/> [สมรส] <input type="checkbox"/> [หย่า] <input type="checkbox"/> [อื่นๆ] _____			
[คุณยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลางหรือไม่] <input type="checkbox"/> [ใช่] <input type="checkbox"/> [ไม่]	[สามารถอ้างว่าคุณเป็นผู้อยู่ในอุปการะในกรณีที่ผู้อื่นยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้หรือไม่] <input type="checkbox"/> [ได้] <input type="checkbox"/> [ไม่ได้]		
[หากไม่ได้ยื่น โปรดระบุสาเหตุ]			
[คุณหรือผู้อยู่ในอุปการะของคุณมีประกันสุขภาพขณะที่รับบริการหรือไม่] <input type="checkbox"/> [มี] <input type="checkbox"/> [ไม่มี] [(แนบสำเนาบัตรประกันสุขภาพ)]			
[คุณเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่อาศัยในสหรัฐอเมริกาที่มีเอกสารครบถ้วนหรือไม่] <input type="checkbox"/> [ใช่] <input type="checkbox"/> [ไม่] <input type="checkbox"/> [ขอไม่ตอบ]			
[สมาชิกในครัวเรือน รวมถึงตัวคุณเองตามแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ฉบับล่าสุด]	[วันเดือนปีเกิด]	[ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย]	[ใช้สิทธิ์ระหว่างการยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ (ใช่/ไม่)]

[แบบคำขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นความลับ]

[สำหรับโรงพยาบาลและบริการวิชาชีพของสถานพยาบาลและแพทย์ของ Trinity Health]

[การยืนยันรายได้สำหรับสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด]					
[แหล่งที่มาของรายได้ประจำเดือน]	[ใครได้รับรายได้นี้]	[รายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี)]	[แหล่งที่มาของรายได้ประจำเดือน]	[ใครได้รับรายได้นี้]	[รายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี)]
[ค่าจ้าง]			[เงินทดแทน]		
[ประกันสังคม/เบี้ยผู้พิการ]			[สิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน]		
[เงินบำนาญ]			[ค่าเลี้ยงดูบุตร/ค่าเลี้ยงชีพ]		
[ประกอบอาชีพอิสระ]			[รายได้จากการให้เช่าที่ดิน]		
[ความช่วยเหลือจากภาครัฐ]			[อื่นๆ]		
[หนังสือให้ความช่วยเหลือทางการเงิน - ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเท่านั้นที่ควรกรอกข้อมูลลงในส่วนนี้]					
<input type="checkbox"/> [ข้าพเจ้าออกค่าครองชีพให้ผู้ป่วยมากกว่า 50% แต่ไม่สามารถช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้]					
<input type="checkbox"/> [หากข้าพเจ้าลงลายมือชื่อในหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าก็ขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและข้าพเจ้าจะไม่ขอรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในทุกกรณี หากคุณมีคำถาม โปรดติดต่อข้าพเจ้าได้ที่หมายเลข _____ (หมายเลขโทรศัพท์)]					
[ชื่อบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ]				[ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย]	
[ลายมือชื่อของบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ]				[วันที่]	

[การยืนยันรายได้และการยืนยันตัวตน]

[ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ในแบบคำขอรับความช่วยเหลือฉบับนี้เป็นความจริงและถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ให้จะต้องผ่านการตรวจสอบก่อน หากข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อมูลเท็จ ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบในการชำระค่าบริการที่บริษัทในเครือของ Trinity Health มอบให้]

[ลายมือชื่อผู้ป่วย]: _____ [วันที่]: _____

[หรือลายมือชื่อของผู้ปกครองตามกฎหมาย (หากเข้าข่าย)]: _____ [วันที่]: _____

[ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย]: _____ [วันที่]: _____

[แบบคำขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่เป็นความลับ]

[สำหรับโรงพยาบาลและบริการวิชาชีพของสถานพยาบาลและแพทย์ของ Trinity Health]

[โปรดส่งแบบฟอร์มคำขอมายังที่อยู่ข้างต้น ทางหมายเลขโทรสารที่ 312-871-3350 และ/หรืออัปโหลดเอกสารผ่านทาง MyChart (พอร์ทัลของผู้ป่วย) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> หากคุณมีข้อสงสัย โปรดติดต่อศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลข 800-494-5797 ในวันจันทร์-ศุกร์ระหว่างเวลา 9:00 น. - 17:00 น. ตามเขตเวลา ET]