

Санхүүгийн тусламж хүсэх өргөдөл Өвчтөний дансны дугаар(ууд): _____

Анхаарах: Та үнэгүй эсвэл хөнгөлөлттэй тусламж үйлчилгээ авах боломжтой.

Энэхүү өргөдлийн маягтыг бөглөснөөр Нордшоор - Эдвард Элмхурст системээс (NorthShore - Edward-Elmhurst Health) (ЕЕН) таныг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнийхээ төлбөрийг төлөхөд туслах үнэ төлбөргүй, хөнгөлөлттэй үйлчилгээ, бусад нийтийг хамарсан хөтөлбөрт хамрагдах боломжтой эсэхийг тодорхойлох боломжтой болно Хэрэв та даатгалгүй бол үнэ төлбөргүй эсвэл хөнгөлөлттэй тусламж үйлчилгээ авах шаардлагыг хангахын тулд нийгмийн даатгалын дугаар шаардахгүй. Гэхдээ Медикейд (Medicaid) зэрэг олон нийтийн хөтөлбөрүүдэд хамрагдахад Нийгмийн даатгалын дугаартай байх шаардлагатай. Нийгмийн даатгалын дугаар өгөх шаардлагагүй боловч NS-ЕЕН-д таныг олон нийтийн хөтөлбөрт хамрагдах шаардлагыг хангах эсэхийг тогтооход тусална.

Таныг санхүүгийн тусламж авах боломжтой эсэхийг тогтооход NS-ЕЕН-д туслахын тулд үйлчилгээг авсан өдрөөс хойш аль болох хурдан хугацаанд энэхүү маягтыг бөглөнө үү. NS-ЕЕН-д үйлчилгээний тооцооны мэдэгдлийг ирүүлсэн өдрөөс хойш 240 хоног хүртэл хугацаанд таны өргөдлийг хүлээн авна.

Өвчтөн нь өөрийгөө санхүүгийн тусламж авах боломжтой эсэхийг тогтооход NS-ЕЕН-д туслахын тулд уг өргөдөлд шаардагдах бүх мэдээллийг үнэн зөв бөглөж оруулахын тулд боломжтой бүхнийг хийнэ гэдгийг хүлээн зөвшөөрсөн болно.

ЗААВАРЧИЛГАА: ӨРГӨДЛИЙГ БҮРЭН БӨГЛӨӨД, МЭДЭЭЛЛИЙГ БАТАЛГААЖУУЛАХ ЗӨВШӨӨРӨЛД ГАРЫН ҮСЭГ ЗУРНА УУ.					
ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ					
И-мэйл хаяг				Ам бүлийн тоо (өвчтөнийг оролцуулан)	
Овог	Нэр	Нийтлэг асуулт	Төрсөн огноо	Нийгмийн даатгалын дугаар	
Гудамжны хаяг	Байрны №	Хот	Муж улс	Зип	Гэрийн утас
Ажил олгогчийн нэр		Ажил олгогчийн хаяг			Гар утас
Ажил олгогчийн хот		Муж улс	Зип	Сарын нийт орлого	Ажлын утас
Яс үндэс (заавал биш)	Угсаа гарал (заавал биш)	Хүйс (заавал биш)		Сонгосон хэл (заавал биш)	
ЭХНЭР/НӨХӨР/БАТЛАН ДААГЧ ЭСВЭЛ БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭЦЭГ ЭХ (БОЛОМЖТОЙ БОЛ)					
Имэйл хаяг			Өвчтөнд хамаарах байдал	Төрсөн огноо	
Овог	Нэр	Нийтлэг асуулт		Нийгмийн даатгалын дугаар	
Гудамжны хаяг	Байрны №	Хот	Муж улс	Зип	Гэрийн утас
Ажил олгогчийн нэр		Ажил олгогчийн хаяг			Гар утас
Ажил олгогчийн хот		Муж улс	Зип	Сарын нийт орлого	Ажлын утас

Үндэслэлтэй эрх бүхий байдал:

Доор дурдсан Үндэслэлтэй эрх бүхий байдлын шалгууруудын аль нэгийг дангаараа эсвэл гэр бүлдээ олгосон тэтгэмжээр хангасан **даатгалгүй өвчтөнүүд үнэ төлбөргүй тусламж үйлчилгээ** авах эрхтэй бөгөөд **орлогын нотлох баримт шаардахгүй**. Бид боломжтой тохиолдолд эрх бүхий байдлыг цахим хэлбэрээр баталгаажуулдаг боловч таны зүгээс шаардлага хангасан гэдгээ баталгаажуулахын тулд бидэнд туслах шаардлагатай болж магадгүй юм.

Өөрт тохирох бүхнийг тэмдэглэнэ үү:

- ЭМЭГТЭЙЧҮҮД, НЯЛХАС, ХҮҮХЭД (WOMEN, INFANTS AND CHILDREN NUTRITION PROGRAM, WIC)
- НЭМЭЛТ ШИМ ТЭЖЭЭЛИЙН ТУСЛАМЖИЙН ХӨТӨЛБӨР (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)
- ИЛЛИНОЙ МУЖ УЛСЫН ҮНЭГҮЙ ҮДИЙН ХООЛ/ӨГЛӨӨНИЙ ЦАЙ (ILLINOIS FREE LUNCH/BREAKFAST)
- ШОРОНД ХОРИГДСОН
- ОРОН ГЭРГҮЙ
- ӨВ ХӨРӨНГӨГҮЙ ТАЛИЙГААЧ
- MEDICAID ХӨТӨЛБӨРТ ХАМРАГДАХ ЭРХТЭЙ БОЛОВЧ ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛСЭН ӨДӨР ЭСВЭЛ ХӨТӨЛБӨРИЙН ХҮРЭЭНД БАГТААГҮЙ ҮЙЛЧИЛГЭЭНД ХАМААРАХГҮЙ БОЛНО (ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY'S RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM)
- ИЛЛИНОЙ МУЖ УЛСЫН ОРОН СУУЦНЫ ХӨГЖЛИЙН ГАЗРЫН ТҮРЭЭСИЙН ОРОН СУУЦААР ДЭМЖИХ ХӨТӨЛБӨР
- Төлөөлөх хүнгүй сэтгэцийн эмгэгтэй өвчтөн
- БАГА ОРЛОГОТОЙ ӨРХӨД ТУСЛАХ ХӨТӨЛБӨР (LINEAR/БОӨТХ) БАГА ОРЛОГОТОЙ ӨРХӨД ЭРЧИМ ХҮЧНИЙ ТУСЛАМЖ ҮЗҮҮЛЭХ ХӨТӨЛБӨР (LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM, LINEAR)
- Нийгэмд суурилсан эмнэлгийн тусламжийн хөтөлбөр (COMMUNITY-BASED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM)
- Эмнэлгийн үйлчилгээний мөнгөн тусламж
- ХЭРЭГЦЭЭТ ӨРХҮҮДЭД ЗОРИУЛСАН ТҮР ТУСЛАМЖИЙН ХӨТӨЛБӨР (TANF/ХӨЗТТХ) ХЭРЭГЦЭЭТ ӨРХҮҮДЭД ЗОРИУЛСАН ТҮР ТУСЛАМЖ (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES, TANF)
- Хувийн дампуурал (Хэрэг № _____ Шийдвэрлэгдсэн огноо _____)
- ШАШНЫ МЯНДАГТАН БА ШАШНЫ ТАНГАРАГТАЙ ХОЛБООТОЙ

**** Хэрэв та Үндэслэлтэй эрх бүхий байдлаа баталсан бол аливаа орлогын мэдээлэл ирүүлэх шаардлагагүй. Та дараах хуудсан дээрх Өргөдөл гаргагчийн баталгаанд гарын үсэг зурах хэрэгтэй.**

Санхүүгийн тусламж хүсэх өргөдөл **Өвчтөний дансны дугаар(ууд):** _____

Орлогын мэдээлэл:

Доор дурдсан бичиг баримтуудыг өгнө үү (боломжтой бол). Шаардагдах бичиг баримтуудын аль нэгийг ирүүлээгүй тохиолдолд таны өргөдөл хойшлогдох юм уу буцаагдаж болно.

Өргөдөл гаргагч, өргөдөл гаргагчийн эхнэр/нөхөр, өргөдөл гаргагч/өвчтөн нь бага насны хүүхэд бол эцэг эх эсвэл асран хамгаалагчийн хувьд дараах бичиг баримтуудыг ирүүлнэ. Хэрэв та өөрийн орлоготой холбоотой ямар нэгэн бичиг баримт ирүүлж чадахгүй бол энэхүү өргөдлийн сүүлийн хуудсан дээрх дэмжих бичгийг бөглөнө үү.

Бүх өргөдөл гаргагч Иллиной муж улсад оршин суудаг гэдгээ нотлох дараах баримтыг бүрдүүлэх ёстой. Үүнд: муж улсаас олгосон хүчинтэй иргэний үнэмлэх, сүүлийн орон сууцны үйлчилгээний төлбөр, түрээсийн гэрээ, тээврийн хэрэгслийн бүртгэлийн карт, сонгогчийн бүртгэлийн карт, засгийн газрын болон бусад байгууллагаас өргөдөл гаргагч руу илгээсэн бусад шуудан эсвэл найдвартай эх сурвалж, нэг хаягт оршин суудаг гэр бүлийн гишүүний мэдүүлэг, оршин суугаа газрын тодорхойлолт, эсвэл орон гэргүй хүмүүсийг хамгаалах байр, түр байр, бусад адил төстэй байрны тодорхойлох захидал.

Хэрэв хөдөлмөр эрхэлдэг бол:

- Өмнөх жилийн татварын буцаалтын хуулбар ба/эсвэл W-2 маягт, 1099 маягт гэх мэт.
- Сүүлийн хоёр сарын цалингийн баримтын хуулбар
- Бүх чек, хадгаламж, хамтын зээлийн дансны хамгийн сүүлийн хоёр хуулганы хуулбар

Хэрэв хувиараа хөдөлмөр эрхэлдэг бол:

- Өмнөх жилийн татварын буцаалтын хуулбар ба/эсвэл W-2 маягт, 1099 маягт гэх мэт.
- Бүх чек, хадгаламж, хамтын зээлийн дансны хамгийн сүүлийн хоёр хуулганы хуулбар

Хэрэв хөдөлмөр эрхэлдэггүй бол:

- Өмнөх жилийн татварын буцаалтын хуулбар ба/эсвэл W-2 маягт, 1099 маягт гэх мэт.
- Таны олговрын дүнг багтаасан таны ажилгүйдлийн тэтгэмжийн бичгийн хуулбар
- Ажлаас гарсан өдрийг дурдсан таны өмнөх ажил олгогчийн албан бичиг
- Дэмжих бичгийн баталгаажуулалт (энэ өргөдлийн сүүлийн хуудсан дээрх бичгийг бөглөх)

Хэрэв үндсэн оюутан бол:

- Коллежид элсэн орсныг нотлох баримт (таны үндсэн оюутны статусыг нотлох коллежийн эсвэл их сургуулийн тодорхойлолт, сургалтын төлбөр/санхүүгийн бичиг баримт)

Хэрэв тэтгэвэрт гарсан эсвэл хөгжлийн бэрхшээлтэй бол:

- Өмнөх жилийн татварын буцаалтын хуулбар ба/эсвэл W-2 маягт, 1099 гэх мэт (хэрэв байгаа бол)
- Сарын тэтгэмжийн дүнг дурдсан Нийгмийн даатгалын газраас ирүүлсэн сүүлийн бичгийн хуулбар
- Бүх чек, хадгаламж, хамтын зээлийн дансны хамгийн сүүлийн хоёр хуулганы хуулбар

Бусад цалингийн бус орлогын нотолгоо:

Хэрэв байгаа бол таны санхүүгийн байдалд хамаарах дараах мэдээллүүд:

- Гэр бүлийн хүний/хүүхдийн дэмжих бичиг
- Түрээсийн хөрөнгийн орлого
- Хөрөнгө оруулалтын орлого
- Дээр дурдаагүй бусад орлогын эх үүсвэр

Гэр бүл/өрхийн мэдээлэл:

Гэр бүл/өрхийн гишүүдийн тоо	
Өргөдөл гаргагчийн тэжээлгэгч/тэтгүүлэгчийн тоо	
Өргөдөл гаргагчийн тэжээлгэгч/тэтгүүлэгчийн нас	

Бусад мэдээлэл:

Хэрэв танд санхүүгийн хүндрэлийг харуулах их хэмжээний төлөгдөөгүй төлбөр тооцоо гэх мэт таны өргөдөлтэй холбоотой шийдвэр гаргахад NS-EEH-д туслах нэмэлт мэдээлэл байгаа бол эдгээр бичиг баримтыг ирүүлнэ үү (жишээлбэл: утасны тооцооны хуудас, цахилгааны тооцооны хуудас, эмнэлгийн тооцооны хуудас, банкны тодорхойлолт гэх мэт.)

Санхүүгийн тусламж хүсэх өргөдөл **Өвчтөний дансны дугаар(ууд):** _____

Өргөдлийн баталгаа:

Миний бие энэхүү өргөдөл дэх мэдээлэл миний хувьд үнэн зөв болохыг баталж байна. Энэхүү NS-EEH-ийн төлбөр тооцоог барагдуулахад надад тусламж үзүүлэх боломжтой аливаа муж улс, холбоо, орон нутгийн тусламжийн хөтөлбөрт би өргөдөл гаргаж байна. Энд өгсөн мэдээллийг NS-EEH-ийн зүгээс хянан баталгаажуулж болохыг би ойлгож байгаа бөгөөд энэхүү өргөдөлд дурдсан мэдээллийн үнэн зөвийг баталгаажуулахын тулд гуравдагч этгээдтэй холбоо барих эрхийг NS-EEH-д олгож байна. Хэрэв би энэхүү өргөдөлд санаатайгаар худал мэдээлэл оруулсан бол санхүүгийн тусламж авах эрхгүй болох бөгөөд надад олгогдсон аливаа санхүүгийн тусламжийг буцаан төлөх шаардлагатай ба NS-EEH-ийн тооцоог төлж барагдуулах үүрэг хүлээхээ би бүрэн ойлгож байна.

Өргөдөл гаргагчийн гарын үсэг: _____ Огноо: _____

Бөглөсөн өргөдлийг хааш нь илгээх:

Эмнэлэг:	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	Swedish Hospital	Northwest Community Hospital	Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks
Шуудан:	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
Факс, имэйл хаяг, өвчтөний портал:	(847) 982-6957 эсвэл NorthShore Connect-д оруулах	(773) 878-6838 эсвэл NorthShore Connect-д оруулах	(847) 618-4549 эсвэл NCH MyChart-д оруулах	(331) 221-2704 эсвэл financialassistance@eehealth.org хаягаар имэйл илгээх
Утас:	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
Биечлэн өгөх:	Тусламж авахаар өргөдөл гаргаж буй эмнэлэгтээ очиж эмнэлгийн санхүүгийн зөвлөхөд бөглөсөн өргөдөл, дагалдах бичиг баримтаа өгнө үү.			

Даатгалгүй өвчтөнд хөнгөлөлт үзүүлэх өргөдөл гаргах үйл явц эсвэл эмнэлгийн санхүүгийн тусламжийн үйл явцтай холбоотой гомдол, асуудлуудын талаар Иллиной муж улсын Ерөнхий прокурорын Эрүүл мэндийн товчоонд 1-877-305-5145 эсвэл illinoisattorneygeneral.gov хаягаар мэдээлж болно.

Санхүүгийн тусламж хүсэх өргөдөл Өвчтөний дансны дугаар(ууд): _____

Ор, хоногийн төлбөрийн мэдэгдэл/Дэмжих бичгийн баталгаа

Энэ маягтыг эмнэлгийн ор, хоногийн үйлчилгээгээр хангаж байгаа этгээд бөглөх ба өвчтөн өөрийн хууль ёсны гэр бүлийн хүнээс өөр хүнтэй хамт амьдарч байгаа бол өргөдөл гаргагч уг маягтыг бөглөнө.

Би одоогоор _____ -ийг дараах үйлчилгээгээр хангаж байна (хамаарах бүх үйлчилгээг дурдана уу)

- Санхүүгийн дэмжлэг
 Өмнөх

_____ Ор, хоногийн үйлчилгээ _____

Би дээр дурдсан хүний эмчилгээний зардлыг хариуцахгүй

Ор, хоногийн үйлчилгээгээр хангасан эмнэлгийн хаяг

Би долоо хоног/сар тутамд _____ ам.долларын мөнгөн тэтгэмж олгосон (нэгийг нь дугуйлна уу)

Бусад дэмжлэг (тайлбарлана уу) _____

Дэмжлэг үзүүлсэн хүний нэр ба хаяг (бичнэ үү)

Нэр: _____

Хаяг: _____

Утасны
дугаар: _____

Өргөдөл гаргагчийн гарын үсэг: _____ Огноо: _____

Дэмжлэг үзүүлсэн хүний гарын үсэг: _____ Огноо: _____

Санхүүгийн тусламж хүсэх өргөдөл Өвчтөний дансны дугаар(ууд): _____

Ажил олгогчийн цалингийн баталгаажуулалт

Энэхүү мэдэгдэл нь _____ ажилладаг болохыг баталж
(ажилтны нэр)

байна _____ хойш _____.
(ажил олгогчийн нэр) (ажилд авсан огноо)

_____ нийт орлого (суутгалаас өмнө) _____
(ажилтны нэр)

ам.долларын цалин авдаг татвар, нийгмийн даатгал, даатгал гэх мэт.

Цалингийн давтамж:

- Долоо хоног тутам
- Хоёр долоо хоног тутам
- Сард хоёр удаа
- Сар тутам
- Жил бүр

_____ / _____ Огноо: _____
Ажил олгогчийн гарын үсэг Албан тушаал

_____ Муж улс Зип код _____ Утасны дугаар
Хаяг