

**Санхүүгийн туслалцаа авах хүсэлт**      **Өвчтөний бүртгэлийн дугаар:** \_\_\_\_\_

**Санамж:** Танд үнэ төлбөргүй эсвэл хөнгөлөлттэй үйлчилгээ авах эрх үүсэхгүй ч байж болохыг анхаарна уу.

Та энэхүү хүсэлтийг бөглөснөөр НордШоор Их сургуулийн Эрүүл мэндийн Системээс (НордШоор гэх) үнэ төлбөргүй эсвэл хөнгөлөлттэй үйлчилгээнүүдийг авах эсвэл эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний зардлаа төлөхөд тань танд туслах бусад олон нийтийн хөтөлбөрт таныг хамрагдах боломжтой эсэхийг тогтооно. Хэрэв та даатгалгүй бол үнэ төлбөргүй эсвэл хөнгөлөлттэй үйлчилгээнд хамруулахад Нийгмийн даатгалын дугаар шаардагдахгүй. Гэхдээ, Ядууст зориулсан үнэ төлбөргүй эмнэлгийн тусламж гэх мэт зарим олон нийтийн хөтөлбөрүүдэд Нийгмийн даатгалын дугаар шаардлагатай. Нийгмийн даатгалын дугаараа заавал өгөх шаардлагагүй боловч та өөрийн Нийгмийн даатгалын дугаарыг өгснөөр таныг аливаа олон нийтийн хөтөлбөрт хамрагдах шаардлагыг хангах эсэхийг тогтооход НордШоорт туслах юм.

Таныг санхүүгийн туслалцаа авах боломжтой эсэхийг тогтооход НордШоорт туслахын тулд үйлчилгээг авсан өдрөөс хойш аль болох хурдан хугацаанд энэхүү маягыг бөглөнө үү. НордШоор үйлчилгээний тооцооны мэдэгдлийг ирүүлсэн өдрөөс хойш 240 хоногийн туршид таны хүсэлтийг хүлээн авах болно.

Өвчтөн нь өөрийгөө санхүүгийн туслалцаа авах боломжтой эсэхийг тогтооход НордШоорт туслахын тулд уг хүсэлтэд шаардагдах бүх мэдээллийг үнэн зөв бөглөж оруулахын тулд боломжтой бүхнийг хийнэ гэдгээ хүлээн зөвшөөрсөн болно.

<b>ЗААВАРЧИЛГАА: Хүсэлтийг бүрэн бөглөж мэдээллийг баталгаажуулахын тулд ИТГЭМЖ БИЧИГТ ГАРЫН ҮСЭГ ЗУРНА.</b>				
<b>Хүсэлт гаргагчийн мэдээлэл</b>				
Цахим шуудангийн хаяг			Ам бүлийн тоо (өвчтөнийг оруулаад)	
Овог	Нэр	дунд нэрийн эхний үсэг	Төрсөн огноо	Нийгмийн даатгалын дугаар
Гудамжны хаяг	Байр. #	Хот	Муж	Зип код
Ажил олгогчийн нэр			Ажил олгогчийн хаяг	
Ажил олгогчийн хот			Муж	Зип код
			Сарын нийт орлого	Ажлын утас
<b>Эхнэр/нөхөр/БАТЛАН ДААГЧ ЭСВЭЛ БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЭЦЭГ ЭХ (БАГА НАСНЫ ХҮҮХЭД БОЛ)</b>				
Цахим шуудангийн хаяг			Өвчтөний хэн болох	
			Төрсөн огноо	
Овог	Нэр	дунд нэрийн эхний үсэг	Нийгмийн даатгалын дугаар	
Гудамжны хаяг	Байр. #	Хот	Муж	Зип код
Ажил олгогчийн нэр			Ажил олгогчийн хаяг	
Ажил олгогчийн хот			Муж	Зип код
			Сарын нийт орлого	Ажлын утас

**Үндэслэлтэй эрх бүхий байдал:**

Доор дурдсан Үндэслэлтэй Эрх бүхий байдлын шалгуур үзүүлэлтүүдийн аль нэгийг дангаараа эсвэл Гэр бүлдээ өгсөн олговроор батлан харуулсан **Даатгалгүй** өвчтөнүүд үнэ төлбөргүй үйлчилгээг автоматаар хүлээн авах эрхтэй болох ба **орлого нотлох ямар ч шаардлагагүй юм**. Бид боломжтой үедээ өвчтөнүүдийн эрх бүхий байдлыг цахимаар баталгаажуулах боловч таны эрх бүхий байдлыг батлахын тулд та бүхэн бидэнд дэмжлэг үзүүлэх хэрэгцээ гарч болно.

**Өөрт тохирохыг тэмдэглэнэ үү:**

- WIC –Эмэгтэйчүүд, нялхас, хүүхэд
- SNAP –Нэмэлт шим тэжээлийн тусламжийн хөтөлбөр
- Иллинойс мужийн үнэгүй үдийн хоол/өглөөний цай
- Шоронд хоригдсон
- Орон гэргүй
- Өв хөрөнгөгүй талийгаач
- Ядууст зориулсан үнэ төлбөргүй эмнэлгийн тусламж авах эрхтэй боловч үйлчилгээ авсан өдрөөр ийм эрхтэй байгаагүй эсвэл үүнд хамрагдаагүй үйлчилгээ
- Иллинойс мужийн орон сууцны хөгжлийн газрын түрээсийн орон сууцны дэмжих хөтөлбөр
- LINEAR: Бага орлоготой гэр бүлд туслах хөтөлбөр
- Нийгэмд суурилсан эмнэлгийн тусламжийн хөтөлбөр
- Эмнэлгийн үйлчилгээний мөнгөн тусламж
- TANF: Гачигдалтай өрхүүдэд зориулсан түр зуурын тусламж
- Хувь этгээдийн дампуурал (хэргийн дугаар # \_\_\_\_\_ Шийдвэрийн огноо \_\_\_\_\_)
- Шашны мяндагтан ба шашны тангарагтай холбоотой

**Санхүүгийн туслалцаа авах хүсэлт**      **Өвчтөний бүртгэлийн дугаар:** \_\_\_\_\_

Өвчтөнийг төлөөлөн үйлдэл хийх ямар ч хүнгүй, сэтгэцийн эмгэгтэй

**\*\* Хэрэв та Үндэслэлтэй эрх бүхий байдлаа баталсан бол аливаа орлогын мэдээллийг ирүүлэх шаардлагагүй. Дараах хуудсан дээрх Хүсэлт гаргагчийн баталгаанд гарын үсэг зурах хэрэгтэй.**

**Орлогын мэдээлэл:**

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

Хүсэлт гаргагч, хүсэлт гаргагчийн эхнэр/нөхөр, эсвэл хүсэлт гаргагч/өвчтөн нь бага насны хүүхэд бол эцэг эх эсвэл асран хамгаалагчийн хувьд дараах бичиг баримтуудыг ирүүлнэ. Хэрэв та өөрийн орлоготой холбоотой ямар ч бичиг баримтыг ирүүлж чадахгүй бол энэхүү хүсэлтийн сүүлийн хуудсан дээрх Дэмжих бичгийг бөглөнө үү.

<p><b><u>Хэрэв ажил эрхэлдэг бол:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Түрүү жилийн татварын буцаалтын хуулбар</li> <li>• Сүүлийн хоёр сарын цалингийн баримтын хуулбарууд</li> <li>• Бүх чек, хадгаламж, хамтын зээлийн дансны сүүлийн хуулганы хуулбарууд</li> </ul>
<p><b><u>Хэрэв хувиараа хөдөлмөр эрхэлдэг бол:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Түрүү жилийн татварын буцаалтын хуулбар</li> <li>• Бүх чек, хадгаламж, хамтын зээлийн дансны сүүлийн хуулганы хуулбарууд</li> </ul>
<p><b><u>Хэрэв ажилгүй бол:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Түрүү жилийн татварын буцаалтын хуулбар</li> <li>• Таны олговрын дүнг багтаасан ажилгүйдлийн тэтгэмжийн бичгийн хуулбар</li> <li>• Ажлаас гарсан өдрийг дурдсан таны өмнөх ажил олгогчийн захидал</li> <li>• Дэмжих бичгийн баталгаажуулалт (энэхүү хүсэлтийн сүүлийн хуудсан дээрх бичгийг бөглөнө)</li> </ul>
<p><b><u>Хэрэв үндсэн оюутан бол:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Коллежид элсэн орсныг нотлох баримт (таны үндсэн оюутны статусыг нотлох коллежийн эсвэл их сургуулийн тодорхойлолт, эсвэл сургалтын төлбөр/санхүүгийн бичиг баримт)</li> </ul>
<p><b><u>Хэрэв тэтгэвэрт гарсан эсвэл хөгжлийн бэрхшээлтэй бол:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Түрүү жилийн татварын буцаалтын хуулбар (хэрэв боломжтой бол)</li> <li>• Сарын тэтгэмжийн дүнг дурдсан Нийгмийн даатгалын газраас ирүүлсэн бичгийн хуулбар</li> <li>• Бүх чек, хадгаламж, хамтын зээлийн дансны сүүлийн хуулганы хуулбарууд</li> </ul>
<p><b><u>Бусад цалингийн бус орлогын нотолгоо:</u></b> Хэрэв байгаа бол, таны санхүүгийн байдалд хамаарах дараах мэдээллүүд:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гэр бүлийн хүний ба/эсвэл хүүхдийн дэмжих бичиг</li> <li>• Түрээсийн хөрөнгийн орлого</li> <li>• Хөрөнгө оруулалтын орлого</li> <li>• Дээр дурдаагүй бусад орлогын эх үүсвэр</li> </ul>

**Гэр бүл/Өрхийн мэдээлэл:**

Гэр бүл/Өрхийн гишүүдийн тоо	
Хүсэлт гаргагчийн тэжээлгэгч /тэтгүүлэгчийн тоо	
Хүсэлт гаргагчийн тэжээлгэгч/тэтгүүлэгчийн нас	

**Бусад мэдээлэл:**

Хэрэв танд санхүүгийн хүндрэлийг харуулах их хэмжээний төлөгдөөгүй төлбөр тооцоо гэх мэт таны хүсэлттэй холбоотой шийдвэр гаргахад НордШоорт 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 туслалцаа авах хүсэлт Өвчтөний бүртгэлийн дугаар: \_\_\_\_\_

**Хүсэлтийн баталгаа:**

Энэхүү хүсэлт дэх мэдээлэл үнэн зөв болохыг миний бие батална. Энэхүү НордШоорын төлбөр тооцоог барагдуулахад туслах, миний авч болох аливаа мужийн, холбооны эсвэл орон нутгийн тусламжийн хөтөлбөрт би хүсэлт гаргана. Энд өгсөн мэдээллийг НордШоорын зүгээс хянан баталгаажуулж болохыг би ойлгож байгаа бөгөөд энэхүү хүсэлтэд орсон мэдээллийн үнэн зөвийг баталгаажуулахын тулд гуравдагч этгээдтэй холбоо барих эрхийг би НордШоорт олгож байна. Хэрэв би энэхүү хүсэлтэд санаатайгаар худал мэдээлэл оруулсан бол санхүүгийн туслалцаа авах эрхгүй болох бөгөөд надад олгогдсон аливаа санхүүгийн туслалцааг буцаан төлөх шаардлагатай ба НордШоорын тооцоог төлж барагдуулах үүрэг хүлээхээ би бүрэн ойлгож байна.

Хүсэлт гаргагчийн гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо: \_\_\_\_\_

<b>Бөглөсөн хүсэлтийг илгээх:</b>	<b>Тусламж хэрэгтэй юу? Бид тусалж чадна.</b>
<p><b>Шуудангаар:</b> НордШоор Их сургуулийн Эрүүл мэндийн систем Өвчтөний санхүүгийн үйлчилгээ Шуудангийн хайрцаг 1006, Салбар 330 Скоки, Иллинойс 60076-9877</p> <p><b>Факсаар:</b> (847) 982-6957</p> <p><b>Биечлэн:</b> Эмнэлгийн бүртгэлийн хэсэгт очиж эмнэлгийн санхүүгийн зөвлөхөд авчирч өгөх</p>	<p>(847) 570-5000 руу залгах</p> <p>эсвэл эмнэлгийн бүртгэлийн хэсэгт очиж эмнэлгийн санхүүгийн зөвлөхтэй уулзаарай.</p>
<p><b>Шведийн эмнэлгийн хувьд:</b></p> <p><b>Шуудангаар:</b> Шведийн эмнэлэг Санхүүгийн үйлчилгээний төв 5145 Хойд Каролина өргөн чөлөө Чикаго, Иллинойс 60625</p> <p><b>Факсаар</b> (773) 878-3838</p> <p><b>Биечлэн:</b> Эмнэлгийн бүртгэлийн хэсэгт очиж эмнэлгийн санхүүгийн зөвлөхөд авчирч өгөх</p>	<p>Шведийн эмнэлгийн хувьд:</p> <p>(773) 989-3841 руу залгах</p> <p>эсвэл эмнэлгийн бүртгэлийн хэсэгт очиж эмнэлгийн санхүүгийн зөвлөхтэй уулзаарай.</p>

Санхүүгийн туслалцаа авах хүсэлт Өвчтөний бүртгэлийн дугаар: \_\_\_\_\_

**Ор хоолны мөнгөний мэдэгдэл/Дэмжих бичгийн баталгаа**

Энэ маягыг эмнэлгийн ор, хоолоор хангаж байгаа этгээд бөглөх ба өвчтөн өөрийн хууль ёсны гэр бүлийн хүнээс өөр хүнтэй хамт амьдарч байгаа бол хүсэлт гаргагч уг маягыг бөглөнө.

Би одоогоор \_\_\_\_\_ -ийг ор, хоолоор хангаж байна. (хүсэлт гаргагчийн нэрийг бичнэ үү)

Ор, хоолоор хангаж байгаа газрын хаяг

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Би долоо хоног/сар тутамд \_\_\_\_\_ ам.долларын мөнгөн тэтгэмжийг олгосон. (аль нэгийг нь дугуйлна уу)

Бусад дэмжлэг (тайлбарлана уу)

\_\_\_\_\_

Дэмжлэг үзүүлсэн хүний нэр ба хаяг (бичнэ үү)

Нэр: \_\_\_\_\_

Хаяг: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Утасны дугаар: \_\_\_\_\_

Хүсэлт гаргагчийн гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо: \_\_\_\_\_

Дэмжлэг үзүүлсэн хүний гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо: \_\_\_\_\_