

**ແບບຟອມຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເງິນ / ໃບສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ**

**ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂຽນແບບຟອມນີ້ ຖ້າທ່ານມີຄ່າຖາມ, ກະລຸນາໃຫ້ເບີ 281.312.4012 ຫຼື 281.312.4000 -- ກົດ 5**

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ:	ເບີໂທລະສັບ:
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຂອງຄົນເຈັບ:	ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໂປສະນີ:
ເລກບັນຊີ:	ວັນທີບໍລິການ:

ຄຳແນະນຳ: ທຸກຄ່າຖາມຕ້ອງມີຄ່າຕອບ. ຖ້າວ່າມີຄ່າຖາມໃດບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ຈົ່ງຂຽນ N/A ໃສ່ຢູ່ແຖວດັ່ງກ່າວ.

**ຄັດຕິດສຳນຳເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຊະນິດໜຶ່ງໃນການຍົກຍົນຕົວຕົນດ້ວຍຮູບ (ຕົວຢ່າງ: ໃບຂັບຂີ່ທີ່ລັດເປັນຜູ້ອອກໃຫ້ ຫຼື ໜັງສືຜ່ານແດນທີ່ມີຮູບ, ອື່ນໆ) \***

**ຄັດຕິດສຳນຳຂອງໃບສັງອາກອນ (Income Tax) ລ້າສຸດ ຫຼື ຄັດຕິດສຳນຳຂອງ ຫຼັກຖານ ໜຶ່ງໃນການພິສູດລາຍໄດ້:**

ຫົວຂໍ້ຈ່າຍແຊັກ 2 ສະບັບ  ແຊັກປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ຈົດໝາຍໄດ້ຮັບລາງວັນ

ໃບສະລິບເພື່ອຍົກຍົນເງິນສະຫວັດດີການໃນການຫວ່າງງານ  ຈົດໝາຍຈາກການາຍຈ້າງທີ່ລະບຸຊື່, ອາຊີບ, ອັດຕາຄ່າແຮງງານຕໍ່ຊົ່ວໂມງ, ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດ, ພະນັກງານຂອງລູກຈ້າງ

**\*\*\* ນີ້ບໍ່ຖືວ່າເປັນແບບຟອມທີ່ສົມບູນຖ້າບໍ່ມີເອກະສານຢັ້ງຢືນ. \*\*\***

ສະຖານະພາບ:  ພົນລະເມືອງເທັກສາສ໌ ຫຼື  ພົນລະເມືອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ  ວິຊາຄົນອົບພະຍົບ  ວິຊາຄົນບໍ່ອົບພະຍົບ

ສະພາບການແຕ່ງງານ (ໝາຍເຊິ່ງ):  ແຕ່ງງານ  ໂສດ  ຢ່າຮ້າງ

ໜ້າຍ  ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ເດັກນ້ອຍທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ແລະ ຜູ້ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານພາຍໃນຄົວເຮືອນ (ຕໍ່ໃສ່ໜ້າອື່ນ, ຖ້າຫາກຈ່າເປັນ)

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນຂອງຜູ້ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ (ໝາຍໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ)				
		ເດັກນ້ອຍ	ລູກລ້ຽງ	ຜູ້ປົກຄອງ	ຜູ້ໃຫຍ່/ອາວຸໂສ	ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ

ສັງລວມການວ່າຈ້າງ	ຄຸນສົມບັດ
<p align="center">ຄົນເຈັບ</p> <p>ນາຍຈ້າງ _____</p> <p>ອາຊີບ _____</p> <p>ສະພາບການວ່າຈ້າງ (ໝາຍໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ)</p> <p><input type="checkbox"/> ເຕັມ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ບາງສ່ວນ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ຫວ່າງງານ</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ບ້ານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດກັບໄປເຮັດວຽກໄດ້</p>	<p align="center">ຄຸນສົມບັດ</p> <p>ນາຍຈ້າງ _____</p> <p>ອາຊີບ _____</p> <p>ສະພາບການວ່າຈ້າງ (ໝາຍໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ)</p> <p><input type="checkbox"/> ເຕັມ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ບາງສ່ວນ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ຫວ່າງງານ</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ບ້ານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດກັບໄປເຮັດວຽກໄດ້</p>

ລາຍໄດ້ໃນຄົວເຮືອນຕໍ່ເດືອນ		ລາຍຈ່າຍໃນຄົວເຮືອນຕໍ່ເດືອນ (ບໍ່ສາມາດໃຊ້ກັບ FAA)	
ຄົນເຈັບ	\$ _____ /ເດືອນ	ທີ່ຢູ່ອາໄສ: _____ ເປັນເຈົ້າຂອງ/ກຸ່ມ	_____ ເຊົ່າ
ຄຸນສົມບັດ	\$ _____ /ເດືອນ	ຈ່າຍຄ່າເຮືອນ	\$ _____ /ເດືອນ
ຄ່າລ້ຽງດູ	\$ _____ /ເດືອນ	ຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ (ໄຟຟ້າ, ນໍ້າປະປາ)	\$ _____ /ເດືອນ
ຄ່າຫວ່າງງານ	\$ _____ /ເດືອນ	ລົດໃຫຍ່ # 1	\$ _____ /ເດືອນ
ອຸປະຖໍາເດັກ	\$ _____ /ເດືອນ	ລົດໃຫຍ່ # 2	\$ _____ /ເດືອນ
ຄ່າເງິນສະຫວັດດີການຜ່ານຊີວິດ	\$ _____ /ເດືອນ	ນໍ້າມັນແອັດຊັງ	\$ _____ /ເດືອນ
ຊົດເຊີຍແຮງງານ	\$ _____ /ເດືອນ	ປະກັນໄພ	\$ _____ /ເດືອນ
ເງິນທຸນສິນເຊື້ອ	\$ _____ /ເດືອນ	ທໍລະທັດ/ ເຄເບັ້ນ/ ໂທລະສັບ	\$ _____ /ເດືອນ
ອື່ນໆ	\$ _____ /ເດືອນ	ອາຫານ	\$ _____ /ເດືອນ
<b>ລາຍໄດ້ທັງໝົດ</b>	<b>\$ _____ /ເດືອນ</b>	<b>ລາຍຈ່າຍທັງໝົດ</b>	<b>\$ _____ /ເດືອນ</b>

ບັນຊີທະນາຄານ/ຊັບສິນອື່ນໆ (ຕ້ອງຕອບຄ່າຖາມທັງໝົດ 3 ຂໍ້): **(ບໍ່ສາມາດໃຊ້ກັບ FAA)**

ບັນຊີແຊັກ? (ຂີດອ້ອມໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ຍອດຄົງເຫຼືອໃນປັດຈຸບັນ	\$ _____
ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ? (ຂີດອ້ອມໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ຍອດຄົງເຫຼືອໃນປັດຈຸບັນ	\$ _____
ຊັບສິນເພີ່ມເຕີມ? (ຂີດອ້ອມໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ມູນຄ່າໃນປັດຈຸບັນ	\$ _____

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: \_\_\_\_\_

**ແບບຟອມຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ / ໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ**

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ:

\* ຂ້ອຍຂໍຢັ້ງຢືນພາຍໃຕ້ໂທດຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຕົວະໃນສານວ່າ ຄໍາຕອບທີ່ຂ້ອຍໃຫ້ມານັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້ອຍ.

\* ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້ອຍໃຫ້ມານີ້ແມ່ນສອດຄ່ອງກັບລາຍໄດ້ ແລະ ລາຍຈ່າຍຂອງຄົວເຮືອນ.

\* ຂໍ້ມູນນີ້ ລວມທັງບົດລາຍງານກ່ຽວກັບສິນເຊື້ອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກເປີດເຜີຍອື່ນໆໃຫ້ສາທາລະນະ ສາມາດນໍາໃຊ້ໂດຍ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ເພື່ອສ້າງແຜນລາຍຈ່າຍ ແລະ/ຫຼື ເລີ່ມປະກອບໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແລະ/ຫຼື ພິຈາລະນາສິດສໍາລັບໂປຣແກຣມ, ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ.

\* ຂ້ອຍໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ໃນການຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງຂໍ້ມູນໃດກໍ່ຕາມ ເພື່ອຢັ້ງຢືນສະຖານະການເງິນທີ່ຂ້ອຍມີ.

\* ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງຕອບແບບເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ຖ້າວ່າຂໍ້ມູນທີ່ເອົາໃຫ້ບໍ່ສົມບູນ ຫຼື ບໍ່ພຽງພໍໃນການພິຈາລະນາຕັດສິນໃນເລື່ອງສິດຂອງທ່ານໃນການຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມໄດ້ຮັບສິດ. ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຖ້າຫາກທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.

\* ຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບທຶນຈາກໂປຣແກຣມຂອງທ້ອງຖິ່ນ, ລັດ, ຫຼື ຣັຖບານກາງ. ຄົນເຈັບຄວນຈະສະໝັກຂໍໂປຣແກຣມດັ່ງກ່າວກ່ອນຈະມີການພິຈາລະນາການໄດ້ຮັບສິດຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ຈະຈັດຫາການຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ແຕ່ລະຄົນໃນການສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂປຣແກຣມດັ່ງກ່າວ. ເມື່ອບໍ່ສາມາດສະໝັກຂໍໂປຣແກຣມນັ້ນໄດ້ອາດຈະມີຜົນກະທົບໃນແງ່ລົບໃນການພິຈາລະນາໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງຄົນເຈັບ.

\* ຂ້ອຍຂໍປະຕິຍານຕໍ່ຄວາມເປັນຈິງວ່າ ຂ້ອຍໄດ້ສະໝັກຂໍການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພທີ່ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ທຸກຢ່າງ, ລວມທັງ Medicaid, ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາດຊະຍາກໍາ (Crime Victims), ປະກັນແລກປ່ຽນສຸຂະພາບ (Health Exchange Insurance), ແລະ ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆຈາກທ້ອງຖິ່ນ, ລັດ ຫຼື ຣັຖບານກາງ.

\* ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້ອຍບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ຂ້ອຍຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ມູນຄ່າຂອງການດູແລ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ/ຜູ້ຄ້າປະກັນ

ວັນທີ

ຫຼັງຈາກຂຽນໃບສະໝັກນີ້ແລ້ວ, ສົ່ງໃບສະໝັກ ແລະ ເອກະສານຢັ້ງຢືນທຸກຢ່າງ ໄປໃຫ້:

**Patient Business Office  
300 Kingwood Medical Drive  
Kingwood, Texas 77339  
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only  
Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO  
Approved by: \_\_\_\_\_  
Name / Signature Title Date

ເບິ່ງດ້ານຫຼັງ



ເບິ່ງດ້ານຫຼັງ