

ແບບຟອມຂໍມູນດ້ານການເງິນ / ໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຕ້ອງການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂຽນແບບຟອມ, ກະລຸນາໃຫຫາ 713.338.5502 ຫຼື 800.526.2121 -- ຕໍ່ 5

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ:	ໂທລະສັບ:
ທີ່ຢູ່ຂອງຄົນເຈັບ:	ເມືອງ, ຣັຖ, ລະຫັດໄປສະນີ:
ໝາຍເລກບັນຊີ:	ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ:

ຄຳແນະນຳ: ທຸກຄຳຖາມຕ້ອງມີຄຳຕອບ. ຖ້າວ່າຄຳຖາມບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ໃຫ້ຂຽນ N/A ໃສ່ໃນແຕ່ຖານ.

ຄັດຕິດສຳເນົາຫັກຖານຍັງຍືນ ຕົວຕົນຂອງທ່ານມາໃດໜຶ່ງສະບັບ (ຕົວຢ່າງ: ໃບຂັບຂີ່ທີ່ຮຸກຮອງໃຫ້ ຫຼື ປັດສະບັບທີ່ມີຮູບຕິດ, ອື່ນໆ) *

ຄັດຕິດໃບສັ່ງອາກອນລາຍໄດ້ ສະບັບລ່າສຸດ ຫຼື ຄັດຕິດສຳເນົາ ເອກະສານຍັງຍືນໃດໜຶ່ງຂອງລາຍໄດ້ຕັ້ງຕໍ່ໄປນີ້:

* ຖ້າວ່າບໍ່ມີບັດປະຈຳຕົວທີ່ມີຮູບຕິດ, ເອກະສານສະບັບອື່ນທີ່ລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານ ກໍອາດຈະສາມາດໃຊ້ໄດ້. ຖ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຈົ່ງຕິດຕໍ່ໝາຍເລກໂທລະສັບຂ້າງເທິງນັ້ນ.

<input type="checkbox"/> ຫົວຂໍ້ວັນຈ່າຍເງິນສະບັບລ່າສຸດ 2 ສະບັບ	<input type="checkbox"/> ແຊັກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຈົດໝາຍໃຫ້ລາງວັນ
<input type="checkbox"/> ໃບຍັງຍືນການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບຈາກການຫວ່າງງານ	<input type="checkbox"/> ຈົດໝາຍຈາກນາຍຈ້າງ ທີ່ລະບຸ ຊື່ຂອງລູກຈ້າງ, ອາຊີບ, ຄຳແຮງງານເປັນຊົ່ວໂມງ, ຊົ່ວໂມງການເຮັດວຽກ

***** ຖ້າວ່າບໍ່ມີເອກະສານຄັດຕິດທີ່ຄົບຖ້ວນ ແມ່ນໝາຍເຖິງໃບສະໝັກບໍ່ສົມບູນ. *****

ສະຖານະພາບ: ພົນລະເມືອງເທັກສາຖາວອນ ພົນລະເມືອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ວິຊາຄົນອົບພະຍົບ ວິຊາຂອງຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນຄົນອົບພະຍົບ

ສະຖານະພາບຂອງການແຕ່ງງານ (ເລືອກໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ):

<input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແລ້ວ	<input type="checkbox"/> ໂສດ	<input type="checkbox"/> ຮ້າງ
<input type="checkbox"/> ໝ້າຍ	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ	_____

ເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ແລະ ຜູ້ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການດູແລຂອງຕົນທີ່ຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ (ສືບຕໍ່ໜ້າຕໍ່ໄປ, ຖ້າວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ)

ຊື່ຕົ້ມ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການດູແລຂອງຕົນ (ເລືອກໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ)				
		ລູກ	ລູກລ້ຽງ	ຜູ້ປົກຄອງ	ຜູ້ໃຫຍ່/ອາວຸໂສ	ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ

ສັງລວມການວ່າຈ້າງ	
ຄົນເຈັບ	ຄູ່ສົມຮົດ
ນາຍຈ້າງ	ນາຍຈ້າງ
ອາຊີບ	ອາຊີບ
ສະຖານະພາບຂອງການວ່າຈ້າງ (ເລືອກໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ)	ສະຖານະພາບຂອງການວ່າຈ້າງ (ເລືອກໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ)
<input type="checkbox"/> ເຕັມເວລາ <input type="checkbox"/> ເວລາຫວ່າງ <input type="checkbox"/> ການຫວ່າງງານ	<input type="checkbox"/> ເຕັມເວລາ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຕັມເວລາ <input type="checkbox"/> ການຫວ່າງງານ
<input type="checkbox"/> ແມ່ບ້ານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດກັບມາເຮັດວຽກໄດ້	<input type="checkbox"/> ແມ່ບ້ານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດກັບມາເຮັດວຽກໄດ້

ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຕໍ່ເດືອນ		ລາຍຈ່າຍຂອງຄົວເຮືອນຕໍ່ເດືອນ (ບໍ່ສາມາດໃຊ້ສຳລັບ FAA)	
ຄົນເຈັບ	\$ _____ /ເດືອນ	ທີ່ຢູ່ອາໄສ:	_____ ເປັນກຳມະສິດ/ກຸ່ມຢືນ _____ ເຊົ່າ
ຄູ່ສົມຮົດ	\$ _____ /ເດືອນ	ລາຍຈ່າຍຂອງເຮືອນ	\$ _____ /ເດືອນ
ຄຳລ້ຽງດູຄູ່ສົມຮົດເກົ່າ	\$ _____ /ເດືອນ	ຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ (ຄ່າໄຟ, ຄ່ານໍ້າ)	\$ _____ /ເດືອນ
ການຫວ່າງງານ	\$ _____ /ເດືອນ	ລົດເກັງ # 1	\$ _____ /ເດືອນ
ອຸປະຖາເດັກ	\$ _____ /ເດືອນ	ລົດເກັງ # 2	\$ _____ /ເດືອນ
ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ອອດຊີວິດ	\$ _____ /ເດືອນ	ນໍ້າມັນແອັດຊັງ	\$ _____ /ເດືອນ
ກຳມະກອນ ບໍລິສັດ	\$ _____ /ເດືອນ	ປະກັນໄພ	\$ _____ /ເດືອນ
ເງິນລົງທຶນຂອງການເຊື່ອໝັ້ນ (Trust Fund)	\$ _____ /ເດືອນ	ທໍລະທັດ / ສາຍແຄບເບິນ / ໂທລະສັບ	\$ _____ /ເດືອນ
ອື່ນໆ	\$ _____ /ເດືອນ	ອາຫານ	\$ _____ /ເດືອນ
ລາຍໄດ້ລວມ	\$ _____ /ເດືອນ	ລາຍຈ່າຍລວມ	\$ _____ /ເດືອນ

ບັນຊີທະນາຄານ/ຊັບສິນອື່ນໆ (ຕ້ອງຕອບທັງໝົດ 3 ຄຳຖາມ):

ບັນຊີກະແສລາຍວັນບໍ່? (ຂີດອ້ອມເອົາໜຶ່ງອັນ)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ຍອດເຫຼືອໃນປັດຈຸບັນ	\$ _____
ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດບໍ່? (ຂີດອ້ອມເອົາໜຶ່ງອັນ)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ຍອດເຫຼືອໃນປັດຈຸບັນ	\$ _____
ຊັບສິນເພີ່ມເຕີມບໍ່? (ຂີດອ້ອມເອົາໜຶ່ງອັນ)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ມູນຄ່າໃນປັດຈຸບັນ	\$ _____

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

ແບບຟອມຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ / ໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ:

- ຂ້ອຍຂໍຢັ້ງຢືນຕໍ່ໜ້າກົດໝາຍວ່າ ຄໍາຕອບທີ່ຂ້ອຍໃຫ້ໄປນັ້ນແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດທີ່ຂ້ອຍມີ.
- ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້ອຍໃຫ້ມາແມ່ນສອດຄ່ອງກັບລາຍໄດ້ ແລະ ລາຍຈ່າຍຂອງຄົວເຮືອນ.
- ຂໍ້ມູນນີ້ ລວມທັງລາຍງານສິນເຊື້ອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່ໃນສາທາລະນະອາດຈະໃຫ້ ເມເມີຮຽວເຮີແມນ ເອົາໄປນໍາໃຊ້ໄດ້ເພື່ອສ້າງແຜນການຈ່າຍເງິນ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອກຳນົດສິດສໍາລັບບັນດາໂຄງການ, ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ.
- ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ ເມເມີຮຽວ ເຮີແມນ ຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງໃດກໍ່ໄດ້ ເພື່ອຢັ້ງຢືນຄໍາຊື່ແຈງຂອງຂ້ອຍ.
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການສື່ສານຈາກເມເມີຮຽວເຮີແມນ ຖ້າວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ແມ່ນບໍ່ສົມບູນ ຫຼື ບໍ່ພຽງພໍຕໍ່ການກຳນົດສິດທິຂອງທ່ານເພື່ອຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມຕາມເງື່ອນໄຂ. ທ່ານຍັງຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຖ້າວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ ການເງິນ.
- ຄົນເຈັບທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບທຶນຈາກໂຄງການຂອງທ້ອງຖິ່ນ, ຣັຖ ຫຼື ຣັຖບານກາງ. ຄົນເຈັບຄວນຈະສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການດັ່ງກ່າວ ກ່ອນຈະມີການຕັດສິນສິດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. ເມເມີຮຽວ ເຮີແມນ ຈະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ບຸກຄົນທີ່ສະໝັກຂໍໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ຖ້າບໍ່ສາມາດສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການດັ່ງກ່າວ ອາດຈະມີຜົນກະທົບທີ່ບໍ່ດີຕໍ່ການພິຈາລະນາການສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງຄົນເຈັບ.
- ຂ້ອຍຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້ອຍໄດ້ສະໝັກຂໍການຄຸ້ມຄອງປະກັນທີ່ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ທຸກຢ່າງ, ລວມທັງ ເມດິກເຄດ (Medicaid), ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກຄະດີອາຍາ (Crime Victims), ປະກັນໄພແລກປ່ຽນສຸຂະພາບ (Health Exchange Insurance) ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຈາກ ທ້ອງຖິ່ນ, ຣັຖ ແລະ ຣັຖບານກາງອື່ນໆ.
- ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້ອຍບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ຂ້ອຍຈະຮັບຜິດຊອບຄ່າດູແລຮັກສາດ້ວຍຕົວເອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ/ຜູ້ຮັບປະກັນ

ວັນທີ

ຫລັງຈາກຂຽນແບບຟອມນີ້ສໍາເລັດແລ້ວ, ກະລຸນາ ສົ່ງ ແບບຟອມ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ໄປທາງໄປສະນີ, ແຜ່ກ ຫຼື ອີເມວ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attention: PBS Financial Assistance
ແຟັກ: 713-338-4261
E-Mail: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

ໃຊ້ສໍາລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ
ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທີ່ໄດ້ຮັບຮອງໂດຍ CEO / CFO ຂອງສູນ

ໄດ້ຮັບຮອງໂດຍ:

ຊື່ / ລາຍເຊັນ

ຕໍາແໜ່ງ

ວັນທີ

