



แบบฟอร์มใบสมัครขอรับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล/ความช่วยเหลือทางการเงิน - เป็นความลับ  
โปรดกรอกข้อมูลทั้งหมดให้ครบถ้วน หากไม่มีข้อมูลเกี่ยวข้อง ให้เขียน "NA" แทนหน้าเพิ่มเติมหากจำเป็น

| ข้อมูลสำหรับการคัดกรอง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| คุณต้องการล่าหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่ ให้ระบุภาษาที่ต้องการ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| ผู้ป่วยได้สมัคร Medicaid หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณะของรัฐ เช่น TANF (โปรแกรมความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวยากไร้), Basic Food (โครงการช่วยเหลือค่าอาหาร) หรือ WIC (โปรแกรมสำหรับผู้หญิง ทารก และเด็ก) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| ขณะนี้ผู้ป่วยเป็นคนไร้บ้านหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ความต้องการการดูแลทางการแพทย์ของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการบาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| โปรดทราบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>เราไม่สามารถรับประกันได้ว่า คุณจะผ่านการคัดเลือกสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่า คุณจะสมัครก็ตาม</li><li>เมื่อคุณส่งใบสมัครแล้ว เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและอาจขอข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน</li><li>ใบสมัครนี้ใช้เพื่อตัดสินคุณสมบัติที่มีสิทธิ์ทั้งการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล (การดูแลฟรี) และการดูแลแบบมีส่วนลด หากคุณสมัครเฉพาะการดูแลแบบมีส่วนลด</li></ul> คุณอาจได้รับความช่วยเหลือทางการเงินน้อยกว่าจำนวนที่อาจได้รับภายใต้การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล |  |

| ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร                                                                                                                                                                                                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                              | ชื่อกลางของผู้ป่วย     |                                                                                                                                                                                                                                          | นามสกุลของผู้ป่วย                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง<br><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (อาจะระบุ)                                                                                                                 | วันเดือนปี เกิด        | <input type="checkbox"/> โสด<br><input type="checkbox"/> แต่งงานแล้ว<br><input type="checkbox"/> หย่าร้าง<br><input type="checkbox"/> แยกกันอยู่โดยชอบด้วยกฎหมาย<br><input type="checkbox"/> แม่ม่าย<br><input type="checkbox"/> พ่อม่าย | หมายเลขประกันสังคมของผู้ป่วย (ไม่บังคับ)                                                                                     |
| สถานบริการ:                                                                                                                                                                                                              | วันที่ให้บริการ        | หมายเลขการเข้ารับบริการ                                                                                                                                                                                                                  | วิธีการติดต่อที่ต้องการ:<br><input type="checkbox"/> อีเมล <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> จดหมาย |
| ผู้รับผิดชอบในการชำระค่าบริการ                                                                                                                                                                                           | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | วันเดือนปี เกิด                                                                                                                                                                                                                          | หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ)                                                                                               |
| ที่อยู่ทางไปรษณีย์                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                                                          | หมายเลขโทรศัพท์หลัก<br>( ) _____<br>( ) _____<br>ที่อยู่อีเมล: _____                                                         |
| เมือง                                                                                                                                                                                                                    | รัฐ                    | รหัสไปรษณีย์                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                              |
| สถานะการจ้างงานของผู้รับผิดชอบในการชำระค่าบริการ                                                                                                                                                                         |                        |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> มืงานทำ (วันที่จ้าง: _____)                                                                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> วางงาน (วางงานนานแค่ไหน: _____)                                                                                                                                                                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> ผู้พิการ <input type="checkbox"/> เกษียณอายุ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ถ้าอื่น ๆ โปรดอธิบาย): _____ |                        |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |

## ข้อมูลครอบครัว

แสดงรายชื่อสมาชิกในครอบครัวของคุณ รวมถึงคุณด้วย

**สำหรับผู้ป่วยในแคลิฟอร์เนียและฮาวาย:** ครอบครัวหมายถึง: (i) สำหรับผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป คู่สมรส คู่ชีวิต บุตรที่อยู่ในความดูแลที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี หรือทุกช่วงอายุหากมีความพิการ ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม และ (ii) สำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปีหรือบุตรที่อยู่ในความดูแลอายุ 18 ถึง 20 ปี บิดาและ/หรือมารดา ญาติผู้ดูแล และบุตรคนอื่น ๆ ที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี หรือทุกช่วงอายุหากมีความพิการ ของบิดาและ/หรือมารดาหรือญาติผู้ดูแล

**สำหรับผู้ป่วยในโอเรกอน:** ครัวเรือนหมายถึง:

(ก) บุคคลตัวคนเดียว หรือ (ข) คู่สมรส คู่ชีวิต หรือบิดาและ/หรือมารดาและบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และ บุคคลอื่นที่บุคคลตัวคนเดียว คู่สมรส คู่ชีวิต หรือบิดาและ/หรือมารดาต้องรับผิดชอบในเรื่องการเงินให้  
ขนาดครัวเรือน/ครอบครัว \_\_\_\_\_

| ชื่อ | วันเดือนปีเกิด | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | หากมีอายุ 18 ปีขึ้นไป โปรดระบุชื่อนายจ้างหรือแหล่งที่มาของรายได้ | หากมีอายุ 18 ปีขึ้นไป โปรดระบุรายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี): | ต้องการสมัครรับความช่วยเหลือทางการเงินด้วยหรือไม่ |
|------|----------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|      |                |                        |                                                                  |                                                                | ใช่/ไม่ใช่                                        |
|      |                |                        |                                                                  |                                                                | ใช่/ไม่ใช่                                        |
|      |                |                        |                                                                  |                                                                | ใช่/ไม่ใช่                                        |

แนบหน้าเพิ่มเติมหากจำเป็น

ต้องเปิดเผยรายได้ของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคน ตัวอย่างแหล่งที่มาของรายได้ ได้แก่:

- ค่าแรง - การว่างงาน - ประkobอาชีพอิสระ - เงินชดเชยสำหรับลูกจ้าง - ผู้พิการ - SSI
- ค่าเลี้ยงดูบุตร/คู่สมรส - โครงการทำงานระหว่างเรียน (นักศึกษา) - เงินบำนาญ - เงินที่ได้รับจากบัญชีเงินออมเพื่อการเกษียณ
- อื่น ๆ (โปรดอธิบาย)

## ข้อมูลรายได้

โปรดจำไว้: คุณต้องแนบเอกสารรับรองรายได้พร้อมใบสมัคร

คุณต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัวของคุณ

จำเป็นต้องมีการตรวจสอบรายได้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางการเงิน

สมาชิกในครอบครัวทุกคนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปต้องเปิดเผยรายได้ของตน หากคุณไม่สามารถจัดเตรียมเอกสารได้

คุณสามารถส่งคำชี้แจงโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรอธิบายถึงรายได้ของคุณ

เพื่อวัตถุประสงค์ในการตัดสินใจว่าคุณสมบัติที่มีสิทธิ์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน เอกสารรายได้จะจำกัดเฉพาะดังต่อไปนี้:

- o สลิปเงินเดือนล่าสุดของสมาชิกในครัวเรือนภายในช่วง 6 เดือนก่อนหรือหลังการเรียกเก็บเงินครั้งแรก (หรือในช่วงก่อนรับบริการหากมีการยื่นใบสมัครไว้ล่วงหน้า) หรือ
- o สำเนาแบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของรัฐบาลกลาง (แบบฟอร์ม 1040) ของผู้ป่วยและคู่สมรส หรือคู่ชีวิตนับจากปีที่ผู้ป่วยได้รับการเรียกเก็บเงินครั้งแรก หรือย้อนหลังไป 12 เดือนก่อนการเรียกเก็บเงินครั้งแรกนั้น

คุณสามารถส่งเอกสารรับรองรายได้รูปแบบอื่นได้หากต้องการ แต่ Adventist Health

ไม่ได้กำหนดว่าจะต้องมีเอกสารรับรองรายได้เพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น หากคุณไม่มีเอกสารรับรองรายได้หรือไม่มีรายได้

คุณอาจแนบหน้าเพิ่มเติมพร้อมคำอธิบาย

### ความรับผิดชอบของบุคคลที่สาม

บุคคลที่สามต้องรับผิดชอบสำหรับบริการของคุณหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ โปรดระบุบุคคลที่สามนั้น: \_\_\_\_\_

### ข้อมูลค่าใช้จ่าย (ไม่บังคับ)

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของคุณ

ค่าใช้จ่ายรายเดือนในครัวเรือน:

|                        |          |                                        |          |
|------------------------|----------|----------------------------------------|----------|
| ค่าเช่า/สินเชื่อบ้าน   | \$ _____ | ค่ารักษาพยาบาล                         | \$ _____ |
| เบี้ยประกัน            | \$ _____ | ค่าสาธารณูปโภค                         | \$ _____ |
| หนี้สิน/ค่าใช้จ่ายอื่น | \$ _____ | (ค่าเลี้ยงดูบุตร เงินกู้ ค่ายา อื่น ๆ) |          |

### ข้อมูลเพิ่มเติม (ไม่บังคับ)

โปรดแนบหน้าเพิ่มเติมหากมีข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับสถานะทางการเงินในปัจจุบันของคุณที่คุณต้องการให้เราทราบ เช่น ภาวะขาดส่นทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาลที่มากเกินไป รายได้ตามฤดูกาลหรือชั่วคราว หรือการสูญเสียส่วนบุคคล

### ข้อตกลงของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Adventist Health

อาจยืนยันข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและขอรับข้อมูลจากแหล่งอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจคุณสมบัติที่มีสิทธิ์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระเงิน

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า

หากข้อมูลทางการเงินที่ข้าพเจ้าให้ไปนั้นถูกพิจารณาว่าเป็นเท็จ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน และข้าพเจ้าอาจต้องรับผิดชอบและอาจต้องจ่ายค่าบริการที่ได้รับ

ลายมือชื่อของผู้สมัคร

วันที่

### วิธีการส่งใบสมัคร

หากมีข้อสงสัย กรุณาโทร (888) 233-7868

โปรดส่งคืนแบบฟอร์มที่กรอกเสร็จสมบูรณ์แล้วทางไปรษณีย์ไปที่:

Adventist Health  
Attn: CFAC  
PO Box 223849, Dallas, TX 7522-3849

หรือ

โปรดส่งคืนแบบฟอร์มที่กรอกเสร็จสมบูรณ์แล้วทางอีเมลไปที่:

CFAC@coniferhealth.com