



ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍການປິ່ນປົວແບບການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ - ຂໍ້ມູນເປັນຄວາມລັບ
ກະດູນາຕື່ມຂໍ້ມູນທັງໝົດໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ໃຫ້ຂຽນ "NA". ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມຖ້າຈໍາເປັນ.

ຂໍ້ມູນການຄັດກອງ

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? ☐ ຕ້ອງການ ☐ ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຕ້ອງການ, ກະດູນາລະບຸພາສາທີ່ຕ້ອງການ:
ຄົນເຈັບໄດ້ຢືນຂໍ Medicaid ແລ້ວບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການບໍລິການສາທາລະນະຂອງລັດເຊັ່ນ: TANF, Basic Food, ຫຼື WIC ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ບັດຈຸບັນຄົນເຈັບເປັນຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການດູແລທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸບັດເຫດທາງວິດ ຫຼື ການບາດເຈັບຈາກການເຮັດວຽກບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ກະດູນາຮັບຮູ້

- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງກໍຕາມ.
- ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ອາດຈະຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນທີ່ຂາດຫາຍໄປ.
- ໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ແມ່ນຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອກໍານົດສິດສໍາລັບທັງການປິ່ນປົວແບບການກຸສົນ (ການປິ່ນປົວຟຣີ) ແລະ ການປິ່ນປົວແບບຫຼຸດລາຄາ. ຖ້າທ່ານພຽງແຕ່ຍື່ນຂໍການປິ່ນປົວແບບຫຼຸດລາຄາ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໜ້ອຍກວ່າສິ່ງທີ່ອາດຈະມີໃຫ້ພາຍໃຕ້ການປິ່ນປົວແບບການກຸສົນ.

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ ແລະ ຜູ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງ

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ	ຊື່ກາງຂອງຄົນເຈັບ	ນາມສະກຸນຂອງຄົນເຈັບ
☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ ☐ ອື່ນໆ (ສາມາດລະບຸໄດ້)	ວັນເດືອນ ປີເກີດ ☐ ໂສດ ☐ ແຕ່ງງານແລ້ວ ☐ ຢ່າຮ້າງ ☐ ແຍກກັນຢູ່ຕາມກົດໝາຍ ☐ ແມ່ໝ້າຍ ☐ ພໍ່ໝ້າຍ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບ (ເລືອກຕື່ມໄດ້)
ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ:	ວັນທີເຂົ້າຮັບບໍລິການ	ໝາຍເລກການເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວ
		ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ສະດວກ: ☐ ອີເມວ ☐ ໂທລະສັບ ☐ ໄປສະນີ
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍບິນ	ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັບຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ
		ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກຕື່ມໄດ້)
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ		ໝາຍເລກຕິດຕໍ່ຫຼັກ () _____ () _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ສະຖານະການເຮັດວຽກຂອງບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍບິນ		
☐ ເຮັດວຽກແລ້ວ (ວັນທີເຂົ້າເຮັດວຽກ: _____)		
☐ ວ່າງງານ (ວ່າງງານດົນບານໃດແລ້ວ: _____)		
☐ ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ ☐ ນັກຮຽນ ☐ ຄົນພິການ ☐ ກິນເບື້ອບໍານານ ☐ ອື່ນໆ (ຖ້າເປັນອື່ນໆ ກະດູນາອະທິບາຍ): _____		

ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ

ລະບຸລາຍຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ລວມທັງຕົວທ່ານເອງ.

ສຳລັບຄົນເຈັບໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ (California) ແລະ ຮາວາຍ (Hawaii): ຄອບຄົວຖືກກຳນົດດັ່ງນີ້: (i) ສຳລັບບຸກຄົນອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ໝາຍເຖິງຄູ່ສົມລົດ, ຄູ່ຮ່ວມຊີວິດ, ເດັກນ້ອຍໃນອຸປະຖຳທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ, ຫຼື ອາຍຸໃດກໍຕາມຖ້າພິການ ບໍ່ວ່າຈະອາໄສຢູ່ເຮືອນຫຼືບໍ່ກໍຕາມ, ແລະ (ii) ສຳລັບບຸກຄົນອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ ຫຼື ສຳລັບເດັກນ້ອຍໃນອຸປະຖຳອາຍຸ 18 ຫາ 20 ປີ ໝາຍເຖິງພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງທີ່ເບິ່ງແຍງ, ແລະ ເດັກນ້ອຍອື່ນໆທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ, ຫຼື ອາຍຸໃດກໍຕາມຖ້າພິການ, ຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງທີ່ເບິ່ງແຍງ.

ສຳລັບຄົນເຈັບໃນລັດອໍຣິກອນ (Oregon): ຄົວເຮືອນໝາຍເຖິງ:

(ກ) ບຸກຄົນດຽວ; ຫຼື (ຂ) ຄູ່ສົມລົດ, ຄູ່ຮ່ວມຊີວິດ, ຫຼື ພໍ່ແມ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ ທີ່ອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັນ; ແລະ ບຸກຄົນອື່ນໆທີ່ບຸກຄົນດຽວ, ຄູ່ສົມລົດ, ຄູ່ຮ່ວມຊີວິດ ຫຼື ພໍ່ແມ່ ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທາງດ້ານການເງິນ.

ຂະໜາດຄົວເຮືອນ/ຄອບຄົວ _____

ຊື່	ວັນເດືອນ ປີເກີດ	ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງ ກັບຄົນເຈັບ	ຖ້າອາຍຸ 18 ປີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ: ຊື່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ແຫຼ່ງລາຍຮັບ	ຖ້າອາຍຸ 18 ປີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ: ລາຍຮັບລວມຍອດປະຈຳເດືອນ (ກ່ອນຫັກອາກອນ/ພາສີ):	ກຳລັງຍື່ນຄຳຮ້ອ ງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານການເງິນ ນຳບໍ່?
					ແມ່ນ/ ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ/ ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ/ ບໍ່ແມ່ນ

ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ.

ຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍຮັບຂອງສະມາຊິກ ຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນ. ແຫຼ່ງລາຍຮັບລວມມີ, ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ:

- ຄ່າຈ້າງ - ເງິນຫວ່າງງານ - ທຸລະກິດສ່ວນຕົວ - ເງິນທົດແທນກຳມະກອນ - ເງິນຄົນພິການ - SSI (ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສັງຄົມ)
- ເງິນລ້ຽງດູເດັກ/ຄູ່ສົມລົດ - ໂຄງການຮຽນໄປເຮັດວຽກໄປ (ນັກຮຽນ) - ເງິນບຳນານ - ການແບ່ງຈ່າຍຈາກບັນຊີເງິນກິນເບ້ຍບຳນານ
- ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ _____)

ຂໍ້ມູນລາຍຮັບ

ຂໍ້ຄວນຈຳ: ທ່ານຕ້ອງລວມເອົາຫຼັກຖານລາຍຮັບເຂົ້າໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານນຳ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວທ່ານ. ຈຳເປັນຕ້ອງມີການຍື່ນຢືນລາຍຮັບເພື່ອກຳນົດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.

ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍຮັບຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະໜອງເອກະສານໄດ້, ທ່ານອາດຈະສົ່ງໜັງສືຊີ້ແຈງລາຍຮັບຂອງທ່ານທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນພ້ອມລາຍເຊັນ.

ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກຳນົດສິດສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຕວາມຊ່ວຍເຫຼືອ,

ເອກະສານຍັງຢືນລາຍຮັບຈະຖືກຈຳກັດໄວ້ພຽງແຕ່:

- o ໃບຮັບເງິນເດືອນຫຼ້າສຸດຜ່ານມາບໍ່ເກີນ 6 ເດືອນ ກ່ອນ ຫຼື ຫຼັງຈາກຄົນເຈັບໄດ້ຮັບໃບບິນຄັ້ງທຳອິດ (ຫຼື ຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນກ່ອນການບໍລິການ ເມື່ອຍື່ນໃບຄຳຮ້ອງຂໍແລ້ວ) ຫຼື
- o ສຳເນົາເອກະສານເສຍອາກອນລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງ (ແບບຟອມ 1040) ສຳລັບຄົນເຈັບ ແລະ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮ່ວມຊີວິດຈາກປີທີ່ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບໃບບິນຄັ້ງທຳອິດ ຫຼື 12 ເດືອນກ່ອນທີ່ຄົນເຈັບຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຄັ້ງທຳອິດ

ທ່ານອາດຈະສົ່ງຫຼັກຖານລາຍຮັບໃນຮູບແບບອື່ນໆກໍໄດ້ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ, ແຕ່ທາງ Adventist Health

ບໍ່ຕ້ອງການຫຼັກຖານລາຍຮັບເພີ່ມເຕີມໃດໆ. ຕົວຢ່າງ, ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານລາຍຮັບ ຫຼື ບໍ່ມີລາຍຮັບ,

ທ່ານອາດຈະຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມພ້ອມກັບຄຳອະທິບາຍ.

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງພາກສ່ວນທີສາມ

ມີພາກສ່ວນທີສາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸພາກສ່ວນທີສາມນັ້ນ: _____

ຂໍ້ມູນລາຍຈ່າຍ (ເລືອກຕົ້ມໄດ້)

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອໃຫ້ເຫັນພາບລວມທີ່ຄົບຖ້ວນຫຼາຍຂຶ້ນກ່ຽວກັບສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.

ລາຍຈ່າຍຄົວເຮືອນປະຈຳເດືອນ:

ຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າຜ່ອນເຮືອນ	\$ _____	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ	\$ _____
ຄ່າປະກັນໄພ	\$ _____	ຄ່າສາທາລະນະບະໂພກ	\$ _____
ໜີ້ສິນ/ລາຍຈ່າຍອື່ນໆ	\$ _____	(ຄ່າລົງດູເດັກ, ເງິນກູ້, ຄ່າຢາ, ອື່ນໆ)	

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ (ເລືອກຕົ້ມໄດ້)

ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນໆກ່ຽວກັບສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຮູ້, ເຊັ່ນ: ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານການເງິນ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຫຼາຍເກີນໄປ, ລາຍຮັບຕາມລະດູການ ຫຼື ຊົ່ວຄາວ, ຫຼື ການສູນເສຍສ່ວນບຸກຄົນ.

ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Adventist Health ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນໂດຍການທົບທວນຂໍ້ມູນສົນເຊື່ອ ແລະ ການຂໍຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍໃນການກຳນົດສິດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ແຜນການຊໍາລະເງິນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຖືກຕັດສິນວ່າເປັນຂໍ້ມູນເທັດ, ຜົນໄດ້ຮັບອາດຈະເປັນການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ ແລະ ຄາດວ່າຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງ

_____ ວັນທີ

ວິທີການສົ່ງ

ສໍາລັບຄໍາຖາມ, ກະລຸນາໂທ (844-827-5047)

ສົ່ງຄືນແບບຟອມທີ່ປະກອບສໍາເລັດແລ້ວທາງໄປສະນີຫາ:

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

ຫຼື

ສົ່ງຄືນແບບຟອມທີ່ປະກອບສໍາເລັດແລ້ວທາງອີເມວຫາ:

AHFinAsst@ah.org