



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

ข้อมูลสำหรับการคัดกรอง	
คุณต้องการล่าหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ให้ระบุภาษาที่ต้องการ:	
ผู้ป่วยได้สมัคร Medicaid หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณะของรัฐ เช่น TANF (โปรแกรมความช่วยเหลือชั่วคราวสำหรับครอบครัวยากไร้), Basic Food (โครงการช่วยเหลือค่าอาหาร) หรือ WIC (โปรแกรมสำหรับผู้หญิง ทารก และเด็ก) หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
ขณะนี้ผู้ป่วยเป็นคนไร้บ้านหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
ความต้องการการดูแลทางการแพทย์ของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการบาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
โปรดทราบ	
- เราไม่สามารถรับประกันได้ว่า คุณจะผ่านการคัดเลือกสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่า คุณจะสมัครก็ตาม - เมื่อคุณส่งใบสมัครแล้ว เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและอาจขอข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน - ใบสมัครนี้ใช้เพื่อตัดสินคุณสมบัติที่มีสิทธิ์รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล (การดูแลฟรี) และการดูแลแบบมีส่วนร่วม หากคุณสมัครเฉพาะการดูแลแบบมีส่วนร่วม คุณอาจได้รับความช่วยเหลือทางการเงินน้อยกว่าจำนวนที่อาจได้รับภายใต้การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล	

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

ข้อมูลครอบครัว

แสดงรายชื่อสมาชิกในครอบครัวของคุณ รวมถึงคุณด้วย

สำหรับผู้ป่วยในแคลิฟอร์เนียและฮาวาย: ครอบครัวหมายถึง: (i) สำหรับผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป คู่สมรส คู่ชีวิต บุตรที่อยู่ในความดูแลที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี หรือทุกช่วงอายุหากมีความพิการ ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม และ (ii) สำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 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)

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อให้เห็นภาพที่สมบูรณยิ่งขึ้นเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของคุณ

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 (844-827-5047)

โปรดส่งคืนแบบฟอร์มที่กรอกเสร็จสมบูรณ์แล้วทางไปรษณีย์ไปที่:

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

หรือ

โปรดส่งคืนแบบฟอร์มที่กรอกเสร็จสมบูรณ์แล้วทางอีเมลไปที่:

AHFinAsst@ah.org