

ແບບຟອມຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເງິນ / ໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕອບແບບຟອມນີ້ ຫຼື ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາໃຫຫາ 281-243-1073

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ:	ເປີໂທລະສັບ:
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຂອງຄົນເຈັບ:	ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ:
ເລກບັນຊີ:	ວັນທີບໍລິການ:

ຄໍາແນະນໍາ: ທຸກຄໍາຖາມຕ້ອງມີຄໍາຕອບ. ຖ້າວ່າມີຄໍາຖາມໃດບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ຈົ່ງຂຽນ N/A ໃສ່ຢູ່ແຖວດັ່ງກ່າວ.

ຄັດຕິດສໍາເນົາເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຊະນິດໜຶ່ງໃນການຢັ້ງຢືນຕົວຕົນດ້ວຍຮູບ (ຕົວຢ່າງ: ໃບຂັບຂີ່ທີ່ລັດເປັນຜູ້ອອກໃຫ້ ຫຼື ໜັງສືຜ່ານແດນທີ່ມີຮູບ, ອື່ນໆ) *

ຄັດຕິດສໍາເນົາຂອງໃບສັງອາກອນ (Income Tax) ລາສຸດ ຫຼື ຄັດຕິດສໍາເນົາຂອງ ຫຼັກຖານ ໜຶ່ງໃນການພິສູດລາຍໄດ້:

ຫົວຂັ້ວຈ່າຍແຈ້ງ 2 ສະບັບ ແຈ້ງປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຈົດໝາຍໄດ້ຮັບລາງວັນ

ໃບສະລິບເພື່ອຢັ້ງຢືນສະຫວັດດີການໃນການຫວ່າງງານ ຈົດໝາຍຈາກນາຍຈ້າງທີ່ລະບຸຊື່, ອາຊີບ, ອັດຕາຄ່າແຮງງານຕໍ່ຊົ່ວໂມງ, ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດ, ພະນັກງານຂອງລູກຈ້າງ

***** ນັບຖືວ່າເປັນແບບຟອມທີ່ສົມບູນຖ້າບໍ່ມີເອກະສານຢັ້ງຢືນ. *****

ສະຖານະພາບ: ພົນລະເມືອງເທັກສາສ໌ ຫຼື ຫາວອນ ພົນລະເມືອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ວິຊາຄົນອົບພະຍົບ ວິຊາຄົນບໍ່ອົບພະຍົບ

ສະພາບການແຕ່ງງານ (ໝາຍເຊິ່ງ): ແຕ່ງງານ ໂສດ ຢ່າຮ້າງ

ໜ້າຍ ອື່ນໆ _____

ເດັກນ້ອຍທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ແລະ ຜູ້ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານພາຍໃນຄົວເຮືອນ (ຕໍ່ໃສ່ໜ້າອື່ນ, ຖ້າຫາກຈໍາເປັນ)

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

ສັງລວມການວ່າຈ້າງ

ຄົນເຈັບ	ຄູ່ສົມຮົດ
ນາຍຈ້າງ	ນາຍຈ້າງ
ອາຊີບ	ອາຊີບ
ສະພາບການວ່າຈ້າງ (ໝາຍໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ) <input type="checkbox"/> ເຕັມ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ບາງສ່ວນ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ຫວ່າງງານ <input type="checkbox"/> ແມ່ບ້ານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດກັບໄປເຮັດວຽກໄດ້	ສະພາບການວ່າຈ້າງ (ໝາຍໃສ່ຂໍ້ໜຶ່ງ) <input type="checkbox"/> ເຕັມ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ບາງສ່ວນ - ຂ້ອຍ <input type="checkbox"/> ຫວ່າງງານ <input type="checkbox"/> ແມ່ບ້ານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດກັບໄປເຮັດວຽກໄດ້

ລາຍໄດ້ໃນຄົວເຮືອນຕໍ່ເດືອນ		ລາຍຈ່າຍໃນຄົວເຮືອນຕໍ່ເດືອນ (ບໍ່ສາມາດໃຊ້ກັບ FAA)	
ຄົນເຈັບ	\$ _____ /ເດືອນ	ທີ່ຢູ່ອາໄສ: _____ ເປັນເຈົ້າຂອງ/ກຸ່ມ	_____ ເຊົ່າ
ຄູ່ສົມຮົດ	\$ _____ /ເດືອນ	ຈ່າຍຄ່າເຮືອນ	\$ _____ /ເດືອນ
ຄໍາລ້ຽງດູ	\$ _____ /ເດືອນ	ຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟ (ໄຟຟ້າ, ນໍ້າປະປາ)	\$ _____ /ເດືອນ
ຄ່າຫວ່າງງານ	\$ _____ /ເດືອນ	ລົດໃຫຍ່ # 1	\$ _____ /ເດືອນ
ອຸປະຖໍາເດັກ	\$ _____ /ເດືອນ	ລົດໃຫຍ່ # 2	\$ _____ /ເດືອນ
ຄ່າເງິນສະຫວັດດີການຜູ້ລອດຊີວິດ	\$ _____ /ເດືອນ	ນໍ້າມັນແອັດຊັງ	\$ _____ /ເດືອນ
ລົດເຊີຍແຮງງານ	\$ _____ /ເດືອນ	ປະກັນໄພ	\$ _____ /ເດືອນ
ເງິນທຸນສິນເຊື້ອ	\$ _____ /ເດືອນ	ທ່ລະຫັດ/ ເຄເປັນ/ ໂທລະສັບ	\$ _____ /ເດືອນ
ອື່ນໆ	\$ _____ /ເດືອນ	ອາຫານ	\$ _____ /ເດືອນ
ລາຍໄດ້ທັງໝົດ	\$ _____ /ເດືອນ	ລາຍຈ່າຍທັງໝົດ	\$ _____ /ເດືອນ

ບັນຊີທະນາຄານ/ຊັບສິນອື່ນໆ (ຕ້ອງຕອບຄໍາຖາມທັງໝົດ 3 ຂໍ້): (ບໍ່ສາມາດໃຊ້ກັບ FAA)

ບັນຊີແຈ້ງ? (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 ລວມທັງ ບົດລາຍງານກ່ຽວກັບສິນເຊື້ອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກເປີດເຜີຍອື່ນໆໃຫ້ສາທາລະນະ ສາມາດນໍາໃຊ້ໂດຍ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ເພື່ອສ້າງແຜນລາຍຈ່າຍ ແລະ/ຫຼື ເລີ່ມປະກອບໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແລະ/ຫຼື ພິຈາລະນາສິດສໍາລັບໂປຣແກຣມ, ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື, ການຊ່ວຍເຫຼືອ.

* ຂ້ອຍໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ໃນການຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງຂໍ້ມູນໃດກໍ່ຕາມ ເພື່ອຢັ້ງຢືນສະຖານະການເງິນທີ່ຂ້ອຍມີ.

* ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງຕອບແບບເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ຖ້າວ່າຂໍ້ມູນທີ່ເອົາໃຫ້ບໍ່ສົມບູນ ຫຼື ບໍ່ພຽງພໍໃນການພິຈາລະນາຕັດສິນໃນເລື່ອງສິດຂອງທ່ານໃນການຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມໄດ້ຮັບສິດ. ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຖ້າຫາກທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.

* ຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບທຶນຈາກໂປຣແກຣມຂອງທ້ອງຖິ່ນ, ລັດ, ຫຼື ຣັຖບານກາງ. ຄົນເຈັບຄວນຈະສະໝັກຂໍໂປຣແກຣມດັ່ງກ່າວກ່ອນຈະມີການພິຈາລະນາການໄດ້ຮັບສິດຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ຈະຈັດຫາການຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ແຕ່ລະຄົນໃນການສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂປຣແກຣມດັ່ງກ່າວ. ເມື່ອບໍ່ສາມາດສະໝັກຂໍໂປຣແກຣມນັ້ນໄດ້ ອາດຈະມີຜົນກະທົບໃນແຕ່ງລົບໃນການພິຈາລະນາໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງຄົນເຈັບ.

* 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
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

ເບິ່ງດ້ານຫຼັງ



ເບິ່ງດ້ານຫຼັງ