

แบบฟอร์มข้อมูลด้านการเงิน / ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หากคุณต้องการความช่วยเหลือหรือมีคำถามเกี่ยวกับการกรอกแบบฟอร์มนี้ โปรดโทร 281-243-1073

ชื่อผู้ป่วย:	หมายเลขโทรศัพท์:
ที่อยู่ของผู้ป่วย:	เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์:
หมายเลขบัญชี:	วันที่เข้ารับบริการ:

คำสั่ง: **ต้องตอบคำถามทุกข้อ หากคำถามไม่เกี่ยวข้อง โปรดเขียน N/A ลงในบรรทัดนั้น**

แนบสำเนาเอกสารระบุตัวตนที่มีภาพถ่ายมาหนึ่งฉบับ (เช่น ใบขับขี่ที่รัฐออกให้หรือหนังสือเดินทางที่มีภาพถ่าย ฯลฯ) *

แนบสำเนาเอกสารการคืนภาษีเงินได้ฉบับล่าสุด หรือ

แนบสำเนาเอกสารหลักฐานแสดงรายได้ตัวอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้มาหนึ่งฉบับ

เช็คเงินค่าจ้าง 2 รายการล่าสุด เช็คเงินประกันสังคมหรือหนังสือแสดงเงินช่วยเหลือ

สลิปยืนยันผลประโยชน์จากการเลิกจ้าง จดหมายจากนายจ้างที่ระบุชื่อลูกจ้าง อาชีพ ค่าจ้าง รายชั่วโมง จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน

* หากไม่มีเอกสารที่มีภาพถ่ายอาจใช้เอกสารอื่น ๆ ที่สามารถระบุตัวตนได้แทน ติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ด้านบนเพื่อขอความช่วยเหลือ

***** ใบสมัครนี้ถือว่าไม่สมบูรณ์ หากขาดเอกสารสนับสนุน *****

สถานะ:	<input type="checkbox"/> ผู้พักอาศัยในรัฐเท็กซัสถาวร	<input type="checkbox"/> ผู้พักอาศัยที่ถูกต้องตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> วิชาประเภทผู้พักอาศัย	<input type="checkbox"/> วิชาประเภทผู้พักอาศัยชั่วคราว
สถานภาพสมรส (เลือกหนึ่งรายการ):	<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	
	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____		

เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และผู้พักอาศัยอื่น ๆ ภายในครัวเรือน (ต่ออีกแผ่น หากจำเป็น)

ชื่อ-สกุล	วันเกิด	ความสัมพันธ์ของผู้พักอาศัย (เลือกหนึ่งรายการ)				
		ลูก	ลูกเลี้ยง	ผู้ปกครอง	ผู้ใหญ่ / ผู้สูงอายุ	ไม่เกี่ยวข้อง

สรุปการจ้างงาน	
ผู้ป่วย	คู่สมรส
นายจ้าง	นายจ้าง
อาชีพ	อาชีพ
สถานะการจ้างงาน (เลือกหนึ่งรายการ) <input type="checkbox"/> พนักงานเต็มเวลา <input type="checkbox"/> พาร์ทไทม์ <input type="checkbox"/> ว่างาน <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้	สถานะการจ้างงาน (เลือกหนึ่งรายการ) <input type="checkbox"/> พนักงานเต็มเวลา <input type="checkbox"/> พาร์ทไทม์ <input type="checkbox"/> ว่างาน <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้

รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน		รายจ่ายของครัวเรือนต่อเดือน (ใช้ไม่ได้สำหรับ FAA)	
ผู้ป่วย	\$ _____ / ต่อเดือน	ภาระบ้าน: _____ เป็นเจ้าของ / ฎียม _____ เช่า	
คู่สมรส	\$ _____ / ต่อเดือน	การชำระค่าบ้าน	\$ _____ / ต่อเดือน
ค่าเลี้ยงดู	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าอุปโภคบริโภค (ค่าไฟฟ้า, ค่าประปา)	\$ _____ / ต่อเดือน
ว่างงาน	\$ _____ / ต่อเดือน	รถยนต์คันที่ 1	\$ _____ / ต่อเดือน
ค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตร	\$ _____ / ต่อเดือน	รถยนต์คันที่ 2	\$ _____ / ต่อเดือน
สิทธิ์ประโยชน์สำหรับคนที่คู่ครองเสียชีวิตไปแล้ว	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าน้ำมัน	\$ _____ / ต่อเดือน
เงินทดแทนแรงงาน	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าประกันภัย	\$ _____ / ต่อเดือน
กองทุน	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าโทรศัพท์ / เคเบิล / โทรศัพท์	\$ _____ / ต่อเดือน
อื่น ๆ	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าอาหาร	\$ _____ / ต่อเดือน
รายได้ทั้งหมด	\$ _____ / ต่อเดือน	รายจ่ายทั้งหมด	\$ _____ / ต่อเดือน

บัญชีธนาคาร / สินทรัพย์อื่น ๆ (ต้องตอบทั้ง 3 คำถาม): (ใช้ไม่ได้สำหรับ FAA)

มีบัญชีเงินฝากกระแสรายวันหรือไม่ (วงกลมล้อมรอบหนึ่งรายการ)	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>	ยอดเงินคงเหลือในบัญชี	\$ _____
มีบัญชีออมทรัพย์หรือไม่ (วงกลมล้อมรอบหนึ่งรายการ)	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>	ยอดเงินคงเหลือในบัญชี	\$ _____
มีสินทรัพย์เพิ่มเติมใหม่ (วงกลมล้อมรอบหนึ่งรายการ)	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>	มูลค่าในปัจจุบัน	\$ _____

หากใช่ โปรดอธิบาย: _____

แบบฟอร์มข้อมูลด้านการเงิน / ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน

ชื่อผู้ป่วย:

- * ภายใต้บทลงโทษฐานการให้ความเท็จ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ตอบคำตอบทั้งหมดด้วยความจริงและอย่างถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้ารับรู้ที่ดีที่สุด
- * ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ แสดงรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน
- * ข้อมูลนี้ รวมถึงรายงานข้อมูลเครดิตและข้อมูลอื่น ๆ ที่เผยแพร่แก่สาธารณะ อาจจะถูกนำมาใช้โดย Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony เพื่อจัดทำแผนการชำระเงิน และ / หรือเพื่อริเริ่มการสมัครเข้าร่วมเพื่อรับความช่วยเหลือด้านการเงิน และ / หรือเพื่อพิจารณาสิทธิการเข้ารับบริการสำหรับโครงการต่าง ๆ ความครอบคลุม หรือความช่วยเหลือ
- * ข้าพเจ้ายินยอมให้ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลใด ๆ เพื่อยืนยันถึงข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้
- * คุณจะได้รับการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรจาก Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony หากข้อมูลที่ให้ไว้ไม่สมบูรณ์หรือไม่เพียงพอในการพิจารณาสิทธิขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินของคุณ หรือหากคุณไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ นอกจากนี้ คุณยังจะได้รับการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยหากคุณมีสิทธิได้รับบริการความช่วยเหลือด้านการเงิน
- * ผู้ป่วยที่สมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินอาจมีสิทธิในกองทุนจากโครงการของท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยควรสมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าวก่อนการแสดงเจตจำนงการเข้าร่วมสิทธิรับบริการความช่วยเหลือด้านการเงิน Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony จะให้บริการความช่วยเหลือเป็นรายบุคคลในการสมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว หากไม่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาการสมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินของผู้ป่วยในเชิงลบได้
- * ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้ เข้าร่วมการรับความคุ้มครองตามประกันทั้งหมดที่มีแล้ว เช่น Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance และการคุ้มครองอื่นใดจากท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลาง
- * ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเอง

ลายมือชื่อของผู้ป่วย / ผู้รับรอง

วันที่

หลังจากกรอกใบสมัครจนครบถ้วนแล้ว ให้ส่งเอกสารสนับสนุนทั้งหมดทางไปรษณีย์ไปยัง:

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

ดูด้านหลัง

MEMORIAL
HERMANN

ดูด้านหลัง