

Fairfax Hospital

ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ນີ້ແມ່ນຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ (ຍັງຮູ້ຈັກໃນນາມການດູແລເພື່ອການກຸສົນນຳອີກ) ຢູ່ Fairfax Hospital.

ລັດວໍຊິງຕັນກຳນົດໃຫ້ທຸກໂຮງໝໍໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແກ່ຜູ້ຄົນ ແລະ ຄອບຄົວຜູ້ທີ່ຕອບສະໜອງໄດ້ຂໍ້ກຳນົດດ້ານລາຍໄດ້ສະເພາະ. ທ່ານອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການດູແລຟຣີ ຫຼື ການດູແລທີ່ຫຼຸດລາຄາໂດຍອີງໃສ່ຂະໜາດ ແລະລາຍໄດ້ຄອບຄົວ, ເຖິງວ່າທ່ານຈະມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບກໍຕາມ. www.FairfaxHospital.com.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນກວມເອົາຫຍັງແດ່? ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍຈ່າຍຄ່າການບໍລິການຢູ່ໂຮງໝໍທີ່ເໝາະສົມ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Fairfax Hospital ຂຶ້ນຢູ່ກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຈ່າຍທຸກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລສຸຂະພາບ, ລວມທັງການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງການອື່ນ.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດສຳເລັດຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້: **Fairfax Hospital Business Office 425-821-2000.** ທ່ານອາດຈະຂໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ດ້ວຍເຫດຜົນຕ່າງໆ, ລວມທັງ ຄວາມພິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ.

ເພື່ອເຮັດໃຫ້ຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ
ຕື່ມຂໍ້ມູນຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ຄອບຄົວລວມມີບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນ ໂດຍສາຍເລືອດ, ການແຕ່ງງານ, ຫຼື ການຮັບເປັນລູກລ້ຽງຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ນຳກັນ)
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນພື້ນຖານຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ (ລາຍໄດ້ກ່ອນເສຍອາກອນ ແລະ ການຫັກອື່ນໆ)
- ໃຫ້ເອກະສານສຳລັບລາຍໄດ້ຄອບຄົວ ແລະ **ສະແດງຊັບສິນ**
- ຄັດຕິດຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຈຳເປັນ
- ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີ ໃສ່ແບບຟອມ

ໝາຍເຫດ: ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມເພື່ອສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມແກ່ພວກເຮົາ ມັນຈະຊ່ວຍເພີ່ມຄວາມໄວໃນການດຳເນີນການກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ. ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມແມ່ນໃຊ້ເພື່ອກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ, ກະລຸນາໝາຍ “ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ” ຫຼື “ບໍ່ມີ”.

ສົ່ງອີເມວ ຫຼື ແຜ່ກຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວ ພ້ອມດ້ວຍເອກະສານທັງໝົດໄປທີ່: Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE 132nd St., Kirkland, WA 98034 ຮັບປະກັນວ່າໄດ້ເກັບສຳເນົາໄວ້ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ.

ເພື່ອສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວດ້ວຍຕົນເອງ: Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE 132nd St., Kirkland, WA 98034, 425-821-2000, 7:00 AM – 3:30 PM M-F.

ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການກຳນົດຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ສິດທິການອຸທອນ, ຖ້າສາມາດນຳໃຊ້, ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທີ່ເຮັດສຳເລັດ, ລວມທັງເອກະສານລາຍໄດ້.

ໂດຍການສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ທ່ານໃຫ້ການຍິນຍອມຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາເພື່ອເຮັດການສອບຖາມທີ່ຈຳເປັນເພື່ອຢືນຢັນພັນທະ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ.

**ພວກເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍ. ກະລຸນາສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໃນທັນທີ!
ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.**

Fairfax Hospital

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ - ເປັນຄວາມລັບ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນທັງໝົດໃຫ້ສໍາເລັດ. ຖ້າມັນບໍ່ໄດ້ໃຊ້, ຂຽນ "NA." ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຈໍາເປັນ.

ຂໍ້ມູນການຄັດເລືອກ

ທ່ານຕ້ອງການລ່າມແປພາສາບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຕ້ອງການ, ລະບຸພາສາທີ່ຕ້ອງການ:

ຄົນເຈັບໄດ້ສະໝັກຂໍ Medicaid ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ ອາດຈໍາເປັນຕ້ອງສະໝັກກ່ອນການຖືກພິຈາລະນາສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການບໍລິການສາທາລະນະຂອງລັດເຊັ່ນ TANF, Basic Food, ຫຼື WIC? ແມ່ນ ບໍ່

ປະຈຸບັນຄົນເຈັບເປັນຄົນບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ການດູແລທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບແມ່ນຈໍາເປັນຕ້ອງກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸປະຕິເຫດທາງລົດ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບໃນເວລາເຮັດວຽກບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ກະລຸນາຈືໄວ້ວ່າ

- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ເຖິງວ່າທ່ານຈະສະໝັກກໍຕາມ.
- ເມື່ອທ່ານສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາອາດຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ອາດຈະຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້.
- ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດແລ້ວ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ ແລະ ຜູ້ສະໝັກ

ຊື່ແທ້ຂອງຄົນເຈັບ	ຊື່ຫຼີນຂອງຄົນເຈັບ	ນາມສະກຸນຂອງຄົນເຈັບ
<input type="checkbox"/> ຄູ່ພວກຊາຍ <input type="checkbox"/> ພວກຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ອາດຕ້ອງລະບຸ _____)	ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບ (ເລືອກໄດ້*)
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ
ທີຢູ່ໄປສະນີ		ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກໄດ້*)
ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____		*ເລືອກໄດ້, ແຕ່ຈໍາເປັນສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຫຼາຍກວ່າຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍລັດ
ສະຖານະການຈ້າງງານຂອງບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ		ເປີຕິດຕໍ່ຫຼັກ () _____ () _____ ທີຢູ່ອີເມວ: _____
<input type="checkbox"/> ຖືກຈ້າງງານ (ວັນທີຈ້າງ: _____) <input type="checkbox"/> ຫວ່າງງານ (ຫວ່າງງານດົນປານໃດ: _____)		
<input type="checkbox"/> ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ <input type="checkbox"/> ນັກຮຽນ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ກະສຽນວຽກ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)		

ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ

ລະບຸສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ລວມທັງທ່ານນໍາ. "ຄອບຄົວ" ລວມມີບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນໂດຍສາຍເລືອດ, ການແຕ່ງງານ, ຫຼື ການຮັບເປັນລູກລ້ຽງຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ນຳກັນ.

ຂະໜາດຄອບຄົວ _____

ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຈໍາເປັນ

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ	ຖ້າ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ: ຊື່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ແຫຼ່ງທຶນມາຂອງລາຍໄດ້	ຖ້າ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ: ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນພື້ນຖານລວມ (ກ່ອນເສຍອາກອນ):	ນອກນີ້ຍັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນນຳອີກບໍ່?
					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່

ລາຍໄດ້ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນຕ້ອງໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍ. ແຫຼ່ງທຶນມາຂອງລາຍໄດ້ລວມມີ, ຕົວຢ່າງ:
 - ຄ່າຈ້າງ - ຫວ່າງງານ - ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ - ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ອອກແຮງງານ - ຄວາມພິການ - SSI - ເງິນຄ່າລ້ຽງລູກ/ຄ່າລ້ຽງຄູ່ສົມລົດ
 - ໂຄງການສຶກສາການເຮັດວຽກ (ນັກຮຽນ) - ເງິນບໍານານ - ເງິນປະກອບສ່ວນເຂົ້າບັນຊີເພື່ອການສຽນວຽກ - ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ _____)

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ – ແບັນຄວາມລັບ

ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້

ຈື່ໄວ້ວ່າ: ທ່ານຕ້ອງມີຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ພ້ອມກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ການກວດສອບລາຍໄດ້ແມ່ນຈໍາເປັນເພື່ອຕັດສິນກໍານົດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.

ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປຕ້ອງໄດ້ເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ເອກະສານໄດ້, ທ່ານອາດຈະສົ່ງໜັງສືທີ່ລົງນາມແບັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ອະທິບາຍລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາໃຫ້ຫຼັກຖານສໍາລັບທຸກໆແຫ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ລະບຸ.

ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ລວມມີ:

- ໃບແຈ້ງການຫັກໄວ້ "W-2" ; ຫຼື
- ສົ້ນໃບຮັບເງິນໃນປະຈຸບັນ (ຕົ້ນສຸດທີ່ຈໍາເປັນ, ບໍ່ໃຫ້ເກີນ 3 ເດືອນ); ຫຼື
- ໃບແຈ້ງເສຍອາກອນລາຍໄດ້ຂອງປີທີ່ຜ່ານມາ, ລວມທັງກໍານົດເວລາ ຖ້າສາມາດນໍາໃຊ້; ຫຼື
- ໜັງສືທີ່ລົງນາມແບັນລາຍລັກອັກສອນຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ຜູ້ອື່ນ; ຫຼື
- ອະນຸມັດ/ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ແລະ/ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດທີ່ໃຫ້ທຶນໂດຍລັດ; ຫຼື
- ອະນຸມັດ/ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບຄ່າຕອບແທນການຫວ່າງງານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ ຫຼື ບໍ່ມີລາຍໄດ້, ກະລຸນາອັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມພ້ອມຄໍາອະທິບາຍ.

ຂໍ້ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອທໍາຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ຄົບຖ້ວນກວ່າກ່ຽວກັບສະພາບການດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຄົວເຮືອນປະຈໍາເດືອນ:

ຄ່າເຊົາ/ຄ່າຢືນເງິນຊື້ເຮືອນ	\$ _____	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ	\$ _____
ຄ່າເບ້ຍປະກັນໄພ	\$ _____	ສາທາລະນະໂພກ	\$ _____
ໜີ້ສິນ/ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ	\$ _____	(ຄ່າລົງງານ, ເງິນກູ້, ຄ່າຢາ, ອື່ນໆ)	

ຂໍ້ມູນຊັບສິນ

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກໃຊ້ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານສູງກວ່າ 101% ຂອງຂໍ້ແນະນໍາຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຍອດເງິນໃນບັນຊີເງິນເຊັກປະຈຸບັນ

\$ _____

ຍອດເງິນໃນບັນຊີເງິນຝາກປະຈຸບັນ

\$ _____

ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຊັບສິນອື່ນເຫຼົ່ານີ້ບໍ່?

ກະລຸນາກວດເບິ່ງທັງໝົດທີ່ສະໝັກ

- ຫຸ້ນ ພັນທະບັດ 401K ບັນຊີເງິນຝາກເພື່ອສຸຂະພາບ ກອງທຶນລວມ
- ຊັບສິນ (ບໍ່ລວມບ່ອນຢູ່ອາໄສຫຼັກ) ແບັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ກະລຸນາອັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນກ່ຽວກັບສະພາບການການເງິນປະຈຸບັນຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້. ເຊັ່ນຄວາມລໍາບາກດ້ານການເງິນ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຫຼາຍເກີນໄປ, ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການ ຫຼື ຊົ່ວຄາວ, ຫຼື ການສູນເສຍສ່ວນບຸກຄົນ.

ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Fairfax Hospital ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນໂດຍການກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນເຄຣດິດ ແລະ ຂໍເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ແຜນການຊໍາລະເງິນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມການຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າມີການພົບວ່າຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ນັ້ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຮັບຜິດຊອບສໍາລັບ ແລະ ຄາດວ່າຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ດ້ວຍຕົນເອງ.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ

_____ ວັນທີ