[Hospital/system name/logo]

ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ນີ້ແມ່ນຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ (ຍັງຮູ້ຈັກໃນນາມການດູແລເພື່ອການກຸສົນນຳອີກ) ຢູ່ [hospital or system name].

ລັດວໍຊິງຕັນກຳນົດໃຫ້ທຸກໂຮງໝໍໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແກ່ຜູ້ຄົນ ແລະ ຄອບຄົວຜູ້ທີ່ຕອບສະໜອງໄດ້ຂໍ້ກຳນົດດ້ານລາຍໄດ້ສະເພາະ. ທ່ານອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການດູແລຟຣີ ຫຼື ການດູແລທີ່ຫຼຸດລາຄາໂດຍອີງໃສ່ຂະໜາດ ແລະລາຍໄດ້ຄອບຄົວ, ເຖິງວ່າທ່ານຈະມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບກໍ່ຕາມ.*[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website].*

<u>ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນກວມເອົາຫຍັງແດ່?</u> ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍຈ່າຍຄ່າການບໍລິການຢູ່ໂຮງໝໍທີ່ເໝາະສົມ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ *[hospital/health system, clinics, etc]* ຂຶ້ນຢູ່ກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຈ່າຍທຸກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລສຸຂະພາບ, ລວມທັງການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງການອື່ນ.

<u>ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດສຳເລັດຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້:</u> [*Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.*] ທ່ານອາດຈະຂໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ດ້ວຍເຫດຜົນຕ່າງໆ, ລວມທັງ ຄວາມພິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ.

<u>ເພື່ອເຮັດໃຫ້ຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ, ທ່ານຕ້ອງ:</u>

- ☐ **ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ**
  ຕື່ມຂໍ້ມູນຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ຄອບຄົວລວມມີບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນໂດຍສາຍເລືອດ, 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 ແຟັກຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວ ພ້ອມດ້ວຍເອກະສານທັງໝົດໄປທີ່: [Hospital name and address]. ຮັບປະກັນວ່າໄດ້ເກັບສຳເນົາໄວ້ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ.

ເພື່ອສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວດ້ວຍຕົນເອງ: [Department/office, address, hours, phone]

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

ໂດຍການສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ທ່ານໃຫ້ການຍິນຍອມຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາເພື່ອເຮັດການສອບຖາມທີ່ຈຳເປັນເພື່ອຢືນຢັນພັນທະ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍ. ກະລຸນາສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໃນທັນທີ!
ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.

[Hospital/system name/logo]

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ – ເປັນຄວາມລັບ

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

ຂໍ້ມູນການຄັດເລືອກ

ທ່ານຕ້ອງການລ່າມແປພາສາບໍ? ☐ **ຕ້ອງການ** ☐ **ບໍ່ຕ້ອງການ** *ຖ້າຕ້ອງການ, ລະບຸພາສາທີ່ຕ້ອງການ:*

ຄົນເຈັບໄດ້ສະໝັກຂໍ Medicaid ບໍ? ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່** *ອາດຈໍາເປັນຕ້ອງສະໝັກກ່ອນການຖືກພິຈາລະນາສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ*

ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການບໍລິການສາທາລະນະຂອງລັດເຊັ່ນ TANF, Basic Food, ຫຼື WIC? ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່**

ປະຈຸບັນຄົນເຈັບເປັນຄົນບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສບໍ? ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່**

ການດູແລທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບແມ່ນຈໍາເປັນຕ້ອງກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸປະຕິເຫດທາງລົດ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບໃນເວລາເຮັດວຽກບໍ? ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່**

ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າ

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

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ ແລະ ຜູ້ສະໝັກ

ຊື່ແທ້ຂອງຄົນເຈັບ	ຊື່ຫຼິ້ນຂອງຄົນເຈັບ		ນາມສະກຸນຂອງຄົນຈັບ
☐ ເພດຊາຍ ☐ ເພດຍິງ ☐ ອື່ນໆ (ອາດຕ້ອງລະບຸ ____________)	ວັນເດືອນປີເກີດ		ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບ (ເລືອກໄດ້*) **ເລືອກໄດ້, ແຕ່ຈໍາເປັນສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຫຼາຍກວ່ ຂໍ້ກໍານົດຂອງກົດໝາຍລັດ*
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກໄດ້*) **ເລືອກໄດ້, ແຕ່ຈໍາເປັນສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຫຼາຍກວ່ ຂໍ້ກໍານົດຂອງກົດໝາຍລັດ*
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ ____ ____ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ			ເບີຕິດຕໍ່ຫຼັກ ( ) ________________ ( ) ________________ ທີ່ຢູ່ອີເມວ: ____________________

ສະຖານະການຈ້າງງານຂອງບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ
☐ **ຖືກຈ້າງງານ** (ວັນທີຈ້າງ: ____________________) ☐ **ຫວ່າງງານ** (ຫວ່າງງານດົນປານໃດ:____________________)
☐ **ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ** ☐ **ນັກຮຽນ** ☐ **ພິການ** ☐ **ກະສຽນອາຍຸ** ☐ **ອື່ນໆ** (____________________)

ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ

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

ຂະໜາດຄອບຄົວ __________ *ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຈໍາເປັນ*

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

ລາຍໄດ້ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນຕ້ອງໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍ. ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ລວມມີ, ຕົວຢ່າງ:
- ຄ່າຈ້າງ - ຫວ່າງງານ - ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ - ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ອອກແຮງງານ - ຄວາມພິການ - SSI - ເງິນຄ່າລ້ຽງລູກ/ຄ່າລ້ຽງຄູ່ສົມລົດ
- ໂຄງການສຶກສາການເຮັດວຽກ (ນັກຮຽນ) - ເງິນບໍານານ - ເງິນປະກອບສ່ວນເຂົ້າບັນຊີເພື່ອການສຽນອາຍຸ - ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ______)

[Hospital/system name/logo]

ແບບຟອມຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ – ເປັນຄວາມລັບ

ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້

ຈື່ໄວ້ວ່າ: *ທ່ານຕ້ອງມີຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ພ້ອມກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ.*

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ການກວດສອບລາຍໄດ້ແມ່ນຈຳເປັນເພື່ອຕັດສິນກຳນົດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.

ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປຕ້ອງໄດ້ເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ເອກະສານໄດ້, ທ່ານອາດຈະສົ່ງໜັງສືທີ່ລົງນາມເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ອະທິບາຍລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາໃຫ້ຫຼັກຖານສຳລັບທຸກໆແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ລະບຸ.

ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ລວມມີ:

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

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ ຫຼື ບໍ່ມີລາຍໄດ້, ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມພ້ອມຄຳອະທິບາຍ.

ຂໍ້ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອທຳຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ຄົບຖ້ວນກວ່າກ່ຽວກັບສະພາບການດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຄົວເຮືອນປະຈຳເດືອນ:

ຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າຢືມເງິນຊື້ເຮືອນ $________________________ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ $________________________

ຄ່າເບ້ຍປະກັນໄພ $________________________ ສາທາລະນູປະໂພກ $________________________

ໜີ້ສິນ/ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ອື່ນໆ $________________________ (*ຄ່າລ້ຽງລູກ, ເງິນກູ້, ຄ່າຢາ, ອື່ນໆ*)

ຂໍ້ມູນຊັບສິນ

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກໃຊ້ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານສູງກວ່າ 101% ຂອງຂໍ້ແນະນຳຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຍອດເງິນໃນບັນຊີເງິນເຊັກປະຈຸບັນ
$______________________________
ຍອດເງິນໃນບັນຊີເງິນຝາກປະຈຸບັນ
$______________________________

ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຊັບສິນອື່ນເຫຼົ່ານີ້ບໍ?
ກະລຸນາກວດເບິ່ງທັງໝົດທີ່ສະໝັກ
☐ ຫຸ້ນ ☐ ພັນທະບັດ ☐ 401K ☐ ບັນຊີເງິນຝາກເພື່ອສຸຂະພາບ ☐ ກອງທຶນລວມ
☐ ຊັບສິນ (ບໍ່ລວມບ່ອນຢູ່ອາໄສຫຼັກ) ☐ ເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນກ່ຽວກັບສະພາບການການເງິນປະຈຸບັນຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ເຊັ່ນ ຄວາມລຳບາກດ້ານການເງິນ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຫຼາຍເກີນໄປ, ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການ ຫຼື ຊົ່ວຄາວ, ຫຼື ການສູນເສຍສ່ວນບຸກຄົນ.

ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ [Hospital/system Name] ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນໂດຍການກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນເຄຣດິດ ແລະ ຂໍເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ແຜນການຊຳລະເງິນ.

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

____ ______________________________

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ ວັນທີ