



ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ນີ້ແມ່ນຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ (ຍັງຮູ້ຈັກໃນນາມການດູແລເພື່ອການກຸສົນນຳອີກ) ຢູ່ CHI Franciscan Health.

ລັດວໍຊິງຕັນກຳນົດໃຫ້ທຸກໂຮງໝໍໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຜູ້ຄົນແລະຄອບຄົວຜູ້ທີ່ຕອບສະໜອງໄດ້ຂໍ້ກຳນົດດ້ານລາຍໄດ້ສະເພາະ. ທ່ານອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການດູແລຟຣີອົງຕາມຂະໜາດແລະລາຍໄດ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ເຖິງວ່າທ່ານຈະມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບຫຼືບໍ່ກໍຕາມ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຖືກສະໜອງໃຫ້ແກ່ຜູ້ທີ່ມີລາຍຮັບຄອບຄົວປະຈຳປີໜ້ອຍກວ່າຫຼືເທົ່າກັບ 300% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກລັດຖະບານກາງຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໂດຍຂໍ້ແນະນຳທີ່ເຜີຍແຜ່ໃນທຸກປີໂດຍກະຊວງສຸຂະພາບແລະການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ. ວິຊາຊີວະສາດຂໍ້ແນະນຳດັ່ງກ່າວ: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> <https://www.chifranciscan.org/Billing-and-Finances/Financial-Assistance-and-Discounts/>

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນກວມເອົາຫຍັງແດ່? ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍຈ່າຍຄ່າການບໍລິການຢູ່ໂຮງໝໍທີ່ເໝາະສົມທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ CHI Franciscan Health. ເຊິ່ງຂຶ້ນຢູ່ກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຈ່າຍທຸກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລສຸຂະພາບ, ລວມທັງການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງການອື່ນ.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດສຳເລັດຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້: ໃຫ້ເຂົ້າໄປຫາຕ້ອງການບໍລິການເລື່ອງການມີສິດແລະການຈັດທະບຽນຢູ່ໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາ 844-286-5546. ທ່ານອາດຈະຂໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ດ້ວຍເຫດຜົນຕ່າງໆ, ລວມທັງຄວາມພິການແລະການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ.

ເພື່ອເຮັດໃຫ້ຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ ຕື່ມຂໍ້ມູນຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ຄອບຄົວລວມມີບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນໂດຍສາຍເລືອດ, ການແຕ່ງງານ, ຫຼື ການຮັບເປັນລູກລ້ຽງຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ນຳກັນ)
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນພື້ນຖານຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ (ລາຍໄດ້ກ່ອນເສຍອາກອນ ແລະ ການຫັກອອ້ມ)
- ໃຫ້ເອກະສານສຳລັບລາຍໄດ້ຄອບຄົວ
- ຄັດຕິດຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ
- ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ແບບຟອມ

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

ສົ່ງອີເມວຫຼືແຟັກຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວໄວ້ອີເມວ ຫຼື ອີເມວສະສານທັງໝົດຫາ
ທ່ານຊື່ນຸ່ມ. ຮັບປະກັນວ່າໄດ້ເກັບສຳເລັດໄວ້ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ.

St. Joseph Medical Center
1717 South J Street
MS 10-30
Tacoma, WA 98405
Fax: (253) 396-6746

ເພື່ອສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວວັດອັດຕາເອງ, ໄປຫາພະແນກບໍລິການດ້ານການ
ມສິດິດ ແລະ ການຈົດທະບຽນ ຢູ່ສູ່ຖານທີ່ CHI Franciscan Health ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ເຖິງການກຳນົດຂອງການມສິດິດໄດ້ຮັບ ແລະ ສິດທິການອຸທຸນ, ຖ້າສາມາດນຳໃຊ້ ພາຍໃນ 14
ວັນຕາມປະຕິບັດໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສະໝັກຂ່າວອ່ອນອຸ່ນ ການເງິນທີ່ເຮັດສຳເລັດ, ລວມທັງເອກະສານລາຍໄດ້.

ໂດຍການສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂ່າວອ່ອນອຸ່ນການເງິນ, ທ່ານໃຫ້ການຍອມຮັບຂອງທ່ານ
ແກ່ພວກເຮົາເພື່ອເຮັດການສອບຖາມທຳອິດເພື່ອຢືນຢັນພັນທະ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການ ເງິນ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍ! ທີ່ໃນທັນທີ ທ່ານຂອງໝັກສະຮັບຄຳສັ່ງນາລຸກະ .
ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບົນຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.



ແບບຟອມຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ - ເປັນຄວາມລັບ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນທັງໝົດໃຫ້ສຳເລັດ. ຖ້າມີບໍ່ໄດ້ໃຊ້, ຂຽນ "NA." ອັດຕິດໜ້າເພື່ອເຕີມຖ້າຈຳເປັນ.

ຂໍ້ມູນການຄາດເລືອກ

ທ່ານຕ້ອງການລາຍແປພາສາບໍາ ? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຕ້ອງການ, ລະບຸພາສາທີ່ຕ້ອງການ: _____

ຄາດເລືອກໄດ້ສະໜັບສະໜູນ Medicaid ບໍາ ? ແມ່ນ ບໍ່ ອາດຈຳເປັນຕ້ອງສະໜັບສະໜູນການຖືກພິຈາລະນາສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຄາດເລືອກໄດ້ຮັບການບໍລິການສາທາລະນະຂອງລາວ ດຊື່ ຫຼື TANF, Basic Food, ຫຼື WIC? ແມ່ນ ບໍ່

ປະຈຸບັນຄາດເລືອກເປັນຄຸນນະພາບ ມີບັນຫາອາໄສບໍາ ? ແມ່ນ ບໍ່

ການດູແລທາງການແພດຂອງຄາດເລືອກ ບໍ່ແມ່ນຈຳເປັນຕ້ອງກວດສອບ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຫດທາງລາວ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈບໃນເວລາຮ່ວມຄົນ ? ແມ່ນ ບໍ່

ກະລຸນາຈື່ໄວ້

- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີຄຸນນະພາບໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຫຼືບໍ່, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະສະໝັກຂໍເອົາກໍຕາມ.
- ເມື່ອທ່ານສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາອາດຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດແລະອາດຈະຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຫຼືຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້.
- ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິບັດຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວ ແລະເອກະສານຕ່າງໆຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຂໍ້ມູນຄາດເລືອກແລະຜູ້ສະໜັບສະໜູນ

ຊື່ ຕໍາ ນຂອງຄາດເລືອກ <input type="checkbox"/> ເພດຊາຍ <input type="checkbox"/> ເພດຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ອາດຕ້ອງລະບຸ _____)	ຊື່ ກາງຂອງຄາດເລືອກ ວັນເດືອນປີເກີດ	ນາມສະກຸນຂອງຄາດເລືອກ ໜ້າຍເລກປະກັນສ່ຽງຄາດເລືອກ (ເລືອກໄດ້*) <small>*ເລືອກໄດ້, ແຕ່ຈຳເປັນສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທຸກໆສ່ວນຂອງກິດໜ້າຍລາວ</small>
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ	ຄວາມສຳພັນກັບຄາດເລືອກ	ວັນເດືອນປີເກີດ ໜ້າຍເລກປະກັນສ່ຽງຄາດເລືອກ (ເລືອກໄດ້*) <small>*ເລືອກໄດ້, ແຕ່ຈຳເປັນສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທຸກໆສ່ວນຂອງກິດໜ້າຍລາວ</small>
ທີ່ຢູ່ ໄປສະນີ _____ _____ _____		ເບີຕິດຕໍ່ຫຼັກ () _____ () _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____
ເມື່ອສິ່ງສະນີ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປ _____		
ສະຖານະການຈ່າຍງານຂອງບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ <input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບການຈ່າຍງານ (ວັນທີ່ຈ່າຍ: _____) <input type="checkbox"/> ຫວ່າງງານ (ຫວ່າງງານດິນບານ ໃດ: _____) <input type="checkbox"/> ເຮັດອາຊີບສ່ວນຕົວ <input type="checkbox"/> ນັກຮຽນ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ກະສັບວົງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)		

ລະບຸສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄວາມໝາຍຂອງທ່ານ, ລວມທັງທ່ານນຳ. "ຄອບຄົວ" ລວມມີ ບຸກຄົນທຸກຄົນທີ່ ບໍ່
 ຂ້ອງກັບໂດຍສາຍເລືອດ, ການແຕ່ງງານ, ຫຼື ການຮັບເປັນລູກລື້ງຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ນຳກັນ.
 ຂະໜາດຄອບຄົວ _____ ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ
 ຖ້າຈຳເປັນ

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ	ຖ້າ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ: ຊື່ ນາຍ ຈ້າງ ຫຼື ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້	ຖ້າ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ: ລາຍໄດ້ ປະຈຳເດືອນພື້ນຖານລວມ (ກ່ອນເສຍອາກອນ):	ນອກນັ້ນ ຍັງສະໜັບສະໜູນການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນນຳອີກບໍ່?
					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່

ລາຍໄດ້ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໄຫຍ່ທຸກຄົນຕ້ອງໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍ ຢ່າງກວ້າງຂວາງ ມາຂອງລາຍໄດ້ລວມມີ ຕົວຢ່າງ:
 - ຄ່າຈ້າງ - ຫວ່າງງານ - ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ - ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ອອກແຮງງານ - ຄວາມພິການ - SSI - ເງິນຄ່າລ້ຽງລູກ/ຄ່າລ້ຽງຄູ່ສົມລົດ - ໂຄງການສຶກສາການເຮັດວຽກ (ນັກຮຽນ) - ເງິນບຳນານ - ເງິນປະກອບສ່ວນເຂົ້າບໍລິເວນການສົນວັດ - ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ _____)



ແບບຟອມຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກູ້ສິນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ - ເປັນຄວາມລັບ

ຂໍ້ ມູນລາຍໄດ້

ຈົ່ງ ໂຕ້ ວ່າ: ທ່ານຕ້ອງມີ ຫຼື ກຖານຂອງລາຍໄດ້ ພ້ອມກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ.

ທ່ານຕ້ອງໄຫຼ່ຂໍ້ ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ການກວດສອບລາຍໄດ້ ແມ່ນຈຳເປັນເພື່ອຕັດສິນກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.
 ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີ ຂຶ້ນໄປຕ້ອງໄດ້ເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ເອກະສານໄດ້ ທ່ານອາດຈະສົ່ງໜ້າສູ້ທີ່ເຊີນຊື່ເປັນລາຍລຸກອັນສອບທົບອະທິບາຍລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາໃຫ້ ຫຼື ກຖານສຳລັບທຸກແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ລະບຸຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ລວມມີ:

- ໃບແຈ້ງການຫາໄວ້ "W-2"; ຫຼື
- ສິນໃບຮັບເງິນໃນປະຈຸບັນ (1 ເດືອນ); ຫຼື
- ໃບແຈ້ງເສຍອາກອນລາຍໄດ້ຂອງປີທີ່ຜ່ານມາ, ລວມທັງກຳນົດເວລາຖ້າສາມາດນຳໃຊ້; ຫຼື
- ໜ້າສູ້ທີ່ລົງນາມເປັນລາຍລຸກອັນສອບທົບຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ຜູ້ອື່ນ; ຫຼື
- ອະນຸມັດ/ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ແລະ/ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດທີ່ໃຫ້ທ່ານໂດຍລຸດ; ຫຼື
- ອະນຸມັດ/ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບຄ່າຕອບແທນການຫວ່າງງານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ ຫຼື ບໍ່ມີລາຍໄດ້, ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມພ້ອມຄຳອະທິບາຍ.

ຂໍ້ ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ ມູນນີ້ ເພື່ອທຳຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ຄືບຖ້ວນກ່ຽວກັບວິວັດປະສາບການດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຄວາມເປັນຈຳເປັນ:

ຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າຢ້ຽມຢາມຖານີຮູ້ໜ້າ \$ _____ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ
 \$ _____

ຄ່າເປັ້ນປະກັນໄພ \$ _____ ສາທາລະນະປະໂພກ
 \$ _____

ໜີ້ສິນ/ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ \$ _____ (ຄ່າລົງທຶນ, ຕົວກູ້, ຄ່າຢາ, ອື່ນໆ)

ຂໍ້ ມູນເພີ່ມເຕີມ

ກະລຸນາອ້າງອິງເຖິງເງື່ອນໄຂທີ່ມີຊື່ ມູນອື່ນໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາບການການເງິນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ເຊັ່ນ ຄວາມລຳບາກດ້ານການເງິນ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ທີ່ຫຼາຍກວ່າທີ່ຄາດຄະເນໄປ, ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການ ຫຼື ອາດ, ຫຼື ການສູນເສຍສ່ວນບຸກຄົນ.

ເລກບັນຊີ

ເລກບັນຊີ: _____

ຂໍ້ ຕົກລະຫັດ ງຽມຮຽນ

ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຈາກ CHI Franciscan Health ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນໄດ້ຢ່າງກວ້າງຂວາງ ຫຼື ຂໍ້ມູນເອົາຮູ້ ແລະ ຂໍ້ເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ແຜນການຊໍາລະເງິນ.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມການຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຈາກ CHI Franciscan Health ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຮັບຜົນດູອຸບສໍາລັບ ແລະ ຄາດວ່າຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເອງ.

_____ ວັນທີ _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ _____