



### ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການດູແລເພື່ອການກຸສົນ/ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ນີ້ແມ່ນຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ (ຍັງຮູ້ຈັກໃນນາມການດູແລເພື່ອການກຸສົນນຳອີກ) ຢູ່ CHI Franciscan Health.

ລັດວໍຊິງຕັນກຳນົດໃຫ້ທຸກໂຮງໝໍໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແກ່ຜູ້ຄົນ ແລະ ຄອບຄົວຜູ້ທີ່ຕອບສະໜອງໄດ້ຂໍກຳນົດດ້ານລາຍໄດ້ສະເພາະ. ທ່ານອາດຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການດູແລພຣີ ອີງຕາມຂະໜາດ ແລະ ລາຍໄດ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ຕຖືກວ່າທ່ານຈະມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບຫຼືບໍ່ກໍຕາມ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຖືກສະໜອງໃຫ້ແກ່ຜູ້ທີ່ມີລາຍຮັບຄອບຄົວປະຈຳປີໜ້ອຍກວ່າ ຫຼື ເທົ່າກັບ 300% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກລັດຖະບານກາງ ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໂດຍຂໍ້ແນະນຳທີ່ເຜີຍແຜ່ໃນທຸກໆປີໂດຍກະຊວງສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ. ລິງເຊື້ອມໂຍງຫາຂໍ້ແນະນຳດັ່ງກ່າວ: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>  
<https://www.chifranciscan.org/financialassistance>

**ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນກວມເອົາຫຍັງແດ່?** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍຈ່າຍຄ່າການບໍລິການຢູ່ໂຮງໝໍທີ່ເໝາະສົມ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ CHI Franciscan Health ເຊິ່ງຂຶ້ນຢູ່ກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຈ່າຍທຸກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລສຸຂະພາບ, ລວມທັງການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງການອື່ນ.

**ຖ້າທ່ານມີຄ່າຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດສຳເລັດຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້:** ໃຫ້ເຂົ້າໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການເລື່ອງການມີສິດ ແລະ ການຈົດທະບຽນຢູ່ໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາ 844-286-5546. ທ່ານອາດຈະຂໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ດ້ວຍເຫດຜົນຕ່າງໆ, ລວມທັງ ຄວາມພິການ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ.

**ເພື່ອເຮັດໃຫ້ຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ, ທ່ານຕ້ອງ:**

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ  
ຕົ້ນຂໍ້ມູນຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ຄອບຄົວລວມມີບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັນໂດຍສາຍເລືອດ, ການແຕ່ງງານ, ຫຼື ການຮັບເປັນລູກລ້ຽງຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ນຳກັນ)
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນພື້ນຖານຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ (ລາຍໄດ້ກ່ອນເສຍອາກອນ ແລະ ການຫັກອື່ນໆ)
- ໃຫ້ເອກະສານສຳລັບລາຍໄດ້ຄອບຄົວ
- ຄັດຕິດຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຈຳເປັນ
- ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີ ໃສ່ແບບຟອມ

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

**ສົ່ງອີເມວ ຫຼື ແຟັກຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວຜ່ອມດ້ວຍເອກະສານທັງໝົດຫາທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.** ຮັບປະກັນວ່າໄດ້ເກັບສຳເນົາໄວ້ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ.

St Joseph Medical Center  
EES Department  
1717 South J Street  
MS 10-30  
Tacoma, WA 98405  
Fax: (253) 396-6746  
Phone: (844) 286-5546

ເພື່ອສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດແລ້ວດ້ວຍຕົນເອງ, ໄປຫາພະແນກບໍລິການດ້ານການມີສິດໄດ້ ແລະ ການຈົດທະບຽນ ຢູ່ສະຖານທີ່ CHI Franciscan Health ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

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

ໂດຍການສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ທ່ານໃຫ້ການຍິນຍອມຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາເພື່ອເຮັດການສອບ ຖາມທີ່ຈຳເປັນເພື່ອຢືນຢັນພັນທະ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍ ! ກະລຸນາສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໃນທັນທີ .  
ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.



**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**
- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຫຼືບໍ່, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະສະໝັກຂໍເອົາກໍຕາມ.
  - ເມື່ອທ່ານສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາອາດຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ອາດຈະຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຫຼີກຖາມຂອງລາຍໄດ້.
  - ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

**ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ ແລະ ຜູ້ສະໝັກ**

ຊື່ຕົ້ນຂອງຄົນເຈັບ	ຊື່ກາງຂອງຄົນເຈັບ	ນາມສະກຸນຂອງຄົນເຈັບ
<input type="checkbox"/> ເພດຊາຍ <input type="checkbox"/> ເພດຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ອາດຕ້ອງລະບຸ _____)	ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບ (ເລືອກໄດ້*)  *ເລືອກໄດ້, ແຕ່ຈຳເປັນສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຫຼາຍກວ່າຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍລັດ
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ
		ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກໄດ້*)  *ເລືອກໄດ້, ແຕ່ຈຳເປັນສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຫຼາຍກວ່າຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດໝາຍລັດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ		ເບີຕິດຕໍ່ຫຼັກ
_____		( ) _____
_____		( ) _____
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ສະຖານະການຈ້າງງານຂອງບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບບິນ		
<input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບການຈ້າງງານ (ວັນທີ່ຈ້າງ: _____) <input type="checkbox"/> ຫວ່າງງານ (ຫວ່າງງານດົນປານໃດ: _____)		
<input type="checkbox"/> ເຮັດອາຊີບສ່ວນຕົວ <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 ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້	ຖ້າ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ: ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນພື້ນຖານລວມ (ກ່ອນເສຍອາກອນ):	ນອກນີ້ຍັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນນຳອີກບໍ່?
					ແມ່ນ/ບໍ່

					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່
					ແມ່ນ/ບໍ່

ລາຍໄດ້ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນຕ້ອງໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍ. ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ລວມມີ, ຕົວຢ່າງ:

- ຄ່າຈ້າງ - ຫວ່າງງານ - ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ - ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ອອກແຮງງານ - ຄວາມພິການ - SSI - ເງິນຄ່າລ້ຽງລູກ/ຄ່າລ້ຽງຄູ່  
ສົມລົດ - ໂຄງການສຶກສາການເຮັດວຽກ (ນັກຮຽນ) - ເງິນບໍານານ - ເງິນປະກອບສ່ວນເຂົ້າບັນຊີເພື່ອການສຽນວຽກ - ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິ  
ບາຍ \_\_\_\_\_)

**ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້**

**ຈື່ໄວ້ວ່າ:** ທ່ານຕ້ອງມີຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ພ້ອມກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ການກວດສອບລາຍໄດ້ແມ່ນຈຳເປັນເພື່ອຕັດສິນກຳນົດການຊ່ວຍເຫຼືອ  
ດ້ານການເງິນ.

**ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປຕ້ອງໄດ້ເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ເອກະສານໄດ້, ທ່ານອາດຈະ  
ສົ່ງໜ້າສື່ທີ່ເຊັນຊີເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ອະທິບາຍລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາໃຫ້ຫຼັກຖານສໍາລັບທຸກໆແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ລະບຸ.  
ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ລວມມີ:**

- ໃບແຈ້ງການຫັກໄວ້ "W-2" ; ຫຼື
- ສົ້ນໃບຮັບເງິນໃນປະຈຸບັນ (1 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/ຄ່າຢືນເງິນຊື້ເຮືອນ	\$ _____	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ	\$ _____
ຄ່າເບ້ຍປະກັນໄພ	\$ _____	ສາທາລະນະປະໂພກ	
\$ _____			
ໜີ້ສິນ/ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ອື່ນໆ	\$ _____	(ຄ່າລ້ຽງລູກ, ເງິນກູ້, ຄ່າຢາ, ອື່ນໆ)	

**ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ**

ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນກ່ຽວກັບສະພາບການການເງິນປະຈຸບັນຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ເຊັ່ນ  
ຄວາມລຳບາກດ້ານການເງິນ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຫຼາຍເກີນໄປ, ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການ ຫຼື ຊົ່ວຄາວ, ຫຼື ການສູນເສຍສ່ວນບຸກ  
ຄົນ.

**ເລກບັນຊີ**

ເລກບັນຊີ: \_\_\_\_\_

**ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຄົນເຈັບ**

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ CHI Franciscan Health ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນໂດຍການກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນເຄຣດິດ ແລະ ຂໍເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ແຜນການຊໍາລະເງິນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍັນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມການຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າມີການພົບວ່າຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ນັ້ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຮັບຜິດຊອບສໍາລັບ ແລະ ຄາດວ່າຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບດ້ວຍຕົນເອງ.

\_\_\_\_\_  
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ

\_\_\_\_\_  
ວັນທີ

5/24/19