



ຊື່ຄົນເຈັບ:

ໝາຍເລກບັນຊີ:

ຂອບໃຈສໍາລັບການອະນຸຍາດໃຫ້ສູນການແພດຊຸມຊົນໃຫ້ບໍລິການຄວາມຈໍາເປັນສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ຄໍາຮ້ອງສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແມ່ນຄັດຕິດມາພ້ອມເພື່ອກໍານົດຄວາມເປັນໄປໄດ້ຂອງຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານການເງິນ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄວາມສົນໃຈໃນການສະໜັກ, ກະລຸນາປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງສະໜັກ ແລະ ສົ່ງກັບມາຫາພວກເຮົາພາຍໃນ (15) ສິບຫ້າວັນທາງລັດຖະການ. ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ກັບໃບສະໝັກຂອງທ່ານ:

ຫຼັກຖານລາຍຮັບຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນ:

1. ຕົ້ນຂົ້ວຈ່າຍເງິນຫຼ້າສຸດສາມ (3) ອັນ, W-2 ຫຼື ການຍື່ນຂໍຄືນອາກອນຫຼ້າສຸດ ຫຼື
2. ຖ້າເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ, ໃຫ້ເອົາໃບຄືນອາທີ່ຍື່ນຫຼ້າສຸດ (ລວມທັງຕາຕະລາງ C) ຫຼື
3. ຖ້າເປັນຄົນຫວ່າງງານ, ໃຫ້ຄັດຕິດໃບແຈ້ງຜົນປະໂຫຍດການຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ ຫຼື
4. ໃບແຈ້ງເງິນບໍານານ/ບໍເນັດ (ຖ້າມີ) ຫຼື
5. ຖ້າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄົນທົ່ວໄປ, ກະລຸນາສະໜອງຫຼັກຖານຂອງການມີສິດ / ການລົງທະບຽນໃນປັດຈຸບັນໃນໂຄງການລັດຖະບານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: ໂຄງການເງິນຝາກປະຢັດຂອງ Medicare, Cal WORKS, Cal Fresh (ສະແຕມອາຫານ), SSI/SSP (ລາຍຮັບຄວາມປອດໄພເສີມ/ການຊໍາລະເສີມຂອງລັດ), ຫຼື WIC (ແມ່ຍິງ, ເດັກແດງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ)

ຄົນເຈັບທີ່ມີປະກັນໄພທາງການແພດຕ້ອງໃຫ້ເອກະສານເພື່ອກວດສອບວ່າ 10% ຂອງລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວໄດ້ຈ່າຍ - ຫຼື - ເປັນໜີ້ຄ່າປິ່ນປົວໃນໄລຍະ 12 ເດືອນຜ່ານມາ. ຍອດຄົງເຫຼືອທັງໝົດໃນປະຈຸບັນ, ໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວ/ໃບຮັບເງິນ, ຄ່າປະກັນໄພຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຄ່າປະກັນໄພທາງການແພດລະດັບບຣິມຽມສາມາດນໍາໃຊ້ໄດ້ເຖິງ 10%.

ສູນການແພດຊຸມຊົນແມ່ນມຸ່ງຫມັ້ນທີ່ຈະຮັບໃຊ້ຊຸມຊົນຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຕິໃຈທີ່ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບບັນຊີນີ້, ຫຼື ກ່ຽວກັບເອກະສານທີ່ຕ້ອງການ, ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ (559) 459-3939 ຫຼື (800) 773-2223 ທາງເລືອກ #3. ບໍ່ສາມາດດໍາເນີນການກັບໃບສະໝັກທີ່ບໍ່ສົມ.

ສົ່ງເອກະສານສະໝັກທີ່ປະກອບສໍາເລັດ ແລະ ລົງລາຍເຊັນ ແລະ ເອກະສານໄປຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ແຟັກມາທີ່ (559) 230- 8505:

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889

ວັນທີມອບໃຫ້/ສົ່ງທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ກັບຄືນໂດຍ \_\_\_\_\_

**CMC ຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ**

ຊື່ຄົນເຈັບ	ເລກບັນຊີຄົນເຈັບ
	ເລກບັນທຶກທາງການແພດ

**I. ຄົນເຈັບ / ພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ**

ນາມສະກຸນ	ຊື່ ຕົວຫຍໍ້ທາງກາງ
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ	ເລກປະກັນສັງຄົມ
	ໂທລະສັບເຮືອນ
	ໂທລະສັບມືຖື
ຊື່ນາຍຈ້າງ	ໂທລະສັບຫ້ອງການ
	ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນກ່ອນຫັກອາກອນ \$

**II. ຄູ່ສົມລົດ / ຄູ່ຮ່ວມງານພາຍໃນ**

ນາມສະກຸນ	ຊື່ ຕົວຫຍໍ້ທາງກາງ
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ	ເລກປະກັນສັງຄົມ
	ໂທລະສັບເຮືອນ
	ໂທລະສັບມືຖື
ຊື່ນາຍຈ້າງ	ໂທລະສັບຫ້ອງການ
	ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນກ່ອນຫັກອາກອນ \$

**III. ຂໍ້ມູນຂອງຄົວເຮືອນ**

ລາຍຊື່ຄູ່ສົມລົດ, ຄູ່ຮ່ວມງານພາຍໃນ, ເດັກນ້ອຍທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ. ຖ້າຄົນເຈັບເປັນເດັກນ້ອຍ, ໃຫ້ບອກພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງຂອງຜູ້ເບິ່ງແຍງທັງໝົດ, ແລະ (ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ)

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນ

ຄົນທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນ:

<b>IV. ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນກ່ອນທັກອາກອນ</b>	
ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຂອງຄົນເຈັບ / ພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ	\$
ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນຄູ່ສົມລົດ/ຄູ່ຮ່ວມງານພາຍໃນ (ຖ້າມີ)	\$
ລາຍຮັບເງິນບໍານານ	\$
ໄດ້ຮັບເງິນຄ່າລ້ຽງດູ / ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ	\$
ເງິນຫວ່າງງານ ຫຼື ຄ່າຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ	\$
ປະກັນສັງຄົມ/ປະກັນສັງຄົມສໍາລັບຜູ້ພິການ	\$
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ	\$
ຖ້າຈ່າຍເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ, ທັກຢູ່ບ່ອນນີ້	-\$
<b>ລາຍຮັບລວມຍອດລາຍເດືອນທັງໝົດກ່ອນທັກອາກອນ</b>	<b>= \$</b>

<b>V. ຂໍ້ມູນອື່ນໆ</b>		
	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານມີອາຍຸເກີນ 18 ປີແລ້ວ ແລະ ເປັນລູກທີ່ອ້າງອີງການເສຍອາກອນລາຍໄດ້ຂອງພໍ່ແມ່ບໍ່?		
ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນ: ໂຄງການເງິນຝາກປະຢັດຂອງ Medicare, Cal WORKS, Cal Fresh (ສະແຕມອາຫານ), SSI/SSP (ລາຍຮັບຄວາມປອດໄພເສີມ/ການຊໍາລະເສີມຂອງລັດ), ຫຼື WIC (ແມ່ຍິງ, ເດັກແດງ ແລະ ເດັກນ້ອຍ)ບໍ່?		
ທ່ານມີປະການໄພສຸຂະພາບບໍ່?		
ການຍ້ຽມຢາມຄັ້ງນີ້ເກີດຈາກບຸກຄົນທີສາມເຊັ່ນ: ອຸປະຕິເຫດລົດຍົນ ຫຼື ລົ້ມເອງບໍ່?		
ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍ Medi-Cal ຫຼື Medicare ບໍ່?		
ທ່ານໄດ້ສະໝັກເອົາ Covered California ບໍ່?		

**ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ການສົ່ງໂກງຈະຖືກປະຕິເສດ**

ໃນການປະກອບໃບແຈ້ງທາງດ້ານການເງິນນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າໃບແຈ້ງຂ້າງເທິງນີ້ຖືກຕ້ອງແລະຄົບຖ້ວນ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມເຫັນດີກັບການກວດສອບເພີ່ມເຕີມໂດຍສູນການແພດຊຸມຊົນ.

ລາຍເຊັນ: \_\_\_\_\_

ຂຽນຊື່: \_\_\_\_\_

ວັນທີ: \_\_\_\_\_

ຄວາມສໍາພັນຖ້າບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_

ສົ່ງເອກະສານສະໝັກທີ່ປະກອບສໍາເລັດ ແລະ ເອກະສານໄປຕາມທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ແພັກມາທີ່ (559) 230-8505:

Patient Financial Services  
 Community Medical Centers  
 PO Box 1232  
 Fresno, CA 93715-9889