***[Hospital/system name/logo]***

**​ຄຳ​ແນະ​ນຳ​ກ່ຽວ​ກັບ​ແບບ​ຟອມ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ດູ​ແລເພື່ອການກຸສົນ/ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ**

​ນີ້​ແມ່ນ​​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ (ຍັງ​ຮູ້​ຈັກ​ໃນ​ນາມ​ການ​ດູ​ແລເພື່ອການກຸສົນ​ນຳ​ອີກ) ຢູ່ [*hospital or system name]*.

**ລັດ​ວໍ​ຊິງ​ຕັນ​ກຳນົດ​ໃຫ້​ທຸກ​ໂຮງ​ໝໍ​ໃຫ້​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ** ​ແກ່​ຜູ້​ຄົນ ແລະ ຄອບ​ຄົວ​ຜູ້​ທີ່​ຕອບ​ສະ​ໜອງໄດ້​ຂໍ້​ກຳ​ນົດ​ດ້ານລາຍ​ໄດ້ສະເພາະ. ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ມີ​ເງື່ອນ​ໄຂ​ໄດ້ຮັບ​ການ​ດູ​ແລ​ຟ​ຣີ ຫຼື ​ການ​ດູ​ແລ​ທີ່​ຫຼຸດ​ລາ​ຄາ​ໂດຍ​ອີງ​ໃສ່​ຂະ​ໜາດ​ ແລະ​ລາຍ​ໄດ້​ຄອບ​ຄົວ, ​ເຖິງວ່າ​ທ່ານ​ຈະ​ມີ​ການ​ປະ​ກັນ​ໄພ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ກໍ​່ຕາມ.*[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website].*

**​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນກວມເອົາ​ຫຍັງ​ແດ່?** ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ​ຂອ​ງ​ໂຮງ​ໝໍຈ່າຍຄ່າການ​ບໍ​ລິ​ການຢູ່ໂຮງ​ໝໍ​ທີ່​ເໝາະ​ສົມ ທີ່​ສະ​ໜອງ​ໃຫ້​ໂດຍ [*hospital/health system, clinics, etc]* ​ຂື້ນ​ຢູ່​ກັບ​ການ​ມີ​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ​ຂອງ​ທ່ານ. ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ​ອາດ​ຈະ​ບໍ່ຈ່າຍ​ທຸກ​ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ​ການ​ດູ​ແລ​ສຸ​ຂະ​ພາບ, ລວມ​ທັງ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ທີ່​ສະ​ໜອງ​ໃຫ້​ໂດຍ​ອົງ​ການ​ອື່ນ.

**ຖ້າ​ທ່ານ​ມີ​ຄຳ​ຖາມ ຫຼື ຕ້ອງ​ການ​ຄວາມ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ໃນ​ການ​ເຮັດ​ສຳ​ເລັດ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ນີ້:** [*Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.*] ​ທ່ານ​ອາດຈະ​ຂໍ​ເອົາ​ຄວາມ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ໄດ້​ດ້ວຍ​ເຫດ​ຜົນ​ຕ່າງໆ, ລວ​ມ​ທັງ ຄວາມ​ພິ​ການ ແລະ ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ພາ​ສາ.

**ເພື່ອ​ເຮັດ​ໃຫ້​​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ພິຈາລະນາ, ທ່ານ​ຕ້ອງ:**

**□ ​ໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ຄອບ​ຄົວ​ຂອງ​ທ່ານ​ແກ່​ພວກ​ເຮົາ**

ຕື່ມ​ຂໍ້​ມູນ​ຈຳ​ນວນ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ຄອບ​ຄົວ​​ໃນ​ຄົວ​ເຮືອນ​ຂອງ​ທ່ານ (ຄອ​ບ​ຄົວ​ລວມ​ມີ​ບຸກ​ຄົນ​ທີ່​ກ່ຽວ​ຂ້ອງ​ກັນ​ໂດຍ​ສາຍ​ເລືອດ, ການ​ແຕ່ງ​ງານ, ຫຼື ການ​ຮັບ​ເປັນ​ລູກ​ລ້ຽງ​ຜູ້​ທີ່​ອາ​ໄສ​ຢູ່​ນຳ​ກັນ)

**□ ໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ລາຍ​ໄດ້​ປະ​ຈຳ​ເດືອນ​ພື້ນ​ຖານ​ຂອງ​ຄອບ​ຄົວ​ຂອງ​ທ່ານ​ແກ່​ພວກ​ເຮົາ (ລາຍ​ໄດ້​ກ່ອນ​ເສຍ​ອາກອນ ແລະ ການ​ຫັກ​ອື່ນໆ)**

**□ ໃຫ້​ເອ​ກະ​ສານ​ສຳ​ລັບ​ລາຍ​ໄດ້​ຄອບ​ຄົວ ແລະ ສະ​ແດງຊັບ​ສິນ​​**

**□ ຄັດ​ຕິດ​ຂໍ້​ມູນ​ເພີ່ມ​ເຕີມ ຖ້າ​ຈຳ​ເປັນ**

**□ ​ເຊັນ ແລະ ລົງ​ວັນ​ທີ ໃສ່​ແບບ​ຟອມ**

**​ໝາຍ​ເຫດ:** **ທ່ານ​ບໍ່​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງໃຫ້ໝາຍ​ເລກ​ປະ​ກັນ​ສັງ​ຄົມ​ເພື່ອ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ.** ​ຖ້າ​ທ່ານ​ໃຫ້​​ໝາຍເລກ​ປະ​ກັນ​ສັງ​ຄົມ​ແກ່​ພວກ​ເຮົາ ມັນ​ຈະ​ຊ່ວຍ​ເພີ່ມ​ຄວາມ​ໄວ​ໃນ​ການ​ດຳ​ເນີນ​ການ​ກັບ​​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂອງ​ທ່ານ. ​ໝາຍ​ເລກ​ປະ​ກັນ​ສັງ​ຄົມ​ແມ່ນ​ໃຊ້​ເພື່ອກວດ​ສອບ​ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ໄດ້​ໃຫ້​ແກ່​ພວກ​ເຮົາ. ຖ້າ​ທ່ານ​ບໍ່​ມີ​ໝາຍ​ເລກ​ປະ​ກັນ​ສັງ​ຄົມ, ກະ​ລຸ​ນາ​ໝາຍ “​ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ” ຫຼື “ບໍ່​ມີ”.

**​ສົ່ງ​ອີ​ເມວ ຫຼື ແຟັກ​​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ທີ່​ເຮັດ​ສຳ​ເລັດ​ແລ້ວ ​ພ້ອມ​ດ້ວຍ​ເອ​ກະ​ສານ​ທັງ​ໝົດ​ໄປ​ທີ່:** [*Hospital name and address]*. ​ຮັບ​ປະ​ກັນ​ວ່າ​ໄດ້​ເກັບ​ສຳ​ເນົາ​ໄວ້​ສຳລັບ​ຕົວ​ທ່ານ​ເອງ.

**ເພື່ອ​ສົ່ງ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ທີ່​ເຮັດ​ສຳ​ເລັດ​ແລ້ວ​ດ້ວຍ​ຕົນ​​ເອງ**: [*Department/office, address, hours, phone]*

​ພວກ​ເຮົາ​ຈະ​ແຈ້ງ​ໃຫ້​ທ່ານ​ຮູ້​ກ່ຽວ​ກັບ​ການ​ກຳ​ນົດ​ຂອງ​ການ​ມີ​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ ແລະ ສິດ​ທິ​ການ​ອຸ​ທອນ, ຖ້າ​ສາ​ມາດ​ນຳ​ໃຊ້, ພາຍ​ໃນ 14 ວັນ​ຕາມ​ປະ​ຕິ​ທິນ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ​ທີ່​ເຮັດ​ສຳ​ເລັດ, ລວມ​ທັງ​ເອ​ກະ​ສານ​ລາຍ​ໄດ້.

ໂດຍ​ການ​ສົ່ງ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ, ທ່ານ​ໃຫ້​ການ​ຍິນຍອມ​ຂອງ​ທ່ານ​ແກ່​ພວກ​ເຮົາ​ເພື່ອ​​​ເຮັດ​ການສອບ​ຖາມ​ທີ່​ຈຳ​ເປັນ​ເພື່ອ​ຢືນ​ຢັນ​ພັນ​ທະ ແລະ​ ຂໍ້​ມູນ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ.

**ພວກ​ເຮົາ​ຕ້ອງ​ການ​ຊ່ວຍ. ກະ​ລຸ​ນາ​ສົ່ງ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂອງ​ທ່ານ​​ໃນທັນ​ທີ**!

**​ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ໄດ້​ຮັບ​ໃບ​ບິນ​ຈົນ​ກວ່າ​ພວກ​ເຮົາ​ຈະ​ໄດ້​ຮັບ​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ທ່ານ.**

***[Hospital/system name/logo]***

**​ແບບ​ຟອມ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ດູ​ແລ​​ເພື່ອ​ການ​ກຸສົນ/ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼື​ອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ – ເປັນ​ຄວາມ​ລັບ**

*​ກະ​ລຸ​ນາ​ຕື່ມຂໍ້​ມູນ​ທັງ​ໝົດ​ໃຫ້​ສຳ​ເລັດ. ຖ້າ​ມັນ​ບໍ່​ໄດ້ໃຊ້​, ຂຽນ “NA.” ຄັດ​ຕິດ​ໜ້າ​ເພີ່ມ​ເຕີມ ຖ້າ​ຈຳ​ເປັນ.*

|  |
| --- |
| **ຂໍ້​ມູນ​ການ​ຄັດ​ເລືອກ** |
| ທ່ານ​ຕ້ອງ​ການ​ລ່າມ​ແປ​ພາ​ສາ​ບໍ? **□ ​ຕ້ອງ​ການ □ ​ບໍ່​ຕ້ອງ​ການ** *​ຖ້າ​ຕ້ອງ​ການ, ​ລະ​ບຸ​ພາ​ສາ​ທີ່​ຕ້ອງ​ການ:* |
| ​ຄົນ​ເຈັບ​ໄດ້​ສະ​ໝັກ​ຂໍ Medicaid ບໍ? **□ ​ແມ່ນ □ ​ບໍ່  *​****ອາດ​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ກ່ອນ​​ການ​ຖືກ​ພິ​ຈາ​ລະ​ນາ​ສຳ​ລັບ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ* |
| ​ຄົນ​ເຈັບ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ສາ​ທາ​ລະ​ນະ​ຂອງ​ລັດ​ເຊັ່ນ TANF, Basic Food, ຫຼື WIC? **□ ​ແມ່ນ □ ​ບໍ່** |
| ​ປະ​ຈຸ​ບັນ​ຄົນ​ເຈັບ​ເປັນ​ຄົນ​ບໍ່​ມີ​ບ່ອນຢູ່​ອາ​ໄສ​ບໍ? **□ ແມ່ນ □ ​ບໍ່** |
| ​ການ​ດູ​ແລ​ທາງ​ການ​ແພດ​ຂອງ​ຄົນ​ເຈັບ​ແມ່ນ​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງ​ກ່ຽວ​ຂ້ອງ​ກັບ​ອຸ​ປະ​ຕິ​ເຫດ​ທາງ​ລົດ ຫຼື ໄດ້​ຮັບ​ບາດ​ເຈັບ​ໃນ​ເວ​ລາ​ເຮັດ​ວຽກ​ບໍ? **□ ​ແມ່ນ □ ​ບໍ່** |
| **​ກະ​ລຸ​ນາ​ຈື່​ໄວ້​ວ່າ** |
| * ​ພວກ​ເຮົາ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ຮັບ​ປະ​ກັນ​ໄດ້​ວ່າ​ທ່ານ​ຈະ​ມີ​ເງື່ອນ​ໄຂ​ສຳ​ລັບ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ, ເຖິງວ່າ​ທ່ານ​ຈະ​ສະ​ໝັກ​ກໍ່​ຕາມ. * ເມື່ອ​ທ່ານ​ສົ່ງ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂອງ​ທ່ານ​ແລ້ວ, ພວກ​ເຮົາ​ອາດ​ຈະ​ກວດ​ເບິ່ງ​ຂໍ້​ມູນ​ທັງ​ໝົດ ແລະ ອາດ​ຈະ​ຂໍ​ຂໍ້​ມູນ​ເພີ່ມ​ເຕີມ ຫຼື ຫຼັກ​ຖານ​ຂອງ​ລາຍ​ໄດ້. * ​ພາຍ​ໃນ 14 ວັນ​ຕາມ​ປະ​ຕິ​ທິນຫຼັງ​ຈາກ​ທີ່​ພວກ​ເຮົາ​ໄດ້​ຮັບ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ທີ່​ເຮັດ​ສຳ​ເລັດ​ແລ້ວ​ ແລະ ເອ​ກະ​ສານ​ຕ່າງ​ໆຂອງ​ທ່ານ, ພວກ​ເຮົາ​ຈະ​ແຈ້ງ​ໃຫ້​ທ່ານ​ຮູ້ ຖ້າ​​ທ່ານ​ມີສິດ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ຂໍ້​ມູນ​ຄົ​ນ​ເຈັບ ແລະ ຜູ້​ສະ​ໝັກ** | | | |
| ​ຊື່​ແທ້​ຂອງ​ຄົນ​ເຈັບ | ​ຊື່ຫຼິ້ນ​ຂອງ​ຄົນ​ເຈັບ | | ​ນາມ​ສະ​ກຸນ​ຂອງ​ຄົນ​ຈັບ |
| □ ​ເພດ​ຊາຍ □ ​ເພດ​ຍິງ  □ ​ອື່ນໆ (​ອາດ​ຕ້ອງ​ລະ​ບຸ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | ​ວັນ​ເດືອນ​ປີ​ເກີດ | | ໝາຍ​ເລກ​ປະ​ກັນ​ສັງ​ຄົມ​ຂອງ​ຄົນ​ເຈັບ (​ເລືອກ​ໄດ້\*)  *\*ເລືອກ​ໄດ້, ແຕ່​ຈຳ​ເປັນ​ສຳ​ລັບ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ທີ່​ຫຼາຍ​ກວ່າ​ຂໍ້ກຳ​ນົດ​ຂອງ​ກົດ​ໝາຍ​​ລັດ* |
| ບຸກຄົນ​ທີ່​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ໃນ​ການ​ຈ່າຍ​ໃບ​ບິນ | ​ຄວາມ​ສຳ​ພັນ​ກັບ​ຄົນ​ເຈັບ | ​ວັນ​ເດືອນ​ປີ​ເກີດ | ໝາຍ​ເລກ​ປະ​ກັນ​ສັງ​ຄົມ​ (​ເລືອກ​ໄດ້\*)  *\*ເລືອກ​ໄດ້, ແຕ່​ຈຳ​ເປັນ​ສຳ​ລັບ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ທີ່​ຫຼາຍ​ກວ່າ​ຂໍ້ກຳ​ນົດ​ຂອງ​ກົດ​ໝາຍ​​ລັດ* |
| ທີ່​ຢູ່​ໄປ​ສະ​ນີ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ​ເມືອງ ​ລັດ ​ລະ​ຫັດ​ໄປ​ສະ​ນີ | | | ​ເບີ​​ຕິດ​ຕໍ່ຫຼັກ  ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ​ທີ່​ຢູ່​ອີ​ເມວ:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ​ສະ​ຖາ​ນະ​​ການ​ຈ້າງ​ງານຂອງ​ບຸກຄົນ​ທີ່​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ໃນ​ການ​ຈ່າຍ​ໃບ​ບິນ  □ ​**ຖືກ​ຈ້າງ​ງານ (**​ວັນ​ທີ​ຈ້າງ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ ​**ຫວ່າງ​ງານ** (​ຫວ່າງ​ງານ​ດົນ​ປານ​ໃດ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  **□ ​ເຮັດ​ທຸ​ລະ​ກິດ​ສ່ວນ​ຕົ​ວ □ ​ນັກ​ຮຽນ □ ​ພິ​ການ □ ​ກະ​ສຽນ​ວຽກ □ ​ອື່ນໆ** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ຂໍ້​ມູນ​ຄອບ​ຄົວ** | | | | | |
| ​ລະ​ບຸ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ຄອ​ບ​ຄົວ​ໃນ​ຄົວ​ເຮືອນ​ຂອງ​ທ່ານ, ລວມ​ທັງ​ທ່ານ​ນຳ. “ຄອ​ບ​ຄົວ”​ ລວມ​ມີ​ບຸກ​ຄົນ​ທີ່​ກ່ຽວ​ຂ້ອງ​ກັນ​ໂດຍສາຍ​ເລືອດ, ການ​ແຕ່ງ​ງານ, ຫຼື ການ​ຮັບ​ເປັນ​ລູກ​ລ້ຽງ​ຜູ້​ທີ່​ອາ​ໄສ​ຢູ່​ນຳ​ກັນ.  **ຂະ​ໜາດ​ຄອບ​ຄົວ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *ຄັດ​ຕິດ​ໜ້າ​ເພີ່ມ​ເຕີມ ຖ້າ​ຈຳ​ເປັນ* | | | | | |
| ​ຊື່ | ​ວັນ​ເດືອນ​ປີ​ເກີດ | ​ຄວາມ​ສຳ​ພັນ​ກັບ​ຄົນ​ເຈັບ | ​ຖ້າ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ: ຊື່​ນາຍ​ຈ້າງ ຫຼື ແຫຼ່ງ​ທີ່​ມາ​ຂອງ​ລາຍ​ໄດ້ | ​ຖ້າ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ: ​ລາຍ​ໄດ້​ປະ​ຈຳ​ເດືອນ​ພື້ນ​ຖານ​ລວມ (ກ່ອນ​ເສຍ​ອາກອນ): | ນອກ​ນີ້​ຍັງ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ​ນຳ​ອີກ​ບໍ? |
|  |  |  |  |  | ແມ່ນ/ບໍ່ |
|  |  |  |  |  | ແມ່ນ/ບໍ່ |
|  |  |  |  |  | ແມ່ນ/ບໍ່ |
|  |  |  |  |  | ແມ່ນ/ບໍ່ |
| **​ລາຍ​ໄດ້​ຂອງ​ສະ​ມາ​ຊິກ​ຄອບ​ຄົວ​ຜູ້​ໃຫຍ່​ທຸກ​ຄົນ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ຖືກ​ເປີດ​ເຜີຍ. ແຫຼ່ງ​ທີ່​ມາ​ຂອງ​ລາຍ​ໄດ້​ລວມ​ມີ, ຕົວ​ຢ່າງ:**  - ຄ່າ​ຈ້າງ - ​ຫວ່າງ​ງານ - ​ເຮັດ​ທຸ​ລະ​ກິດ​ສ່ວນ​ຕົວ - ​​ເງິນ​ຊົດ​ເຊີຍ​ຜູ້​ອອກ​ແຮງ​ງານ - ​ຄວາມ​ພິ​ການ - SSI - ​​ເງິນ​ຄ່າ​ລ້ຽງ​ລູກ/ຄ່າລ້ຽງຄູ່​ສົມລົດ - ​ໂຄງ​ການ​ສຶກ​ສາ​ການ​ເຮັດ​ວຽກ (​ນັກ​ຮຽນ) - ​ເງິນ​ບຳ​ນານ - ​​ເງິນ​ປະກອບ​ສ່ວນ​ເຂົ້າບັນ​ຊີ​​ເພື່ອ​ການ​ສຽນ​ວຽກ - ອື່ນໆ (​ກະ​ລຸ​ນາ​ອະ​ທິ​ບາຍ*\_\_\_\_\_\_\_)* | | | | | |

***[Hospital/system name/logo]***

**​ແບບ​ຟອມ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂໍ​ການ​ດູ​ແລ​​ເພື່ອ​ການ​ກຸສົນ/ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼື​ອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ – ເປັນ​ຄວາມ​ລັບ**

|  |
| --- |
| **ຂໍ້​ມູນ​​ລາຍ​ໄດ້** |
| ***​ຈື່​ໄວ້​ວ່າ:*** *ທ່າ​ນ​ຕ້ອງ​​ມີຫຼັກ​ຖານຂອງ​ລາຍ​ໄດ້​​ພ້ອມກັບ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ສະ​ໝັກ​ຂອງ​ທ່ານ.* |
| **​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ລາຍ​ໄດ້​ຂອງ​ຄອບ​ຄົວຂອງ​ທ່ານ. ການກວດ​ສອບ​ລາຍ​ໄດ້​ແມ່ນ​ຈຳ​ເປັນ​​ເພື່ອ​ຕັດສິນ​ກຳ​ນົດ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ.**  **ສະ​ມາ​ຊິກ​ຄອບ​ຄົວ​ທຸກ​ຄົນ​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ 18 ປີ​ຂື້ນ​ໄປ​ຕ້ອງໄດ້ເປີດ​ເຜີຍ​ລາຍ​ໄດ້​ຂອງ​ເຂົາ​ເຈົ້າ. ຖ້າ​ທ່ານ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ໃຫ້​ເອ​ກະ​ສານໄດ້, ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ສົ່ງ​​ໜັງ​ສື​ທີ່​ລົງ​ນາມ​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ທີ່​ອະ​ທິ​ບາຍ​ລາຍ​ໄດ້​ຂອງ​ທ່ານ. ກະ​ລຸ​ນາ​ໃຫ້ຫຼັກ​ຖານ​ສຳ​ລັບ​ທຸກໆ​ແຫຼ່ງ​ທີ່​ມາ​ຂອງ​ລາຍ​ໄດ້​ທີ່​​ໄດ້ລະ​ບຸ.**  **ຕົວ​ຢ່າງຂອງຫຼັກ​ຖານ​ລາຍ​ໄດ້​ລວມ​ມີ:**   * ​ໃບ​ແຈ້ງ​ກາ​ນ​ຫັກ​ໄວ້​ "W-2" ; ຫຼື * ​ສົ້ນ​ໃບ​ຮັບ​ເງິນ​ໃນ​ປະ​ຈຸ​ບັນ (*​ຕ່ຳ​ສຸດ​ທີ່​ຈຳ​ເປັນ, ​ບໍ່​ໃຫ້​ເກີນ 3 ເດືອນ*); ຫຼື * ​ໃບ​ແຈ້ງ​ເສຍອາກອນ​ລາຍ​ໄດ້​ຂອງ​ປີ​ທີ່​ຜ່ານ​ມາ, ລວມ​ທັງ​ກຳ​ນົດ​ເວ​ລາ ຖ້າ​ສາ​ມາດ​ນຳ​ໃຊ້; ຫຼື * ​ໜັງ​ສື​ທີ່​ລົງ​ນາມ​ເປັນ​ລາ​ຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ຈາກ​ນາຍ​ຈ້າງ ຫຼື ຜູ້​ອື່​ນ; ຫຼື * ອະ​ນຸ​ມັດ/ປະ​ຕິ​ເສດ​ການ​ມີ​​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ Medicaid ແລະ/ຫຼື ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທີ່​ໃຫ້​ທືນ​ໂດຍ​ລັດ; ຫຼື * ອະ​ນຸ​ມັດ/ປະ​ຕິ​ເສດ​ການ​ມີ​​ສິດ​ໄດ້​ຮັບຄ່າ​ຕອບ​ແທນ​ການ​ຫວ່າງ​ງານ.   ຖ້າ​ທ່ານ​ບໍ່​ມີຫຼັກ​ຖານສະ​ແດງ​ລາຍ​ໄດ້ ຫຼື ບໍ່​ມີ​ລາຍ​ໄດ້, ກະ​ລຸ​ນາ​ຄັດ​ຕິດ​ໜ້າ​ເພີ່ມ​ເຕີມ​ພ້ອມ​​ຄຳ​ອະ​ທິ​ບາຍ. |

|  |
| --- |
| **ຂໍ້​ມູນ​ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ** |
| *​ພວກ​ເຮົາ​ໃຊ້​ຂໍ້​ມູນ​ນີ້​ເພື່ອ​​ທຳ​ຄວາມ​ເຂົ້າ​ໃຈ​ທີ່​ຄົບ​ຖ້ວນ​ກວ່າ​ກ່ຽວ​ກັບ​ສະພາບ​ການດ້ານ​ການ​ເງິນຂອງ​ທ່ານ.* |
| ​ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ​ໃນ​ຄົວ​ເຮືອນ​ປະ​ຈຳ​ເດືອນ:  ຄ່າ​ເຊົ່າ/ຄ່າ​ຢືມ​ເງິນ​ຊື້​ເຮືອນ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ​ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ​ທາງ​ການ​ແພດ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ​ຄ່າ​ເບ້ຍ​ປະ​ກັນ​ໄພ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ​ສາ​ທາ​ລະ​ນູ​ປະ​ໂພກ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ​ໜີ້​ສິນ/ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ ​ອື່ນໆ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ຄ່າ​ລ້ຽງ​ລູກ, ເງິນ​ກູ້, ຄ່າ​ຢາ, ອື່ນໆ*) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ຂໍ້​ມູນ​​​ຊັບ​ສິນ** | |
| *​ຂໍ້​ມູນ​ນີ້​ອາດ​ຈະ​ຖືກ​ໃຊ້​ຖ້າ​ລາຍ​ໄດ້​ຂອງ​ທ່ານ​ສູງກວ່າ 101% ຂອງ​ຂໍ້​ແນະ​ນຳ​ຄວາມ​ທຸກ​ຍາກ​ຂອງ​ລັດ​ຖະ​ບານ​ກາງ.* | |
| ຍອດ​ເງິນ​​​ໃນບັນ​ຊີ​ເງິນ​ເຊັກ​ປະ​ຈຸ​ບັນ  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ຍອດ​ເງິນ​​​ໃນບັນ​ຊີ​ເງິນ​ຝາກ​ປະ​ຈຸ​ບັນ  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ​ຄອບ​ຄົວ​ຂອງ​ທ່ານ​ມີ​ຊັບ​ສິນ​ອື່ນ​ເຫຼົ່າ​ນີ້​ບໍ?  **ກະ​ລຸ​ນາກວ​ດ​ເບິ່ງ​ທັງ​ໝົດ​ທີ່​ສະ​ໝັກ**  □ ​​ຫຸ້ນ □ ​ພັນ​ທະ​ບັດ □ 401K □ ​ບັນ​ຊີ​ເງິນ​ຝາກ​ເພື່ອ​ສຸ​ຂະ​ພາບ □ ກອງ​ທຶນ​ລວມ  □ ​ຊັບ​ສິນ (​ບໍ່​ລວມບ່ອນ​ຢູ່​ອາ​ໄສຫຼັກ) □ ​ເປັນເຈົ້າ​ຂອງ​ທຸ​ລະ​ກິດ |

|  |
| --- |
| **​ຂໍ້​ມູນ​ເພີ່ມ​ເຕີມ** |
| ​ກະ​ລຸ​ນາ​ຄັດ​ຕິດ​ໜ້າ​ເພີ່ມ​ເຕີມ ຖ້າ​ມີ​ຂໍ້​ມູນ​ອື່ນ​ກ່ຽວ​ກັບສະພາບ​ການ​ການ​ເງິນ​ປະ​ຈ​ຸ​ບັນ​ຂອງ​ທ່ານ​ທີ່​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ການ​ໃຫ້​ພວກ​ເຮົາ​ຮູ້, ເຊັ່ນ​ ຄວາມ​ລຳ​ບາກ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ, ຄ່າ​ໃຊ້​ຈ່າຍ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທີ່ຫຼາຍ​ເກີນ​​ໄປ, ລາຍ​ໄດ້​ຕາມ​ລະ​ດູການ ຫຼື ຊົ່ວ​ຄາວ, ຫຼື ການ​ສ​ູນ​ເສຍ​ສ່ວນ​ບຸກ​ຄົນ. |

|  |
| --- |
| **​ຂໍ້​ຕົກ​ລົງ​ຂອງ​ຄົນ​ເຈັບ** |
| ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ເຂົ້າ​ໃຈ​ວ່າ [*Hospital/system Name*] *​*ອາດ​ຈະ​ກວດ​ສອບ​ຂໍ້​ມູນ​ໂດຍ​ການ​ກວດ​ເບິ່ງ​ຂໍ້​ມູນ​ເຄ​ຣ​ດິດ ແລະ ຂໍ​ເອົາ​ຂໍ້​ມູນ​ຈາກ​ແຫຼ່ງ​ອື່ນໆ ເພື່ອ​ຊ່ວຍ​ໃນ​ກາ​ນ​ກຳ​ນົດ​ການ​ມີ​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ ຫຼື ແຜນ​ການ​ຊຳ​ລະ​ເງິນ.  ​ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ຢືນ​ຢັນ​ວ່າ​ຂໍ້​ມູນ​ຂ້າງ​ເທິງ​ນີ້​ແມ່ນ​ຄວາມ​ຈິງ ແລະ ຖືກ​ຕ້ອງຕາມ​ການ​ຮັບ​ຮູ້​ທີ່​ດີ​ທີ່​ສຸດ​ຂອງ​ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ. ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ເຂົ້າ​ໃຈ​ວ່າ ຖ້າມີ​ການ​ພົບ​ວ່າ​ຂໍ້​ມູນ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ ທີ່​ຂ​້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ໃຫ້​ນັ້ນ​ບໍ່​ຖືກ​ຕ້ອງ, ອາດ​ຈະ​ສົ່ງຜົນ​​ໃຫ້​ເກີດ​ການ​ປະ​ຕິ​ເສດ​​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ດ້ານ​ການ​ເງິນ, ແລະ ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ອາດ​ຈະ​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ສຳລັບ ແລະ​ ຄາດ​ວ່າຕ້ອງ​ຈ່າຍ​ຄ່າ​ບໍ​ລິ​ການ​ທີ່​​ສະ​ໝອງ​ໃຫ້ດ້ວຍ​ຕົນ​ເອງ.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ລາຍ​ເຊັນ​ຂອງ​ຜູ້​ສະ​ໝັກ ​ວັນ​ທີ |