



7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
214-489-7252 ໂທ ຫຼື ອີເມວ tifsfa@tifs.org

ວັນທີ: _____ ຊື່ຜູ້ຄ້າປະກັນ: _____

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີບໍລິການ: _____

ເລກບັນຊີໂຮງໝໍ# _____ ເລກບັນທຶກທາງການແພດ# _____

ສະບາຍດີ ຄົນເຈັບທີ່ຮັກແພງ:

ເອກະສານຄັດຕິດມານີ້ທ່ານຈະເຫັນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນສໍາລັບ ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນຂອງ Texas Health/ສະຖາບັນຜ່າຕັດຂອງລັດ Texas. ການປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດຈະເຮັດໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດນໍາສະເໜີບັນຊີຂອງທ່ານເຂົ້າສູ່ການພິຈາລະນາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນສໍາລັບຮຽກເກັບເງິນຂອງໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນສໍາລັບການເກັບຄ່າທ່ານຽມໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈຄວາມຕ້ອງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ດັ່ງນັ້ນ, ຍົກເວັ້ນສໍາລັບຈຸດປະສົງການກວດສອບ, ຂໍ້ມູນລວມໄວ້ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຈະຖືກປະຕິບັດເປັນຂໍ້ມູນປິດລັບ. ມັນຈະຖືກນໍາໄປໃຫ້ກັບພະນັກງານແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນຂອງ Texas Health/ສະຖາບັນຜ່າຕັດລັດ Texas ບົນພື້ນຖານ "ຈໍາເປັນຕ້ອງຮູ້" ເທົ່ານັ້ນ.

ກະລຸນາຕອບໃສ່ແຕ່ລະຂໍ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມສໍາລັບຄໍາອະທິບາຍໃດໜຶ່ງ, ກະລຸນາໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງໃບຄໍາຮ້ອງ.

ກະລຸນາອັດສໍາເນົາໃບຈ່າຍເງິນເດືອນປັດຈຸບັນ ແລະ ສອງເດືອນກ່ອນໜ້ານີ້ຂອງທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຫຼັກຖານຂອງແບບຟອມລາຍຮັບອື່ນໆໃດໜຶ່ງສໍາລັບຄົວເຮືອນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຈ່າຍເງິນເດືອນ, ກະລຸນາໃຫ້ສໍາເນົາບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານຂອງທ່ານທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນການຝາກເງິນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ. ຖ້າເປັນການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ກະລຸນາອັດສໍາເນົາການຈ່າຍພາສີລາຍຮັບສ່ວນຕົວທີ່ໄດ້ຍື່ນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ ແລະ ໃບຢັ້ງຢືນກໍາໄລ ແລະ ການຂາດທຶນປັດຈຸບັນ. ການບໍ່ໃຫ້ເອກະສານທີ່ຂໍສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດຕໍ່ການພິຈາລະນາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໄດ້.

ມັນສໍາຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຕ້ອງປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດເວລາຮັບ ແລະ ສົ່ງມັນຄືນໄວເທົ່າທີ່ໄວໄດ້.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ ຫຼື ມີພື້ນທີ່ບໍ່ຈະແຈ້ງ, ກະລຸນາໂທຫາ. ຂໍຂອບໃຈຕໍ່ການຮ່ວມມືຂອງທ່ານ.

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 ໂທ ຫຼື ອີເມວ tifsfa@tifs.org

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ - ໜ້າ 1

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____ ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ເລກບັນຊີໂຮງໝໍ #: _____

ແຕ່ງງານແລ້ວ _____ ໂສດ _____ ຢ່າຮ້າງ _____ ໝ້າຍ _____ ແຍກກັນຢູ່ _____

ທ່ານມີເດັກນ້ອຍບໍ່ທັນຮອດກະສຽນ (ຕໍ່າກວ່າ 18) ບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ພວກເຂົາຢູ່ກັບທ່ານບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ພວກເຂົາເປັນເດັກທີ່ທ່ານເກີດມາ/ລູກລ້ຽງຕາມກົດໝາຍບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ຄົນເຈັບໄດ້ເຮັດວຽກບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ຄູ່ສົມລົດໄດ້ເຮັດວຽກບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານມີປະກັນໄພທາງການແພດບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານພິການບໍ່? ດົນບານໃດ? _____	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານເປັນນັກຮົບເກົ່າບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ

ສະມາຊິກຄອບຄົວ - (ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ)

ຄູ່ສົມລົດ: _____

ເດັກນ້ອຍ: _____ ອາຍ: _____

ເດັກນ້ອຍ: _____ ອາຍ: _____

ເດັກນ້ອຍ: _____ ອາຍ: _____

ເດັກນ້ອຍ: _____ ອາຍ: _____

ລາຍຮັບ (ຈໍານວນຕໍ່ເດືອນ):

	<u>ລວມທັງໝົດ</u>	<u>ສຸດທິ</u>	<u>ລາຍຈ່າຍ</u>	<u>ຈໍານວນຕໍ່ເດືອນ</u>
ຄົນເຈັບ	\$ _____	\$ _____	ເງິນມັດຈໍາ/ຄ່າເຊົ່າ	\$ _____
ຄູ່ສົມລົດ	\$ _____	\$ _____	ສິ່ງສາທາລະນະປະໂພກ	\$ _____
ຜູ້ອາໄສຢູ່ນ່າ	\$ _____	\$ _____	ການຈ່າຍຄ່າລົດ	\$ _____
ການຊ່ວຍເຫຼືອສັງຄົມ	\$ _____	\$ _____	ອາຫານ / ຮ້ານຄ້ານ້ອຍ	\$ _____
ຄູບອງອາຫານ	\$ _____	\$ _____	ບັດເຄຣດິດ	\$ _____
ປະກັນສັງຄົມ	\$ _____	\$ _____	ອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ)	\$ _____
ຫວ່າງງານ	\$ _____	\$ _____		\$ _____
ຜົນປະໂຫຍດການຢຸດວຽກ	\$ _____	\$ _____		
ເງິນສົດເຊີຍຈາກວຽກ	\$ _____	\$ _____	ລວມທັງໝົດ	\$ _____
ເງິນຈ່າຍລ້ຽງເມຍ	\$ _____	\$ _____		
ເງິນຈ່າຍລ້ຽງລູກ	\$ _____	\$ _____		
ເງິນຈັດແບ່ງທາງດ້ານ ກອງທັບ	\$ _____	\$ _____		
ເງິນບໍານານ	\$ _____	\$ _____		

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 ໂທ ຫຼື ອີເມວ tifsfa@tifs.org

ລາຍຮັບຈາກ: _____
 ໃບຮັບຮອງການຜາກເງິນ (CD) _____
 ຄ່າເຊົ່າ, ເງິນປັນຜົນ _____
 ດອກເບ້ຍ \$ _____ \$ _____
ລວມທັງໝົດ \$ _____ \$ _____

ຊັບສິນ
 ບັນຊີກະແສລາຍວັນ \$ _____
 ບັນຊີຜາກປະຢັດ \$ _____
 ໃບຮັບຮອງການຜາກເງິນ (CD), \$ _____
 ບັນຊີບໍານານສ່ວນບຸກຄົນ (IRA) _____
 ການລົງທຶນອື່ນໆ (ຮຸ້ນ, ຜັນທະບັດ, ອື່ນໆ) \$ _____
 ຊັບສົມບັດ/ທີ່ດິນນອກເໜືອຈາກບ່ອນຢອກໄສຫຼັກ \$ _____

ໃບຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ - ໜ້າ 2

ຊື່ນາຍຈ້າງ _____	ນາຍຈ້າງຂອງຄູ່ສົມລົດ: _____
ເບີໂທລະສັບ _____	ເບີໂທລະສັບ _____
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ _____	ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ _____
ອາຊີບ _____	ອາຊີບ _____

ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍ Medicaid ຢູ່ໃນປັດຈຸບັນບໍ່? _____	ແມ່ນ _____	ບໍ່ແມ່ນ _____
ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຜ່ານໂຮງໝໍເຂດປົກຄອງ/ໂຄງການຜູ້ທຸກຍາກບໍ່? _____	ແມ່ນ _____	ບໍ່ແມ່ນ _____
ແພດຂອງທ່ານກຳລັງອຸທິດໃຫ້ການບໍລິການຂອງລາວ/ນາງບໍ່? _____	ແມ່ນ _____	ບໍ່ແມ່ນ _____
ມີບຸກຄົນທີ່ສາມທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ອຸບັດຕິເຫດ/ການບາດເຈັບ/ການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານບໍ່? _____	ແມ່ນ _____	ບໍ່ແມ່ນ _____
ມີຜູ້ໃດກຳລັງຊ່ວຍທ່ານໃນການຈ່າຍເງິນຄ່າໃບຮຽກເກັບເງິນຂອງໂຮງໝໍບໍ່? _____	ແມ່ນ _____	ບໍ່ແມ່ນ _____
ໃຜກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຢູ່? _____		
ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຫາຍປານໃດ? _____		

ເຮັດລາຍການຂໍ້ມູນອື່ນໆໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຈະເປັນປະໂຫຍດຕໍ່ພວກເຮົາໃນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຢູ່ໃນການ ຈ່າຍຄ່າໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.

ລາຍຮັບທີ່ຄາດໄວ້ ແລະ/ຫຼື ເງິນທີ່ທ່ານຈະຮັບໃນລະຫວ່າງເວລາພັກວຽກເນື່ອງຈາກຄວາມເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານ (ລາປ່ວຍ, ລາພັກຍັງໄດ້ເງິນເດືອນ, ລາຍໄດ້ຄວາມພິການໄລຍະສັ້ນ/ຍາວ). \$ _____

ໄລຍະເວລາຄາດໄວ້ທີ່ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກ ແລະ/ຫຼື ມີຄ່າຈ້າງໄດ້: _____



7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
214-489-7252 ໂທ ຫຼື ອີເມວ tifsfa@tifs.org

ຂ້າພະເຈົ້າຂ້າໃຈວ່າແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນຂອງ Texas Health/ສະຖາບັນຜ່າຕັດລັດ Texas ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທາງດ້ານເງິນທີ່ມີຢູ່ໃນໃບຄ່າຮ້ອງນີ້ໃນການເລື່ອມໂຍງກັບການປະເມີນໃບຄ່າຮ້ອງນີ້ຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ໃນທີ່ນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ໂຮງໝໍຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຢັ້ງຢືນຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ ແລະ ເພື່ອຂໍບົດລາຍງານຈາກໜ່ວຍງານລາຍງານສິນເຊື້ອ. ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໃດໜຶ່ງ ແລະ ດັ່ງນັ້ນການໃຫ້ຂໍ້ມູນຜິດຢູ່ໃນໃບຄ່າຮ້ອງສະບັບນີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອການເບິ່ງແຍງດຸແລການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຂ້າໃຈອີກວ່າການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໃດໜຶ່ງອາດຈະຖືກສະຫງວນໄວ້ທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນໃນກໍລະນີຂອງການເອົາມາຈາກບຸກຄົນທີສາມ ຫຼື ແຫຼ່ງອື່ນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຂ້າໃຈອີກວ່າການເບິ່ງແຍງດຸແລການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຈະບໍ່ຖືກຕີຄວາມໝາຍເປັນການສະຫຼະສິດໂດຍໂຮງໝໍໃນເລື່ອງການມີສິດຂອງໂຮງໝໍສໍາລັບການເບິກເງິນຈໍານວນໃດໜຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕິດຄ້າງຄືນ ແລະ ການເບິກເງິນຄືນຈໍານວນໃດໜຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຂົ້າອນໂຮງໝໍນີ້ແມ່ນຕ້ອງຖືກສົ່ງຫາແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນລັດ Texas/ສະຖາບັນຜ່າຕັດລັດ Texas.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະເໜີຂໍ, ຖ້າແມ່ນຄົນເຈັບ

_____ ວັນທີ

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະເໜີຂໍ, ຖ້າບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບ

_____ ສາຍພົວພັນ

_____ ທີ່ຢູ່ຂອງຄົນເຈັບ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະ ນິປະເທດ

_____ ເບີທລະສັບຢູ່ເຮືອນ