

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

ວັນທີ: _____ ຊື່ຜູ້ຄ້າປະກັນ: _____

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ: _____

ເລກບັນຊີໂຮງໝໍ# _____ ບັນທຶກທາງການແພດ# _____

ສະບາຍດີ ຄົນເຈັບທີ່ຮັກແພງ:

ເອກະສານຄັດຕິດມານີ້ທີ່ທ່ານຈະເຫັນພ້ອມກັບໃບສະໝັກເພື່ອຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນສໍາລັບ ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນຂອງນະໂຍບາຍ Texas Health ສະຖາບັນຜ່າຕັດປະຈໍາລັດ Texas. ການປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ ໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດນໍາສະເໜີບັນຊີຂອງທ່ານເຂົ້າສູ່ການພິຈາລະນາເພື່ອໃຫ້ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນສໍາລັບໃບບິນຮຽກເກັບເງິນຂອງໂຮງໝໍຂອງຕົນ. ເຊິ່ງມີແມ່ນສໍາລັບການເກັບ ຄ່າທ່ານຽມຂອງໂຮງໝໍຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈຄວາມຕ້ອງຈໍາເປັນທາງດ້ານຂໍ້ມູນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ດັ່ງນັ້ນ, ຍົກເວັ້ນໃດໜຶ່ງໃນ ຈຸດປະສົງການກວດກາຄືນ, ຂໍ້ມູນທີ່ລວມຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານທັງໝົດຈະຖືກປະຕິບັດເປັນຂໍ້ມູນຄວາມ ລັບ. ເຊິ່ງຈະຕ້ອງໄດ້ສະໜອງໃຫ້ກັບພະນັກງານທີ່ຮັບຜິດຊອບແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນຂອງ Texas Health/ ສະຖາບັນຜ່າຕັດລັດ Texas ບົນພື້ນຖານ “ຄວາມຈໍາເປັນທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຊາບ” ເທົ່ານັ້ນ.

ກະລຸນາຕອບຄໍາຖາມໃນແຕ່ລະຂໍໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມສໍາລັບຄໍາອະທິບາຍໃດໜຶ່ງ, ກະລຸນາໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງໃບຄໍາຮ້ອງ.

ກະລຸນາອັດສໍາເນົາໃບຈ່າຍເງິນເດືອນບັດຈຸບັນ ແລະ ສອງເດືອນກ່ອນໜ້ານີ້ຂອງທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຫຼັກຖານຂອງ ແບບຟອມລາຍຮັບອື່ນໆໃດໜຶ່ງສໍາລັບຄົວເຮືອນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຈ່າຍເງິນເດືອນ, ກະລຸນາໃຫ້ສໍາເນົາບັນຊີ ສໍາຮອງທະນາຄານຂອງທ່ານທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນການຝາກເງິນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ. ຖ້າເປັນການເຮັດທຸລະ ກິດສ່ວນຕົວ. ກະລຸນາອັດສໍາເນົາການຈ່າຍພາສີລາຍຮັບສ່ວນຕົວທີ່ໄດ້ຍື່ນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ ແລະ ໃບຍັງຢືນກໍາ ໄລ ແລະ ການຂາດທຶນບັດຈຸບັນ. ການບໍ່ໃຫ້ເອກະສານທີ່ຂໍສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດຕໍ່ການພິຈາລະນາ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໄດ້.

ເຊິ່ງມີຄວາມສໍາຄັນເປັນຢ່າງຍິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນຕາມກໍານົດເວລາ ແລະ ຈັດສົ່ງໂດຍທັນທີ.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການປະກອບໃບສະໝັກດັ່ງກ່າວນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ມີຂົງເຂດໃດທີ່ຍັງບໍ່ຈະແຈ້ງ, ກະລຸນາໂທຫາ. ຂໍຂອບໃຈສໍາລັບການຮ່ວມມືຂອງທ່ານ.

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

ລາຍຮັບຈາກ:	\$ _____	\$ _____
ໃບຮັບຮອງການຝາກເງິນ (CD)		
ຄ່າເຊົ່າ, ເງິນບັນຜົນ		
ດອກເບ້ຍ		
	\$ _____	\$ _____
ລວມທັງໝົດ	\$ _____	\$ _____

ຊັບສິນ

ບັນຊີກະແສລາຍວັນ	\$ _____
ບັນຊີຝາກປະຢັດ	\$ _____
ໃບຮັບຮອງການຝາກເງິນ (CD), ບັນຊີບໍານານສ່ວນບຸກຄົນ (IRA)	\$ _____
ການລົງທຶນອື່ນໆ (ຮຸ້ນ, ຜັນທະບັດ, ອື່ນໆ)	\$ _____
ຊັບສິນບັດ/ທິດິນນອກເໜືອຈາກບ່ອນຢູ່ອາໄສ	\$ _____

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ - ໜ້າ 2

ຊື່ນາຍຈ້າງ _____	ນາຍຈ້າງຂອງຄູ່ສົມລົດ: _____
ໂທລະສັບ # _____	ໂທລະສັບ # _____
ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ _____	ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ _____
ອາຊີບ _____	ອາຊີບ _____

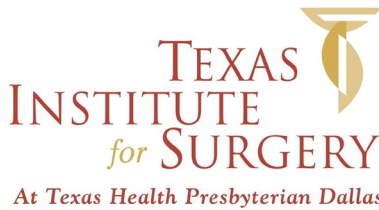
ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍ Medicaid ຢູ່ໃນປັດຈຸບັນບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຜ່ານໂຮງໝໍເຂດບົກຄອງ/ໂຄງການຜູ້ທຸກຍາກບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ແພດຂອງທ່ານກຳລັງອຸທິດໃຫ້ການບໍລິການຂອງລາວ/ນາງບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ມີບຸກຄົນທີສາມທີ່ໜ້າເຊື່ອຖືທີ່ໄດ້ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ອຸບັດຕິເຫດ/ການບາດເຈັບ/ການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ມີຜູ້ໃດກຳລັງຊ່ວຍທ່ານໃນການຈ່າຍເງິນຄ່າໃບຮຽກເກັບເງິນຂອງໂຮງໝໍບໍ່?	_____ ແມ່ນ	_____ ບໍ່ແມ່ນ
ໃຜກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຢູ່?	_____	
ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍປານໃດ?	_____	

ເຮັດລາຍການຂໍ້ມູນອື່ນໆໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຈະເປັນປະໂຫຍດຕໍ່ພວກເຮົາໃນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຢູ່ໃນການ ຈ່າຍຄ່າໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.

ລາຍຮັບທີ່ຄາດໄວ້ ແລະ/ຫຼື ເງິນທີ່ທ່ານຈະຮັບໃນລະຫວ່າງເວລາພັກວຽກເນື່ອງຈາກຄວາມເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານ (ລາບ່ວຍ, ລາພັກຍັງໄດ້ຮັບເງິນເດືອນ, ລາຍໄດ້ຈາກເງິນເສຍອົງຄະໄລຍະສັ້ນ/ຍາວ) \$ _____

ໄລຍະເວລາຄາດໄວ້ທີ່ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກ ແລະ/ຫຼື ມີຄ່າຈ້າງໄດ້: _____

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນຂອງ Texas Health/ສະຖາບັນຜ່າຕັດປະຈຳລັດ Texas ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທາງດ້ານເງິນທີ່ມີຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງສະບັບດັ່ງກ່າວນີ້ໃນການເຊື່ອມໂຍງກັບການປະເມີນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ໃນທີ່ນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ໂຮງໝໍຕິດຕໍ່ນາຍຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຢືນຢັນຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ ແລະ ເພື່ອຂໍບົດລາຍງານຈາກໜ່ວຍງານລາຍງານສັນເຊືອ. ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນນີ້ຈະ



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

ຖືກໃຊ້ເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໃດໜຶ່ງ ແລະ ດັ່ງນັ້ນການໃຫ້ຂໍ້ມູນຜິດຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງສະບັບນີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອການເບິ່ງແຍງດູແລການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈອີກວ່າການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໃດໜຶ່ງອາດຈະຖືກລວມຈຳນວນທັງໝົດ ຫຼື ສ່ວນໃດໜຶ່ງໃນກໍລະນີໃນການສະໜອງຈາກບຸກຄົນທີສາມ ຫຼື ແຫຼ່ງອື່ນໆ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງມີຄວາມເຂົ້າໃຈອີກວ່າການດູແລສຸຂະພາບຍັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າຄວນໄດ້ຮັບນັ້ນຍັງບໍ່ໝາຍວ່າເປັນການສະຫຼະສິດໂດຍໂຮງໝໍສ່ວນການໄດ້ຮັບສິດເບີກເງິນຈຳນວນໃດໜຶ່ງຂອງໂຮງໝໍສຳລັບການຄ້າງຊຳລະຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ການຊຳລະເງິນຄືນຈຳນວນໃດໜຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຂົ້າອນໂຮງໝໍນີ້ແມ່ນຈະຕ້ອງຖືກສົ່ງຫາແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນລັດ Texas / ສະຖາບັນສຳລັບການຜ່າຕັດປະຈຳລັດ Texas.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ, ຖ້າແມ່ນຄົນເຈັບ

_____ ລົງວັນທີ

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ, ຖ້າບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບ

_____ ສາຍພົວພັນ

_____ ທີ່ຢູ່ຂອງຄົນເຈັບ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ (ZIP) ປະເທດ

_____ ເບີໂທລະສັບເຮືອນ