



0332C

ຄຳແນະນຳໃນການສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ

1. ກະຮຸນາປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ **ທຸກ**ພາກສ່ວນໃນຟອມສະໝັກໃຫ້ຄົບຖ້ວນສົມບູນ. ຖ້າວ່າ ມີພາກສ່ວນໃດໆ ທີ່ນຳໃຊ້ບໍ່ໄດ້ກັບທ່ານ, ໃຫ້ຂຽນວ່າ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ ໃນບ່ອນວ່າງທີ່ຈັດໃຫ້.
2. ຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການບ່ອນວ່າງເພີ່ມເຕີມເພື່ອຂຽນຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມໃດໆ.
3. ທ່ານຕ້ອງຈັດຫາຫຼັກຖານເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃບສະໝັກນີ້. ເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຍອມຮັບໄດ້ວ່າເປັນຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້:

ຖ້າວ່າ ທ່ານຍິ້ນເສັຽພາສີລາຍໄດ້ ທ່ານຕ້ອງສົ່ງສຳເນົາຂອງ:

- a. ໃບເສັຽພາສີລາຍໄດ້ຂອງຮັຖບານກາງ (ຟອມ 1040) ຈາກປີຫຼ້າສຸດ. ທ່ານຕ້ອງ ລວມເອົາຕາຕະລາງລາຍການ ແລະເອກະສານ ຄັດຕິດທັງໝົດທີ່ໄດ້ຍິ້ນສົ່ງໃຫ້ແກ່ກົມພາສີອາກອນ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຍິ້ນເສັຽພາສີລາຍໄດ້, ກະຮຸນາໃຫ້ເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້:

- a. ສິ້ນເຊັກຄ່າຈ້າງສອງ (2) ໃບຫຼ້າສຸດ; ແລະ
- b. ຈົດໝາຍຊ່ວຍເຫຼືອທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ໄດ້ຍິ້ນເສັຽພາສີລາຍໄດ້ຂອງຮັຖບານກາງ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີລາຍໄດ້, ຫຼື ເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້, ກະຮຸນາໃຫ້ຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍວ່າ ທ່ານຫາລ້ຽງຊີບຕົນເອງ/ຄອບຄົວ ໄດ້ແນວໃດ.

4. ໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການດຳເນີນການຈົນກວ່າຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການທັງໝົດກ່ອນ.
5. ມັນສຳຄັນທີ່ທ່ານຕ້ອງປະກອບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນໃຫ້ຄົບຖ້ວນສົມບູນ ແລະສົ່ງໄປພ້ອມກັບເອກະສານທີ່ຮຽກຮ້ອງ ຂໍເອົາທັງໝົດພາຍໃນສິບສີ່ (14) ວັນ.
6. ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊີ້ໃສ່ ແລະລົງວັນທີໃນໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ. ຖ້າວ່າ ຄົນເຈັບ/ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ ແລະຄູ່ສົມລົດໃຫ້ ຂໍ້ມູນ, ທັງສອງຄົນນັ້ນຕ້ອງເຊັນຊີ້ໃນໃບສະໝັກ.
7. ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄຳຖາມຕ່າງໆ, ກະຮຸນາໂທຣຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ Patient Business Office ທີ່ເບີໂທຣ (909) 651-4177, ລະຫວ່າງເວລາ 9:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ. ວັນຈັນຮອດວັນພະຫັດ, ແລະເວລາ 9:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 2:00 ໂມງບ່າຍ ໃນວັນສຸກ (ບໍ່ລວມວັນເສົາອາທິດ ແລະວັນພັກຕ່າງໆ). ສຳລັບວັນເສົາອາທິດ, ວັນພັກຕ່າງໆ ແລະຫຼັງຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ, ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ຕົວແທນໃດໆ ດ້ານການລົງທະບຽນເພື່ອ ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.
8. ສິ່ງໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ສົມບູນຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານ ແລະເອກະສານທີ່ຈຳເປັນທັງໝົດໄປທີ່:

Loma Linda University Children's Hospital
 Patient Business Office
 P.O. Box 907
 Loma Linda, CA 92354



ຄຳແນະນຳໃນການສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ

ຈຸດປະສົງຂອງຟອມນີ້ແມ່ນເພື່ອພິຈາລະນາຕັດສິນການມີເງື່ອນໄຂເໝາະສົມຂອງຄົນເຈັບ/ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ ໂດຍສອດຄ່ອງກັບນະໂຍບາຍການເບິ່ງແຍງເພື່ອການກຸສົນ/ການຊຳລະເງິນແບບຫຼຸດລາຄາຂອງສູນ Loma Linda University Children's Hospital

ຄົນເຈັບ/ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ
ຊື່ _____

ຊື່ຂອງ
ຄູ່ສົມລົດ _____

ທີ່ຢູ່

ເບີໂທຣະສັບ
ເຮືອນ: _____
ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ: _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ
ຄົນເຈັບ/ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຄູ່ສົມລົດ _____

ສະຖານະຄອບຄົວ (ລາຍຊື່ຂອງຜູ້ຢູ່ໄດ້ການດູແລທຸກຄົນທີ່ທ່ານສະໜັບສະໜູນລ້ຽງດູ)

ຊື່	ອາຍຸ	ຄວາມສຳພັນ

ສະຖານະການຈ້າງງານ

ຄົນເຈັບ/ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ

ນາຍຈ້າງ

ຄົນເຈັບ/ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຕຳແໜ່ງ _____

ນາຍຈ້າງ _____

ບຸກຄົນສຳລັບຕິດຕໍ່ _____

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງນາຍຈ້າງ _____

ເບີໂທຣະສັບ _____

ນາຍຈ້າງຂອງຄູ່ສົມລົດ

ຕຳແໜ່ງຂອງຄູ່ສົມລົດ _____

ນາຍຈ້າງ _____

ບຸກຄົນສຳລັບຕິດຕໍ່ _____

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງນາຍຈ້າງ _____

ເບີໂທຣະສັບ _____



ລາຍໄດ້

	ຄົນເຈັບ/ຜູ້ຮັບປະກັນ	ຄູ່ສົມລົດ
1. ລວມຍອດຄ້າງຈ້າງ ແລະ ເງິນເດືອນ/ປີ (ກ່ອນການຫັກຕ່າງໆ)	\$	\$
2. ລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ/ປີ	\$	\$
3. ລາຍໄດ້ອື່ນໆ:		
a. ດອກເບ້ຽ & ເງິນປັນຜົນ	\$	\$
b. ຄ່າເຊົ່າ & ສັນຍາເຊົ່າອະສັງຫາລິມະຊັບ	\$	\$
c. ເງິນປະກັນສັງຄົມ	\$	\$
d. ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຫຼັງການຢ່າຮ້າງ	\$	\$
e. ເງິນຄ່າລ້ຽງດູລູກ	\$	\$
f. ເງິນຊ່ວຍຄົນຫວ່າງງານ/ຄົນພິການ	\$	\$
g. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ	\$	\$
h. ແຫຼ່ງອື່ນໆ ທັງໝົດ (ຄັດຕິດລາຍການ)	\$	\$
ລາຍໄດ້ລວມ (ບວກແຖວທີ 1 - ຂໍ້ 3h ຂ້າງເທິງ)	\$	\$

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພິເສດ

ກະຮຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພິເສດໃດໆ ເຊັ່ນ ຄ່າປິ່ນປົວ, ລາຍຈ່າຍຈາກການລົ້ມລະລາຍ, ການຈ່າຍເງິນຕາມຄໍາສັ່ງສານ ຫຼື ຕາມການຕົກລົງຊໍາລະໜີ້ (ຄັດຕິດລາຍການຕາມທີ່ຈໍາເປັນ).

ລາຍລະອຽດ	ຈໍານວນ

ໂດຍການເຊັນຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໃຫ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ຄວາມເຂົ້າໃຈອັນດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາ. ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາມອບອໍານາດໃຫ້ແກ່ LLUCH ໃນການກວດສອບພິສູດຂໍ້ມູນໃດໆ ທີ່ບົ່ງໄວ້ໃນໃບສະໝັກນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາໃຫ້ການອະນຸຍາດຢ່າງຊັດເຈນໃນການຕິດຕໍ່ກັບນາຍຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາ.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ/ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ ວັນທີ

_____ ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ ວັນທີ

