



0332C

คำแนะนำในการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน**ทุกส่วน**ในแบบฟอร์มใบสมัครที่แนบมานี้ หากมีข้อใดไม่เกี่ยวข้องของท่าน ให้เขียนคำว่า ไม่เกี่ยวข้อง ในช่องว่างที่กำหนดไว้
2. แนบหน้าเพิ่มเติม หากท่านต้องการเขียนตอบเพิ่มสำหรับคำถามใด
3. ท่านต้องให้เอกสารแสดงรายได้เมื่อท่านส่งใบสมัครนี้ เอกสารต่อไปนี้สามารถใช้เป็นเอกสารหลักฐานแสดงรายได้:

หากท่านยื่นเสียภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลาง ท่านต้องส่งสำเนาของ:

- a. แบบแสดงรายการเสียภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลาง (แบบฟอร์ม 1040) จากปีล่าสุด ท่านต้องแนบตารางรายการ พร้อมด้วยเอกสารแนบทั้งหมดที่ได้ส่งให้กับกรมสรรพากร

หากท่านไม่ได้ยื่นแบบแสดงรายการเสียเงินได้ของรัฐบาลกลาง กรุณาให้เอกสารต่อไปนี้:

- a. ต้นข้าวเช็คค่าจ้างสอง (2) ฉบับล่าสุด; และ
- b. จดหมายอธิบายว่าเหตุใดท่านจึงไม่ได้ยื่นแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลาง

หากท่านไม่มีรายได้ หรือ หลักฐานแสดงรายได้ กรุณาให้จดหมายซึ่งอธิบายว่า ท่านเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัว อย่างไร

4. ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือจะไม่ได้รับการดำเนินการจนกว่าจะให้ข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดก่อน
5. เป็นสิ่งสำคัญที่ท่านต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินไปพร้อมกับเอกสารแนบที่จำเป็นทั้งหมดภายใน**สิบสี่ (14) วัน**
6. ท่านต้องลงชื่อและวันที่ในใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน หากผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบและคู่สมรสเป็นคนให้ข้อมูล ทั้งสองคนต้องลงชื่อในใบสมัคร
7. หากท่านมีคำถาม กรุณาโทรติดต่อที่สำนักงานธุรกิจผู้ป่วย Patient Business Office ที่หมายเลขโทร (909) 651-4177, ระหว่างเวลา 9:00 น. ถึง 17:00 น. วันจันทร์ ถึงวันพฤหัสบดี และระหว่างเวลา 9:00 น. ถึง 14:00 น. ในวันศุกร์ (ไม่รวมวันหยุดสุดสัปดาห์ และวันหยุดต่างๆ) สำหรับวันหยุดสุดสัปดาห์ วันหยุดต่างๆ และหลังชั่วโมงทำการ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ลงทะเบียนใดๆ เพื่อขอความช่วยเหลือ
8. ส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่ครบถ้วนสมบูรณ์ของท่าน พร้อมด้วยเอกสารที่จำเป็นทั้งหมดไปที่:

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



Loma Linda University Children's Hospital
คำแนะนำในการสมัครขอรับความช่วยเหลือ
ทางการเงิน
หน้า 1 จาก 3

บัตรประจำตัวผู้ป่วย

คำแนะนำในการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

จุดประสงค์ของแบบฟอร์มนี้คือเพื่อพิจารณาตัดสินเกณฑ์การมีคุณสมบัติของผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบเพื่อการช่วยเหลือทางการเงิน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลรักษาเพื่อการกุศล/การชำระเงินโดยให้ส่วนลดของศูนย์ Children's Hospital แห่งมหาวิทยาลัย Loma Linda University

ชื่อของผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบ

ชื่อ _____

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

ที่บ้าน: _____

ที่ทำงาน: _____

หมายเลขประกันสังคม

ผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบ _____

คู่สมรส _____

สถานะครอบครัว (ระบุนรายชื่อของผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลที่ท่านสนับสนุนเลี้ยงดู)

ชื่อ	อายุ	ความสัมพันธ์

สถานะการจ้างงาน

ผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบ

นายจ้าง

ผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบ _____

ตำแหน่ง _____

นายจ้าง _____

บุคคลสำหรับติดต่อ _____

ข้อมูลติดต่อของนายจ้าง _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____

นายจ้างของคู่สมรส

ตำแหน่งงานของคู่สมรส _____

นายจ้าง _____

บุคคลสำหรับติดต่อ _____

ข้อมูลติดต่อของนายจ้าง _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____



รายได้

	ผู้ป่วย/ผู้รับประกัน	คู่สมรส
1. ยอดรวมค่าจ้าง & เงินเดือน/ปี (ก่อนการหักใดๆ)	\$	\$
2. รายได้จากธุรกิจของตนเอง/ปี	\$	\$
3. รายได้อื่นๆ:		
a. ดอกเบี้ย & เงินปันผล	\$	\$
b. ค่าเช่า & สัญญาเช่าอสังหาริมทรัพย์	\$	\$
c. เงินประกันสังคม	\$	\$
d. เงินค่าเลี้ยงดูจากการหย่าร้าง	\$	\$
e. เงินเลี้ยงดูบุตร	\$	\$
f. เงินช่วยเหลือผู้ว่างงาน/ผู้พิการ	\$	\$
g. เงินช่วยเหลือสาธารณะ	\$	\$
h. แหล่งรายได้อื่นๆ ทั้งหมด (แนบรายการ)	\$	\$
รายได้รวม (บวกข้อ 1 - 3h ข้างต้น)	\$	\$

ค่าใช้จ่ายพิเศษ

กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายพิเศษใดๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล การชำระเงินจากการล้มละลาย การชำระเงินตามคำสั่งศาล หรือการชำระเงินตามข้อตกลง (แนบรายการตามที่จำเป็น)

รายละเอียด	จำนวนเงิน

โดยการลงชื่อข้างล่างนี้ ข้าพเจ้า/เราขอประกาศว่า ข้อมูลที่ให้เป็นจริงและถูกต้องตามความรู้ความเข้าใจอันดีที่สุดของข้าพเจ้า/เรา ข้าพเจ้า/เราให้อำนาจ LLUCH ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้ ข้าพเจ้า/เราให้การอนุญาตโดยชัดแจ้งในการติดต่อกับนายจ้างของข้าพเจ้า/เรา

ลายมือชื่อของผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วันที่
ลายมือชื่อของคู่สมรส	วันที่

