

ຄໍາແນະນຳແບບຟອມການຊ່ວຍເຫຼືອ / ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອ

ນີ້ແມ່ນຄໍາຮ້ອງສະຫມັກສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ (ຫລືເອີ້ນວ່າການຮັກສາຄວາມໃຈບຸນ) ທີ່ St. Joseph Health.

ກົດຫມາຍຂອງລັດຖະບານກາງແລະລັດຮຽກຮ້ອງໃຫ້ໂຮງຫມໍທັງຫມົດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ປະຊາຊົນແລະຄອບຄົວທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການລາຍໄດ້.

ທ່ານອາດຈະມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບການດູແລະຮັບການດູແລຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຫຼຸດລົງອີງຕາມຂະໜາດຄອບຄົວແລະລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບ.

ເພື່ອເບິ່ງນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາແລະຄູ່ມືການວາງສະໄລ້, ກະລຸນາໄປຫາເວັບໄຊທ໌ຂອງລັດຈາກ <https://www.stjhs.org>.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນຫຍັງແດ່?

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງດ້ານການແພດໃຫ້ແກ່ໂຮງຫມໍໃນໂຮງຫມໍຂອງພວກເຮົາແມ່ນຂຶ້ນກັບການດູແລໂຮງຫມໍທີ່ຈໍາເປັນທາງດ້ານການບິນບົວຂອງທ່ານໂດຍອີງຕາມເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຄອບຄຸມທຸກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ, ລວມທັງການບໍລິການທີ່ສະໜອງຈາກອົງການອື່ນໆ

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມຫຼືຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກນີ້: ນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ, ແລະອຸປະກອນການນໍາໃຊ້ທີ່ມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາຫຼືທາງໂທລະສັບ.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບເຫດຜົນໃດກໍຕາມ, ລວມທັງຄວາມພິການແລະການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ.

ເອກະສານທີ່ໄດ້ຖືກແປອອກຕາມຄໍາຮ້ອງຂໍ.

ນີ້ແມ່ນວິທີຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ: <https://www.stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance>

ຜູ້ຕາງໜ້າບໍລິການລູກຄ້າທີ: 707-525-5228

ເພື່ອໃຫ້ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານຖືກດໍາເນີນການ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ
ຈົ່ງຕື່ມຂໍ້ມູນຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ຄອບຄົວປະກອບມີຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເກີດລູກ, ການແຕ່ງງານ, ຫຼືການຮັບຮອງເອົາຜູ້ທີ່ຢູ່ຮ່ວມກັນ)
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນລວມຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ (ລາຍໄດ້ກ່ອນພາສີແລະການຫັກອອກ) ເພື່ອປະກອບມີບັນຊີເງິນຝາກ, ແບບຟອມ W-2, ໃບແຈ້ງພາສີ, (ເບິ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກດ້ານການເງິນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນສໍາລັບຕົວຢ່າງຫຼາຍ)
- ໃຫ້ເອກະສານສໍາລັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວແລະປະກາດຊັບສິນ
- ແນບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຖ້າຈໍາເປັນ
- ລົງຊື່ແລະວັນທີແບບຟອມການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຫມາຍເຫດ: ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ເລກປະກັນສັງຄົມເພື່ອສະຫມັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ.

ຖ້າທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາມີຫມາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ, ມັນຈະຊ່ວຍເພີ່ມຄວາມໄວໃນການປຸງແຕ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານ.

ຫມາຍເລກປະກັນສັງຄົມຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອກວດພິສູດຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ໃຫ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫມາຍເລກປະກັນສັງຄົມ, ກະລຸນາຫມາຍ "ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້" ຫລື "NA".

Mail application completed with all documentation to: Santa Rosa Memorial Hospital, Attn: Financial Assistance, P.O. ຕັ້ງ 4119, Santa Rosa, CA 95402. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຮັກສາສໍາເນົາສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ.

ສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ທ່ານໄດ້ສໍາເລັດແລ້ວ: ເອົາໄປຫາຫ້ອງການທຸລະກິດ.

ຄໍາແນະນໍາແບບຟອມການຊ່ວຍເຫຼືອ / ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອ

ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈສຸດທ້າຍຂອງສິດທິແລະສິດການອຸທອນ, ຖ້າມີ, ພາຍໃນ 30 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບໃບຄໍາຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄົບຖ້ວນສົມບູນ, ລວມທັງເອກະສານລາຍຮັບ.

ໂດຍການອີ່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານການເງິນ,
ທ່ານໃຫ້ການອິນຍອມຂອງພວກເຮົາເພື່ອພວກເຮົາເຮັດການສອບຖາມທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອຢືນຢັນພັນທະແລະຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນ.

**ພວກເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອ. ກະລຸນາສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານທັນທີ!
ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.**

ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອ / ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ - ເປັນຄວາມລັບ

ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນທັງຫມົດໄປຫມົດ. ຖ້າບໍ່ປະຕິບັດ, ໃຫ້ຂຽນ "NA". ຈົ່ງແນະນຳອື່ນຖ້າຈຳເປັນ.

SCREENING INFORMATION			
ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ໃຫ້ຂຽນພາສາທີ່ຕ້ອງການ:			
ຄົນເຈັບໄດ້ນຳໃຊ້ Medicaid? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
ຜູ້ປ່ວຍໄດ້ຮັບບໍລິການສາທາລະນະລັດເຊັ່ນ: TANF, ອາຫານເພີນຖານຫຼື WIC? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
ຄົນເຈັບໃນປະຈຸບັນແມ່ນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
ການປິ່ນປົວທາງດ້ານການປິ່ນປົວຂອງຄົນເຈັບຕ້ອງມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸປະຕິເຫດລົດຫລືການບາດເຈັບທີ່ເຮັດວຽກບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
ກະລຸນາບັນທຶກ			
<ul style="list-style-type: none"> • ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນວ່າທ່ານຈະມີຄຸນສົມບັດສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະນຳໃຊ້. • ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃນຄຳຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງຫມົດແລະອາດຈະຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຫຼືຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ • ພາຍໃນ 30 ວັນຫລັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບໃບຄຳຮ້ອງແລະໃບຢັ້ງຢືນສຳເລັດແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ. 			
ຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງຜູ້ປ່ວຍແລະຜູ້ປ່ວຍ			
ຊື່ຄົນເຈັບຊື່	ຄົນກາງຊື່		ຊື່ຜູ້ປ່ວຍຊື່
<input type="checkbox"/> ຜູ້ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ອາດຈະກຳນົດ _____)	ວັນເກີດ		ຈຳນວນປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບ (ທາງເລືອກ *) * ທາງເລືອກ, ແຕ່ຕ້ອງການສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍກວ່າຄວາມຕ້ອງການຂອງກົດໝາຍຂອງລັດ
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບສຳລັບການຈ່າຍໃບປິ່ນຄ່າ	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເກີດ	ຫມາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ທາງເລືອກ *) * ທາງເລືອກ, ແຕ່ຕ້ອງການສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍກວ່າຄວາມຕ້ອງການຂອງກົດໝາຍຂອງລັດ
Mailing Address _____ _____ ນະຄອນ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____			ເບີຕິດຕໍ່ຫລັກ (s) () _____ () _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____
ສະຖານະການຈ້າງງານຂອງຜູ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍໃບປິ່ນ <input type="checkbox"/> ທີ່ເຮັດວຽກ (ວັນທີຈ້າງ: _____) <input type="checkbox"/> ຫວ່າງບໍ່ (ຫວ່າງບໍ່ດົນ: _____) <input type="checkbox"/> ຕົນເອງເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ນັກຮຽນ <input type="checkbox"/> ຖືກປິດໃຊ້ງານ <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ(_____)			

ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອ / ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ - ເປັນຄວາມລັບ

ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ					
ລາຍຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ລວມທັງທ່ານ. "ຄອບຄົວ" ປະກອບມີປະຊາຊົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເກີດລູກ, ການແຕ່ງງານ, ຫຼືການຮັບຮອງເອົາຜູ້ທີ່ຢູ່ຮ່ວມກັນ.					
FAMILY SIZE			ແນບຫນ້າເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ		
ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ	ຖ້າອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ: ຊື່ນາຍຈ້າງຫຼືແຫ່ງລາຍໄດ້	ຖ້າອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ: ລາຍໄດ້ລວມລາຍໄດ້ລວມ (ກ່ອນທີ່ພາສີ):	ຍັງສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ?
					ແມ່ນ / ບໍ່
					ແມ່ນ / ບໍ່
					ແມ່ນ / ບໍ່
					ແມ່ນ / ບໍ່
ລາຍໄດ້ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ທັງຫມົດຕ້ອງໄດ້ຮັບການເປີດເຜີຍ. ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະກອບມີ, ຕົວຢ່າງ: - ຄ່າແຮງງານ - ການຫວ່າງງານ - ການເຮັດວຽກຕົນເອງ - ການຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ເຮັດວຽກ - ຄວາມພິການ - SSI - ການສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍ / ຜົວເມຍ - ວຽກງານການສຶກສາ (ນັກຮຽນ) - Pension - ການແຈກຈ່າຍບັນຊີບານານ - ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ _____)					
INFORMATION INCOME					
ຈື່ຂໍ້ມູນການ: ທ່ານຕ້ອງປະກອບມີຫລັກຖານຂອງລາຍໄດ້ທີ່ມີຄຳຮ້ອງສະໜັກຂອງທ່ານ.					
ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ການຍ້າຍຢືນລາຍໄດ້ແມ່ນຈຳເປັນເພື່ອກຳນົດການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວ 18 ປີຫຼືສູງກວ່າຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງພວກເຂົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະໜອງເອກະສານໄດ້, ທ່ານອາດຈະສົ່ງລາຍລະອຽດລາຍເຊັນທີ່ລາຍລັກອັກສອນລາຍລະອຽດຂອງທ່ານ. ກະລຸນາສະແດງຫຼັກຖານສຳລັບທຸກແຫຼ່ງລາຍຮັບທີ່ກຳນົດ. ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ປະກອບມີ: <ul style="list-style-type: none"> • ຄ່າຖະແຫຼງທີ່ຖືວ່າ "ຖອນເງິນ W-2"; ຫຼື • ຈື່ຂໍ້ມູນການຈ່າຍເງິນສົດໃນປະຈຸບັນ (3 ເດືອນ); ຫຼື • ການກັບຄືນພາສີລາຍໄດ້ຂອງປີທີ່ຜ່ານມາ, ລວມທັງຕາຕະລາງຖ້າມີ; ຫຼື • ລາຍງານລາຍລັກອັກສອນ, ລາຍເຊັນຈາກນາຍຈ້າງຜູ້ອື່ນ; ຫຼື • ການອະນຸມັດ / ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບສຳລັບ Medicaid ແລະ / ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການບິນບົວຈາກລັດຖະບານ; ຫຼື • ການອະນຸມັດ / ປະຕິເສດສິດຂອງການຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານໃດໆກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຫຼືບໍ່ມີລາຍໄດ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ກັບຫນ້າອື່ນໂດຍຄຳອະທິບາຍ.					
ຂໍ້ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ					
ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮູບພາບທີ່ຄົບຖ້ວນສົມບູນກ່ຽວກັບສະຖານະການດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.					
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄົວເຮືອນລາຍເດືອນ: ຄື້າ / ຈ່ານອງ \$ _____ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ \$ _____ Insurance Premiums \$ _____ Utilities \$ _____ ອື່ນໆ / ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ \$ _____ (ການສະໜັບສະໜູນເດັກ, ເງິນກູ້, ຍາບິນບົວ, ອື່ນໆ)					

ຂໍ້ມູນ ASSET

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກນໍາໃຊ້ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຢູ່ເໜືອ 101% ຂອງນະໂຍບາຍຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຍອດເງິນໃນການກວດສອບບັນຊີປັດຈຸບັນ
\$ _____

ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຊັບສິນອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້ບໍ່?

ກະຊວງກວດສອບທຸກຢ່າງທີ່ຖືກຕ້ອງ

- ຫຼັກຊັບ ພັນທະບັດ 401K ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດສະພາບ (s) Trust(s)
 ຊັບສິນ (ຍົກເວັ້ນທີ່ຢູ່ອາໄສຫລັກ) ເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ

ຍອດເງິນຝາກປະຢັດໃນປະຈຸບັນ
\$ _____

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ກະຊວງຕິດຕໍ່ຫນ້າອື່ນຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນໆກ່ຽວກັບສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ເຊັ່ນ:
ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານການເງິນ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການປົນປົວທີ່ເກີນໄປ, ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການທີ່ຊົ່ວຄາວ, ຫຼືການສູນເສຍສ່ວນຕົວ.

ສັນຍາປົນປົວ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົາໃຈວ່າສະພາບຂອງເຈນໃຈເຊື່ອສາມາດຢັ້ງຢືນຂໍ້ມູນໂດຍການທົບທວນຄືນຂໍ້ມູນຂ່າວສານການປ່ອຍສິນເຊື້ອແລະການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍໃນການກຳນົດເງື່ອນໄຂການຮັບປະກັນທາງດ້ານການເງິນຫຼືແຜນການຈ່າຍ.

ຂ້ອຍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງຕົ້ນແມ່ນຄວາມຈິງແລະຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້ອຍ.
ຂ້ອຍເຂົາໃຈວ່າຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນທີ່ຂ້ອຍໃຫ້ແມ່ນຖືກປະຕິເສດບໍ່ໄດ້, ຜົນໄດ້ຮັບອາດຈະຖືກປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ແລະຂ້ອຍອາດຈະຮັບຜິດຊອບແລະຄາດວ່າຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໃຫ້.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະຫມັກ

_____ Date