

ວັນທີ 3 ມັງກອນ 2023

ເຖິງ ຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

ໂຮງໝໍເພີ້ນຜູ້ສະໝັກຕະພາບ Ascension Saint Thomas ແມ່ນຂັບເຄື່ອນໂດຍຄວາມເຫັນອົກເຫັນໃຈ ແລະ ອຸທິດຕົນເພື່ອສະໜອງ ການດູແລສ່ວນບຸກຄົນ ສໍາລັບທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຫຼາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິເພີ້ນຂອງພວກ ເຮົາທີ່ຈະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໃຫ້ພຽງແຕ່ສໍາລັບການດູແລສຸກເສີນ ແລະ ການປິ່ນປົວ ທາງການແພດທີ່ຈໍາເປັນອື່ນໆເທົ່ານັ້ນ. ຂໍຂອບໃຈທີ່ທ່ານໄວ້ວາງໃຈໃຫ້ພວກເຮົາດູແລທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານສໍາລັບທຸກຄວາມຕ້ອງການ ດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ແລະ ຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ຕິດຄັດມາ ເພາະວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນີ້, ກະລຸນາຢ່າໃສ່ໃຈ. ກະລຸນາສໍາເລັດທັງສອງຂ້າງ, ລວມທັງລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງມັນຄືນມາ. ຖ້າທ່ານປະກອບຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ພາຍໃນຫົກເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ກະລຸນາແຈ້ງພວກເຮົາ.

ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງປະກອບຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ໃໝ່.

ພວກເຮົາຈະບໍ່ເລີຍາວະນາຄໍາຮ້ອງສະໝັກກ່ອນໜ້ານີ້ທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າຫົກເດືອນ.

ຄຽງຄູ່ກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກ, ກະລຸນາສະໜອງສໍາເນົາຂອງຢ່າງນ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານແຕ່ງງານ ຫຼື ອາໄສຢູ່ກັບຜູ້ອື່ນທີ່ສໍາຄັນເປັນເວລາ 6 ເດືອນ ຫຼື ດົນກວ່ານັ້ນ,

ພວກເຮົາກໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໜອງສໍາເນົາຢ່າງໜ້ອຍ ໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້

ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງພວກເຮົາກ່ອນທີ່ຄໍາຮ້ອງສະໝັກສາມາດດໍາເນີນການໄດ້.

- ສໍາເນົາ 3 ໃບບິນຈ່າຍເງິນຫຼ້າສຸດຈາກນາຍຈ້າງ
- ສໍາເນົາໃບແຈ້ງພາສີປະຈໍາປີຫຼ້າສຸດ (ຖ້າວ່າປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ, ໃຫ້ລວມເອົາກໍານົດການທັງໝົດ)
- ລາງວັນປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ເງິນບໍານານ ໜັງສື
- ໃບເກັບພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ບົກຄອງ, ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີລາຍຊື່ຂຶ້ນກັບແບບຟອມເສຍພາສີຂອງພວກເຮົາ ແລະ ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 25 ປີ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ອື່ນໆທີ່ໃຊ້ໄດ້
- ສໍາເນົາໃບລາຍງານທະນາຄານຈາກ 3 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ
- ສໍາເນົາໃບຮັບເງິນການອຸດໜູນຫວ່າງງານ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນກັບຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ ເພື່ອນ,

ກະລຸນາໃຫ້ພວກເຮົາປະກອບແບບຟອມທີ່ໃສ່ຊື່ວ່າ "ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ."

ນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.

ນີ້ຈະຊ່ວຍສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າຄອງຊີບໄດ້ແນວໃດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມໜັງສືສະໜັບສະໜູນ.

ສຸດທ້າຍ, ກະລຸນາສະໜອງເອກະສານເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ

ຮ້ານຂາຍຢາ/ຢາປະຈໍາເດືອນທີ່ຍັງຄ້າງຄາຂອງທ່ານ.

ກະດູນາຮັບຊາບວ່າຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດ
ພ້ອມດ້ວຍຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບຕ້ອງໄດ້ຮັບເພື່ອໃຫ້ຄຳຮ້ອງສະໝັກໄດ້ຮັບການ ພິຈາລະນາ.
ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະມວນຜົນ ຫຼື ພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ.

ກະດູນາຈື່ໄວ້ວ່າການສື່ສານຜ່ານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ມີຄວາມປອດໄພ. ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ໜ້າຈະເປັນໄປໄດ້,
ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃສ່ໃນອີເມວອາດຈະຖືກແຊກແຊງ ແລະ
ອ່ານຈາກພາກສ່ວນອື່ນນອກເໜືອຈາກຄົນທີ່ຖືກກ່າວເຖິງ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການບົກບ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າມັນມີຄວາມປອດໄພ. ເນື່ອງຈາກວ່າຄຳຮ້ອງສະໝັກ
ປະກອບມີລະຫັດປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ. ພວກເຮົາຂໍຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລະເວັ້ນຈາກການສົ່ງມັນທາງອີເມວ.

ກະດູນາພິມ ແລະ ສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກ ຂອງທ່ານດ້ວຍມືໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້:

**Ascension Saint Thomas
Rehabilitation Hospital
310 21st Avenue North
Nashville, TN 37203**

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໜຶ່ງກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້, ກະດູນາໂທຫາໜຶ່ງໃນຕົວແທນຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີໂທ (629)
253-5300.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

ບໍລິການດ້ານການເງິນຂອງຄົນເຈັບ
ໂຮງໝໍເພີ່ນຜູ້ສະມັດຕະພາບ Ascension Saint Thomas

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ຈະຕ້ອງຕອບທຸກຫ້ອງໃຫ້ສໍາເລັດ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບສາຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກ)

ວັນທີ _____ ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການ ສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____

_____ ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ບົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄືກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະຫວ່າງສ່ວນນີ້ໄວ້.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການ ສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____

_____ ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍຝ່າຍຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການ ສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ທາງເລືອກ) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____

_____ ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ _____

ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຂອງພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນ ທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຈໍານວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ _____

ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

(ຕື່ມຈຳນວນເງິນໂດລາສຳລັບແຕ່ລະລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ສະໜອງຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນສຳລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍຮັບຂອງຜູ້ສະໝັກ _____
ລາຍຮັບຂອງຄູ່ສົມຮົດຜູ້ສະໝັກ _____
ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສັງຄົມ _____
ເງິນບຳເລັດ/ເງິນບຳນານ _____
ຄວາມພິການ ລາຍໄດ້ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍຄົນງານ _____
ດອກເບ້ຍ/ລາຍໄດ້ເງິນບັນຜົນ _____

ໄດ້ຮັບການລ້ຽງດູເດັກນ້ອຍ _____
ໄດ້ຮັບຄ່າລ້ຽງດູ _____
ລາຍຮັບຊັບ ສິນໃຫ້ເຊົ່າ _____
ສະແຕມອາຫານ _____
ໄດ້ຮັບການແຈກຢາຍກອງ ຫິນໄວ້ວາງໃຈ _____
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ລາຍຮັບລວມຍອດຕໍ່ເດືອນ \$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳເດືອນ

ຈຳນອງ/ເຊົ່າ _____
ສາທາລະນະໂພກ _____
ໂທລະສັບ (ຕັ້ງໃຕ້) _____
ໂທລະສັບມືຖື _____
ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍ/ອາຫານ _____
ເສດເບີນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະທັດຈານດາວທຽມ _____
ການຈ່າຍເງິນລົດ _____
ການເບິ່ງແຍງເດັກ _____

ຄ່າລ້ຽງດູເດັກ/ຄ່າລ້ຽງດູ _____
ບັດເຄຣດິດ _____
ໃບບິນຄ່າແພດ/ໂຮງໝໍ _____
ປະກັນໄພລົດ/ລົດໃຫຍ່ _____
ປະກັນໄພເຮືອນ/ຊັບສິນ _____
ປະກັນໄພທາງການແພດ/ສຸຂະພາບ _____
ປະກັນໄພຊີວິດ _____
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນອື່ນໆ _____
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນທັງໝົດເປັນເງິນໂດລາ _____

ຊັບສິນ

ເງິນສົດ/ເງິນຝາກປະຢັດ/ບັນຊີການກວດສອບ _____
ຮຸ້ນ/ພັນທະບັດ/ການລົງທຶນ/CD(s) _____
ອະສັງຫາລິມະຊັບ/ທີ່ຢູ່ອາໄສຂັ້ນສອງອື່ນໆ _____
ເຮືອ/RV/ລົດຈັກ/ບ່ອນພັກຜ່ອນ ພາຫະນະ _____
ລົດສະສົມ/ລົດຍົນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ _____
ຊັບສິນອື່ນໆ _____

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື່ອທາງນອກໄດ້ ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ _____

ວັນທີ _____

ຄຳເຫັນ _____

