

ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນທັງຫມົດໃຫ້ສໍາເລັດສົມບູນ. ຖ້າຕອບບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຂຽນ "NA". ເຕີມອີກຫນ້າ ຖ້າຈໍາເປັນ.\*

**ຂໍ້ມູນສໍາລັບຄັດເລືອກ:**

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່?  ຕ້ອງການ  ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຕ້ອງການ, ລະບຸພາສາທີ່ຕ້ອງການ:

ຄົນເຈັບຜູ້ນີ້ໄດ້ສະຫມັກ Medicaid ແລ້ວບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່

ຄົນເຈັບຜູ້ນີ້ໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການຈາກລັດ ເຊັ່ນວ່າ TANF, Basic Food, ຫຼື WIC ບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່

ຄົນເຈັບຜູ້ນີ້ປະຈຸບັນນິເບັນຄົນບໍ່ມີບ້ານເຮືອນບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່

ການດູແລທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບຜູ້ນີ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບອັດຕະໂນມັດຕິເຫດລົດຫຼືການບາດເຈັບຈາກເຮັດວຽກບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່

**ຫມາຍເຫດ:**

- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານສະຫມັກກໍຕາມ.
- ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃບສະຫມັກຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາສາມາດກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງຫມົດແລະອາດຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຫຼືກຖານສະແດງລາຍໄດ້.
- ພາຍໃນ 14 ວັນປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບໃບສະຫມັກຂອງທ່ານທີ່ປະກອບສໍາເລັດສົມບູນພ້ອມເອກະສານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດພ້ອມທີ່ຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ.

**ຂໍ້ມູນຜູ້ປ່ວຍແລະໃບສະຫມັກ**

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ
<input type="checkbox"/> ເພດຊາຍ <input type="checkbox"/> ເພດຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ອາດລະບຸກໍໄດ້ _____)	ວັນເກີດ	ບັນຊີ #
ສະຖານະການເຮັດວຽກຂອງຜູ້ຮັບຜິດຊອບ ຊໍາລະໃບບິນເອີນເກັບເງິນ	ຄວາມກ່ຽວພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເກີດ
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____		ຫມາຍເລກປະກັນສັງຄົມ # (ບໍ່ໃສ່ກໍໄດ້)
ເມືອງ	ລັດ	ສະຫັດໄປສະນີ
ສະຖານະພາບດຽວຂອງຜູ້ຮັບຜິດຊອບຊໍາລະໃບບິນເອີນເກັບເງິນ <input type="checkbox"/> ມີວຽກ (ວັນທີຈ້າງ: _____) <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກ (ບໍ່ໄດ້ເຮັດມາດົນບານໃດແລ້ວ: _____) <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກໃຫ້ຕົວເອງ <input type="checkbox"/> ເປັນນັກຮຽນ <input type="checkbox"/> ເປັນຄົນພິການ <input type="checkbox"/> ຮີໂທຣ໌ແລ້ວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)		

**ຂໍ້ມູນດ້ານຄອບຄົວ:**

ລະບຸລາຍຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ລວມທັງທ່ານ. "ຄອບຄົວ" ລວມເຖິງຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງດ້ວຍການເກີດ ຫຼືການຮັບລູກ  
ມາລ້ຽງຫຼືຜູ້ທີ່ຢູ່ນ່າ  
ຂະໜາດຄອບຄົວ \_\_\_\_\_ ເຕີມອີກຫນ້າ ຖ້າຈໍາເປັນ.

ຊື່	ວັນເກີດ	ຄວາມກ່ຽວພັນກັບ ຄົນເຈັບ	ຖ້າອາຍຸ 18 ປີຫຼື ສູງ ກວ່າ: ຊື່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ແຫຼ່ງລາຍໄດ້	ຖ້າອາຍຸ 18 ປີຫຼືສູງກວ່າ: ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ ທັງຫມົດ(ກ່ອນຈ່າຍພາສີ):	ສະຫມັກຂໍຄວາມ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງ ດ້ານການເງິນ ດ້ວຍບໍ່?
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ

ກະລຸນາຫມາຍສະຖານທີ່ທີ່ທ່ານໄດ້ໄປພົບຫມໍ:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ໂຮງຫມໍ MultiCare Puget Sound | <input type="checkbox"/> ໂຮງຫມໍ MultiCare Inland Northwest | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics     |
| <input type="checkbox"/> ຄລີນິກ MultiCare Puget Sound | <input type="checkbox"/> ຄລີນິກ MultiCare Rockwood         | <input type="checkbox"/> ຄລີນິກ ABC               |
|   |  | <input type="checkbox"/> Olympic Sports and Spine |

\* ມີຜົນຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມີນາ 2018 ການເຂົ້າພົບຫມໍທີ່ ຄລີນິກດ່ວນ MultiCare, ຄລີນິກ MultiCare Urgent Care ແລະ ຄລີນິກ MultiCare Urgent Care ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄອບຄຸມພາຍໃຕ້ໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຂອງ MultiCare ແລ້ວ.

# ແບບຟອມໃບສະຫມັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ – ເປັນຄວາມລັບ (ຕໍ່.)

## ຂໍ້ມູນດ້ານລາຍໄດ້:

**ຈົງຈື່ວ່າ:** ທ່ານຕ້ອງສົ່ງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ໄປນຳໃບສະຫມັກຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ແຫຼ່ງລາຍໄດ້ນີ້ລວມເຖິງ, ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ:

- ຄ່າຈ້າງ- ເງິນສະຫວັດດີການຫວ່າງງານ - ເງິນຈາກເຮັດວຽກຂອງຕົວເອງ - ເງິນຊົດເຊຍການບາດເຈັບເຮັດວຽກ - ເງິນສະຫວັດດີການຄວາມພິການ - ເງິນສະຫວັດດີການປະກັນສັງຄົມ- ເງິນຄ່າລ້ຽງດູລຸກ/ເມຍ
- ເງິນຈາກໂຄງການ Work study (ນັກຮຽນ) - ເງິນ Pension - ເງິນຈາກບັນຊີຮີໄທຣ໌ - ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ \_\_\_\_\_)

**ການກວດສອບລາຍໄດ້ນີ້ຈຳເປັນຕ້ອງມີເພື່ອຕັດສິນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ອາຍຸ 18 ປີຫຼື ສູງກວ່າຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງພວກເຂົາ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ເອກະສານສະແດງລາຍໄດ້, ທ່ານສາມາດຂຽນແລະເຊັນຫນັງສືອຖະແຫຼງອະທິບາຍລາຍໄດ້ຂອງທ່ານກໍໄດ້ ກະລຸນາສະຫນອງຫຼັກຖານສະແດງແຫ່ງລາຍໄດ້ ທຸກແຫ່ງ ຕົວຢ່າງຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ລວມເຖິງ:**

- ຫນັງສື "W-2" withholding statement; ຫຼື
- ໃບຈ່າຍເງິນປະຈຸບັນ (3 ເດືອນ); ຫຼື
- ໃບເສຍພາສີປີທີ່ແລ້ວ, ລວມເຖິງເອກະສານແນບ ຫາກວ່າມີ; ຫຼື
- ຄ່າຖະແຫຼງລາຍລັກອັກສອນແລະເຊັນຈາກນາຍຈ້າງຫຼືຜູ້ອື່ນ; ຫຼື
- ຫນັງສືອະນຸມັດ/ປະຕິເສດສິດທິຈະໄດ້ຮັບເງິນສະຫວັດດີການຫວ່າງງານ

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານລາຍໄດ້ຫຼືບໍ່ມີລາຍໄດ້, ກະລຸນາອະທິບາຍເຕີມອີກຫນ້າ

## ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ:

ກະລຸນາເຕີມອີກຫນ້າຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນກ່ຽວກັບສະຖານະພາບທາງການເງິນຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຊາບ ເຊັ່ນວ່າ ມີຄວາມລຳບາກທາງດ້ານການເງິນ, ໄດ້ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກຕາມລະດູການ, ຊົ່ວຄາວ, ຫຼືມີການສູນເສຍສ່ວນຕົວ

## ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຄົນເຈັບ:

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ MultiCare Health System ສາມາດກວດສອບຂໍ້ມູນໂດຍການກວດສອບຂໍ້ມູນເຄຣດິດແລະເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນເພື່ອຊ່ວຍໃນການຕັດສິນຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນທີ່ເໝາະສົມຈ່າຍເງິນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງອື່ນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງຕົ້ນແມ່ນຄວາມຈິງແທ້ແລະຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຖືກຕັດສິນວ່າເປັນຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜົນຈະແມ່ນວ່າຈະຖືກປະຕິເສດ ບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ແລະຂ້າພະເຈົ້າຈະມີຄວາມຮັບຜິດຊອບແລະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ສະຫນອງໃຫ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າ

\_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_  
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະຫມັກ