

ຄຳຮ້ອງຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນການເບິ່ງແຍງຮັກສາເພື່ອການກຸສົນ

ຮຽນຄົນເຈັບແລະຄອບຄົວທີ່ຮັກແພງ:

ໃນການຮັກສາພາລະກິດແລະຄ່ານິຍົມຫຼັກຂອງຕົນ. ພວກເຮົາໃຫ້ຄຳໝັ້ນສັນຍາວ່າຈະໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຮັກສາສຸຂະພາບສຳລັບບຸກຄົນທົ່ວໄປ ໂດຍບໍ່ຄ່ານຶງເຖິງຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍຄ່າຮັກສາພະຍາບານຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນການເບິ່ງແຍງຮັກສາເພື່ອການກຸສົນຂອງພວກເຮົາ:

ອາດເປັນຜູ້ຊ່ວຍຢາກທີ່ຈະຈ່າຍຄ່າຮັກສາພະຍາບານສຳລັບບຸກຄົນທົ່ວໄປ. ຄົນເຈັບທັງຫຼາຍທີ່ບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າບໍລິການທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນ ໃນການເບິ່ງແຍງຮັກສາສຸຂະພາບຂອງຕົນ ສາມາດສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໄດ້ ໂດຍການປະກອບແບບຟອມນີ້ ແລ້ວສົ່ງກັບຄືນໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ. ຄົນເຈັບທັງຫຼາຍ ແລະ ຄອບຄົວທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຕາມຂໍ້ກຳນົດທາງດ້ານລາຍຮັບ ອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຮັກສາສຸຂະພາບແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ຫຼຸດລາຄາ ຂຶ້ນຢູ່ກັບຂະໜາດ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວຂອງເຂົາເຈົ້າ ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະມີປະກັນໄພສຸຂະພາບຢູ່ແລ້ວກໍຕາມ.

ເພື່ອເບິ່ງນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ແນວທາງໃນການຫຼຸດຄ່າຮັກສາພະຍາບານ, ກະລຸນາເຂົ້າໄປທີ່ເວັບໄຊຂອງລັດ:

<https://www.providence.org/obp>

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຄອບຄົວເຖິງສິ່ງໃດແດ່?

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຄອບຄົວເຖິງການບໍລິການທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນ ຊຶ່ງສະໜອງໃຫ້ໂດຍ ໜຶ່ງໃນສູນບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ຂຶ້ນຢູ່ກັບສິດຂອງທ່ານ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຄອບຄົວເຖິງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງຮັກສາສຸຂະພາບທັງໝົດ ລວມເຖິງການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງການຈັດຕັ້ງອື່ນໆ.

ຖ້າທ່ານມີຄ່າຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຟອມໃບສະໝັກນີ້:

ນະໂຍບາຍ ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນງານຕ່າງໆ ແລະ ເອກະສານກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງພວກເຮົາ ມີໄວ້ໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານ ຢູ່ທີ່ເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຜ່ານທາງໂທລະສັບກໍໄດ້. ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ວຍເຫດຜົນໃດກໍຕາມ ລວມເຖິງການເສຍອົງຄະ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາ. ທີ່ນີ້ແມ່ນວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາໄດ້:

<https://www.providence.org/obp>

ຕົວແທນພະແນກບໍລິການລູກຄ້າ ທີ່ໝາຍເລກ:

503-215-3030 ຫຼື 866-747-2455 ວັນຈັນ - ວັນສຸກ ແລງ 8:00 ຫາ 8:00 ແລງ

ເພື່ອໃຫ້ໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການດຳເນີນການ ທ່ານຕ້ອງສະໜອງຂໍ້ມູນດັ່ງນີ້:

- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ
ຂຽນຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານໃສ່
(ຄຳວ່າຄອບຄົວລວມເຖິງຜູ້ທີ່ສາຍພົວພັນໂດຍການເກີດ, ການແຕ່ງງານ ຫຼື ການຮັບເອົາມາລ້ຽງເປັນລູກ
ທຳອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັນ)
- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍຮັບລວມຕໍ່ເດືອນຂອງຄອບຄົວ (ລາຍຮັບກ່ອນ ແລະ ຫຼັງຫັກພາສີອາກອນ)
- ແຈ້ງຊັບສິນ (ຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມໃບສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ)
- ຄັດຕິດຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຖ້າເຫັນວ່າຈຳເປັນ
- ລົງລາຍເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ແບບຟອມສະໝັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ຕ້ອງຢັ້ງຢືນແຫຼ່ງລາຍຮັບ....

ກະລຸນາຍືນໃບສະໝັກຂອງທ່ານພ້ອມກັບສຳນຳເອກະສານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ໃບຮັບຮອງການຈ່າຍເງິນເດືອນໃນປະຈຸບັນ 3 ເດືອນຫຼ້າສຸດ
- ໃບຄືນພາສີທີ່ຍື່ນຜ່ານມາໜຶ່ງນີ້ສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ
- ກະລຸນາສະໜອງຫຼັກຖານຫຼັກຖານສະແດງແຫຼ່ງລາຍຮັບອື່ນໆ
ຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມໃບສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ໝາຍເຫດ: ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ ເພື່ອສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ.

ຖ້າທ່ານສະໜອງໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມແກ່ພວກເຮົາ

ກໍຈະຊ່ວຍໃຫ້ການດຳເນີນການໃນການພິຈາລະນາໃບສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໄວຂຶ້ນ.

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມແມ່ນນຳໃຊ້ເພື່ອຢັ້ງຢືນຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ, ກະລຸນາໝາຍວ່າ "ບໍ່ມີ" ຫຼື "NA."

ສົ່ງໃບສະໝັກທີ່ສົມບູນພ້ອມກັບເອກະສານປະກອບທັງໝົດຜ່ານທາງໄປສະນີ ໄປທີ່:

ກວດກາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ເກັບຮັກສາເອກະສານໄວ້ເພື່ອຕົວທ່ານເອງໜຶ່ງສະບັບ:

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 4227, Portland, 97208-3395

ເພື່ອອື່ນໃບສະໜັກທີ່ສົມບູນດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ, ສາມາດອື່ນໄດ້ທີ່ຫ້ອງການຈ່າຍເງິນຂອງໂຮງໝໍໃກ້ບ້ານທ່ານ

ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບການຕັດສິນຊື້ຊາດການມີສິດ ແລະ ອຸທອນສິດ (ຖ້າມີ) ພາຍໃນ ¹⁴ ຕາມປະຕິທິນ ວັນ
ລວມເຖິງເອກະສານປະກອບກ່ຽວກັບລາຍຮັບ ຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ຮັບໃບສະໜັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ.

ໂດຍການອື່ນໃບສະໜັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ທ່ານຍິນຍອມໃຫ້ພວກເຮົາສອບຖາມຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນ ເພື່ອຍືນຍັນຂໍ້ມູນ
ແລະ ພັນທະທາງດ້ານການເງິນ.

**ພວກເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍທ່ານ. ກະລຸນາອື່ນໃບສະໜັກຂອງທ່ານໃນທັນທີ!
ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບບິນຕ່າງໆຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.**

ແບບຟອມໃບສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ/ການເບິ່ງແຍງຮັກສາເພື່ອ ການກຸສົນ – ປິດລັບ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນທັງໝົດຢ່າງຄົບຖ້ວນສົມບູນ ຖ້າວ່າມີຂໍ້ມູນບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ ໃຫ້ຂຽນ "NA." ອັດຕິດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ.

ການຄັດກອງຂໍ້ມູນ

ທ່ານຕ້ອງການລ່າມແປພາສາແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າຕ້ອງການ ຈົ່ງລະບຸພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.
ຄົນເຈັບເຄີຍສະໝັກ Medicaid ແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ອາດຕ້ອງນຳໃຊ້ກ່ອນໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ
ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການບໍລິການສາທາລະນະຕ່າງໆຈາກລັດເຊັນ: TANF, Basic Food ຫຼື WIC ແມ່ນບໍ່ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ປະຈຸບັນນີ້ຄົນເຈັບເປັນຄົນບໍ່ມີບ້ານແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ຄວາມຕ້ອງການດ້ານການເບິ່ງແຍງຮັກສາສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບ ກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸບັດຕິເຫດທາງລົດ ຫຼື ການໄດ້ຮັບບາດເຈັບຈາກວຽກງານ ແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າ

- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນໄດ້ວ່າທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະສະໝັກຂໍກໍຕາມ.
- ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານເຂົ້າມາແລ້ວ, ພວກເຮົາອາດຕະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ອາດຈະຂໍຂໍ້ມູນ ຫຼື ຫຼີກຖາມສະແດງລາຍຮັບເພີ່ມເຕີມ.
- ພາຍໃນ 14 ແລະ ເອກະສານປະກອບ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບໃບສະໝັກທີ່ສົມບູນຂອງທ່ານ ວັນຕາມປະຕິທິນ ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ບໍ່

ຂໍ້ມູນຄົວເຈັບ ແລະ ຜູ້ສະໝັກ

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ	ຊື່ກາງຂອງຄົນເຈັບ	ນາມສະກຸນຂອງຄົນເຈັບ
<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ _____)	ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ບໍ່ບັງຄັບ) <small>• ບໍ່ບັງຄັບໃຫ້ໃຊ້ ແຕ່ຕ້ອງໃຊ້ເພື່ອຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຫຼາຍຂຶ້ນກວ່າທີ່ກົດໝາຍກຳນົດ</small>
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄ່າຮັກສາພະຍາບານ	ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ <small>• ບໍ່ບັງຄັບໃຫ້ໃຊ້ ແຕ່ຕ້ອງໃຊ້ເພື່ອຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຫຼາຍຂຶ້ນກວ່າທີ່ກົດໝາຍກຳນົດ</small>
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ _____ ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ	ໝາຍເລກໂທລະສັບຕິດຕໍ່ຫຼັກ _____() _____() ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____	
ສະຖານະການຈ້າງງານຂອງບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄ່າຮັກສາພະຍາບານ <input type="checkbox"/> ມີການຈ້າງງານ (ວັນທີ່ຈ້າງງານ: _____) <input type="checkbox"/> ວ່າງງານ (ໄລຍະເວລາທີ່ວ່າງງານ: _____) <input type="checkbox"/> ອາຊີບອິດສະຫຼະ <input type="checkbox"/> ນັກຮຽນ <input type="checkbox"/> ຜູ້ພິການ <input type="checkbox"/> ກິນບ້ານ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)		

ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ

ລະບຸລາຍຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ ລວມທັງຕົວທ່ານເອງ. ຄຳວ່າ "ຄອບຄົວ" ລວມເຖິງຜູ້ທີ່ສາຍພົວພັນໂດຍການເກີດ, ການແຕ່ງງານ ຫຼື ການຮັບເອົາມາລ້ຽງເປັນລູກ ທີ່ອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັນ

ຂະໜາດຄອບຄົວ _____ ອັດຕິດໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນ

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ	ຖ້າມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ: ຊື່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ແຫຼ່ງລາຍຮັບ	ຖ້າມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ: ລາຍຮັບລວມຕໍ່ເດືອນ ກ່ອນຫັກພາສີ	ຍັງສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແມ່ນບໍ່?
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ

ຈະຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍຮັບຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນ ແຫ່ງລາຍຮັບລວມເຖິງເຊັ່ນ:

- ຄ່າຈ້າງ - ວ່າງງານ - ອາຊີບອິດສະຫຼະ - ຄ່າຕອບແທນຈາກການເຮັດວຽກ - ຜົນການ - SSI - ເງິນຊຸກຍູ້ລູກຄູ່ສົມລົດ
- ເຮັດວຽກ ແລະ ໂຄງການສຶກສາ (ນັກຮຽນ) - ບ້ານນານ - ເງິນຈັດສັນໃຫ້ບັນຊີກິນເບ້ຍບ້ານນານ - ອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ _____)

ແບບຟອມໃບສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ/ການເບິ່ງແຍງຮັກສາເພື່ອການກຸສົນ - ປິດລັບ

ຂໍ້ມູນລາຍຮັບ

ຈົ່ງຈື່ໄວ້ວ່າ: ທ່ານຕ້ອງສົ່ງຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບຂອງທ່ານມາພ້ອມກັບໃບສະໝັກ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວທ່ານ ຕ້ອງຢັ້ງຢືນລາຍຮັບເພື່ອພິຈາລະນາໄຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຈະຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍຮັບຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະໜອງເອກະສານປະກອບທ່ານອາດສົ່ງໃບຮັບຮອງທີ່ອະທິບາຍລາຍຮັບຂອງທ່ານ ພ້ອມກັບລົງລາຍເຊັນ. ກະລຸນາສະແດງຫຼັກຖານສໍາລັບແຫ່ງລາຍຮັບທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ ດ້ວຍຢ່າງຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບເຊັ່ນ:

- ໃບຮັບຮອງການຫັກພາສີນະທີ່ລ່າຍ "W-2" ຫຼື
- ໃບຮັບຮອງການລ່າຍເງິນເດືອນໃນປະຈຸບັນ (ເດືອນຫຼ້າສຸດ 3) ຫຼື
- ໃບຮັບຮອງການຄືນພາສີປີທີ່ຜ່ານມາ ລວມທັງກຳນົດການຕ່າງໆ (ຖ້າມີ) ຫຼື
- ໃບຮັບຮອງທີ່ລົງນາມໂດຍ ນາຍຈ້າງ ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນ ຫຼື
- ໃບການອະນຸມັດ/ປະຕິເສດສິດສໍາລັບ Medicaid ແລະ/ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດທີ່ລັດໃຫ້ເງິນອຸດໜູນ ຫຼື
- ໃບການອະນຸມັດ/ປະຕິເສດສິດສໍາລັບຄ່າຄິດເຊຍການວ່າງງານ

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບ ຫຼື ບໍ່ມີລາຍຮັບ, ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມພ້ອມຄ່າອະທິບາຍ.

ຂໍ້ມູນລາຍຈ່າຍ

ພວກເຮົາຳນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ພາບທີ່ສົມບູນຂັ້ນກ່ຽວກັບຖານະການເງິນຂອງທ່ານ

ລາຍຈ່າຍໃນຄົວເຮືອນຕໍ່ເດືອນ:

ຄ່າເຊົ່າ/ຈ່າຍວນທີ່ຢູ່ອາໄສ _____ \$	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ _____ \$
ຄ່າເບ້ຍປະກັນໄພ _____ \$	ສາທາລະນະປະໂຫຍດ _____ \$
ຫົນສິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ _____ \$	(ເງິນຊຸກຍູ້ລູກ, ເງິນກູ້, ຢາຮັກສາໂຮກ, ອື່ນໆ)

ຂໍ້ມູນຊັບສິນ

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດນຳມາໃຊ້ຖ້າວ່າ ລາຍຮັບຂອງທ່ານສູງກວ່າ 200% ຂອງແນວທາງໃນການແກ້ໄຂບັນຫາຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານ

ຍອດບັນຊີແຊັກໃນປະຈຸບັນ _____ \$

ຍອດບັນຊີເງິນຝາກໃນປະຈຸບັນ _____ \$

ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຊັບສິນອື່ນໆດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ຫຼື ບໍ່ ?

ກະລຸນາເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ແມ່ນ

- ຫຼືນ ພັນທະບັດ 401K ບັນຊີເງິນຝາກເພື່ອສຸຂະພາບ
- ຜູ້ຈັດການຊັບສິນ ເຮືອນ ແລະ ທີ່ດິນ (ບໍ່ນັບລວມທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກ)
- ເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນໆກ່ຽວກັບຖານະການເງິນໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ ຊຶ່ງທ່ານຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ເຊັ່ນ: ຄວາມລ່າບາກທາງດ້ານການເງິນ, ລາຍຮັບຊົ່ວຄາວ ຫຼື ຕາມລະດູການ ຫຼື ການສູນເສຍສ່ວນບຸກຄົນ.

ການຕົກລົງເຫັນດີຂອງຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີໃຫ້ Providence Health & Services di Prov ສາມາດຍືນຍັນຂໍ້ມູນ ໂດຍການກວດສອບຂໍ້ມູນເຄຼດິດ ແລະ ຫາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການພິຈາລະນາການມີສິດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື ແຜນການຈ່າຍງານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍັນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົາໃຈວ່າຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ບໍ່ເປັນຄວາມຈິງ ຜົນກໍ່ຄືການຖືກປະຕິເສດຈາກຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ _____

ວັນທີ _____