

ຄໍາແນະນໍາແບບຟອມການຊ່ວຍເຫຼືອ / ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອ

ນີ້ແມ່ນຄໍາຮ້ອງສະຫມັກສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ (ຫຼືການດູແລຄວາມໃຈບຸນ) ທີ່ Providence Health and Services.

ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງແລະລັດຮຽກຮ້ອງໃຫ້ໂຮງໝໍທັງໝົດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ປະຊາຊົນແລະຄອບຄົວທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການລາຍໄດ້.

ທ່ານອາດຈະມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບການດູແລພຣິຫຼືການດູແລຄໍາໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຫຼຸດລົງອີງຕາມຂະໜາດຄອບຄົວແລະລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບ.

ເພື່ອເບິ່ງນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາແລະຄູ່ມືການວາງສະໄລ້, ກະລຸນາໄປຫາເວັບໄຊທ໌ຂອງລັດຈາກ <https://www.providence.org/obp>

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນຫຍັງແດ່?

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງດ້ານການແພດໃຫ້ແກ່ໂຮງໝໍໃນໂຮງໝໍຂອງພວກເຮົາແມ່ນຂຶ້ນກັບການດູແລໂຮງໝໍທີ່ຈໍາເປັນທາງດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານໂດຍອີງຕາມເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຄອບຄຸມທຸກຄໍາໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ, ລວມທັງການບໍລິການທີ່ສະໜອງຈາກອົງການອື່ນໆ

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມຫຼືຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກນີ້: ນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ, ແລະອຸປະກອນການນໍາໃຊ້ທີ່ມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາຫຼືທາງໂທລະສັບ.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບເຫດຜົນໃດກໍ່ຕາມ, ລວມທັງຄວາມພິການແລະການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ.

ເອກະສານທີ່ໄດ້ຖືກແປອອກຕາມຄໍາຮ້ອງຂໍ.

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

ຜູ້ຕາງໜ້າບໍລິການລູກຄ້າທີ: 503-215-3030 ຫຼື 866-747-2455

ວັນຈັນ - ສຸກ 8: 00-17: 00

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".

ອີເມວ໌ຫຼືແຟັກຄໍາຮ້ອງສະຫມັກສໍາລັບເພື່ອມທັງເອກະສານທັງໝົດທີ່: PH & S Regional Business Office, P.O. ກ່ອງ 3299 Portland, OR 97208-3395 ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຮັກສາສໍາເນົາສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ.

ສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ສໍາເລັດຂອງທ່ານໄປໂດຍກົງ: ເອົາໄປທີ່ຫ້ອງການໂຮງໝໍເງິນທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈສຸດທ້າຍຂອງສິດແລະສິດການອຸທອນ, ຖ້າມີ, ພາຍໃນ 14 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບໃບສະຫມັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຄົບຖ້ວນ, ລວມທັງເອກະສານລາຍຮັບ.

ໂດຍການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການສະຫນັບສະຫນູນທາງດ້ານການເງິນ, ທ່ານໃຫ້ການຍື່ນຍອມຂອງພວກເຮົາເພື່ອພວກເຮົາເຮັດການສອບຖາມທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອຍື່ນຍັນພັນທະແລະຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນ.

**ພວກເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອ. ກະລຸນາສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານທັນທີ!
ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.**

ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອ / ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ - ເປັນຄວາມລັບ

ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນທັງໝົດໄປໝົດ. ຖ້າບໍ່ປະຕິບັດ, ໃຫ້ຂຽນ "NA". ຈົ່ງແບບຫນ້າອື່ນຖ້າຈຳເປັນ.

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 14 ວັນຫລັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບໃບສະຫມັກແລະເອກະສານຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານທາບຖ້າທ່ານມີເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ 	

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			ເບີຕົວຕໍ່ຫລັກ (s)
_____			() _____
_____			() _____
ນະຄອນ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	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(_____)			

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. ແຫ່ງລາຍຮັບປະກອບມີ, ຕົວຢ່າງ:

- ຄ່າແຮງງານ - ການຫວ່າງງານ - ການເຮັດວຽກຕົນເອງ - ການຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ເຮັດວຽກ - ຄວາມພິການ - SSI
- ການສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍ / ຜົວເມຍ - ວຽກງານການສຶກສາ (ນັກຮຽນ) - Pension - ການແຈກຈ່າຍບັນຊີບໍານານ
- ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ _____)

ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອ / ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ - ເປັນຄວາມລັບ

INFORMATION INCOME

ຈີຂໍ້ມູນການ: ທ່ານຕ້ອງປະກອບມີຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ທີ່ມີຄຳຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ການຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ແມ່ນຈຳເປັນເພື່ອກຳນົດການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວ 18 ປີຫຼືສູງກວ່າຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງພວກເຂົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະຫນອງເອກະສານໄດ້, ທ່ານອາດຈະສົ່ງລາຍລະອຽດລາຍເຊັນທີ່ລາຍລັກອັກສອນລາຍລະອຽດຂອງທ່ານ. ກະລຸນາສະແດງຫຼັກຖານສຳລັບທຸກແຫຼ່ງລາຍຮັບທີ່ກຳນົດ. ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ປະກອບມີ:

- ຄຳຖະແຫຼງທີ່ຖືວ່າ "ຖອນເງິນ W-2"; ຫຼື
- ຈີຂໍ້ມູນການຈ່າຍເງິນສົດໃນປະຈຸບັນ (3 ຕົວອນ); ຫຼື
- ການກັບຄືນພາສີລາຍໄດ້ຂອງປີທີ່ຜ່ານມາ, ລວມທັງຕາຕະລາງຖ້າມີ; ຫຼື
- ລາຍງານລາຍລັກອັກສອນ, ລາຍເຊັນຈາກການຈ້າງຫຼືຜູ້ອື່ນ; ຫຼື
- ການອະນຸມັດ / ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບສຳລັບ Medicaid ແລະ / ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປິ່ນປົວຈາກລັດຖະບານ; ຫຼື
- ການອະນຸມັດ / ປະຕິເສດສິດຂອງການຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານໃດໆກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຫຼືບໍ່ມີລາຍໄດ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ກັບຫນ້າອື່ນໂດຍຄຳອະທິບາຍ.

ຂໍ້ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮູບພາບທີ່ຄົບຖ້ວນສົມບູນກ່ຽວກັບສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄົວເຮືອນລາຍເດືອນ:

ເຊົາ / ຈຳນອງ \$ _____	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ \$ _____
Insurance Premiums \$ _____	Utilities \$ _____
ອື່ນໜີ້ສິນ / ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ \$ _____	(ການສະຫນັບສະຫນູນເດັກ, ເງິນກູ້, ຢາປິ່ນປົວ, ອື່ນໆ)

ຂໍ້ມູນ ASSET

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກນຳໃຊ້ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຢູ່ເໜືອ 101% ຂອງນະໂຍບາຍຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຍອດເງິນໃນການກວດສອບບັນຊີບັດຈຸບັນ
\$ _____

ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຊັບສິນອື່ນໆຫຼືບໍ່?

ກະລຸນາກວດສອບທຸກຢ່າງທີ່ຖືກຕ້ອງ

- ຫຼັກຊັບ ພັນທະບັດ 401K ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດສຸຂະພາບ (s) Trust(s)
- ຊັບສິນ (ຍົກເວັ້ນທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກ) ເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ

ຍອດເງິນຝາກປະຢັດໃນປະຈຸບັນ
\$ _____

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫນ້າອື່ນຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນໆກ່ຽວກັບສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ເຊັ່ນ: ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານການເງິນ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການປິ່ນປົວທີ່ເກີນໄປ, ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການຫຼືຊົ່ວຄາວ, ຫຼືການສູນເສຍສ່ວນຕົວ.

ສັນຍາປິ່ນປົວ

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າສຸຂະພາບແລະການບໍລິການສາມາດກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນຂ່າວສານໂດຍການທົບທວນຄືນຂໍ້ມູນຂ່າວສານການປ່ອຍສິນເຊື້ອແລະການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆເພື່ອຊ່ວຍໃນການກຳນົດເງື່ອນໄຂການຮັບປະກັນດ້ານການເງິນຫຼືແຜນການຈ່າຍ.

ຂ້ອຍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງຕົ້ນແມ່ນຄວາມຈິງແລະຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້ອຍ.
ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນທີ່ຂ້ອຍໃຫ້ແມ່ນຖືກປະຕິເສດບໍ່ໄດ້, ຜົນໄດ້ຮັບອາດຈະຖືກປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ແລະຂ້ອຍອາດຈະຮັບຜິດຊອບແລະຄາດວ່າຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໃຫ້.

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະຫມັກ

_____ Date