

# ແບບຟອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ

ການດູແລການກຸສົນ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອການຊໍາລະແບບຫຼຸດລາຄາ

## ແຈ້ງການ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເພື່ອຂໍ Charity Care ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອການຊໍາລະແບບຫຼຸດລາຄາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າຈະຂໍໂຄງການໃດ, ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການທຸລະກິດ ເພື່ອຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີ. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງໄດ້ທຸກເວລາ ກ່ອນ, ລະຫວ່າງ, ຫຼື ຫຼັງຈາກການຮັບບໍລິການໂຮງໝໍ.

ການມີສິດໄດ້ຮັບຂຶ້ນກັບລາຍໄດ້ຄອບຄົວ ແລະ ຂະໜາດຄອບຄົວ. ຊັບສິນທາງການເງິນຈະບໍ່ຖືກນໍາມາພິຈາລະນາ. ຢ່າໃຫ້ເລກບັນຊີທະນາຄານ, ຍອດເງິນ, ການລົງທຶນ, ບັນຊີກະສຽນ, ມູນຄ່າບ້ານ, ລົດ, ຫຼື ຂໍ້ມູນຊັບສິນອື່ນ.

ມີການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາຟຣີ ແລະ ຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ ເຊັ່ນ ອັກສອນເບຣວ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງ, ແລະ ເອກະສານອີເລັກໂທຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ ໂດຍໂທ (213) 314-1492 ຫຼື ໄປທີ່ຫ້ອງການທຸລະກິດ.

## ໂຄງການທີ່ຂໍ

ເລືອກໜຶ່ງຢ່າງ:  Charity Care  ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອການຊໍາລະແບບຫຼຸດລາຄາ  ທັງສອງ / ບໍ່ແນ່ໃຈ  
 ສໍາຄັນ: ຖ້າທ່ານຂໍພຽງແຕ່ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອການຊໍາລະແບບຫຼຸດລາຄາ, ທ່ານອາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນ້ອຍກວ່າທີ່ອາດມີພາຍໃຕ້ Charity Care. ຖ້າບໍ່ແນ່ໃຈ, ເລືອກ “ທັງສອງ / ບໍ່ແນ່ໃຈ” ຫຼື ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການທຸລະກິດເພື່ອຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີ.

## ສະຖານທີ່ໂຮງໝໍ

ເລືອກໜຶ່ງຢ່າງ:  L.A. Downtown Medical Center  West Covina Medical Center

## ຂໍ້ມູນຜູ້ປ່ວຍ

ລາຍການ	ຂໍ້ມູນ
ວັນທີ່ຮັບບໍລິການ	_____
ຊື່ຜູ້ປ່ວຍ	_____
ວັນເກີດ	_____
ທີ່ຢູ່ສົ່ງຈົດໝາຍ	_____
ເມືອງ / ລັດ / ZIP	_____
ເບີໂທລະສັບ	_____
ເພດ	<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ / ບໍ່ຕ້ອງການຕອບ
ຊົນເຜົ່າ - ບໍ່ບັງຄັບ ແລະ ບໍ່ໃຊ້ຕັດສິນສິດ	<input type="checkbox"/> ຂາວ <input type="checkbox"/> ດໍາ <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native American/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການຕອບ

## ໂຄງການ, ປະກັນໄພ ແລະ ຂະໜາດຄອບຄົວ

ແຫຼ່ງຈ່າຍຈາກບຸກຄົນທີສາມທີ່ອາດມີ:  ປະກັນໄພສ່ວນຕົວ  Medi-Cal  Medicare  ຈ່າຍເອງ  ອື່ນໆ  ບໍ່ມີ  
 ແຫຼ່ງລາຍໄດ້ຫຼັກ:  ການຈ້າງງານ  ທໍາງານສ່ວນຕົວ  Social Security  ພິການ  ວ່າງງານ  ກະສຽນ/ບໍານານ   
 ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ:  ການສະໜັບສະໜູນ  ອື່ນໆ  ບໍ່ມີ

ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໝັກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບອື່ນກ່ອນໂຮງໝໍຈະກວດຄໍາຮ້ອງນີ້ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອການຊໍາລະແບບຫຼຸດລາຄາ.

ລາຍຊື່ຜູ້ປ່ວຍ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ນັບໃນຂະໜາດຄອບຄົວ.

ຊື່	ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ປ່ວຍ	ອາຍຸ	ເພດ

## ລາຍໄດ້ຄອບຄົວ

ຂຽນລາຍໄດ້ຄອບຄົວເປັນລາຍເດືອນ ຫຼື ລາຍປີ. ຖ້າມີ, ສາມາດແນບເອກະສານລາຍໄດ້ໄດ້.

ແຫຼ່ງລາຍໄດ້	ຈໍານວນລາຍເດືອນ	ຈໍານວນລາຍປີ
ຄ່າຈ້າງ - ຜູ້ປ່ວຍ	\$	\$
ຄ່າຈ້າງ - ຄູ່ສົມລົດ / ຄູ່ຢູ່ຮ່ວມ	\$	\$
ຄ່າຈ້າງ - ສະມາຊິກຄອບຄົວອື່ນ	\$	\$
ທໍາງານສ່ວນຕົວ / ລາຍໄດ້ກະສິກໍາ	\$	\$
ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ / Social Security / ພິການ	\$	\$
ວ່າງງານ / Workers	\$	\$

ແຫຼ່ງລາຍໄດ້	ຈຳນວນລາຍເດືອນ	ຈຳນວນລາຍປີ
Compensation / Strike Benefits		
ຄ່າອຸປະກາລະຄູ່ສົມລົດ / ລູກ / ທະຫານ	\$	\$
ບຳນານ / ກະສຽນ	\$	\$
ປັນຜົນ, ດອກເບ້ຍ, ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ອື່ນໆ	\$	\$

**ເອກະສານລາຍໄດ້**

ທ່ານສາມາດແນບ paystubs ລ່າສຸດ ຫຼື ໃບແຈ້ງພາສີລາຍໄດ້ລ່າສຸດ. ຖ້າບໍ່ມີ, ທ່ານສາມາດໃຫ້ເອກະສານອື່ນທີ່ສະແດງລາຍໄດ້ຄອບຄົວ. Paystubs ລ່າສຸດໂດຍທົ່ວໄປໝາຍເຖິງ paystubs ພາຍໃນ 6 ເດືອນກ່ອນ ຫຼື ຫຼັງໃບບິນໂຮງໝໍຄັ້ງທຳອິດ, ຫຼື ພາຍໃນ 6 ເດືອນຂອງຄຳຮ້ອງກ່ອນຮັບບໍລິການ. ໃບແຈ້ງພາສີລ່າສຸດໂດຍທົ່ວໄປໝາຍເຖິງປີຂອງໃບບິນໂຮງໝໍຄັ້ງທຳອິດ ຫຼື 1 2 ເດືອນກ່ອນໃບບິນນັ້ນ. ຂໍ້ມູນຊັບສິນບໍ່ຈຳເປັນ ແລະ ຈະບໍ່ໃຊ້.

**ຂໍ້ມູນບໍລິການ ແລະ ບັນຊີ**

ປະເພດບໍລິການ	ຫົວໜ່ວຍບໍລິການ	ຈຳນວນ / ຄຳອະທິບາຍ	ວັນທີ
ໂຮງໝໍ inpatient	ວັນ inpatient	ຈຳນວນທີ່ເກັບ: \$ _____	
ໂຮງໝໍ outpatient	ວັນ outpatient	ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ: \$ _____	
ອື່ນໆ		ການປັບປຸງ / write-offs: \$ _____	
		ຄວາມຮັບຜິດຊອບຜູ້ປ່ວຍ: \$ _____	

**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ - ທາງເລືອກ**

ຂໍ້ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບການມີສິດພື້ນຖານ. ອາດໃຊ້ເພື່ອກວດສິດຄ່າຮັກສາສູງ, ແຜນຊຳລະ, ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ	ຈຳນວນລາຍເດືອນ	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ	ຈຳນວນລາຍເດືອນ
ຈຳນອງ / ຄ່າເຊົ່າ	\$	ປະກັນສຸຂະພາບ	\$
ຄ່ານໍ້າໄຟ / ໂທລະສັບ	\$	ໃບບິນການແພດ / ໂຮງໝໍ / ແພດ	\$
ອາຫານ	\$	ຢາ / ສິນເຊື່ອລົດ / ອື່ນໆ	\$

**ບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນຊັບສິນ**

ຊັບສິນທາງການເງິນ, ຂໍ້ມູນອ້າງອີງທະນາຄານ, ເລກບັນຊີ, ຍອດບັນຊີ, ຍອດການລົງທຶນ, ຍອດກະສຽນ, ມູນຄ່າອະສັງຫາ, ມູນຄ່າລົດ, ແລະ ຂໍ້ມູນຊັບສິນອື່ນ ບໍ່ຈຳເປັນ ແລະ ຈະບໍ່ຖືກພິຈາລະນາໃນການຕັດສິນສິດຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.

**ການຄຳນວນລາຍໄດ້ - ໃຊ້ໂດຍໂຮງໝໍ ຫຼື ເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໝັກ**

ລາຍການຄຳນວນ	ຈຳນວນ ຫຼື ຄ່າ
ລາຍໄດ້ລວມລາຍເດືອນ	\$
ຫັກການຫັກລາຍເດືອນ, ຖ້າມີ	\$
ລາຍໄດ້ສຸດທິລາຍເດືອນຫຼັງປັບ	\$
ຂະໜາດຄອບຄົວ	
ເປີເຊັນ FPL, ຖ້າຄຳນວນ	

**ຄຳຮັບຮອງຂອງຜູ້ສະໝັກ**

ຂ້ອຍຂໍປະກາດພາຍໃຕ້ໂທດຂອງການໃຫ້ການເຫັດວ່າ ຄຳຕອບທີ່ຂ້ອຍໃຫ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້ອຍ. ຂ້ອຍຕົກລົງຈະແຈ້ງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພາຍໃນສິບ (10) ມື້ ຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃນລາຍໄດ້, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ຂະໜາດຄອບຄົວ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ທີ່ຢູ່. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນຈະຖືກຮັກສາເປັນຄວາມລັບຕາມກົດໝາຍ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນຊັບສິນບໍ່ຈຳເປັນ ແລະ ຈະບໍ່ໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນສິດ. ຖ້າຂ້ອຍໄດ້ຮັບບໍລິການສຸຂະພາບເນື່ອງຈາກອຸບັດເຫດ ຫຼື ການບາດເຈັບ, ຂ້ອຍຕົກລົງຈ່າຍຄືນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈາກເງິນຄະດີ ຫຼື ການປະນີປະນອມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ເທົ່າທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດ.

ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກ / ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີອຳນາດ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

**ການກວດສອບຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ການຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນ**

ໂຮງໝໍຈະກວດສອບແບບຟອມທີ່ສຳເລັດ ແລະ ຈະໃຫ້ການຕັດສິນສິດເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ລາຍການ	ຂໍ້ມູນ
ການຕັດສິນ	[ ] ອະນຸມັດ [ ] ປະຕິເສດ [ ] ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມ
ຄຳເຫັນ	_____
ລາຍເຊັນຜູ້ກວດສອບ / ວັນທີ	_____

## **ໃຊ້ສໍາລັບໂຮງໝໍເທົ່ານັ້ນ**

ການມີສິດຕ້ອງອີງໃສ່ລາຍໄດ້ຄອບຄົວ ແລະ ຂະໜາດຄອບຄົວ. ຢ່າໃຊ້ຊັບສິນທາງການເງິນ ຫຼື ຂໍ້ມູນຊັບສິນອື່ນ. ຖ້າຜູ້ປ່ວຍອາດມີສິດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມນະໂຍບາຍໂຮງໝໍກ່ອນສົ່ງບັນຊີໄປ collections.

## **ຄໍາຖາມ ຫຼື ຂໍ້ມູນຮ້ອງຮຽນ**

ສໍາລັບຄໍາຖາມ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໝັກ, ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການທຸລະກິດທີ່ (213) 314-1492. ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າຖືກປະຕິເສດຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ທາງການເງິນຢ່າງຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນກັບ State of California Hospital Bill Complaint Program ທີ່ [HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov).