

ສະບາຍດີທ່ານຜູ້ສະໝັກ:

ຖ້າຫາກການຊຳລະຄ່າເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ສ້າງຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານການເງິນແກ່ທ່ານ, ສະເໜີໃຫ້ທ່ານປະກອບໃບສະໝັກດັ່ງກ່າວນີ້.

ໃບສະໝັກດັ່ງກ່າວຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາຄວາມສາມາດຂອງພວກເຮົາໃນການລຸດຜ່ອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ນອນໃນຂົງເຂດ Dartmouth ໃນການດູແລດ້ານສຸຂະພາບ. ກະລຸນາຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານັ້ນທັງໝົດເພື່ອເປັນການສະໝັກໃຫ້ແກ່ທ່ານ ເອງ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ທ່ານປະກອບຈະຖືກເປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຈະຖືກດໍາເນີນງານກວດກາຄືນໂດຍພະນັກງານນັກທີ່ຮັບຜິດຊອບໃບສະໝັກຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າຫາທ່ານມີປະກັນໄພແລ້ວທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ມີສ່ວນຮ່ວມກັບເຄືອຂ່າຍການເຂົ້າເຖິງໃນການດູແລດ້ານສຸຂະພາບ NH Health Access Network. ເຄືອຂ່າຍການເຂົ້າເຖິງດ້ານສຸຂະພາບ (The NH Health Access Network) ແມ່ນເຄືອຂ່າຍຂອງບັນດາໂຮງໝໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຕ່າງໆ ທີ່ເຮັດວຽກປັບປຸງການເຂົ້າເຖິງໃນການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກນ້ອຍທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ ແລະ ຜູ້ອາໄສຢູ່ທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ຂອງລັດ New Hampshire.

ກ່ອນທີ່ຈະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໃດໜຶ່ງ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສັງລວມແຫຼ່ງການຈ່າຍຕ່າງໆທີ່ຕິດພັນລວມທັງເບ້ຍປະກັນໄພ, ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ, ການດໍາເນີນຄະດີ ຫຼື ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງພາກສ່ວນທີສາມ. ກະລຸນານໍາໃຊ້ລາຍການກວດເຊັກຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ລວມເອົາຂໍ້ມູນທັງໝົດແລ້ວຫຼືຍັງ.

	ຄວາມຕ້ອງການ	N/A
1. ສໍາເນົາສະບັບສົມບູນຂອງການຄືນອາກອນລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງນະປະຈຸບັນຂອງທ່ານ ແລະ ກໍານົດຕະລາງເວລາທັງໝົດ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ສໍາເນົາແບບຟອມ W-2 ທັງໝົດນະປະຈຸບັນ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ສໍາເນົາ ສາມສະບັບ (3) ທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ກວດຄືນ ຫຼື ບົດລາຍງານຈາກຜູ້ຈ້າງງານ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ສໍາເນົາສາມ (3) ສະບັບຂອງ ໃບແຈ້ງຍອດທະນາຄານຫຼ້າສຸດ (ເຊັ່ນ: ເງິນຝາກປະຢັດ, ເຊັກ, ເງິນຕະຫຼາດທຶນ, IRA, 401K, ແລະອື່ນໆ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ສໍາເນົາໃບລາຍງານການຫວ່າງງານ, ເງິນຊົດເຊີຍການເສຍອົງຄະ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ສໍາເນົາເງິນປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ເງິນອຸດໜູນບໍານານ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ສໍາເນົາການຈັດສັນສະແຕມອາຫານ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ສໍາເນົາແຫຼ່ງເງິນປັນຜົນ, ກອງທຶນລວມ ແລະ ໃບລາຍງານພາສີຊັບສິນ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ສໍາເນົາໃບແຈ້ງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ:		
- ໃບແຈ້ງການຈາກກົມການໃຫ້ຍ້າຍດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ບໍລິການດ້ານມະນຸດສະທໍາ (ທັງຫມົດທຸກໜ້າ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Medicaid ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການລົງຈັດໝາຍ, ສໍາເນົາໃບແຈ້ງຕອບປະຕິເສດຈາກ Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ແຈ້ງການຈາກແຜນເບ້ຍການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຕະຫຼາດດ້ານການປະກັນໄພ(ບັນດາ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ທ່ານຍັງຕ້ອງສືບຕໍ່ຮັບຜິດຊອບທາງດ້ານການເງິນສໍາລັບການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈົນກວ່າທ່ານຈະສໍາເລັດການສະໝັກຂອງທ່ານຢ່າງຄົບຖ້ວນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການແຈ້ງຈາກພວກເຮົາພາຍໃນ 30 ວັນຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານນໍາສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານ, ຫຼື ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບໃບສະໝັກ, ກະລຸນາໂທຫາຜູ້ຊ່ວຍຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ (844) 647-6436. ເວລາທີ່ຫ້ອງການເປີດແຕ່ 9 am - 4:30 pm, ວັນຈັນ - ວັນສຸກ.

ການສະໝັກທີ່ຄົບຖ້ວນຄວນຈະຖືກຈັດສົ່ງກັບຄືນໄປຍັງທີ່ຢູ່ດຽວກັນຂ້າງລຸ່ມນີ້:

<p>Dartmouth Hitchcock ສູນການແພດ One Medical Center Drive PFS: ລະດັບ 3 FAA Lebanon, NH 03756 ແຟກ: (603) 650-6142</p>	<p>ໂຮງໝໍ New London Hospital ຕູ້ ປ.ມ 2150 ຮຽນທ່ານ: ຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການເງິນ New London, NH 03257 ແຟກ: (603) 526-5085</p>	<p>ສູນການແພດ Cheshire Medical Center 580 Court Street PFS: FAA Keene, NH 03431 ແຟກ: (603) 354-6533</p>	<p>ພົບພະຍາບານ ແລະ ແພດໝໍໃນເມືອງ Vermont ແລະ ເມືອງ New Hampshire (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 ແຟກ: (603) 650-6142</p>	<p>Alice Peck Day ໂຮງໝໍ Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 ແຟກ: (603) 650-6142</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍບຸກຄົນໃນການປະກອບໃບສະໝັກໃນສະຖານທີ່ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

<p>Dartmouth Hitchcock ສູນການແພດ One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222</p>	<p>Dartmouth Hitchcock ຄລິນິກ ແມນແຊດສະເຕີ (Clinics Manchester) 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293</p>	<p>ສູນການແພດ Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430</p>	<p>ໂຮງໝໍ New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082</p>
<p>Dartmouth Hitchcock ຄລິນິກ ຄອນຄອດ (Clinics Concord) 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080</p>	<p>Dartmouth Hitchcock ຄລິນິກ Clinics Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055</p>	<p>Alice Peck Day ໂຮງໝໍ Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007</p>	

ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

1. ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ເກີນ	ເລັກປະກັນສັງຄົມ #	ວັນເດືອນປີເກີດ
ຊື່ຖະໜົກ ນະສະຖານທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ (Zip code)	ຄວາມຍາວຂອງໄລຍະເວລາ
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຍະບັດ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ (Zip code)	
ເລກໝາຍໂທລະສັບຂອງເຮືອນ	ເລກໝາຍໂທລະສັບຂອງບ່ອນເຮັດວຽກ	<input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຍກທາງ <input type="checkbox"/> ພົນລະເມືອງ ຂອງ ສະຫະລັດ (US Citizen)	<input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮຳງ <input type="checkbox"/> ຢູ່ເຮືອນດູແລ (NH Resident)	<input type="checkbox"/> ຄົນໃນສັງຂອງ ສະຫະພາບ <input type="checkbox"/> ເປັນໝ້າຍ

2. ຜູ້ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄ່າໃບບິນ

ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ເກີນ	ເລັກປະກັນສັງຄົມ #	ວັນເດືອນປີເກີດ
ທີ່ຢູ່ຖ້າຫາກພົບວ່າມີຄວາມແຕກຕ່າງຈາກຂອງຄົນເຈັບເຊັ່ນວ່າ	ເລກໝາຍໂທລະສັບຂອງເຮືອນ	ເລກໝາຍໂທລະສັບຂອງບ່ອນເຮັດວຽກ		
ຊື່ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພ				ມີທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້

3. ກະລຸນາບົ່ງບອກທຸກຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ, ລວມທັງຜູ້ສະຫມັກ: ເພີ່ມໜ້າເຈ້ຍຖ້າເຫັນວ່າຈໍາເປັນ

ຊື່	ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ t	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກປະກັນສັງຄົມ #	ກໍາລັງສະໝັກ ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ
1 <u>ຕົວຄົນດຽວ</u>				
2				
3				
4				
5				
6				

4. ການສະໝັກດັ່ງກ່າວນີ້ສໍາລັບການບໍລິການໃນອານາຄົດ ຫຼື ໃນ ອາດິດ?

ອານາຄົດ ອາດິດ ວັນທີເດືອນປີຂອງການບໍລິການ: _____

5. ຈົ່ງປະກອບຂໍ້ມູນຖ້າຫາກມີຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ມີປະກັນໄພ:

ປະກັນສະຊະພາບ (ແຜນນະໂຍບາຍ/ຊື່), _____ ມີບັນຊີປະຍັດສໍາລັບສະຊະພາບ(ໝາຍວົງມົນ) ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຜູ້ໃດ: _____
 ນະໂຍບາຍ #/ID# _____ ຈໍານວນທີ່ຖືກຫັກ: _____

ພາກ A ວ່າດ້ວຍ Medicare _____, ພາກ B Medicare _____, ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍຈ່າຍໃຫ້ແກ່ ພາກສ່ວນ B ວ່າດ້ວຍ Medicare _____, ຜູ້ທີ່: _____

6. ມີຄົນໃດໜຶ່ງໃຄອບຄົວຂອງທ່ານສະໝັກຂໍນະໂຍບາຍ Medicaid ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຜູ້ໃດ: _____

ຖ້າຫາກຕອບແມ່ນ ແລະ ຕອບປະຕິເສດ ກະລຸນານໍາເອົາສະບັບສໍາເນົາຂອງໃບແຈ້ງຕອບປະຕິເສດດ້ານນະໂຍບາຍ Medicaid.

7. ທ່ານເຄີຍສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານເງິນຈາກການເກືອກອື່ນໆບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ລະບຸສະຖານທີ່: _____

8. ມີຄົນຖືພາລູກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

9. ມີຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເຮັດວຽກຮັບໃຊ້ທາງການທະຫານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຜູ້ໃດ: _____

10. ທ່ານກໍາລັງສະໝັກຂໍນະໂຍບາຍດ້ານຜົນຕອບແທນຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ ຫຼື ຂໍນະໂຍບາຍອຸປະຕິເຫດທາງຍານພາຫະນະ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ວັນທີເດືອນປີ: _____

11. ມີຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານດໍາລົງສິດທິປະໂຫຍດດ້ານນະໂຍບາຍຈາກທາງປະກັນສັງຄົມ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຜູ້ໃດ: _____

12. ມີໃດໜຶ່ງອີກບໍ່ທີ່ຮຽກຮ້ອງຄືນຄ່າຊໍາລະອາກອນໃນນາມຂອງທ່ານ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຜູ້ໃດ: _____

13. ຂໍ້ມູນດ້ານຊັບສິນໃນຄົວເຮືອນ

	ບຸກຄົນທີ 1	ບຸກຄົນທີ 2	ບຸກຄົນທີ 3
ຊື່ຂອງສາມະຊິກຄອບຄົວແຕ່ລະຄົນ:	_____	_____	_____
ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ:	_____	_____	_____
ຍອດລາຍຮັບລວມປະຈຳເດືອນຈາກ:			
ການວ່າຈ້າງ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ນາຍຕົວເອງ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ບັນຊີການລົງທຶນ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ໃຫ້ເຊົ່າອະທັງລິມະຊັບ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການວ່າງງານ:	ຕັ້ງແຕ່ງ MM / DD / YYYY	ຕັ້ງແຕ່ງ MM / DD / YYYY	ຕັ້ງແຕ່ງ MM / DD / YYYY
ຜັກບໍານານ: (Soc. ເບ້ຍປະກັນ, ເບ້ຍບໍານານ, ເບ້ຍປະຈຳປີ)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ຄ່າລ້ຽງດູ/ເງິນອຸດໜຸນລູກ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການຊ່ວຍເຫຼືອພາກລັດ, ສະແຕມອາຫານ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການເກັບອອມ ແລະ ການລົງທຶນ:			
ກວດເຊັກຍອດຄົງເຫຼືອຂອງບນຊີ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ຍອດຄົງເຫຼືອບັນຊີເງິນອອມ & CD : (IRAs, 403B, 401K:)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ລະບຸ: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການອອມ ແລະ ການລົງທຶນອື່ນໆ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ລະບຸ: _____			

14. ລາຍຈ່າຍຄົວເຮືອນ

ການຊໍາລະຄ່າເຊົ່າປະຈຳເດືອນ: \$ _____ ການຊໍາລະຈໍານອງບ້ານ: \$ _____ ຍອດຄົງເຫຼືອໃນການປ່ວຍກູ້ຄ່າຈໍານອງບ້ານ \$ _____

ຈໍານວນອາກອນຂອງຊັບສິນຍັງບໍ່ລວມຈໍານວນການຊໍາລະດັ່ງທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງ: \$ _____ ມູນຄ່າຂອງເຮືອນ: \$ _____

ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງນອກເນື້ອຈາກທີ່ຢູ່ຫຼັກແຫຼ່ງຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກແມ່ນ, ມູນຄ່າ \$ _____ ຍອດຈໍານອງບ້ານ: \$ _____

ຖ້າຫາກຊັບສິນເປັນທຸລະກິດ, ລາຍຊື່ທີ່ຢູ່: _____ ການຊໍາລະປ່ອຍສິນເຊື່ອ: \$ _____

ຊໍາລະແກ່: _____ ສໍາລັບ: _____

ພາກສ່ວນ D ຂອງ Medicare ທີ່ຖືກຫັກຈາກ ການກວດເຊັກປະກັນສັງຄົມ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຈໍານວນ: \$ _____

ການນໍາໃຊ້ອັດຕະປະໂຫຍດ \$ _____ ປະກັນໄພ (ອັດຕະໂນມັດ/ຊີວິດ/ຊັບສິນ) \$ _____ ອື່ນໆ: \$ _____

ເບ້ຍລ້ຽງ/ຄ່າອຸດໜຸນລູກ \$ _____ ເບ້ຍປະກັນໄພດ້ານສຸຂະພາບ \$ _____ ອື່ນໆ: \$ _____

ຄ່າດູແລເດັກ \$ _____ ໃບບິນຄ່າດູແລດ້ານສຸຂະພາບ \$ _____ ອື່ນໆ: \$ _____

ຄ່າຄອງຊີບ (ແກ້, ອາຫານ, ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ) \$ _____ ຄ່າຢາປົວພະຍາດ \$ _____ ຄ່າອື່ນໆ: \$ _____

ຜ່ານການເຊັນລົງນາມຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍອະນຸຍາດໃຫ້ຮ້ອງສະເໜີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍງານສິນເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ການຄືນຄ່າຫັກພາສີ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການຄືນຄ່າຊໍາລະພາສີແມ່ນມີຄວາມຈໍາເປັນເພື່ອດໍາເນີນການສະໝັກດັ່ງກ່າວນີ້ ແລະ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອາດຈະຖືກສະເໜີເພີ່ມກ່ອນທີ່ຈະມີສິດໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ໃນກໍລະນີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຮັບການເປີດເຜີຍຢ່າງຄົບຖ້ວນ, ຫຼືມີການໃຊ້ຕົວແທນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງເຊັ່ນວ່າ, ລາຍໄດ້ ຫຼື ຊັບສິນ, ຂໍ້ຕົກລົງໃດໆທີ່ສະໜອງແກ່ທ່ານໂດຍເປັນກຸສົນໃນສ່ວນລຸດຈາກການດູແລ ຈະຖືເປັນໄມຄະ ແລະ ຈະຖືກຍົກເລີກຄືນຈົນເຖິງວັນທີທີ່ໃບບິນຖືກທວງໝີ່. ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າທໍານຽມທາງກົດໝາຍໃດໜຶ່ງ/ທັງໝົດ ໃນລະຫວ່າງດໍາເນີນການເກັບກໍາຂໍ້ມູນ.

ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນທີ່ລົງນາມຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນທາງການເງິນ ຫຼື ການຈ້າງງານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າໂດຍກົງ ຫຼື ຕໍ່ກັບສິດໄດ້ຮັບໃນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຂົາເຈົ້າ. ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວນີ້ອາດຈະຖືກນໍາມາເປີດເຜີຍໃຫ້ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີສິດໃນການດູແລດ້ານສຸຂະພາບທີ່ສະມາຊິກຄົວເຮືອນໄດ້ຊອກຫາການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຂໍ້ມູນທັງຫມົດທີ່ສະໜອງໃຫ້ຈະຖືວ່າເປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບພາຍໃຕ້ຂໍ້ມັດຂອງລະບຽບການຂອງລັດຖະບານກາງ HIPAA. ຂັ້ນຕອນການຄັດເລືອກອາດຈະບໍ່ຖືກພິຈາລະນາສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະຊໍາລະຄືນໃນການໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຢ່າງຄົບຖ້ວນຖ້າຂ້ອຍໄດ້ຮັບນະໂຍບາຍທາງດ້ານການເງິນທີ່ນອນຢູ່ໃນການບໍລິການດ້ານການແພດທີ່ກວມໃນໃບສະໝັກສະບັບດັ່ງກ່າວນີ້, ຕົວຢ່າງເຊັ່ນການຈ່າຍເງິນປະກັນໄພ, ການຈ່າຍເງິນໂຄງການຂອງລັດຖະບານ, ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດເງິນຈາກການຮ້ອງຟ້ອງ ຫຼື ການຈ່າຍຊໍາລະອື່ນໆ.

ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ຂ້ອຍເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງມາຍັງອົງການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທໍາການສະໝັກເປັນຄັ້ງທໍາອິດກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ກັບສິດໄດ້ຮັບ, ລວມທັງການປ່ຽນແປງຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ, ລາຍໄດ້ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພດ້ານສຸຂະພາບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າສະຖານະການທາງການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງເພື່ອທີ່ວ່າຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະໄດ້ຮັບສິດຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງພາກລັດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງນໍາໃຊ້ກັບໂຄງການດັ່ງກ່າວນັ້ນ ແລະ ໃຊ້ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນໃນການສະໝັກ.

ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກ _____ ວັນທີເດືອນປີ _____

ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກຮ່ວມ _____ ວັນທີເດືອນປີ _____