

ຮຽນຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ:

ຖ້າຫາກການຈາຍຄ່າບິນບົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ອາດເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມຫຍຸ້ງຍາກລ່າບາກທາງການເງິນແກ່ທ່ານ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ລຸ້ນນີ້.

ຄຳຮ້ອງນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຂົາຕັດສິນຄວາມອາດສາມາດຂອງພວກເຮົາໃນການຫຼຸດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ຕາມທີ່ຕັ້ງໃດໜຶ່ງ ເຊັ່ນ: Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center ຫຼື Alice Peck Day Memorial Hospital. ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບທ່ານ ຫຼື ຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ແມ່ນເປັນຄວາມລັບ ແລະ

ຖືກທົບທວນໂດຍພະນັກງານປະມວນຜົນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າຫາກທ່ານມີປະກັນໄພ, ສະນັ້ນ

ທ່ານອາດຍັງມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນນຳຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມອື່ນໆຂອງ

ເຄືອຂ່າຍການເຊົ່າເຖິງສຸຂະພາບ NH, ເຄືອຂ່າຍການເຊົ່າເຖິງສຸຂະພາບ NH ແມ່ນເຄືອຂ່າຍໂຮງໝໍ ແລະ

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບິນບົວສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ເຮັດວຽກແພ່ອອກບຸກຄົນເຊົ່າເຖິງການບິນບົວ ສຳລັບປະຊາຊົນຜູ້ທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຢູ່ພາຍໃນການປະກັນດົນ ຂອງລັດ New Hampshire.

ກ່ອນໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນໃດໜຶ່ງ, ທ່ານ ຕ້ອງມີພົບບັນຫາໃນການບໍ່ສາມາດຊຳລະຢູ່ແລ້ວ ລວມທັງປະກັນໄພ, ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ, ການຮ້ອງຟ້ອງ ຫຼື ຫຼີ້ນສິນກັບບຸກຄົນທີສາມ.

ກະລຸນາໃຊ້ລາຍການກວດສອບລຸ່ມນີ້ ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນທັງໝົດແລ້ວ.

	ຕ້ອງການ	ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ
1. ສຳເນົາການຂໍຄືນອາກອນລາຍໄດ້ລັດຖະບານກາງ ແລະ ກຳນົດການທັງໝົດຫຼ້າສຸດຄົບຊຸດ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ສຳເນົາແບບຟອມ W-2 ຫຼ້າສຸດທັງໝົດ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ສຳເນົາໃບເບີກຈ່າຍເງິນ ຫຼື ໃບລາຍງານການເງິນຫຼ້າສຸດ 3 ຊຸດ ຈາກນາຍຈ້າງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ສຳເນົາໃບລາຍງານການເງິນຈາກທະນາຄານຫຼ້າສຸດ 3 ຊຸດ (ຕົວຢ່າງ: ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ, ແຊ້ງ, ໃບຕະຫຼາດເງິນ, IRA, 401K, ເປັນຕົ້ນ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ສຳເນົາໃບຢັ້ງຢືນການຫວ່າງງານ ແລະ ອຸດໜູນຊົດເຊີຍການເສຍອົງຄະ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ສຳເນົາປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ອຸດໜູນບຳນານ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ສຳເນົາຢັ້ງຢືນການຈັດສັນສະແຕັມອາຫານ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ສຳເນົາໃບລາຍງານແຫຼ່ງເງິນບັນຜົນ, ກອງທຶນ ແລະ ອາກອນຊັບສິນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ສຳເນົາແຈ້ງການການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ;		
ແຈ້ງການ ຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (ທຸກໜ້າ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ໜັງສື Medicaid Spend Down Letters, ສຳເນົາແຈ້ງການປະຕິເສດ ຈາກ Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ແຈ້ງການຈາກແຜນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນໄພ ແລະ ປະກັນໄພໃນຕະຫຼາດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ວຍຕົວເອງໃນການຕື່ມແບບຟອມຄໍາຮ້ອງນີ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດັ່ງນີ້:

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 ທ້ອງຖິ່ນ: 603, 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Health 253 Cecil Street Concord, NH 03301 603, 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 603, 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 603, 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 ທ້ອງຖິ່ນ: 603, 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Keene, NH 03766 603, 443-9579
--	--	--	---	---	--

ທ່ານຈະສືບຕໍ່ຮັບຜິດຊອບທາງການເງິນຕໍ່ກັບການບໍລິການໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຈົນກວ່າຄໍາຮ້ອງທີ່ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານຖືກຮັບ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໄດ້ຂ່າວຈາກພວກເຮົາພາຍໃນ 30 ວັນ ພາຍຫຼັງທີ່ສົ່ງຄືນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄໍາຮ້ອງດັ່ງກ່າວ, ກະລຸນາໂທຫາໜຶ່ງໃນນັກສົ່ງເສີມຊ່ວຍເຫຼືອຄົນເຈັບໄດ້ທີ່ເບີ (844) 647-6436. ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ແມ່ນ 9:00 ໂມງເຊົ້າ - 4:30 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ - ວັນສຸກ. ຄໍາຮ້ອງທີ່ປະກອບແລ້ວຄວນຖືກສົ່ງກັບຄືນໄປຍັງໜຶ່ງໃນທີ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້.

Dartmouth Hitchcock Medical Center
One Medical Center Dr. PFS: Level 3
FAA
Lebanon, NH 03766
ແຟັກ: 603, 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire
580-590 Court St. PFS: FAA
Keene, NH 04431
ແຟັກ: 603, 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive FAA
Lebanon, NH 03756
ແຟັກ: 603, 650-6142

ຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ

Alice Peck Day Memorial Hospital
 ຕຖິງ: FAA
 10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

1. ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ:

ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ກາງ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ	ວັນເດືອນປີເກີດ
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ	ເມືອງ		ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີຄວາມຍາວເວລາຫາທີ່ຢູ່
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ		ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ເບີໂທລະສັບເຮືອນ	ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ		<input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແລ້ວ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ມີຄູ່ຢູ່ຮ່ວມກິນນໍາກັນ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ <input type="checkbox"/> ຄັນໝ້າຍ <input type="checkbox"/> ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ <input type="checkbox"/> ປະຊາຊົນ NH	

2. ບຸກຄົນຮັບຜິດຊອບຈ່າຍໃບບິນ

ນາມສະກຸນ	ຊື່	ຊື່ກາງ	ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ
ທີ່ຢູ່ ຖ້າຫາກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ຄົນເຈັບ			ເບີໂທລະສັບເຮືອນ	ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ
ຊີບວິສັດປະກັນໄພ	ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້			

3. **ກະລຸນາລະບຸຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນທັງໝົດ ລວມທັງຜູ້ສະໝັກ: ໃຊ້ໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມຖ້າຈໍາເປັນ

ຊື່	ຄວາມພົວພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກທີ ປະກັນສັງຄົມ	ພວມສະໝັກ
1	ດ້ວຍຕົວເອງ	ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ		
2				
3				
4				
5				
6				

4. ຄໍາຮ້ອງນີ້ແມ່ນສໍາລັບການບໍລິຫານໃນຕໍ່ໜ້າ ຫຼື ທີ່ຜ່ານມາບໍ່? ຕໍ່ໜ້າ ທີ່ຜ່ານມາ ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ:

5. ກະລຸນາຕື່ມ ຖ້າຫາກໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີປະກັນໄພ:
 ການປະກັນສຸຂະພາບ (ແຜນ/ຊື່) _____, ບັນຊີຜາກປະຢັດເພື່ອສຸຂະພາບ (ວົງຈອນ) – ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ແມ່ນໃຜ: _____
 ນະໂຍບາຍເລກທີ/ເລກລະຫັດທີ _____ ມູນຄ່າທີ່ຕ້ອງອອກເອງກ່ອນ:
 Medicare ພາກ ກ _____, Medicare ພາກ ຂ _____ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍ Medicare ພາກ ຂ _____ **ແມ່ນໃຜ:** _____

6. ມີໃຜຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເຄີຍສະໝັກຂໍ Medicaid ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ

Alice Peck Day Memorial Hospital
ຕືງ: FAA
10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

ແມ່ນໃຜ: _____ ຖ້າ ແມ່ນ ແລະ ຖືກປະຕິເສດ ກະລຸນາສະໜອງສໍາເນົາໃບແຈ້ງປະຕິເສດ ຂອງ Medicaid.

7. ທ່ານເຄີຍສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຢູ່ສະຖານປື້ນປົວອື່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ຢູ່ໃສ: _____

8. ໃຜຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຖືພາບ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

9. ມີໃຜຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານປະຈໍາການໃນກອງທັບບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____

10. ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍແຮງງານ ຫຼື ເງິນທົດແທນອຸບັດຕິເຫດທາງລົດຍົນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ອັນທີ: _____

11. ໃຜຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສິດຜົນປະໂຫຍດຈາກປະກັນສັງຄົມບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____

12. ໃຜຜູ້ໜຶ່ງຮ້ອງຂໍທ່ານ ກ່ຽວກັບການຄືນເງິນອາກອນລາຍໄດ້ ຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____

13. ຂໍ້ມູນຄົວເຮືອນ	ບຸກຄົນທີ 1	ບຸກຄົນທີ 2	ບຸກຄົນທີ 3
--------------------	------------	------------	------------

***ຊື່ຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນແຕ່ລະຄົນ:** _____

ຊື່ນາຍຈ້າງ: _____

ແບບຟອມລາຍຮັບ ລວມ ປະຈຳເດືອນ:

ການຈ້າງງານ	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ບັນຊີລົງທຶນ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການເຊົ່າອະສັງຫາລິມະສັບ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການຫວ່າງງານ: (ນັບແຕ່ (____ / ____ / ____)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການບໍານານ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(ປະກັນ ສັງຄົມ, ບໍານານ, ເງິນປະຈຳປີ)			
ຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງລູກ	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ,	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ສະເໝີມອາຫານ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ລາຍຮັບອື່ນ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

ການຝາກເງິນ ແລະ ການລົງທຶນ:

ກວດເບິງຍອດເງິນໃນບັນຊີ	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ຍອດເງິນຝາກປະຢັດ ແລະ	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ບັນຊີເງິນຝາກກະແສລາຍວັນ			
IRAs, 403B, 401K:			
ຈົ່ງລະບຸ: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ເງິນຝາກ ແລະ ການລົງທຶນອື່ນ:			
ຈົ່ງລະບຸ: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

ອື່ນໆ:

ວົດຍົນ: ປີ, ອີ່ຫໍ້, ລຸ້ນ? _____

ວົດຜັກຜ່ອນຢ່ອນອາລົມ: ປີ, ອີ່ຫໍ້, ລຸ້ນ? _____

14. ລາຍຈ່າຍຄົວເຮືອນ

ການຈ່າຍຄ່າເຊົ່າປະຈຳເດືອນ: \$ _____ ຫຼື ການຈ່າຍຄ່າຈໍານໍາ: \$ _____ ຍອດເງິນກູ້ຈາກໂຮງຈໍານໍາ \$ _____

ມູນຄ່າອາກອນຊັບສິນບໍ່ໄດ້ລວມໄວ້ໃນມູນຄ່າຊໍາລະຂ້າງເທິງນັ້ນ: \$ _____ ມູນຄ່າບ້ານ: \$ _____

ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນນອກເໜືອຈາກເຮືອນພັກປະຈຳບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ມູນຄ່າ \$ _____ ຍອດຈໍານໍາ: \$ _____

ຖ້າຫາກຊັບສິນອື່ນເປັນທຸລະກິດ, ລະບຸທີ່: _____

ການຈ່າຍເງິນກູ້ປະຈຳເດືອນ: \$ _____ ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້: _____ ສໍາລັບ: _____

Medicare ພາກ ງ ຫັກຈາກການກວດສອບປະກັນສັງຄົມ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ມູນຄ່າ: \$ _____

ເຄື່ອງສາທາລະນຸປະໂພກ	\$ _____	ປະກັນໄພ (ລົດ/ຊີວິດ/ຊັບສິນ)	\$ _____	ອື່ນໆ: _____	\$ _____
ຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງລູກ	\$ _____	ເບື້ອງປະກັນສຸຂະພາບ	\$ _____	ອື່ນໆ: _____	\$ _____
ການດູແລເດັກ	\$ _____	ໃບບິນຮຽກເກັບເງິນຄ່າປິ່ນປົວສຸຂະພາບ	\$ _____	ອື່ນໆ: _____	\$ _____
ການດໍາລົງຊີວິດ (ແກ້ສ, ອາຫານ,	\$ _____	ຢາ	\$ _____	ອື່ນໆ: _____	\$ _____

15. ການມອບສິດ ອ່ານຢ່າງລະມັດລະວັງ

ໂດຍການລົງລາຍເຊັນຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດການຮ້ອງຂໍລາຍງານສິນເຊື້ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ການຂໍສິນອາກອນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການຂໍສິນອາກອນແມ່ນຈຳເປັນ ເພື່ອດຳເນີນການຄຳຮ້ອງນີ້ ແລະ ອາດມີການຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມອີກ ກ່ອນທີ່ສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຕັດສິນ. ໃນກໍລະນີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເປີດເຜີຍທັງໝົດ ຫຼື ມີບາງສິ່ງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ເປັນຕົ້ນ ລາຍຮັບ ຫຼື ຊັບສິນ, ຂໍ້ຕົກລົງໃດໆທີ່ຈະໃຫ້ທ່ານ ພ້ອມສ່ວນຫຼຸດການປິ່ນປົວແບບການກຸສົນຈະຖືເປັນໄມຄະ ແລະ ຈະມີຜົນຢ່ອນຄືນກັບໄປວັນທີ່ໃບປິ່ນປົວຮຽກເກັບເງິນຖືກອອກ. ຂ້າພະເຈົ້າອາດຮັບຜິດຊອບສຳລັບຄ່າທຳນຽມທາງກົດໝາຍໃດໜຶ່ງ/ທັງໝົດ ໃນລະຫວ່າງຂະບວນການເກັບເງິນ.

ສະມາຊິກຄົວເຮືອນທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທັງໝົດຜູ້ທີ່ເຊັນລຸ່ມນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດ, ການເງິນ ແລະ ການຈ້າງງານ ເຊິ່ງກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ຂອງພວກເຂົາ ຫຼືກັບ ສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ.

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຖືກເປີດເຜີຍຕໍ່ກັບຜູ້ສະໜອງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈາກຜູ້ທີ່ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຕ້ອງການການບໍລິການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ. ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ສະໜອງໃຫ້ຈະຢັ້ງຢືນເກັບຮັກສາເປັນຄວາມລັບພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດ ຂອງລະບຽບການກາງ ຂອງກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍຄວາມສະດວກ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບດ້ານປະກັນສຸຂະພາບ (HIPAA). ຂັ້ນຕອນດຳເນີນການທີ່ເລືອກເຜີນອາດບໍ່ຖືວ່າເປັນການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຈ່າຍຄືນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນເຕັມຈຳນວນ ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວປະເພດໃດໜຶ່ງທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍຄຳຮ້ອງນີ້ ຕົວຢ່າງ: ການຈ່າຍປະກັນໄພ, ການຈ່າຍໂຄງການຂອງລັດ, ລາງວັນຈາກການຮ້ອງຟ້ອງ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງ.

ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ອົງການຈັດຕັ້ງຊາບ ບ່ອນໃດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າປ່ຽນແປງ ທີ່ອາດມີຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ລວມທັງການປ່ຽນແປງໃນຂະໜາດຄົນໃນຄອບຄົວ, ລາຍຮັບ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຫາກສະຖານະການທາງການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ/ຂອງພວກເຮົາປ່ຽນແປງ ສະນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາ ອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈຳຕ້ອງສະໝັກຂໍໂຄງການດັ່ງກ່າວນັ້ນ ແລະ ສະໜອງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນຄັດຕິດຄຳຮ້ອງ.

_____ ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກ _____ ວັນທີ _____ ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກຮ່ວມ _____ ວັນທີ _____