

**เรียน ผู้สมัคร :**

หากการชำระค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของคุณสามารถสร้างความลำบากทางการเงินให้กับคุณ โปรดกรอกใบสมัครนี้ ใบสมัครนี้จะช่วยให้เราพิจารณาความสามารถของเราในการลดค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการที่ Dartmouth-Hitchcock, ศูนย์การแพทย์ Cheshire, หรือโรงพยาบาล Alice Peck Day Memorial โปรดตอบคำถามทั้งหมดที่เกี่ยวกับคุณหรือครัวเรือนของคุณ ข้อมูลใด ๆ ที่คุณจัดให้จะถือเป็นความลับ และได้รับตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการกับใบสมัครของคุณเท่านั้น

หากคุณมีประกันสุขภาพ คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินกับผู้ให้บริการที่เข้าร่วมอื่น ๆ ของเครือข่ายการเข้าถึงด้านสุขภาพของ NH ก็ได้ เครือข่ายการเข้าถึงด้านสุขภาพของ NH เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ

ที่ทำงานเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพสำหรับเด็กภายใต้เงื่อนไขการประกัน และผู้ใหญ่ที่พักอาศัยในรัฐนิวแฮมป์เชียร์

ก่อนการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ คุณจะต้องใช้แหล่งที่มาของเงินอื่น ๆ ทั้งหมด รวมถึงการประกันสุขภาพ สาธารณูปการ การฟ้องร้องคดี หรือความรับผิดชอบของบุคคลที่สามให้เรียบร้อยเสียก่อน

โปรดใช้รายการตรวจสอบที่ด้านล่างเพื่อให้แน่ใจว่าคุณได้รวมข้อมูลทั้งหมดไว้ด้วยแล้ว

	จำเป็น ต้องใช้	ไม่มี ข้อมูล
1. สำเนาฉบับสมบูรณ์ของการคืนภาษีของรัฐบาลกลางฉบับล่าสุดของคุณและกำหนดการทั้งหมด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สำเนาของแบบฟอร์ม W-2 ฉบับล่าสุดทั้งหมด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. สำเนาของต้นขั้วเช็คเงินเดือนสาม (3) ฉบับล่าสุดของคุณ หรือค่าแถมการณจากนายจ้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. สำเนาใบแจ้งสภาพบัญชีธนาคารล่าสุดสาม (3) ฉบับ (เช่น บัญชีเงินออม บัญชีเงินฝาก กองทุนตลาดเงิน IRA, 401K เป็นต้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สำเนาของใบแจ้งรายการเงินชดเชยจากการว่างงาน และจากการทุพพลภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สำเนาประกันสังคมและ/หรือสวัสดิการเงินบำนาญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. สำเนาการจัดสรรแถมปีอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. สำเนาของแหล่งที่มาของเงินปันผล กองทุนทรัสต์ และใบแจ้งรายการภาษีทรัพย์สิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. สำเนาของประกาศความช่วยเหลือจากรัฐบาล		
ประกาศกรมอนามัยและการบริการสังคม (ทุกหน้า)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จดหมายแจ้งการใช้จ่าย Medicaid, สำเนาของประกาศปฏิเสธจาก Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประกาศจากแผนความช่วยเหลือเบี่ยประกันและการประกันภัยด้านการตลาด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครนี้เป็นด้วยตัวเองตามสถานที่ต่อไปนี้ :

ศูนย์การแพทย์	Dartmouth-Hitchcock	Dartmouth-Hitchcock	Dartmouth-Hitchcock	Dartmouth-Hitchcock	โรงพยาบาล Alice Peck
Dartmouth-Hitchcock One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 ท้องถิ่น : (603) 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street เมืองคองคอร์ด รัฐนิวแฮมป์เชียร์ 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock แมนเชสเตอร์ 100 Hitchcock Way เมืองแมนเชสเตอร์, รัฐนิวแฮมป์เชียร์ 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive เมืองแนชชัว รัฐนิวแฮมป์เชียร์ 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street เมืองคีน รัฐนิวแฮมป์เชียร์ 03431 ท้องถิ่น : (603) 354-5430	โรงพยาบาล Alice Peck Day Memorial 10 Alice Peck Day Drive เมืองเลบานอน รัฐนิวแฮมป์เชียร์ 03766 (603) 443-9579

คุณจะต้องยังคงต้องรับผิดชอบทางการเงินต่อไปสำหรับบริการใด ๆ

ที่คุณได้รับจนกว่าจะได้รับใบสมัครที่กรอกข้อความครบถ้วนสมบูรณ์ของคุณ หากคุณไม่ได้รับการติดต่อจากเราภายใน 30

วันหลังจากที่ส่งมอบใบสมัครของคุณ หรือคุณต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัคร

โปรดโทรไปที่ฝ่ายผู้แนะนำผู้รับการรักษาของเราที่ (844) 647-6436

เวลาทำการคือ 9:00 น. - 16:30 น. วันจันทร์ - ศุกร์

ควรจัดใบสมัครที่กรอกข้อความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วไว้ยังหนึ่งในรายการที่อยู่ด้านล่าง

Dartmouth Hitchcock Medical Center  
One Medical Center Drive PFS: Level 3 FAA  
Lebanon, NH 03766

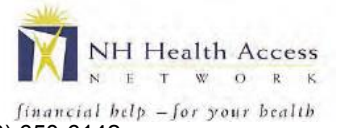
Dartmouth-Hitchcock/Cheshire  
580-590 Court St. PFS: FAA  
Keene, NH 04431

โรงพยาบาล Alice Peck Day Memorial  
10 Alice Peck Day Drive FAA  
Lebanon, NH 03756



แฟกซ์ : (603) 442-5135

แฟกซ์ : (603) 354-6596



แฟกซ์ : (603) 650-6142

## ใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน

**Alice Peck Day Memorial Hospital**  
 Attn: FAA  
 10 Alice Peck Day Drive, Lebanon, NH 03766

### 1. ข้อมูลผู้รับการรักษา :

นามสกุล	ชื่อตัว	อักษรย่อชื่อกลาง	หมายเลขประกันสังคม	วันเดือนปีเกิด
ที่อยู่	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์ ระยะเวลาตามที่อยู่	
ที่อยู่ไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน	หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> การครองคู่แบบที่กฎหมายรับรอง <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> พลเมืองสหรัฐฯ <input type="checkbox"/> พลเมืองของรัฐนิวแฮมป์เชียร์		

### 2. ผู้รับผิดชอบการชำระใบเรียกเก็บเงิน

นามสกุล	ชื่อตัว	อักษรย่อชื่อกลาง	ความสัมพันธ์กับผู้รับการรักษา	หมายเลขประกันสังคม
ที่อยู่ (หากแตกต่างจากผู้รับการรักษา)			หมายเลขโทรศัพท์บ้าน	หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
ชื่อบริษัทประกันสุขภาพ	วันที่มีผลบังคับใช้			

### 3. \*\*โปรดระบุทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน รวมถึงผู้สมัคร :

ใช้น้ำกระดาษเพิ่มเติมหากจำเป็น

ชื่อ	ความสัมพันธ์กับผู้รับการรักษา	วันเดือนปีเกิด	SOC. หมายเลขประกันสังคม	การสมัคร ใช่/ไม่ใช่
1	<b>ตัวเอง</b>			
2				
3				
4				
5				
6				

4. ใบสมัครนี้ใช้สำหรับบริการในอนาคตหรือบริการที่ผ่านมาในอดีต  อนาคต  อดีต    วันที่ให้บริการ : \_\_\_\_\_

5. กรุณากรอกส่วนนี้ หากสมาชิกในครัวเรือนของคุณมีประกันสุขภาพ :

ประกันสุขภาพ (แผน/ชื่อ) \_\_\_\_\_, บัญชีออมทรัพย์สุขภาพ (วงกลม) -  ใช่  ไม่ใช่    ใคร : \_\_\_\_\_

หมายเลขกรมธรรม์ / หมายเลขประจำตัว    จำนวนเงินค่าหักลดหย่อน : \_\_\_\_\_

Medicare ส่วน ก \_\_\_\_\_, Medicare ส่วน ข \_\_\_\_\_ ได้รับความช่วยเหลือในการจ่าย Medicare ส่วน ข \_\_\_\_\_ ใคร : \_\_\_\_\_

6. มีผู้ใดในครัวเรือนของคุณสมัคร Medicaid หรือไม่  มี  ไม่มี

ใคร : \_\_\_\_\_ หากมีและถูกปฏิเสธ โปรดส่งสำเนาประกาศปฏิเสธ Medicaid

7. คุณเคยขอความช่วยเหลือทางการเงินจากสถานพยาบาลอื่นหรือไม่  เคย  ไม่เคย    หากเคย ที่ใด : \_\_\_\_\_

8. มีผู้ใดในครัวเรือนของคุณตั้งครุฑอยู่หรือไม่  มี  ไม่มี

9. มีผู้ใดในครัวเรือนของคุณที่รับราชการเป็นทหารหรือไม่  มี  ไม่มี    ใคร : \_\_\_\_\_

10. เมื่อเร็ว ๆ นี้คุณได้ยื่นขอเงินชดเชยสำหรับพนักงานหรือเรียกร้องสิทธิจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่    วันที่ : \_\_\_\_\_

11. มีผู้ใดในครัวเรือนของคุณที่มีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการประกันสังคมใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่    ใคร : \_\_\_\_\_

12. มีผู้ใดอ้างสิทธิ์คุณในการคืนภาษีเงินได้ใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่    ใคร : \_\_\_\_\_

13. ข้อมูลครัวเรือน	บุคคล 1	บุคคล 2	บุคคล 3
---------------------	---------	---------	---------

\* ชื่อของสมาชิกแต่ละคนในครัวเรือน : \_\_\_\_\_

ชื่อของผู้ประกอบการ : \_\_\_\_\_

**รายได้ รวม รายเดือนจาก :**

การจ้างงาน :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
เป็นนายตัวเอง :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
บัญชีการลงทุน :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
การเช่าอสังหาริมทรัพย์ :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
การว่างงาน : (ตั้งแต่ ( ___ / ___ / ___ )	\$ _____	\$ _____	\$ _____
เกษียณอายุ :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(Soc. ประกันสังคม, บำนาญ, เงินรายปี)			
ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส / ค่าเลี้ยงดูเด็ก :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ความช่วยเหลือจากการสงเคราะห์จากรัฐบาล,	\$ _____	\$ _____	\$ _____
แอสตมปีอาหาร:			
รายได้อื่น ๆ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**เงินออมและการลงทุน :**

การตรวจสอบยอดคงเหลือในบัญชี	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ยอดคงเหลือในบัญชีออมทรัพย์และเงินกู้	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRAs, 403B, 401K:			
โปรตระกูล : _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
เงินออมและการลงทุนอื่น ๆ:			
โปรตระกูล : _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**อื่น ๆ:**

รถยนต์ : ปี, ผลิตเมื่อ, รุ่น \_\_\_\_\_

ยานพาหนะเพื่อการเดินทาง : ปี, ผลิตเมื่อ, รุ่น \_\_\_\_\_

14. รายจ่ายของครัวเรือน
-------------------------

ค่าเช่ารายเดือน : \$ \_\_\_\_\_ หรือการชำระเงินจำนอง : \$ \_\_\_\_\_ สินเชื่อสินเชื่อที่อยู่อาศัย \$ \_\_\_\_\_

จำนวนภาษีทรัพย์สินที่ไม่รวมอยู่ในจำนวนเงินที่ชำระด้านบน : \$ \_\_\_\_\_ มูลค่าบ้าน : \$ \_\_\_\_\_

คุณเป็นเจ้าของทรัพย์สินอื่นนอกเหนือจากที่อยู่อาศัยหลักใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ถ้าใช่มูลค่า \$ \_\_\_\_\_ ยอดจำนองคงเหลือ: \$ \_\_\_\_\_

หากทรัพย์สินอื่นเป็นธุรกิจ ให้ระบุรายการที่อยู่ : \_\_\_\_\_

ยอดชำระเงินกู้รายเดือน: \$ \_\_\_\_\_ จ่ายให้กับ : \_\_\_\_\_ สำหรับ : \_\_\_\_\_

Medicare ส่วน ง หักจากเช็คประกันสังคม :  ใช่  ไม่ใช่ จำนวน: \$ \_\_\_\_\_

สาธารณูปโภค	\$ _____	ประกันภัย (รถยนต์ / ชีวิต / ทรัพย์สิน)	\$ _____	อื่น ๆ: _____	\$ _____
ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส / ค่าเลี้ยงดูเด็ก	\$ _____	เบี้ยประกันสุขภาพ	\$ _____	อื่น ๆ: _____	\$ _____
การดูแลเด็ก	\$ _____	ใบแจ้งค่าใช้จ่ายสุขภาพ	\$ _____	อื่น ๆ: _____	\$ _____
การใช้ชีวิต (น้ำมันเชื้อเพลิง, อาหาร, เสื้อผ้า)	\$ _____	ยารักษาโรค	\$ _____	อื่น ๆ: _____	\$ _____

## 15. การมอบหมายสิทธิ *กรณาย่านโดยละเอียด*

โดยการลงนามที่ด้านล่าง ฉันอนุญาตค่าขอรายงานสินค้าและ/หรือการคืนภาษีของฉัน ฉันเข้าใจว่าจำเป็นต้องมีการคืนภาษีเพื่อดำเนินการกับใบสมัครนี้ และอาจมีการขอข้อมูลเพิ่มเติมก่อน ฉันจึงจะมีสิทธิ์ได้รับการพิจารณา ในกรณีที่ฉันยังไม่ได้เปิดเผยข้อมูลอย่างเต็มที่หรือมีรายได้หรือสินทรัพย์ที่ไม่ถูกต้อง ข้อตกลงใด ๆ ที่จะให้ส่วนลดการดูแลการกุศลแก่คุณจะเป็นโมฆะและจะย้อนหลังไปถึงวันที่เป็นหนี้ค้างชำระ ฉันอาจต้องรับผิดชอบค่าธรรมเนียมทางกฎหมายใด ๆ / ทั้งหมดในระหว่างกระบวนการติดตามหนี้

สมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคนที่ลงนามด้านล่าง อนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ การเงิน หรือการจ้างงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพของพวกเขา หรือเพื่อการมีสิทธิ์รับความช่วยเหลือทางการเงินของพวกเขา ข้อมูลนี้อาจถูกเปิดเผยต่อผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่สมาชิกในครัวเรือนได้ขอบริการด้านการดูแลสุขภาพหรือความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลทั้งหมดที่ไว้ไว้จะยังคงเป็นความลับภายใต้บทบัญญัติของข้อบังคับของรัฐบาลกลาง HIPAA

ขั้นตอนการเลือกอาจไม่ได้รับการพิจารณาเพื่อขอความช่วยเหลือ

ฉันตกลงว่า

ฉันจะจ่ายเงินรางวัลความช่วยเหลือทางการเงินคืนอย่างเต็มรูปแบบหากฉันได้รับการชำระเงินสำหรับบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมจากใบสมัครนี้ เช่น การชำระเงินประกัน การชำระเงินของโครงการรัฐบาล รางวัลจากการฟ้องร้อง หรือการชำระเงินอื่น ๆ

ถ้าฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงินฉันตกลงที่จะบอกองค์กรที่ฉันยื่นใบสมัครในตอนแรกว่ามีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการเข้าร่วม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดครอบครัว รายได้ และการประกันสุขภาพ ฉันเข้าใจว่าหากสถานการณ์ทางการแพทย์ของฉัน/ของเราเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ฉัน/เราอาจมีสิทธิ์สำหรับโครงการความช่วยเหลือสาธารณะ ฉันจะต้องสมัครเข้าร่วมโครงการนั้นและแสดงหลักฐานการสมัคร

ลายมือชื่อผู้สมัคร

วันที่

ลายมือชื่อผู้สมัครร่วม

วันที่