

ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

Sanford Health ມຸ່ງໝັ້ນທີ່ຈະໃຫ້ການດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນນະພາບແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນສຳລັບທ່ານໃນເວລານີ້. ສະນັ້ນ, ພວກເຮົາກຳລັງສະເໜີໂອກາດໃຫ້ທ່ານສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນກັບລະບົບສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ.

ພ້ອມກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້, ທ່ານຈະພົບໃບສະໝັກທີ່ສະແດງເຖິງສະຖານະການທາງການເງິນຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ເອກະສານສະບັບນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນເພື່ອຮັບການພິຈາລະນາສຳລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານບັນລຸເງື່ອນໄຂທີ່ຖືກກຳນົດໄວ້ໂດຍ Sanford Health, ຍອດເຫຼືອສ່ວນໜຶ່ງຫຼືທັງໝົດໃນບັນຊີຂອງທ່ານອາດໄດ້ຮັບການຍົກໜຶ້.

ນອກຈາກໃບສະໝັກທີ່ມີຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ກະລຸນາໃຫ້ລາຍການສິ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປ:

- ສຳເນົາແບບສະແດງລາຍການພາສີ 1040 ສະບັບຫຼ້າສຸດຂອງລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ ເຊິ່ງລວມເຖິງກຳນົດທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ທັງໝົດ ຫຼື ຫຼັກຖານໃນການບໍ່ຕ້ອງຍື່ນເອກະສານຈາກ IRS (ໄປທີ່ ເວບໄຊຂອງ IRS ທີ່ www.irs.gov) ແລະ ໜຶ່ງໃນລາຍການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
- ສຳເນົາສິ້ນການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າຈ້າງສອງສະບັບຫຼ້າສຸດສຳລັບຜູ້ມີລາຍຮັບໃດໜຶ່ງທີ່ປະກອບສ່ວນໃນລາຍຮັບໃນຄົວເຮືອນ
- ຈົດໝາຍໃຫ້ປະກັນສັງຄົມຫຼື 1099 ຫຼ້າສຸດ ຖ້າກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນປະກັນສັງຄົມພ້ອມທັງລາຍຮັບອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ ຫຼັກຖານລາຍຮັບເພີ່ມເຕີມ)

ພວກເຮົາຮັບຮູ້ວ່າລາຍຮັບຂອງທ່ານຈາກປະຫວັດອາກອນກ່ອນໜ້ານີ້ອາດບໍ່ສະທ້ອນເຖິງສະຖານະການໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງພໍພໍ. ຖ້າເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ກະລຸນາຂັດຕິດບົດບັນທຶກຫຍໍ້ທີ່ອະທິບາຍສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ພ້ອມກັບການບໍ່ດົນແປງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃດໜຶ່ງ.

ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ກວດສອບໃບສະໝັກຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນເວລາ 30 ມື້ ນັບຈາກວັນທີ່ໄດ້ຮັບ.

ຖ້າສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ ນັບຕັ້ງແຕ່ທີ່ທ່ານຍື່ນໃບສະໝັກເດີມຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການອຸທອນພາຍໃນ 30

ມື້ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີໃນຈົດໝາຍຕັດສິນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານປາຖະໜາທີ່ຈະສົນທະນາກ່ຽວກັບບັນຊີຂອງທ່ານ, ມີຄໍາຖາມ ຫຼື

ຕ້ອງການສອບຖາມກ່ຽວກັບການອຸທອນ,

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜ່ານບໍລິການທາງດ້ານການເງິນສໍາລັບຄົນເຈັບທີ້ (877)629-2999.

ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນວັນຈັນ - ວັນພະຫັດ 7 ໂມງເຊົ້າ - 6 ໂມງແລງ ແລະ ວັນສຸກ 7 ໂມງເຊົ້າ - 5 ໂມງແລງ.

ຕໍ່ຜູ້ອາໄສຢູ່ໃນລັດ Minnesota ທີ່ກໍາລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ສະຖານທີ່ບໍລິການຂອງ Sanford Health ເຊິ່ງຕັ້ງຢູ່ໃນລັດ Minnesota: ຖ້າທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜ່ານບໍລິການທາງດ້ານການເງິນສໍາລັບຄົນເຈັບຂອງ Sanford ທີ່ (877) 629-2999 ກ່ອນ ແລະ ໃຫ້ໂອກາດແກ້ພວກເຮົາພະຍາຍາມ ແລະ ແກ້ໄຂຕາມຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານສືບຕໍ່ມີຄວາມກັງວົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ, ທ່ານອາດຕິດຕໍ່ສໍານັກງານໄອຍະການສູງສຸດຂອງລັດ Minnesota ທີ່ (651)296-3353 ຫຼື (800)657-3787.

ກະລຸນາອບຄໍາຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນນີ້ພາຍໃນເວລາ 30 ມື້ ແລະ ສົ່ງກັບໄປຫາສໍານັກງານຂອງພວກເຮົາໂດຍແຟັກບອດໄພທີ້ (800)544-5967 ຫຼື ທາງໄປສະນີຫາ Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

ຂອບໃຈສໍາລັບການສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານ.

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,

Sanford Health



Submit application to:
Sanford Health
PO Box 2010
Fargo, ND 58122-2482
OR
Secure Fax: 800-544-5967

ໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ປະຊາກອນ

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຂອງຄູ່ສົມລົດ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ສະຖານະການແຕ່ງງານ: ___ ໂສດ ___ ແຕ່ງງານແລ້ວ ___ ຢ່າຮ້າງ ___ ເປັນໝ້າຍ ___

ທີ່ຢູ່: _____ ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ໂທລະສັບມືຖື (ຕົ້ນເອງ): _____ ໂທລະສັບມືຖື (ຄູ່ສົມລົດ): _____

ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ເຮືອນ: _____

ກະລ, ນາລະບ, ຜູ້ເພິ່ງອາໄສທັງໝົດທີ່ມີອາຍ, ຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ

ເຊິ່ງກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ຊື່: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ຊື່: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ຊື່: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ລາຍຮັບ

ຕົ້ນເອງ	ລາຍຮັບລວມປະຈຳເດືອນ	ຄູ່ສົມລົດ
	ລາຍຮັບລວມ/ການວ່າງງານ/ບໍລິສັດເຮັດວຽກ	\$
	ປະກັນສັງຄົມ/SSI/SSDI	\$
	ການເຮັດວຽກອິດສະຫຼະ/ລາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າລິຂະສິດ/ອະສັງຫາ/ຊັບສິນທີ່ໃຫ້ຄົນອື່ນດູແລ	\$
	ເງິນກະສັດ/ເງິນບໍານານ/ເງິນປະຈຳປີ/ຜົນປະໂຫຍດສຳລັບທະຫານຜ່ານເສິກ	\$
	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລູກ/ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄູ່ສົມລົດ/ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດ	\$
	ລາຍຮັບຕ່າງໆ/ລາຍຮັບອື່ນໆ: _____	\$
	ລາຍຮັບລວມ (ກະລ, ນາລະບ, ຫຼັກຖານກ່ຽວກັບລາຍຮັບທັງໝົດ)	\$

ທ່ານກຳລັງຈະຊໍາລະໃບຮັບເກັບເງິນ Sandford ຫຼາຍສ່ວນໃດ/ຫຼາຍ

ທ່ານສາມາດຊໍາລະສ່ວນໃດຕໍ່ເດືອນ? _____

ໂດຍການຊັ້ນຢູ່ ຂ້າງລຸ່ມ, ຂ້າພະເຈົ້າຢືນຢັນວ່າ ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກນີ້ ແລະ

ເອກະສານປະກອບແມ່ນແບ່ງຈົງ ແລະ ຖືກຕ້ອງເທົ່າທີ່ ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນແມ່ນຖືກເກັບໄວ້ ໄປຄວາມລັບ ແລະ

ຂ້າພະເຈົ້າອາດໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ບໍ່ສາມາດກວດສອບໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ບໍ່ມີຕົວແທນທີ່ຮັບປະກັນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. Sanford Health

ບໍ່ມີຕົວແທນທີ່ຮັບປະກັນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ.

ຊື່ (ພິມ): _____ ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ຄູ່ສົມລົດ (ພິມ): _____ ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____
