

ການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

Sanford Health ຕັ້ງໃຈສະໜອງໃຫ້ການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນນະພາບຕໍ່ກັບຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈວ່າການຊໍາລະເງິນຄ່າການບໍລິການເຫຼືອທາງດ້ານອາດຈະເປັນຄວາມຍາກລຳບາກທາງການເງິນສຳລັບທ່ານໃນເວລານີ້. ເພາະສະນັ້ນ, ພວກເຮົາຈຶ່ງກຳລັງສະເໜີໂອກາດໃຫ້ທ່ານເພື່ອສະໜັບສະໜູນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນນຳລະບົບສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ.

ທີ່ຄັດຕິດຮ່ວມກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້, ທ່ານຈະພົບແຜ່ນວົກ/ໃບສະໝັກທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນເງື່ອນໄຂທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງປະກອບເອກະສານສະບັບນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາສຳລັບໂຄງການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຖ້າຫາກສະຖານະທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານຕອບສະໜອງແກນທີ່ກຳນົດໄວ້ໂດຍ Sanford Health, ມອດເງິນເຫຼືອໃນບັນຊີຂອງທ່ານສ່ວນໜຶ່ງຫຼືທັງໝົດສາມາດຖືກຂະນາໄວ້ໄດ້.

ເພື່ອດຳເນີນການຕໍ່ກັບໃບສະໝັກນີ້ ພວກເຮົາຕ້ອງການ:

- ໃບສະໝັກທີ່ຄັດຕິດທີ່ຖືກປະກອບແລ້ວທັງໝົດ
- ຫຼັກຖານກ່ຽວກັບລາຍຮັບທັງໝົດ(ເຊັ່ນ ສິນໃບຮັບເງິນເດືອນສອງເດືອນ ທີ່ຜູ້ມາສຳລັບຜູ້ທີ່ມີເງິນເດືອນໃດໜຶ່ງທີ່ປະກອບສ່ວນເຂົ້າໃນລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ, SS, SSI, SSDI, ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ, ລາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົ່າ, ເງິນອອກການ, ເປັນຜູ້ມາການເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ VA, ເງິນຫວ່າງງານ, ສັນຍາຄົນເຮັດວຽກ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເງິນລັດຖະບານກັບສຍ, ແລະອື່ນໆ.)
- ສຳເນົາຂອງໃບແຈ້ງລາຍຮັບເພື່ອເສຍພາສີ 1040 ຫຼື ຫຼ້າສ, ດຂອງທ່ານ, ລວມທັງລາຍການທີ່ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້
- ຖ້າຫາກໃບແຈ້ງລາຍຮັບເພື່ອເສຍພາສີ ຫຼື ຫຼ້າສ, ດຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້, ສະນັ້ນພວກເຮົາຕ້ອງການຢ່າງໃດຢ່າງໜຶ່ງດັ່ງນີ້:
 - ໜັງສືຄຳຕັດສິນໃຫ້ການປະກັນສ່ວນ
 - ຫຼັກຖານການບໍ່ມີຄ່າຮ້ອງຈາກ IRS (ໂທ 800-829-1040 ເພື່ອຂໍຮັບສຳເນົາ)
- ສຳເນົາຂອງຄຳຖະແຫຼງການກ່ຽວກັບການປະເມີນຄ່າພາສີ ຊັບສິນຂອງທ່ານຈາກເຂດບົກຄອງສຳລັບຊັບສິນທີ່ເປັນຂອງເຈົ້າຂອງໃດໜຶ່ງ

ພວກເຮົາຮັບຮູ້ວ່າລາຍຮັບຂອງທ່ານຈາກສະຖິຕິຄ່າພາສີກ່ອນໜ້ານີ້ອາດບໍ່ສະທ້ອນເຖິງກໍລະນີໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງພໍພໍ. ຖ້າຫາກເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ກະລຸນາຄິດຕິດບັນທຶກຫຍັງທີ່ອະທິບາຍສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ.

ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ທົບທວນໃບສະໝັກຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາເປັນລາຍລະອຽດກ່ອນສະໝັກພາຍໃນ 30 ມື້ ນັບຈາກມື້ທີ່ໄດ້ຮັບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບບັນຊີຂອງທ່ານຫຼືມີຄຳຖາມໃດໜຶ່ງ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ (877)629-2999. ຊ່ວຍໂມງເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນວັນຈັນ-ວັນພະຫັດ 7 ໂມງເຊົ້າ-6 ໂມງແລງ ແລະວັນສຸກ 7 ໂມງເຊົ້າ-5 ໂມງແລງ.

ຕໍ່ຜູ້ອາໄສຢູ່ໃນມົນນົດໃຊ້ຕາທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຢູ່ທີ່ສະຖານທີ່ຂອງ Sanford Health ຫຼືຕັ້ງຢູ່ໃນມົນນົດໃຊ້ຕາ: ຖ້າຫາກທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານຍັງບໍ່ທັນຖືກຈັດການ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ຍ່ອມບໍລິການທາງດ້ານການຕັ້ງຄ່າບໍລິການຂອງ Sanford ທີ່ (877)629-2999 ກ່ອນແລ້ວໃຫ້ໂອກາດແກ້ພວກເຮົາລອງແລະຈຸດການຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຍັງຄົງມີຄວາມກັງວົນທີ່ຍັງບໍ່ທັນຖືກຈັດການ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ສຳນັກງານຂອງລັດຖະມົນຕີ, ຕີທຳ MN ໄດ້ທ (651)296-3353 ຫຼື (800)657-3787.

ກະລຸນາຕອບສະໜອງຄຳຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນນີ້ພາຍໃນ 30 ມື້ ແລະສົ່ງຄືນໄປຍັງສຳນັກງານຂອງພວກເຮົາໂດຍແຟັກທີ່ (800)544-5967 ຫຼືໄປສະນີໄປທີ່ Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

ຂອບໃຈສຳລັບການສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານ.

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,

Sanford Health



ບັນຊີ: _____

ສົ່ງຄືນໃບສະໝັກທັງໝົດໄປຍັງ:

Sanford Health
 PO Box 2010
 Fargo, ND 58122-2482
 (800) 263-2237
 ຄູ່ພັກທີ່ໄວ້ໃຈໄດ້:
 (800) 544-5967

ວັນທີທີ່ສົ່ງ: _____

ໃບສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ສົ່ງຄືນໃດຍ: _____

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄູ່ສົມລົດ	ວັນເດືອນປີເກີດ
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດເປສະນ
ເວລາຕາມທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ:	ການເຊົາເຮືອນ	ເຂດປາກຄອງ	ສະຖານະການເຮືອນ
ປີ _____ ເດືອນ _____	ເຮືອນຂອງຕົນເອງ	ແຕ່ງງານແລ້ວ	ໂສດ ຢ່າຮ້າງ ຄົນໜ້າຍ
ເບີໂທລະສັບມຸກ	ເບີໂທລະສັບບອນເຮດດອງກ	ເບີໂທລະສັບເຮືອນ	ເບີໂທລະສັບມຸກ
ກະລຸນາລະບຸຊື່ທຸກສົມທີ່ມາອາໄສຢູ່ນຳໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ: (ຄັດຕິດຈັບເພີ່ມເຕີມອີກແຜ່ນໜຶ່ງຖ້າຈຳເປັນ)			
ນາມສະກຸນ	ຊື່ທຳອິດ	MI	ວັນເດືອນປີເກີດ
1.			ການປະກັນສັງຄົມ #
2.			ຄວາມສຳພັນຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ
3.			
4.			
ຕົນເອງ		ຄູ່ສົມລົດ	
ການປະກັນສັງຄົມ #	ຖືກຈ້າງງານໃດຍ	ການປະກັນສັງຄົມ #	ຖືກຈ້າງງານໃດຍ
ທີ່ຢູ່ທຸລະກິດ	ທີ່ຢູ່ທຸລະກິດ		
ອາຊີບ	ສິດເປັນຊົ່ວໂມງ	ອາຊີບ	ຄ່າຈ້າງຄິດເປັນຊົ່ວໂມງ
ດົນປານໃດທີ່ຖືກຈ້າງງານ: _____ ປີ _____ ເດືອນ _____	ຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ	ດົນປານໃດທີ່ຖືກຈ້າງງານ: _____ ປີ _____ ເດືອນ _____	ຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ
ທ່ານເຄີຍປະກາດລົ້ມລະລາຍບໍ່? _____ ບໍ່ເຄີຍ _____ ເຄີຍ _____ ພາກທີ 7 _____ ພາກທີ 13 _____ ວັນທີທີ່ອິ້ນ: _____ ວັນທີຂອງການດຳລະ: _____			
ທ່ານມີຄ່າຕັດສິນ ຫຼື ສິດທິໃນການຄອບຄອງຄົນອື່ນທີ່ຖືກອື່ນຕໍ່ທ່ານຫຼືບໍ່? _____ ຖ້າມີ, ກະລຸນາສະໜອງໃຫ້ວັນທີ ແລະ ເຫດຜົນ: _____			
ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການປະກັນໄພຫຼັກຂອງຜູ້ສະໝັກ	ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການປະກັນໄພສຳຮອງ	ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການປະກັນໄພຫຼັກຂອງຄູ່ສົມລົດ	ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການປະກັນໄພສຳຮອງ
ຊື່:			
ທີ່ຢູ່:			
ຜູ້ດຳລະການ:			
ID & ກຸ່ມ #:			
ວາຍຮັບ: ໝາຍເຖິງເງິນເກັບເງິນທີ່ໄດ້ຮັບມາຈາກທຸກແຫ່ງທີ່ມາກ່ອນໜັກເລາະຊີ້ ວວມຍອດວາຍເດືອນຂອງຕົນເອງ		ວວມຍອດວາຍເດືອນຂອງຄູ່ສົມລົດ	
ວາຍຮັບວວມ		ວາຍຮັບວວມ	
ການປະກັນສັງຄົມ / SSI / SSDI		ການປະກັນສັງຄົມ / SSI / SSDI	
ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ		ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ	
ວາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົາ		ວາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົາ	
ເງິນອອກການ/ເບັບບ່ານນາ		ເງິນອອກການ/ເບັບບ່ານນາ	
ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກສືບເກີ່າ		ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກສືບເກີ່າ	
ເງິນຫວ່າງງານ / ສັນຍາການເຮັດວຽກ		ເງິນຫວ່າງງານ / ສັນຍາການເຮັດວຽກ	
ຈາກ: _____ ເຖິງ: _____		ຈາກ: _____ ເຖິງ: _____	
ການຊ່ວຍເຫຼືອ / ເງິນລ້ຽງດູເດັກນ້ອຍ		ການຊ່ວຍເຫຼືອ / ເງິນລ້ຽງດູເດັກນ້ອຍ	
ຈາກ: _____ ເຖິງ: _____		ຈາກ: _____ ເຖິງ: _____	
ອື່ນໆ		ອື່ນໆ	
ກະລຸນາລະບຸ:		ກະລຸນາລະບຸ:	
ຈຳນວນວວມ		ຈຳນວນວວມ	
ວາຍຮັບວວມວາຍເດືອນທີ່ວວມເຂົ້າກັນ:			
ສະຖານທີ່ຕັ້ງ	Ami/ມູນຄ່າ	ສະຖານທີ່ຕັ້ງ	Ami/ມູນຄ່າ
ການກວດສ		ໜັງສືເງິນຜ່າກທະນາຄານ(CD)	
ເງິນຜ່າກທະນາຄານ		ທຸ້ນ/ຜັນທະບັດ	
ອື່ນໆ		ອື່ນໆ	

ວັດໄອໃດ	ປ / ຍຫ / ຊນ	ມູນຄ່າ	ຍອດເງິນກູ້ຢາມ	ຜູ້ຖືສິດທິໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຄ້າ
	ປ / ຍຫ / ຊນ	ມູນຄ່າ	ຍອດເງິນກູ້ຢາມ	ຜູ້ຖືສິດທິໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຄ້າ
	ປ / ຍຫ / ຊນ	ມູນຄ່າ	ຍອດເງິນກູ້ຢາມ	ຜູ້ຖືສິດທິໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຄ້າ
	ປ / ຍຫ / ຊນ	ມູນຄ່າ	ຍອດເງິນກູ້ຢາມ	ຜູ້ຖືສິດທິໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຄ້າ
ຊັບສິນອື່ນໆ	ທຸຍ, ເມຍ, ເຂດປັກຄອງ	ຍອດເງິນກູ້ຢາມ		ມູນຄ່າທຸກປະເພດ
	ທຸຍ, ເມຍ, ເຂດປັກຄອງ	ຍອດເງິນກູ້ຢາມ		ມູນຄ່າທຸກປະເພດ
ເສືອນພາມ	ທຸຍ			ມູນຄ່າທຸກປະເພດ
	ເມຍ, ເຂດປັກຄອງ	ຍອດເງິນທຸຍມດຸເສືອນ	ຜູ້ຖືສິດທິໃນການຄອບຄອງຊັບສິນຄ້າ	
ການຊຳລະເງິນຈຳເລັດ / ຄ່າເຊົາ	ນາ, ແລະ ທີ່ລະບົບອື່ນໆ	ການປະກັນໄພເກີນເຮືອງ	ການປະກັນໄພຊີວິດ	
ຄ່າພາສະຊັບສິນ	ໄທລະສວ/ໄທລະສວມຖຸ	ອາຫານ	ການປະກັນໄພສຸຂະພາບ	
ການປະກັນໄພຊັບສິນ	ລາຍການໄທລະທົດທອງຕາມສາຍ	ລາຍຈ່າຍສາລະການດູເດກຕອນກາງເວນ	ຢາ	
ຄວາມຮ້ອນ	ການຊຳລະເງິນຄ່າຍານພາຫະນະ	ລາຍຈ່າຍສາລະການຊ່ວຍເຫຼືອເດກນອຍ	ສາມາດ/ລະບຸ	
ໄຟຟ້າ	ລາຍຈ່າຍສາລະການຂົນສົ່ງ	ຊັບສິນສາລະການພາສະຊັບສິນ	ຈຳນວນລວມ	
ຊື່ເຈົ້າອັນ		ທີ່ຢູ່	ຍອດເງິນທີ່ຄົງເຫຼືອ	ການຊຳລະເງິນລາຍເດືອນ
			ຈຳນວນລວມ	
ຈຳນວນລວມທັງໝົດ / ບັດເຄຣດິດ, ລາຍຈ່າຍອື່ນໆ ແລະ ລາຍຈ່າຍລາຍເດືອນ				

ໃບເກັບເງິນ Sanford ຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍ/ຫຼື ມີຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍຕໍ່ເດືອນເທົ່າໃດ?

ເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ:

- ຫຼັກຖານກ່ຽວກັບລາຍຮັບ (ເຊັ່ນ ສັນໃບເກັບເງິນເດືອນ 2 ຄັ້ງສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີເງິນເດືອນແຕ່ລະຄົນ, SS, SSI, SSDI, ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ, ລາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົາ, ເງິນອອກການເບີຍບໍານານ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ VA, ເງິນຫວ່າງງານ, ສັນຍາຜູ້ເຮັດວຽກ, ການຊ່ວຍເຫຼືອ ເງິນດູເດກນ້ອຍ, ຫຼື ອື່ນໆ).
- ສໍາເນົາຂອບໃບແຈ້ງລາຍຮັບເລື່ອເສຍພາສີ 1040 ຫ້າສດຂອບທ່ານ ລວມທັງລາຍການທີ່ສາມາດນໍາໃຊ້ໄດ້
- ສໍາເນົາຂອບຄໍາຄະແຫາການກ່ຽວກັບການເປັນຜົນຄໍາພາສີລັບສິນຂອບທ່ານຈາກເຂດປັກຄອງສໍາລັບສິນທີ່ເປັນຂອບຄໍາຂອບທໍາໝົດ

ການມອບໝາຍສິດທິ (ກະດູນາຕັ້ງໃຈອ່ານ)

ໂດຍການລົງລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມ ຂ້າພະເຈົ້າຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນ ແລະ ຄ່າຖະແຫຼງການທີ່ມີຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂໍອາໄສຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນນີ້ ແລະ ເອກະສານ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສົ່ງແມ່ນທຸກໆ ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮັບຮ້ອນຂໍາພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Sanford Health ສາມາດຮ້ອນຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ການກວດສອບຕາມຄວາມເໝາະສົມຕໍ່າຫາກມີຄວາມຈຳເປັນ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນ ແລະ ຄ່າຖະແຫຼງການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ໄປແດ່ຈະຖືກເກັບໄວ້ເປັນຄວາມລັບໂດຍ Sanford Health.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການປະກອບໃບສະໝັກນີ້ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ Sanford Health ມີອະນຸຍາດນຳລະບົບຂອບຂໍາພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Sanford Health ບໍ່ໄດ້ໝາຍຄວາມວ່າຮັບປະກັນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ໂດຍນີ້ຂ້າພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ສະໝັກໃຈອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສື່ເລື່ອທີ່ກ່ຽວຂ້ອກັບຂໍາພະເຈົ້າ/ພວກເຮົາ