SSMHealth Rehabilitation Network

ຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ

ພາກທີໜຶ່ງ: ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

ຂຽນຊື່ເຕັມຂອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່ໃນຂະນະທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ລະບຸຢູ່ໃນພາກນີ້.

ໝາຍເລກບັນຊີ _____ ວັນທີເຂົ້າຮັບບໍລິການ _____

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____

ນາມສະກຸນ ສີ ສີ ກາງ

ທີ່ຢູ່: _____ ເມືອງ: _____ ຄາວຕີ້: _____

ນ້ຳເບີ ແລະ ຖະໜົນ

ລັດທີ່ອາໄສຢູ່: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: ____/___/ _____ ສະຖານະພາບ: ☐ ໂສດ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ຢ່າຮ້າງ

ເບີໂທລະສັບຫຼັກ: (_____) _____ ☐ ເຮືອນ ☐ ມືຖື ☐ ບ່ອນເຮັດວຽກ ☐ ອື່ນໆ _____

ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____

ປະກັນໄພສຸຂະພາບໃນວັນທີມາໃຊ້ບໍລິການ: ☐ ບໍ່ມີປະກັນໄພ ☐ ການໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດ ☐ ສະຫວັດດີການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ (Medicaid) _____ ☐ ອື່ນໆ

ພາກທີສອງ: ລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວ ແລະ ຊັບສິນ

ລະບຸລາຍຮັບຂອງຕົວທ່ານເອງ, ຄູ່ສົມຣົດ ແລະ ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ (ຖ້າເປັນໄປໄດ້).

ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍຮັບ	ລວມທັງໝົດ 3 ເດືອນກ່ອນການບໍລິການ	ລວມທັງໝົດ 3 ເດືອນກ່ອນການບໍລິການ
ຄ່າແຮງງານ/ເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ	$	$
ສະຫວັດດີການສັງຄົມ	$	$
ເງິນບຳນານ, ເງິນປັນຜົນ, ດອກເບ້ຍ, ລາຍໄດ້ຈາກການໃຫ້ເຊົ່າ	$	$
ບໍ່ມີວຽກເຮັດ, ຮັບເງິນຊົດເຊີຍແຮງງານ	$	$
ການເບິ່ງແຍງລູກ (ຖ້າຄົນເຈັບເປັນຜູ້ໄດ້ຮັບເທົ່ານັ້ນ)	$	$
ອື່ນໆ	$	$

ຊັບສິນທັງໝົດສຸດທິ (ຊັບສິນ - ໜີ້) ໃນມື້ສະໝັກ: $_____

ພາກທີສາມ: ຂໍ້ມູນຂອງຄອບຄົວ ແລະ ລາຍໄດ້

ແຈ້ງລາຍຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ແລະ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງພວກເຂົາ.

ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຂອງທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ຍັງອາໄສຢູ່ນຳທ່ານໃນປັດຈຸບັນ. ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງ HCAP, ຄອບຄົວຖືກກຳນົດວ່າເປັນຄົນເຈັບ, ຄູ່ສົມຣົດຂອງຄົນເຈັບ, ແລະ ລູກຂອງຄົນເຈັບທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ (ລູກຄົງ ຫຼື ລູກລ້ຽງ) ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຄົນເຈັບ. ຖ້າເປັນຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ, ຄອບຄົວຈະລວມມີ ຄົນເຈັບ, ພໍ່ແມ່ແທ້ ຫຼື ພໍ່ແມ່ລ້ຽງຂອງຄົນເຈັບ, ແລະ ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ (ລູກຄົງ ຫຼື ລູກລ້ຽງ) ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ເຮືອນນຳຄົນເຈັບ.

ຊື່ຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ, ລວມທັງຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນຂອງຄົນເຈັບ
1. ຄົນເຈັບ		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ໂດຍການເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າທຸກສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລະບຸໃນໃບສະໝັກສະບັບນີ້ ແລະ ເອກະສານຄັດຕິດມາພ້ອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ.

ລາຍເຊັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບ: x _____ ວັນທີ: _____

ໂດຍການເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທົບທວນ ແລະ ອະນຸມັດໃບສະໝັກສະບັບນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ບໍລິການໂຮງໝໍ x _____ ວັນທີ: _____

ສົ່ງຟອມສະໝັກທີ່ຂຽນສຳເລັດແລ້ວໄປທີ່ SSM Rehabilitation Network

12380 DePaul Drive Bridgeton, MO 63044 (314)447-9700