

**ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແບບຟອມສະເໝີກ ແລະສົ່ງຄືນພາຍໃນ 10 ວັນ ລວມທັງສໍາເນົາເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້:**

ການຍົກຍົນທີ່ຕ້ອງການ

- ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ຫນຶ່ງເດືອນ ພິສູດລາຍຮັບລວມ
  - ສອງເດືອນຜ່ານມາໃບແຈ້ງການທະນາຄານສໍາເລັດສໍາລັບບັນຊີທະນາຄານທັງຫມົດ, ມີຫນ້າທັງຫມົດ  
(ຄໍາອະທິບາຍສໍາລັບການຝາກເງິນທີ່ເກີດຂຶ້ນເລື້ອຍໆ)
  - ການສົ່ງຄືນພາສີເມື່ອມ່ຽມານີ້ (1040 ແບບຟອມກັບຕາຕະລາງ C, E ຫຼື F) ຫຼື ສາມເດືອນໃບລາຍງານຜົນກໍາໄລ ແລະ  
ການສູນເສຍ (ສໍາລັບການເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ/ຜູ້ເຜິ້ງພາອາໄສ)
- ສະຫນອງໃຫ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ຖ້າໃຊ້ໄດ້
- ຫວ່າງ ມ່ຽມານີ້ W2 ສໍາລັບລາຍໄດ້ລະດູການ  ການບໍ່ມີວຽກເຮັດງານທຳ/ຈົດຫມາຍປະຕິເສດ   
ລາຍຮັບການສະຫນັບສະຫນູນເດັກ / ຄ່າລ້ຽງດູ
  - ບໍ່ມີລາຍຮັບ - ຈົດຫມາຍຄົບຊຸດສ່ວນສະຫນັບສະຫນູນການເງິນຂອງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກ

**ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ**

ຊື່ຄົນເຈັບ		ວັນເດືອນປີເກີດ	
ປະກັນສັງຄົມ/EIN Number (ທາງເລືອກ)		ໂທລະສັບມືຖື	ໂທລະສັບອື່ນໆ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ທີ່ຢູ່ອີເມວ	ຂອງລັດໃດທີ່ທ່ານເປັນຊາວບ້ານ?		
ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແລ້ວ <input type="checkbox"/> ຮ້າງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____			
ທ່ານຍື່ນໃບແຈ້ງການຄືນພາສີຂອງກະຊວງ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຖ້າບໍ່ເປັນຫຍັງ?		ທ່ານສາມາດອ້າງວ່າຂຶ້ນກັບການຄືນພາສີຂອງຜູ້ອື່ນ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່	
ທ່ານຫຼືຜູ້ທີ່ເຜິ້ງພາອາໄສຂອງທ່ານມີການຄຸ້ມປະກັນສຸຂະພາບໃນເວລາບໍລິການ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ (ໃຫ້ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ)			
ທ່ານເປັນຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ມີເອກກະສານຂອງສະຫະລັດ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມັກຕອບ			
ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນ, ລວມທັງຕົວທ່ານເອງໂດຍອີງໃສ່ການ ກັບພາສີຂອງທ່ານໃນມ່ຽມານີ້	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ	ອ້າງເອົາການເກັບພາສີຄືນ (ແມ່ນແລ້ວ/ບໍ່)

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບສຳລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທຸກຄົນ					
ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ	ໃຜໄດ້ຮັບນີ້?	ລາຍຮັບລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ (ກ່ອນພາສີ)	ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ	ໃຜໄດ້ຮັບນີ້?	ລາຍຮັບລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ (ກ່ອນພາສີ)
ຄ່າແຮງງານ			ຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ ການຊົດເຊີຍ		
ປະກັນສັງຄົມ / ຄວາມພິການ			ການຫວ່າງງານ		
ເງິນບຳນານ			ການສະຫນັບສະຫນູນດັກ /Alimony		
ການເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ			ເຊົ່າ ດິນ ລາຍຮັບ		
ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສາທາລະນະສຸກ			ອື່ນໆ		
ຈົດໝາຍສະຫນັບສະຫນູນດ້ານການເງິນ - ຄວນຈະສຳເລັດໂດຍບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນ					
<input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນຫຼາຍກວ່າ50%ສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດຂອງຄົນເຈັບ,ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຊ່ວຍໃນການຊຳລະຄ່າປັບປົວ. <input type="checkbox"/> ໂດຍການເຊັນຈົດໝາຍສະບັບນີ້, ຂ້າ ພະ ເຈົ້າ ໄດ້ ຢືນ ຍັນ ວ່າ ຄ່າ ຖະ ແຫລງ ຂ້າງ ເທິງ ນັ້ນ ແມ່ນ ຖືກ ຕ້ອງ ແລະ ວ່າ ຂ້າ ພະ ເຈົ້າ ຈະ ບໍ່ ຕ້ອງ ຮັບ ຜິດ ຊອບ ຕໍ່ ຄ່າ ໃຊ້ ຈ່າຍ ຂອງ ຄົນ ເຈັບ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທີ່ _____ (ເບີໂທລະສັບ)					
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນ				ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ	
ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນ				ວັນທີ	

**ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ແລະ ການລະບຸຕົວ**

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຄຳຮ້ອງສະຫມັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງແລະຄົບຖ້ວນເພື່ອທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົາໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ໃຫ້ນັ້ນແມ່ນຂຶ້ນກັບການຢັ້ງຢືນ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບໃນການຊຳລະຄ່າບໍລິການໃດໆທີ່ໃຫ້ຢູ່ໃນຫນ່ວຍງານ \_\_\_\_\_ MercyOne \_\_\_\_\_ Genesis ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງແມ່ນສະຫນອງໃຫ້ພາຍໃຕ້ການທຳທ່າຕົວະs.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງເຈົ້າຫນ້າທີ່ກົດໝາຍ (ຖ້າApplicable): \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_



ຄຳຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ  
ສຳລັບການບໍລິການໂຮງຫມໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ MercyOne Genesis ແລະແພດ

ກະລຸນາສົ່ງຄຳຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານໄປຍັງທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ແຜກໄປທີ່ເບີ 563-421-3608. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ,  
ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີ 563-421-2233.

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center,  
Patient Financial Services, Suite 2600  
1401 West Central Park Avenue  
Davenport, IA 52803

ຖ້າຫາກວ່າການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ຮັບໃນລັດອິລລິນອຍ,  
ຄວາມກັງວົນຫຼືການຮ້ອງຟ້ອງກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຫຼືການຫຼຸດລົງທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປະ  
ກັນໄພອາດຈະຖືກລາຍງານໃຫ້ຫ້ອງການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າຫນ້າທີ່ລັດ Illinois 1-877-305-5145 /  
<https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>