

ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ
ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງໝໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ Trinity ແລະແພດ

Personal & Confidential

Guarantor Name Smarttext
Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

Guarantor: Guarantor smarttext

Case Number: smarttext

Patients Included in Case:

- smarttext patient name(s)

ທີ່ຮັກແພງ patient name smarttext,

ຂອບໃຈທີ່ເລືອກ RHM smarttext ເປັນຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
ກະລຸນາສໍາເລັດຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ປິດລ້ອມແລະກັບຄືນໄປຫາທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອສໍາເລັດການປະເມີນຜົນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ 800-494-5797, ວັນ ຈັນ ຫາ ວັນ
ສຸກ ລະຫວ່າງ 9:00 a.m. - 5:00 p.m. ET.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

On behalf of RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ
ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງຫມໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ Trinity ແລະແພດ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃນໃບແບບຟອມສະໝັກ ແລະສົ່ງຄືນພາຍໃນ 10 ວັນ ລວມທັງສໍານຳເນົາເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້:			
ການຢັ້ງຢືນທີ່ຕັ້ງການ ☐ ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ຫນຶ່ງເດືອນ ພິສູດລາຍຮັບລວມ ☐ ສອງເດືອນຜ່ານມາໃບແຈ້ງການທະນາຄານສໍາເລັດສໍາລັບບັນຊີທະນາຄານທັງຫມົດ, ມີຫນ້າທັງຫມົດ (ຄໍາອະທິບາຍສໍາລັບການຝາກເງິນທີ່ເກີດຂຶ້ນເລື້ອຍໆ) ☐ ການສົ່ງຄືນພາສີເມື່ອມຸ່ງມານີ້ (1040 ແບບຟອມກັບຕາຕະລາງ C, E ຫຼື F) ຫຼື ສາມເດືອນໃບລາຍງານຜົນກໍາໄລ ແລະ ການສູນເສຍ (ສໍາລັບການເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ/ຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສ) <u>ສະໜອງໃຫ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ຖ້າໃຊ້ໄດ້</u> ☐ ຫວ່າງ ມຸ່ງ ມາ ນີ້ W2 ສໍາ ລັບ ລາຍ ໄດ້ ລະ ດູ ການ ☐ ການບໍ່ມີວຽກເຮັດງານທຳ/ຈົດຫມາຍປະຕິເສດ ☐ ລາຍຮັບການສະໜັບສະໜູນເດັກ / ຄ່າລ້ຽງດູ ☐ ບໍ່ມີລາຍຮັບ – ຈົດຫມາຍຄົບຊຸດສ່ວນສະໜັບສະໜູນການເງິນຂອງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກ			
ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ			
ຊື່ຄົນເຈັບ		ວັນເດືອນປີເກີດ	
ປະກັນສັງຄົມ/EIN Number (ທາງເລືອກ)	ໂທລະສັບມືຖື	ໂທລະສັບອື່ນໆ	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ທີ່ຢູ່ອີເມວ	ຂອງລັດໃດທີ່ທ່ານເປັນຊາວບ້ານ?		
ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ ☐ ໂສດ ☐ ແຕ່ງງານແລ້ວ ☐ ຮ້າງ ☐ ອື່ນໆ _____			
ທ່ານຍື່ນໃບແຈ້ງການຄືນພາສີຂອງກະຊວງ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ ຖ້າບໍ່ເປັນຫຍັງ?	ທ່ານສາມາດອ້າງວ່າຂຶ້ນກັບການຄືນພາສີຂອງຜູ້ອື່ນ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່		
ທ່ານຫຼືຜູ້ທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຂອງທ່ານມີການຄຸ້ມປະກັນສຸຂະພາບໃນເວລາບໍລິການ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ (ໃຫ້ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ)			
ທ່ານເປັນຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ມີເອກກະສານຂອງສະຫະລັດ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ ☐ ບໍ່ມັກຕອບ			
ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນ, ລວມທັງຕົວທ່ານເອງໂດຍອີງໃສ່ການ ກັບພາສີຂອງທ່ານໃນມຸ່ງນີ້	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ	ອ້າງເອົາການເກັບພາສີຄືນ (ແມ່ນແລ້ວ/ບໍ່)
ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບສໍາລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທຸກຄົນ			

ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ
ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງໝໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ Trinity ແລະແພດ

ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນ	ໃຜໄດ້ຮັບນີ້?	ລາຍຮັບລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນ (ກ່ອນພາສີ)	ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນ	ໃຜໄດ້ຮັບນີ້?	ລາຍຮັບລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນ (ກ່ອນພາສີ)
ຄໍາແຮງງານ			ຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ ການຊື້ເຊື້ອ		
ປະກັນສັງຄົມ / ຄວາມພິການ			ການຫວ່າງງານ		
ເງິນບໍານານ			ການສະໜັບສະໜູນເດດັກ / Alimony		
ການເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ			ເຊົ່າ ດິນ ລາຍຮັບ		
ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສາທາລະນະສຸກ			ອື່ນໆ		

ຈົດຫມາຍສະຫນັບສະຫນູນດ້ານການເງິນ - ຄວນຈະສໍາເລັດໂດຍບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນ

- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນຫຼາຍກວ່າ50%ສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາລົງຊີວິດຂອງຄົນເຈັບ,ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຊ່ວຍໃນການຊໍາລະຄ່າປັ້ນປົວ.
- ☐ ໂດຍການເຊັນຈົດຫມາຍສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຢືນຢັນວ່າຄ່າຖະແຫລງຂ້າງເທິງນັ້ນແມ່ນຖືກຕ້ອງແລະວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຄົນເຈັບ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທີ _____ (ເບີໂທລະສັບ)

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ
ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນ	ວັນທີ

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ແລະ ການລະບຸຕົວ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຄໍາຮ້ອງສະຫມັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງແລະຄົບຖ້ວນເພື່ອທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ໃຫ້ນັ້ນແມ່ນຂຶ້ນກັບການຢັ້ງຢືນ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບໃນການຊໍາລະຄ່າບໍລິການໃດໆທີ່ໃຫ້ຢູ່ໃນໜ່ວຍງານTrinity Health ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງແມ່ນສະໜອງໃຫ້ພາຍໃຕ້ການທຳທ່າຕົວະ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____

ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ກົດຫມາຍ (ຖ້າApplicable): _____ ວັນທີ: _____

ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____

ກະລຸນາສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານໄປຫາທີ່ຢູ່ຂ້າງເທິງ, ແຟັກທີ 312-871-3350 ແລະ ຫຼື ອັບໂຫຼດເອກະສານ ຜ່ານ MyChart (Portal ຄົນເຈັບ) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ 800-494-5797 ວັນ ຈັນ ຫາ ວັນ ສຸກ 9 a.m. - 5 p.m. ET.

ຖ້າຫາກວ່າການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ຮັບໃນລັດອິລລິນອຍ, ຄວາມກັງວົນຫຼືການຮ້ອງຟ້ອງກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຫຼືການຫຼຸດລົງທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປະ

ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງຫມໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ Trinity ແລະແພດ

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