



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ຫຼື 800.890.6034 | ແຟັກ 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ວັນທີ / Date: _____ ຊື່ຂອງຜູ້ຄ້ຳປະກັນ / Guarantor Name: _____

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ / Patient Name: _____ ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ / Date(s) of Service: _____

ໝາຍເລກບັນຊີ / Account # _____ ໝາຍເລກປະຫວັດທາງການແພດ / Medical Record # _____

ຮຽນຄົນເຈັບ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ-

ທ່ານຈະເຫັນແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຈາກ Texas Health Resources ທີ່ແນບຕິດ. ການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມສະໝັກນີ້ຈະເຮັດໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດນຳສະເໜີບັນຊີຂອງທ່ານເພື່ອພິຈາລະນາການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສຳລັບໂຮງໝໍຂອງທ່ານ, ທ່ານໝໍ ຫຼື ໃບຮຽກເກັບເງິນສຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ຮີບດ່ວນ. ນີ້ແມ່ນສຳລັບຍອດຄົງເຫຼືອໃນໂຮງໝໍ Texas Health, ການດູແລເບິ່ງແຍງຮີບດ່ວນໃນເຄືອຂ່າຍ Texas Health ຫຼື ກຸ່ມທ່ານໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ Texas Health ຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈຄວາມຕ້ອງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ດ້ວຍເຫດນັ້ນ, ຍົກເວັ້ນຈຸດປະສົງການຍືນຍັນ, ຂໍ້ມູນທີ່ປະກອບໃສ່ໃນແບບຟອມສະໝັກຂອງທ່ານຈະຖືກເປັນຂໍ້ມູນຄວາມລັບ. ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວຈະຖືກແບ່ງປັນພາຍໃນ Texas Health Resources ບົນພື້ນຖານທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ເທົ່ານັ້ນ.

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແຕ່ລະລາຍການໃນແບບຟອມສະໝັກ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມສຳລັບຄຳອະທິບາຍໃດໜຶ່ງ, ກະລຸນາໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມສະໝັກ.

ຈຳເປັນຕ້ອງມີຫຼັກຖານລາຍໄດ້ເພື່ອດຳເນີນການແບບຟອມສະໝັກ. ກະລຸນາເບິ່ງເອກະສານທີ່ສາມາດຍອມຮັບໄດ້ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ. ການບໍ່ສະໜອງເອກະສານທີ່ຮ້ອງຂໍສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການປະຕິເສດການພິຈາລະນາຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ.

ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມສະໝັກນີ້ເມື່ອໄດ້ຮັບ ແລະ ສົ່ງມັນຄືນໃຫ້ໄວເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ຖ້າທ່ານພົບຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມສະໝັກນີ້ ຫຼື ມີບາງບ່ອນທີ່ບໍ່ຊັດເຈນ, ກະລຸນາໂທຫາທີມງານຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ການຮ່ວມມືເພື່ອຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມສະໝັກຂອງທ່ານ.

ເອກະສານຫຼັກຖານລາຍໄດ້ທີ່ຕ້ອງການແມ່ນຈະຂຶ້ນກັບສະຖານະການທາງການເງິນຂອງທ່ານ.

ອາດຈຳເປັນຕ້ອງມີເອກະສານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບາງອັນ ຫຼື ທັງໝົດເພື່ອກຳນົດຜົນໄດ້ຮັບຂອງກໍລະນີຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຂອງທ່ານ.

1. ຫົວຂວັນຄຳຈ້າງຈາກການຈ້າງງານທັງໝົດ – ຫົວຂວັນຄຳຈ້າງ 3 ໃບໃນປັດຈຸບັນສຳລັບແຕ່ລະວຽກທີ່ເຮັດ.
2. ປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ໃບລາຍງານບຳນານ
3. ຄົນທີ່ເປັນນາຍຈ້າງຕົນເອງຕ້ອງສະໜອງແບບຟອມສະແດງລາຍການອາກອນສ່ວນຕົວຈາກປີປະຕິທິນທີ່ຍື່ນຄັ້ງຫຼ້າສຸດ ແລະ ໃບສະແດງຍອດບັນຊີທະນາຄານສ່ວນຕົວທີ່ມີລາຍລະອຽດ 3 ເດືອນ.
 - a. ແບບຟອມສະແດງລາຍການອາກອນ = ແບບຟອມ 1040 ສ່ວນຕົວບວກກຳນົດການທີ 1 ແລະ ກຳນົດການອື່ນໆທີ່ອ້າງອີງໃສ່ກຳນົດການທີ 1
4. ໃບລາຍງານ W-2 ຫຼື 1099 ສຳລັບການຈ້າງງານທັງໝົດໃນລະຫວ່າງຊ່ວງເວລາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.
5. ສິດທິປະໂຫຍດການຫວ່າງງານ - ແບບຟອມການອະນຸມັດ ຫຼື ການປະຕິເສດເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ.
6. ຫຼັກຖານລາຍໄດ້ສະໜັບສະໜູນເດັກ – ຕ້ອງການບົດສະຫຼຸບຂອງໄອຍະການສູງສຸດ.
7. ຫຼັກຖານຊັບພະຍາກອນທີ່ມີໃຫ້ – ໃບສະແດງຍອດບັນຊີທະນາຄານສ່ວນຕົວທີ່ມີລາຍລະອຽດ
8. ແບບຟອມທີ່ອະນຸມັດ ຫຼື ປະຕິເສດເງື່ອນໄຂສິດສຳລັບ Medicaid ແລະ/ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອ Medical ທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດ.
9. ໃບລາຍງານທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ໜ່ວຍງານສະຫວັດດີການ.
10. ໜັງສືສະໜັບສະໜູນທີ່ມີລາຍເຊັນຈາກພາກສ່ວນທີ່ສະໜອງຄວາມຕ້ອງການອາຫານ ແລະ ບ່ອນລີ້ໄພ.
11. ຫຼັກຖານເງິນຊົດເຊີຍລູກຈ້າງ
12. ໃບລາຍງານລາຍໄດ້ໄລຍະສັ້ນ ຫຼື ໄລຍະຍາວສຳລັບລາຍໄດ້ຄົນພິການ
13. ແບບຟອມທີ່ອະນຸມັດ ຫຼື ປະຕິເສດເງື່ອນໄຂສິດສຳລັບສິດທິປະໂຫຍດ SNAP.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ຫຼື 800.890.6034 |
 ແຟັກ 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ – ໜ້າທີ 1

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ / Patient Name: _____ ນາມສະກຸນ / Last _____ ຊື່ແທ້ / First _____ MI / MI _____

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ / Social Security # _____ ວັນເດືອນປີເກີດ / DOB: _____ ໝາຍເລກບັນຊີ / Account #: _____

ແຕ່ງງານ / Married _____ ໂສດ / Single _____ ຢ່າຮ້າງ / Divorced _____ ເປັນໝ້າຍ / Widowed _____ ແຍກທາງ / Separated _____

ທ່ານມີລູກທີ່ເປັນຜູ້ເຍົາ (ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ) ບໍ? / Do you have minor children (under 18)? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ພວກເຂົາເປັນລູກທີ່ເກີດຈາກທ່ານ/ລູກລ້ຽງຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານບໍ? / Do they live with you? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ພວກເຂົາເປັນລູກທີ່ເກີດຈາກທ່ານ/ລູກລ້ຽງຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານບໍ? / Are they your birth/legally adopted children? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ຄົນເຈັບຖືກຈ້າງງານບໍ? / Patient Employed? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ຜົວເມຍຖືກຈ້າງງານບໍ? / Spouse Employed? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ທ່ານມີປະກັນທາງການແພດບໍ? / Do you have medical insurance? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການຮ່ວມຈ່າຍຄ່າປົວສຸຂະພາບ/ການຮ່ວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ທ່ານພິການບໍ? ດົນປານໃດ? / Are you on disability? How long? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No
 ທ່ານເປັນທະຫານຜ່ານເສີກບໍ? / Are you a veteran? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No

ສະມາຊິກຄອບຄົວ – (ອາໄສໃນເຮືອນ)

ຜົວເມຍ / Spouse: _____

ລູກ / Child: _____ ອາຍຸ / Age: _____
 ລູກ / Child: _____ ອາຍຸ / Age: _____
 ລູກ / Child: _____ ອາຍຸ / Age: _____
 ລູກ / Child: _____ ອາຍຸ / Age: _____

ລາຍໄດ້ (ຈຳນວນເງິນໃນແຕ່ລະເດືອນ):

	ລວມ / Gross	ສຸດທິ / Net	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ / Expenses	ຈຳນວນເງິນໃນແຕ່ລະເດືອນ / Monthly Amount
ຄົນເຈັບ / Patient	\$ _____	\$ _____	ການຈຳນອງຄ່າເຊົ່າ / Mortgage/Rent	\$ _____
ຜົວເມຍ / Spouse	\$ _____	\$ _____	ສາທາລະນະປະໂພກ / Utilities	\$ _____
ຜູ້ເພິ່ງອາໄສ / Dependents	\$ _____	\$ _____	ການຈ່າຍຄ່າລົດ / Car Payments	\$ _____
ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	ອາຫານ / ເຄື່ອງອຸປະໂພກ-ບໍລິໂພກ / Food / Groceries	\$ _____
ສະແຕັມອາຫານ / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	ບັດເຄຣດິດ / Credit Cards	\$ _____
ປະກັນສັງຄົມ / Social Security	\$ _____	\$ _____	ອື່ນໆ / Other (ກະລຸນາລະບຸ / please specify)	\$ _____
ການຫວ່າງງານ / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
ສິດທິປະໂຫຍດຈາກການປະທ້ວງ / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
ເງິນຊົດເຊີຍລູກຈ້າງ / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	ທັງໝົດ / TOTAL	\$ _____
ຄ່າລ້ຽງດູ / Alimony	\$ _____	\$ _____		
ຄ່າລ້ຽງດູເດັກ / Child Support	\$ _____	\$ _____		
ເງິນຈັດສັນທາງທະຫານ / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
ເງິນບໍານານ / Pensions	\$ _____	\$ _____		
ລາຍໄດ້ຈາກ: ເງິນຝາກປະຢັດ / ຄ່າເຊົ່າ, ເງິນປັນຜົນ / ດອກເບ້ຍ / Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$ _____	\$ _____		
ທັງໝົດ / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

ຊັບສິນ

ບັນຊີກະແສລາຍວັນ / Checking Account \$ _____
 ບັນຊີຝາກປະຢັດ / Savings Account \$ _____
 CD's, IRA's \$ _____
 ການລົງທຶນອື່ນໆ (ຊັ້ນ, ພັນທະບັດ ແລະ ອື່ນໆ) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$ _____
 ຊັບສິນ/ດິນທີ່ອາໄສອາກບ່ອນພັກອາໄສຫຼັກ / Properties/Land other than primary residence \$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ຫຼື 800.890.6034 | ແຟັກ 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ – ໜ້າທີ 2

ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ / Name of Employer	_____	ນາຍຈ້າງຂອງຜົວເມຍ / Spouse's Employer:	_____
ໝາຍເລກໂທລະສັບ / Telephone #	_____	ໝາຍເລກໂທລະສັບ / Telephone #	_____
ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ / Employer Address	_____	ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ / Employer Address	_____
ອາຊີບ / Occupation	_____	ອາຊີບ / Occupation	_____

ໃນປັດຈຸບັນ, ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍສິດທິປະໂຫຍດ Medicaid ບໍ? *Are you currently applying for Medicaid Benefits?* _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No

ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຜ່ານໂຮງໝໍ/ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄົນປະສົບບັນຫາທາງການເງິນໃນເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານ/
Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program? _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No

ທ່ານໝໍຂອງທ່ານບໍລິຈາກການບໍລິການຂອງເຂົາ/ເຈົ້າບໍ? *Is your physician donating his/her services?* _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No

ມີພາກສ່ວນທີສາມທີ່ອາດຮັບຜິດຊອບສໍາລັບອຸບັດຕິເຫດ/ອາການບາດເຈັບ/ອາການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານບໍ? *Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?* _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No

ມີຄົນຊ່ວຍທ່ານໃນການຈ່າຍເງິນສໍາລັບໃບຮຽກເກັບເງິນທາງການແພດ Texas Health ຂອງທ່ານບໍ? *Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?* _____ ແມ່ນ / Yes _____ ບໍ່ແມ່ນ / No

ຜູ້ໃດຈະຊ່ວຍທ່ານ? *Who is assisting you?* _____

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍສໍາໃດ? *How much assistance are you receiving?* _____

ລະບຸຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາກຳນົດເງື່ອນໄຂສິດຂອງທ່ານສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອຈ່າຍເງິນສໍາລັບໃບຮຽກເກັບເງິນທາງການແພດຂອງທ່ານຈາກ Texas Health /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

ລາຍໄດ້ທີ່ຄາດຫວັງ ແລະ/ຫຼື ຫົນທຳທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງເວລາພັກຂອງທ່ານເນື່ອງຈາກອາການເຈັບປ່ວຍ /
Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.
 (ການລາປ່ວຍ, ເວລາພັກ, ລາຍໄດ້ຄວາມພິການໄລຍະສັ້ນ/ຍາວ /
Sick leave, paid time off, short/long term disability income). \$ _____

ໄລຍະເວລາຄາດຫວັງທີ່ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກ ແລະ/ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ /
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: _____

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Texas Health Resources ອາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທາງການເງິນທີ່ຕົ້ມໃສ່ແບບຟອມສະໝັກນີ້ ເຊິ່ງເຊື່ອມໂຍງກັບການປະເມີນແບບຟອມສະໝັກນີ້ ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງ ອະນຸຍາດໃຫ້ Texas Health ຕິດຕໍ່ກັບນາຍຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອຢືນຢັນຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ຮ້ອງຂໍບົດລາຍງານຈາກໜ່ວຍງານລາຍງານສິນເຊື່ອ. ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກຳນົດເງື່ອນໄຂສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ ແລະ ການປອມແປງຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມສະໝັກນີ້ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນອາດຍົກເລີກທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນໃນກໍລະນີທີ່ມີການຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍຈາກພາກສ່ວນທີສາມ ຫຼື ແຫຼ່ງອື່ນໆ.

[ພັນທະຂອງພາກສ່ວນທີສາມເທົ່ານັ້ນ] ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າການດູແລເບິ່ງແຍງທີ່ມາຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຈະບໍ່ຖືວ່າເປັນການຍົກເວັ້ນເງິນຊົດເຊີຍຈໍານວນໃດໜຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕິດໜີ້ໂຮງໝໍ ແລະ ຈໍານວນເງິນຊົດເຊີຍທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບກ່ຽວກັບການເຂົ້າຮັກສາໃນໂຮງໝໍນີ້ຕ້ອງສົ່ງໃຫ້ Texas Health Resources.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນທີ່ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າແມ່ນຄົນເຈັບ / <i>Signature of Person Making Request, If Patient</i>	ວັນທີ / Date
---	--------------

ລາຍເຊັນຂອງຄົນທີ່ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບ / <i>Signature of Person Making Request, If Not Patient</i>	ຄວາມສໍາພັນ / Relationship
--	---------------------------

ທີ່ຢູ່ຂອງຄົນເຈັບ / <i>Patient's Address</i>	ເມືອງ City	ລັດ / State	ZIP / Zip	ເຂດປົກຄອງ / County	ໝາຍເລກໂທລະສັບເຮືອນ / Home Telephone Number
--	---------------	----------------	--------------	-----------------------	---