

แบบฟอร์มข้อมูลด้านการเงิน / ในสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการกรอกแบบฟอร์มนี้ หรือมีคำถาม โปรดโทรหมายเลข 713.338.5502 หรือ 800.526.2121- กด 5

ชื่อคุ้ปปะ:	โทรศัพท์:
ที่อยู่ของคุ้ปปะ:	เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์:
หมายเหตุ:	วันที่เข้ารับบริการ:

ค่าสั่ง:	ต้องตอบคำ答ไม่ถูกข้อ หากค่าตอบไม่ถูกว่าข้อ โปรดเพิ่มน/A ลงในบรรทัดนี้ โปรดแนบสำเนาเอกสารระบุตัวตนที่ไฟฟ้าถ่ายเอกสารนี้ลงบัน (ข้อในขั้นที่รัฐออกให้หรือหนังสือเดินทางที่มีสภาพถ่าย ฯลฯ) *
	แบบสำเนาเอกสารการรับภาระรายได้ฉบับถูกตุด หรือ แบบสำเนาเอกสารหักภาษีและรายได้ที่ได้รับจากหน่วยงานที่ต่อไปนี้: _____ เรียกเงินค่าห้อง 2 ฉบับถูกตุด _____ สถาบันบัณฑิตประชารัฐจากภาระเดิมที่จ่าย
	* หากไม่มีเอกสารที่มีสภาพถ่าย อาจใช้เอกสารอื่น ๆ ที่สามารถระบุตัวตนได้แทน ติดต่อหน่วยขอโทรศัพท์สำนักพิทักษ์ความช่วยเหลือ เชื่อมประทับลักษณะหรือหนังสือแสดงเงินช่วยเหลือ จดหมายจากนายจ้างที่ระบุชื่อผู้จ้าง อาชีพ ที่址 ประจำที่ทำงาน จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน

***** ในสมัครนี้อธิบายไม่สมบูรณ์ หากขาดเอกสารสนับสนุน *****

สถานะ:	_____ สูญเสียในรัฐเพื่อข้อหา	_____ สูญเสียที่ถูกต้องตามกฎหมาย	_____ วิชาประเทกษาสูญเสีย	_____ วิชาประเทกษาสูญเสียคราว
สถานภาพสมรส (เลือกหนึ่งรายการ):	_____ สมรส	_____ โสด	_____ หม้าย	_____ อื่นๆ _____

เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และผู้พักอาศัยอื่น ๆ ภายในครัวเรือน (ดำเนินการต่อในหน้าอีกด้านหน้า)

ชื่อ-สกุล	วันเกิด	ความลับพื้นที่ของผู้พักอาศัย (เลือกหนึ่งรายการ)				
		ถูก	ถูกเลี้ยง	ผู้ปกครอง	ผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ	ไม่เกี่ยวข้อง
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	

สรุปการเข้าทำงาน

ผู้ป่วย	_____	ผู้สมรส	_____	
นายจ้าง	_____	นายจ้าง	_____	
อาชีพ	_____	อาชีพ	_____	
สถานะการเข้าทำงาน (เลือกหนึ่งรายการ)	_____ เต็มเวลา	_____ พาร์ทไทม์	_____ ว่างงาน	_____ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้
	_____ แม่บ้าน	_____ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้		

รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน

รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน			(ใช้ไม่ได้สำหรับ FAA)		
ผู้ป่วย	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	ภาระบ้าน:	เป็นเจ้าของบ้าน	เช่า
ผู้สมรส	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	การชำระค่าบ้าน	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
ค่าเดือนเช่า	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	ค่าอุปกรณ์บิโภค (ค่าไฟฟ้า, ค่าประปา)	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
ว่างงาน	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	รถคันที่ # 1	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
ค่าบุคคลเดือนเช่าบุตร	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	รถคันที่ # 2	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
ลิขิปะร์ไชน์สำหรับคนที่ถูกครอบครองเชิงชีวิตไปแล้ว	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	ค่าน้ำมัน	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
เงินทดแทนแรงงาน	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	ค่าที่ประทับ	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
กองทุน	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	ค่าโทรศัพท์ / เกมบิล / โทรศัพท์	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
อื่น ๆ	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	ค่าอาหาร	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
รายได้ทั้งหมด	คอลลาร์สหราชู	/เดือน	รายจ่ายทั้งหมด	คอลลาร์สหราชู	/เดือน
_____	_____	_____	_____	_____	_____

บัญชีธนาคาร/สินทรัพย์อื่น ๆ (ต้องครบทั้ง 3 ลำดับ):

(ใช้ไม่ได้สำหรับ FAA)

มีบัญชีเงินฝากกระแสรายรันหรือไม่ (วงกлемส่วนรับหนึ่งรายการ)	มี	ไม่มี	ยอดเงินคงเหลือในบัญชี	คอลลาร์สหราชู
มีบัญชีออมทรัพย์หรือไม่ (วงกлемส่วนรับหนึ่งรายการ)	มี	ไม่มี	ยอดเงินคงเหลือในบัญชี	คอลลาร์สหราชู
มีสินทรัพย์เพิ่มเติมใช้ใหม่ (วงกлемส่วนรับหนึ่งรายการ)	ใช่	ไม่ใช่	มูลค่าปัจจุบัน	คอลลาร์สหราชู
หากใช่โปรดอธิบาย: _____				

คุ้มครอง:

15620THA - Thai (2/18) หน้าที่ 1 จาก 2

คุ้มครอง:

**MEMORIAL
HERMANN**

ชื่อผู้ป่วย:

- ภายในได้บ่งบอกโดยฐานการให้ความเห็น ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ตอบคำตอบทั้งหมดด้วยความจริงและอย่างถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้ารับรู้อย่างดีที่สุด
- ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ แสดงรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน
- ข้อมูลนี้ รวมถึงรายงานข้อมูลเครดิตและข้อมูลอื่น ๆ ที่เผยแพร่แก่สาธารณะ อาจจะถูกนำมาใช้โดย Memorial Hermann เพื่อจัดทำแผนการชำระเงิน และ/หรือเพื่อปรับเปลี่ยนการสมัครเข้าร่วมเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน และ/หรือเพื่อพิจารณาสิทธิ์การเข้ารับบริการสำหรับโครงการต่าง ๆ ความครอบคลุม หรือความช่วยเหลือ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ Memorial Hermann รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลใด ๆ เพื่อยืนยันถึงข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้
- คุณจะได้รับการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรจาก Memorial Hermann หากข้อมูลที่ให้ไว้ไม่สมบูรณ์หรือไม่เพียงพอในการพิจารณาสิทธิ์ขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินของคุณ หรือหากคุณไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คุณยังจะได้รับการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยหากคุณมีสิทธิ์ได้รับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินอีกด้วย
- ผู้ป่วยที่สมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินอาจมีสิทธิ์ในกองทุนจากโครงการของห้องฉิน รัฐ หรือรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าวก่อนการแสดงเจตจำนงการเข้าร่วมสิทธิ์รับบริการความช่วยเหลือด้านการเงิน Memorial Hermann จะให้บริการความช่วยเหลือเป็นรายบุคคลในการสมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว หากไม่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อการพิจารณาการสมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินของผู้ป่วยในเชิงลบได้
 - ข้าพเจ้ายินยอมว่าได้เข้าร่วมการรับความคุ้มครองตามประกันทั้งหมดที่มีแล้ว เช่น Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance และการคุ้มครองอื่นๆ จากห้องฉิน รัฐ หรือรัฐบาลกลาง
 - ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาบำนาญเอง

ลายมือชื่อของผู้ป่วย/ผู้ค้ำประกัน

วันที่

หลังจากกรอกใบสมัครนี้สมบูรณ์ โปรดส่งไปยังฝ่าย โทรสาร หรืออีเมลพร้อมเอกสารสนับสนุนทั้งหมดมาที่:

Patient Business Services
 909 Frostwood Dr., Suite 3:100
 Houston, Texas 77024
 Attention: PBS Financial Assistance
 โทรสาร: 713-338-4261
 อีเมล: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

ผู้ด้านหลัง

ผู้ด้านหลัง