

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ



ຈຸດເລີ່ມຕົ້ນຄວາມສາມັກຄີທີ່ທ່ານ.



UnityPoint Health



UnityPoint Health ຮູ້ດີວ່າມີຫລາຍຄັ້ງ

ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາບໍ່ມີຄວາມສາມາດຊໍາລະຄ່າບໍລິການໄດ້.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ກ່ຽວກັບ

ການຊໍາລະຄ່າບໍລິການປິ່ນປົວ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນດ້ານການເງິນຈາກ **UnityPoint Health**.

ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ບໍ່, ກະລຸນາປະຕິບັດຕາມ ຄໍາແນະນໍາຕໍ່ໄປນີ້.

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການຂອງລັດແລ້ວ (ເຊັ່ນ Food Stamps ຫລື WIC) ພຽງແຕ່ໃຫ້ຕື່ມໃສ່ໜ້າທໍາອິດຂອງແບບຟອມ ແລະ ສົ່ງພ້ອມກັບໜັງສືຢັ້ງຢືນວ່າຕົວທ່ານຢູ່ໜຶ່ງໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້. ທ່ານອາດມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃສ່ໃບສຸດທ້າຍຂອງແບບຟອມ.

ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ທ່ານໄດ້ສະໜອງທຸກຂໍ້ມູນ ກ່ຽວກັບທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ແລະ ປະຕິບັດຕາມ 3 ພາກຢູ່ເບື້ອງຂວາມືຂອງແບບຟອມ. ຖ້າຫາກທ່ານສົ່ງຂໍ້ມູນບໍ່ຄົບແມ່ນຈະບໍ່ສາມາດພິຈາລະນາການສະເໜີຂອງທ່ານໄດ້. ຂໍ້ມູນທັງໝົດຈະຖືກເກັບຮັກສາເປັນຄວາມລັບ.

ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານສໍາລັບການຂຽນຟອມນີ້ໄດ້ ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ.

- ຖ້າຫາກທ່ານກໍາລັງຢູ່ໂຮງໝໍ, ໃຫ້ຖາມແພດຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຢູ່ບ່ອນລົງທະບຽນຄົນເຈັບ.
- ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ບ້ານ ຫລື ຢູ່ ຄລີນິກ ໃຫ້ໂທ (888) 343-4165

ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈທີ່ສໍາຄັນ

ທີມງານຂອງພວກເຮົາຈະລອງຄົ້ນຫາເບິ່ງວ່າ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນຂອງລັດ ຫຼື ຂອງລັດຖະບານກາງບໍ່ ກ່ອນຈະພິຈາລະນາຂໍ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈາກ UnityPoint Health.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແມ່ນໃຊ້ໄດ້ສະເພາະການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ຈໍາເປັນ ໂດຍ ອົງການ ແລະ ແພດຂອງ UnityPoint Health ເທົ່ານັ້ນ ດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໃນນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. ຖ້າທ່ານຍາກໄດ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບ ນະໂຍບາຍນີ້ໄປທີ່ unitypoint.org/fap.

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມຕື່ມກ່ຽວກັບໃບປິ່ນປົວຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາໝາຍເລກທີ່ມີຢູ່ເທິງໃບປິ່ນ ເພື່ອລົມກັບໂຮງໝໍ, ຄລີນິກ ຫລື ເຮືອນບົວລະບັດ ທີ່ໃຫ້ການສະໜອງການບົວລະບັດປິ່ນປົວ.

ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມ 3 ເນື້ອໃນ

1. ແບບຟອມການສະໜັບສະໜູນດ້ານການເງິນ

ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມທີ່ຄັດຕິດມາ, ຈົ່ງຢ່າລືມລົງນາມໃສ່ທ້າຍຢູ່ໜ້າສອງ.

ທ່ານພຽງແຕ່ຕື່ມໃສ່ແບບຟອມດຽວ ສໍາລັບ ທຸກຄົນດໍາລົງຊີວິດຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ.

2. ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ແຕ່ລະຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ: ສົ່ງສະບັບສໍາເນົາທຸກລາຍການເອກະສານລຸ່ມນີ້.

- ການຄົ້ນອາກອນສໍາລັບປີຜ່ານມາ
- ຖ້າຫາກທ່ານມີວຽກເຮັດ: ສົ້ນໃບຮັບເງິນຄ່າຈ້າງທີ່ມີວັນເດືອນປີ ຫຼື ສົ້ນຂວັນໃບຮັບເງິນ 3 ເດືອນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ
- ຖ້າທ່ານເຮັດວຽກໃຫ້ຕົນເອງ: ເອກະສານແຈ້ງລາຍຮັບ ແລະ ຍອດເງິນເຫຼືອ
- ຖ້າຫາກທ່ານຫວ່າງງານ: ໜັງສືແຈ້ງການຫວ່າງງານຂອງລັດ ແລະ ຫົວຂວັນລາຍຮັບ ສຸດທ້າຍຈາກວຽກຜ່ານມາ
- ໜັງສືແຈ້ງຈໍານວນເງິນບໍານານແຕ່ລະເດືອນ
- ໜັງສືແຈ້ງຈໍານວນເງິນອຸດໜູນພິການ
- ໜັງສືແຈ້ງຈໍານວນເງິນຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຈາກການໃຫ້ເຊົ່າ
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຈາກການສະໜັບສະໜູນລ້ຽງເດັກ
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຈາກການລ້ຽງດູ
- ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີລາຍຮັບ, ໃຫ້ຂຽນໜັງສືເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກຜູ້ທີ່ສະໜັບສະໜູນທ່ານ

3. ໜັງສືຢັ້ງຢືນຊັບສິນຂອງແຕ່ລະຄົນໃນເຮືອນຂອງທ່ານ:

ສົ່ງໜັງສືສະບັບສໍາເນົາທີ່ມີລາຍຊື່ຕໍ່ໄປນີ້.

- ໜັງສືລາຍງານສະຖານະພາບທາງການເງິນ 3 ເດືອນຜ່ານມາ
- ໜັງສືລາຍງານການລົງທຶນ (401K, IRA, ຈໍານວນເງິນລົງທຶນ, ຈໍານວນເງິນປະຫຍັດເພື່ອສຸຂະພາບ)



ເຫດຜົນທີ່ທ່ານຕ້ອງການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບການຊໍາລະບິນ

Blank lines for providing reasons for financial assistance.

ຊື່ຄົນເຈັບ

Form for patient name and address: ຊື່ (ທ້າຍ), ທີ່ຢູ່ (ຖະໜົນ), (ເມືອງ), ເລກໂທລະສັບ, ວັນເດືອນປີເກີດ, ອາຍຸ, Soc.Sec.No., ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ.

ຜູ້ທີ່ມີພັນທະຕໍ່ການຊໍາລະເງິນ

ການຈ້າງງານສ່ວນບຸກຄົນ

Form for individual employment: ຊື່, ທີ່ຢູ່, ເລກໂທລະສັບ, ວັນເດືອນປີເກີດ, Soc.Sec.No., ນາຍຈ້າງ, ທີ່ຢູ່, ເລກໂທລະສັບ, ຕໍາແໜ່ງວຽກ, ສະຖານະພາບວຽກ (PT/FT), Avg weekly hrs.

ພັນລະຍາ ຫລື ສາມີຂອງຄົນທີ່ມີພັນທະຊໍາລະເງິນ

ການຈ້າງງານສ່ວນບຸກຄົນ

Form for individual employment of spouse/relative: ຊື່, ທີ່ຢູ່, ເລກໂທລະສັບ, ວັນເດືອນປີເກີດ, Soc.Sec.No., ນາຍຈ້າງ, ທີ່ຢູ່, ເລກໂທລະສັບ, ຕໍາແໜ່ງວຽກ, ສະຖານະພາບວຽກ (PT/FT), Avg weekly hrs.

ຂໍ້ມູນອື່ນ

ລາຍຊື່ທຸກຄົນອື່ນດໍາລົງຊີວິດຢູ່ໃນຄອບຄົວ

Form for other household members: ຊື່, ຄວາມສໍາພັນ, Soc. Sec. ເລກລໍາດັບ, ວັນເດືອນປີເກີດ.

ວຽກທີ່ສອງສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີພັນທະຊໍາລະ ແລະ/ຫລື ພັນລະຍາ ຫລື ສາມີ

Form for second job of spouse/relative: ນາຍຈ້າງ, ທີ່ຢູ່, ເລກໂທລະສັບ, ຕໍາແໜ່ງວຽກ, ຕໍາແໜ່ງງານ (PT/FT), Avg weekly hrs.

ລາຍຮັບ			
ແຫຼ່ງລາຍໄດ້	ຈຳນວນເງິນໄດ້ຮັບ	ຄວາມຖີ່ຂອງການຮັບ	ຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບ
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ			
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ			
ປະກັນສັງຄົມ			
ອຸດໜູນການສະໜັບສະໜູນເດັກ/ການດູເລ			
ອຸດໜູນບໍານານ/Comp/ຫວ່າງງານ			
ດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ			
ອື່ນໆ (ໃຫ້ອະທິບາຍ)			

ຊັບສິນ		
ລາຍການ	ຍອດເງິນໃນປັນຊັບທະນາຄານ	ຄຳອະທິບາຍ
ບັນຊີເງິນເຊັກ		
ບັນຊີເງິນຝາກ		
ຫຸ້ນ/ພັນທະບັດ/CD		
401(K)/IRA/ບັນຊີຮັກສາສຸຂະພາບ		
ລົດຍົນ (ປີຜະລິດ ແລະ ລຸ້ນ)		
ເຮືອນຢູ່ຫຼັກ (ຕິເປັນມູນຄ່າ)		
ຊັບສິນສ່ວນຕົວອື່ນ		
ຊັບສິນທັງໝົດ (ແຖວ 1-7)		

ລາຍຈ່າຍ			
ລາຍການ	ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ຍັງຕິດໜີ້	ລາຍຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນ	ຄຳອະທິບາຍ
ສິນເຊື້ອທີ່ຢູ່ອາໄສ			
ເຊົ່າ(ການຊຳລະແຕ່ລະເດືອນ)			
ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ (ໄຟຟ້າ, ນ້ຳປະປາ ແລະ ອື່ນໆ.)			
ບິນກວດສຸຂະພາບ			
ເງິນອຸດໜູນລ້ຽງດູ / ລູກ			
ໃບບິນຢາ			
ສິນເຊື້ອທະນາຄານ (ລົດ)			
ສິນເຊື້ອທະນາຄານ (ສິນເຊື້ອບຸກຄົນ, ນັກສຶກສາ ແລະ ອື່ນໆ)			
ປະກັນໄພ (ລົດຍົນ, ສຸຂະພາບ ແລະ ອື່ນໆ)			
ໜີ້ສິນບັດເຄຣດິດ			
ອື່ນໆ (ໃຫ້ອະທິບາຍ)			
ລວມຍອດລາຍຈ່າຍທັງໝົດ (ແຖວ 1-11)			

ການອະນຸມັດເປີດເສີຍຂໍ້ມູນ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທາງໝົດເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການສະໜອງຂໍ້ມູນເທັດ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດ ເອກະສານ, ບົດລາຍງານ ຫຼື ບົກບົດຄວາມຈິງຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ຖືກຍົກເລີກການຕົກລົງໃດໆຜ່ານມາທັນທີ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ UnityPoint Health, ສາຂາ ແລະ ຕົວແທນຂອງບໍລິສັດ ໃນການກວດສອບຂໍ້ມູນຢູ່ໃນເອກະສານສະບັບນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງ UnityPoint Health ທຸກການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະພາບທາງການເງິນ ທີ່ອາດສົ່ງຜົນຕໍ່ການພິຈາລະນາຄັ້ງນີ້.

ລາຍເຊັນຜູ້ກະກຽມ _____ ວັນທີ _____

ລາຍເຊັນສາມີ ຫຼື ພັນລະຍາຜູ້ກະກຽມ _____ ວັນທີ _____

ແບບຟອມ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທາງທັງໝົດ* ອາດສົ່ງຜ່ານ:

ເມວ:
UnityPoint Health – ສຳນັກງານການເກັບເງິນພາກກາງ
 Attn: ທີມງານ FA
 6200 Thornton, Suite 100
 Des Moines, IA 50321

ອີເມວ:
FA_CBO_Request@unitypoint.org
ແຟັກ: (515) 362-5055
 ຂຽນ: “ແບບຟອມ FA” ຢູ່ໜ້າປົກຫັ້ງສີແຟັກ.

*ບໍ່ຕ້ອງສົ່ງເອກະສານຕົ້ນສະບັບ. ໃຫ້ສົ່ງເອກະສານສະບັບສຳເນົາເທົ່ານັ້ນ. ເອກະສານທັງໝົດຈະຖືກທຳລາຍພາຍຫລັງທີ່ສະແກນແລ້ວ.