

# UC DAVIS HEALTH

## ໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

1. ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ					
ນາມສະກຸນ		ຊື່	ໝາຍເລກບັນຊີຜູ້ຮັບປະກັນ.		ບັນທຶກໝາຍເລກບັນຊີ.
2. ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ສະໝັກ		ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ ຕົວເອງ ຄູ່ສົມຄຸນ ພໍ່ແມ່ ອື່ນໆ		ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ ແຕ່ງງານ ໃສດ ແຍກກັນຢູ່	
ນາມສະກຸນ		ຊື່			
ວັນເດືອນປີເກີດ	ຈໍານວນຂອງຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຕົນເອງ		ອາຍຸຂອງຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຕົນເອງ		ເບີໂທລະສັບ ( )
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ (ບໍ່ໃຫ້ຂຽນໝາຍເລກຕູ້ ປນ)	ເມືອງ	ລັດ	ຄາວຕີ້	ລະຫັດໄປສະນີ	
3. ໄຄວິດ-19					
ຄົນເຈັບມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານການເງິນຍ້ອນຜົນກະທົບຈາກໄຄວິດ-19 (ສຸນເສຍວຽກ ຫຼື ຖືກຕັດຊົ່ວໄມງເຮັດວຽກ)ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ					
4. ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້ (ຕ້ອງມີເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)					
ແຫຼ່ງລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ	ຜູ້ສະໝັກ	ຜູ້ສະໝັກຮ່ວມ	ລວມລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ		
ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ	\$	\$	\$		
ຊ່ວຍເຫຼືອລູກ	\$	\$	\$		
ເງິນລ້ຽງລູກ	\$	\$	\$		
ເງິນສະຫວັດດີການ	\$	\$	\$		
ຂອງຂວັນ	\$	\$	\$		
ອື່ນໆ(ບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກ, ບໍານານ, ອື່ນໆ.)	\$	\$	\$		
ລວມລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນທັງໝົດ			\$		
ຄອບຄົວ/ໝູ່ເພື່ອນ ເປັນຜູ້ຮັດຫາຫ້ອງ ແລະ ການເດີນທາງໃຫ້ທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ					
5. ຊັບສິນທີ່ເປັນເງິນສົດ (ສະເໜີໃຫ້ສະໜອງເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)					
ການກວດສອບ/ຕະຫຼາດເງິນບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ:					
ຊື່ທະນາຄານ	ສາຂາ/ທີ່ຢູ່			ຍອດເງິນໃນບັດຈຸບັນ	
1.				\$	
2.				\$	
3.				\$	
ຊັບສິນເງິນສົດອື່ນໆ (ເງິນຄ້າປະກັນ/ຫຸ້ນ/ພັນທະບັດເງິນຍອດລວມຂອງປະກັນໄພ/ອາກອນທີ່ສາມາດເບີກເງິນຄືນອີ່ນໆ.)					
1.				\$	
2.				\$	
ມູນຄ່າຊັບສິນລວມ				\$	

6. ຊັບສິນທີ່ບໍ່ແມ່ນເງິນສົດ				
	ຫາໄດ້ປີ	ຈໍານວນເງິນທີ່ເປັນໜີ້	ວາຍຈາຍຕໍ່ເດືອນ	ມູນຄ່າ
ລົດໃຫຍ່ຄັນທີ 1		\$	\$	\$
ລົດໃຫຍ່ຄັນທີ 2		\$	\$	\$
ອື່ນໆ		\$	\$	\$
ຍອດດວມ (ບໍ່ດວມ ພາຫະນະຄັນທີ 1)		\$	\$	\$
ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼືກັບ?			ແມ່ນ:	ບໍ່ແມ່ນ:
ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນອື່ນໆນອກເໜືອຈາກທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼືກັບຂອງທ່ານບໍ່?			ແມ່ນ:	ບໍ່ແມ່ນ:
ທີ່ຢູ່/ສະຖານທີ່:				
		ຈໍານວນເງິນທີ່ເປັນໜີ້	ວາຍຈາຍຕໍ່ເດືອນ	ມູນຄ່າ
	ຊັບສິນອື່ນໆ	\$	\$	\$
ຕື່ມມູນຄ່າລວມທັງໝົດຂອງພາຫະນະ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆທຳກັບ = ຊັບສິນທີ່ບໍ່ເປັນເງິນສົດທັງໝົດ				\$
7. ວາຍຈາຍປະຈຳເດືອນ				
			ຍອດທີ່ຍັງເຫຼືອ	ວາຍຈາຍຕໍ່ເດືອນ
ຊ່ວຍເຫຼືອລູກ (ຖ້າເດັກນ້ອຍບໍ່ໄດ້ຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ເປັນຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບທ່ານ)			\$	\$
ການຈໍານໍາ / ເຊົ່າ			\$	\$
ເຄື່ອງບໍລິໂພກ			\$	\$
ໃບບິນທົ່ວໄປ (ຄ່ານໍາຄ່າໄຟ ຫຼື ໃບບິນທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເປັນປະຈຳ)			\$	\$
ອື່ນໆ			\$	\$
<b>ວາຍຈ່າຍຍ່ອຍ</b>				\$
ການຈ່າຍຄ່າພາຫະນະທັງໝົດຈາກພາກທີ 6			\$	\$
ວາຍຈ່າຍການປັບປັບ/ປັບແກ້ (ລວມທັງ UDH)			\$	\$
ບັນຊີວາຍຈ່າຍ/ເງິນກູ້ຢືມ/ບັດເຄຣດິດ:				
1.			\$	\$
2.			\$	\$
<b>ລວມວາຍຈ່າຍທັງໝົດ:</b>				\$
8. ວາຍເຊັບ ແລະ ວັນທີ				
<p><b>ຈຸດປະສົງ:</b> ຈຸດປະສົງຂອງຂໍ້ມູນນີ້ ແມ່ນເພື່ອກຳນົດຄວາມສາມາດຂອງທ່ານໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ UDH ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປັບປັບ. ຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ດວມເຖິງການສະໜັກຂໍສະຫວັດດີການ Medi-Cal ໂຄງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ທຸກຍາກທາງການແພດຂອງຄາວຕີ້ຊາຄາເມັນໄຕ້ (Sacramento) ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຄາວຕີ້ອື່ນໆ. ທ່ານຄວນຈະຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສັງຄົມໃນຄາວຕີ້ທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ ເພື່ອສະໜັກຂໍໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າໂຮງໝໍມີສິດໃນການກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ພະແນກບໍລິການລູກຄ້າເພື່ອເກັບເງິນຈາກຄົນເຈັບຂອງ UDH ທີ່ເປັນໄທລະສັບ (916 734-9110) ຖ້າມີການປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃນ 10 ວັນນັບຈາກການປ່ຽນແປງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຜິດຊອບສໍາລັບວາຍຈ່າຍທັງໝົດຂອງການປ່ຽນແປງຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ UDH</p>				
_____ ວາຍເຊັບຄົນເຈັບ / ພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ				_____ ວັນທີ