



## ໃບສະໝັກຂໍໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ສະຖານເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ວິຕັນ ຟຣານຊິສ ໃຫ້ຄວາມເຄົາລົບກຽດສັກສີຂອງແຕ່ລະບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມກັງວົນພິເສດ ສໍາລັບຜູ້ທີ່ພະຍາຍາມຊ້າມຜ່ານອຸປະສັກໃນການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ. ພວກເຮົາມີຄໍາຫມັ້ນສັນຍາທີ່ທົ່ວໄປກັນໃນການຈັດການບຸກຄະລາກອນເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ເປັນການບໍລິການອັນໜຶ່ງໃຫ້ແກ່ທັງຊຸມຊົນ. ດັ່ງນັ້ນ, ພວກເຮົາໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນສໍາລັບບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ມາຫາພວກເຮົາ ເພື່ອຂໍການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ ແລະ ຈໍາເປັນທາງການແພດອື່ນໆ. ໃນຖານະທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຕາມເງື່ອນໄຂມາດຖານຂອງໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ, ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຜ່ານການກວດກາເບິ່ງວ່າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການ Medicaid ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆຂອງລັດຫຼືບໍ່, ໂດຍບໍ່ຈໍາກັດໂຄງການຕໍ່ໄປນີ້: BadgerCare – WI Medicaid; ຜູ້ສູງອາຍຸ, ຄົນຕາບອດ, ຄົນພິການ (EBD); ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດສຸກເສີນແກ່ຄົນຕ່າງດ້າວ (AEMA); ກອງທຶນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກໍາຮຸນແຮງ (VOVC); ຄວາມພິການຕາມສັນນິຖານ/Medicaid; ປະກັນສັງຄົມຄົນພິການ/ລາຍຮັບປະກັນສັງຄົມ (SSD/SSI); ຕະຫຼາດປະກັນໄພສຸຂະພາບ.

### ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບໃບສະໝັກຂໍໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ສົ່ງລາຍການທີ່ໝາຍຕົກ ຕໍ່ໄປນີ້

(ກະລຸນາສົ່ງສະບັບສໍາເນົາ, ສະບັບຕົ້ນແມ່ນຈະບໍ່ສົ່ງຄືນ)  
ຕ້ອງມີຂໍ້ມູນທັງໝົດຂອງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຜົວເມຍ

- ID ຂອງຜູ້ສະໝັກ
  - ສໍາເນົາຫົວຂວັນໃບເຊັກຮັບເງິນ/ຄູບ້ອງຮັບເງິນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ.
  - ໃບຢັ້ງຢືນລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນຈາກປະກັນສັງຄົມ ຖ້າທ່ານບໍ່ນໍາມາແລ້ວ ຫຼື ມີຄວາມພິການ, ເດົວຢ່າງ: ບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານ ຫຼື ໜັງສືອະນຸມັດ)
  - ໃບຢັ້ງຢືນລາຍຮັບການຫວ່າງງານ.
  - ໃບຢັ້ງຢືນການລ້ຽງລູກ ແລະ ຫຼື ການລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ.
  - ໃບຢັ້ງຢືນເງິນບໍານານ ແລະ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊົດເຊີຍການເຮັດວຽກ.
  - ໃບຢັ້ງຢືນບັດອາຫານ (food stamps), ການຊ່ວຍເຫຼືອ FIP, ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຍຸຮຸນ ແລະ ທີ່ພັກອາໄສ.
  - ຜູ້ສະໝັກທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈາກຄົນໃນຄອບຄົວ ຫຼື ຄົນອື່ນເປັນຄໍາໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາລົງຊີວິດຕ້ອງມີໃບລາຍງານເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກຄົນນີ້ ຫຼື ໃບລາຍງານການລ້ຽງດູ ພ້ອມທັງ ID ຂອງຜ່າຍສະໜັບສະໜູນ.
  - ສໍາເນົາໃບອື່ນເສຍອາກອນຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ມີລາຍເຊັນເສຍອາກອນຕາມປີຂອງທ່ານ, ລວມທັງກໍານົດເວລາທຸກອັນ ຖ້າທ່ານເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ ແລະ ຫຼື ມີຟາມ ຫຼື ມີລາຍຮັບຈາກການໃຫ້ເຊົ່າອະສັງຫາລິມະຊັບ.
  - ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນໄພສຸຂະພາບ:
    1. ໜັງສືຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ແລະ ຫຼື ນາຍຈ້າງຂອງຜົວເມຍຂອງທ່ານ ທີ່ຢັ້ງຢືນວ່າ ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນໄພຊີວິດແລ້ວ.
    2. ຖ້າທ່ານປະຕິເສດປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ສະເໜີໃຫ້ຜ່ານນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ແລະ ຫຼື ນາຍຈ້າງຂອງຜົວເມຍຂອງທ່ານ, ໃຫ້ສົ່ງຄໍາປະກັນໄພມານໍາ.
  - ຖ້າທ່ານມີປະກັນໄພສຸຂະພາບ:
    1. ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຸຂະພາບ.
  - ໜັງສືຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ລັດໃຫ້ທຶນ ກໍຕ້ອງມີ.
- ກະລຸນາໂທຫາຫ້ອງການພະແນກບໍລິການມະນຸດປະຈໍາເຂດຂອງທ່ານ ເພື່ອອື່ນສະໝັກ Medicaid/Title 19 ແລະ ຫຼື ໂຄງການຫຼຸດຄ່າປັບປົວທາງການແພດໃຫ້ແກ່ຜູ້ທຸກຍາກ.

ສະຖານເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ວິຕັນ ຟຣານຊິສ ຈະສົ່ງຄໍາຕອບເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ແກ່ຜູ້ສະໝັກ ຕາມໃບແຈ້ງຮັບສະໝັກ ແລະ ຂໍ້ມູນສະໜັບສະໜູນ ທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນ. ຄໍາຕອບເປັນລາຍລັກອັກສອນນີ້ຈະນໍາໃຊ້ ເພື່ອໄປພົບຕາມວັນທີ່ມີຄໍາສັ່ງທໍາອິດກັບຄືນໄປໜຶ່ງປີ ແລະ ອີກໜຶ່ງປີຕໍ່ໜ້າ ນັບຈາກວັນທີ່ອະນຸມັດ. ດັ່ງນັ້ນ ຈິ່ງມີຄວາມສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງໄດ້ເອົາໃຈໃສ່ປະກອບເອກະສານຕອບຄືນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ກັບຄືນທັນທີ. ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດດ້ວຍເຫດຜົນໃດກໍຕາມ, ໃຫ້ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນສິບສີ່ (14) ວັນຕາມປະຕິທິນ ນັບຈາກວັນທີ່ອອກຈົດໝາຍປະຕິເສດນັ້ນ ໂດຍສົ່ງໄປໃຫ້ຫ້ອງການຂອງຮອງປະທານຄຸ້ມຄອງຮອບວຽນລາຍຮັບ, ສົ່ງເຖິງ: 100%

Charity Care and Financial Assistance Appeals Committee, Wheaton Franciscan Healthcare Corporate Services Office, 801 S. 60<sup>th</sup> Street, Suite 150, West Allis, WI 53214, ໂດຍການກໍານົດວ່າເປັນຫຍັງຈິ່ງຄວນໃຫ້ມີການພິຈາລະນາໃບສະໝັກຄືນໃໝ່ ແລະ ປະກອບຂໍ້ມູນສະໜັບສະໜູນເພີ່ມເຕີມອີກ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ກະລຸນາໂທຫາ: (866) 972-4687

ວັນທີ: \_\_\_\_\_ ເລກບັນຊີ: \_\_\_\_\_

ຊື່ຜູ້ສະໝັກ: \_\_\_\_\_ ຊື່ຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໝັກ: \_\_\_\_\_ ເມືອງ: \_\_\_\_\_ ຖະໜົນ: \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ: \_\_\_\_\_

ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ສະໝັກ: \_\_\_\_\_ ລະຫັດປະກັນສັງຄົມ (SSN): \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_\_

ສະຖານະພາບ:  ໂສດ  ແຕ່ງງານແລ້ວ  ເປັນໝ້າຍ  ຢ່າຮ້າງ  ແຍກກັນຢູ່

ຊື່ຜົວເມຍ: \_\_\_\_\_ ລະຫັດປະກັນສັງຄົມ (SSN): \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_\_

|                     |                |                     |                |
|---------------------|----------------|---------------------|----------------|
| ຊື່ຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່ນຳ: | ວັນເດືອນປີເກີດ | ຊື່ຂອງຜູ້ອາໄສຢູ່ນຳ: | ວັນເດືອນປີເກີດ |
| _____               | ____/____/____ | _____               | ____/____/____ |
| _____               | ____/____/____ | _____               | ____/____/____ |
| _____               | ____/____/____ | _____               | ____/____/____ |

**ຂໍ້ມູນນາຍຈ້າງ ລາຍໄດ້ ແລະ ປະກັນໄພ (ຕ້ອງຕອບໃສ່ທຸກຫ້ອງໃຫ້ຄົບຖ້ວນ):**

**ຜູ້ສະໝັກ**

ປະຈຸບັນທ່ານເຮັດວຽກບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ      ທ່ານອື່ນເສຍອາກອນລັດຖະບານກາງບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ      ທ່ານມີປະກັນໄພສຸຂະພາບບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີຈ້າງ: \_\_\_\_\_ ຈຳນວນເງິນຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຸຂະພາບຕໍ່ເດືອນ: \$ \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເລື້ອຍປານໃດ?  ປະຈຳອາທິດ  ທຸກສອງອາທິດ  ປະຈຳເດືອນ  ຄ່າແຮງງານຕໍ່ຊົ່ວໂມງ: \$ \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ມີກຳນົດເວລາຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະໄລຍະການຈ່າຍຄ່າ?  20  40  60  80  120  ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງປະຈຸບັນ ຫຼື ຜ່ານມາ: \_\_\_\_\_ ເມືອງ: \_\_\_\_\_ ລັດ: \_\_\_\_\_

ລາຍໄດ້ລວມປະຈຳເດືອນ: \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ: \_\_\_\_\_

**ຜົວເມຍຂອງຜູ້ສະໝັກ**

ປະຈຸບັນທ່ານເຮັດວຽກບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ      ທ່ານອື່ນເສຍອາກອນລັດຖະບານກາງບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ      ທ່ານມີປະກັນໄພສຸຂະພາບບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີຈ້າງ: \_\_\_\_\_ ຈຳນວນເງິນຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຸຂະພາບຕໍ່ເດືອນ: \$ \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເລື້ອຍປານໃດ?  ປະຈຳອາທິດ  ທຸກສອງອາທິດ  ປະຈຳເດືອນ  ຄ່າແຮງງານຕໍ່ຊົ່ວໂມງ: \$ \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ມີກຳນົດເວລາຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະໄລຍະການຈ່າຍຄ່າ?  20  40  60  80  120  ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງປະຈຸບັນ ຫຼື ຜ່ານມາ: \_\_\_\_\_ ເມືອງ: \_\_\_\_\_ ລັດ: \_\_\_\_\_

ລາຍໄດ້ລວມປະຈຳເດືອນ: \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ: \_\_\_\_\_

**ແຫຼ່ງລາຍຮັບອື່ນໆ (ໝາຍໃສ່ປະເພດ ແລະ ເຮັດບັນຊີຈຳນວນ):**

ເງິນລ້ຽງເມຍເງິນລ້ຽງລູກ \_\_\_\_\_  ເງິນບໍານານປະຈຳປີ \_\_\_\_\_

ປະກັນສັງຄົມ \_\_\_\_\_  ຊົດເຊີຍຜູ້ເຮັດວຽກ \_\_\_\_\_

ເງິນບໍານານນັກຮົບເກົ່າ \_\_\_\_\_  ລາຍໄດ້ຈາກການໃຫ້ເຊົ່າ \_\_\_\_\_

ເງິນຊົດເຊີຍຫວ່າງງານ \_\_\_\_\_  ອື່ນໆ (ລະບຸ) \_\_\_\_\_

ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໂຮງຮຽນ \_\_\_\_\_

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ມາແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຈິງຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອສູງສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ແກ່ ສະຖານເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ວິຕັນ ພຣານຊິສ ເພື່ອການຍັ້ງຢືນຖານະການເງິນນີ້.

\_\_\_\_\_ ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກ

\_\_\_\_\_ ຜົວເມຍ

\_\_\_\_\_ ວັນທີ

\_\_\_\_\_ ວັນທີ