

**แบบฟอร์มข้อมูลด้านการเงิน / ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน**

หากคุณต้องการความช่วยเหลือหรือมีคำถามเกี่ยวกับการกรอกแบบฟอร์มนี้ โปรดโทร 281.312.4012 หรือ 281.312.4000 -- กด 5

ชื่อผู้ป่วย:	หมายเลขโทรศัพท์:
ที่อยู่ของผู้ป่วย:	เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์:
หมายเลขบัญชี:	วันที่เข้ารับบริการ:

คำสั่ง:  ต้องตอบคำถามทุกข้อ หากคำถามไม่เกี่ยวข้อง โปรดเขียน N/A ลงในบรรทัดนั้น

**แนบสำเนาเอกสารระบุตัวตนที่มีภาพถ่ายมาหนึ่งฉบับ (เช่น ใบขับขี่ที่รัฐออกให้หรือหนังสือเดินทางที่มีภาพถ่าย ฯลฯ) \***

**แนบสำเนาเอกสารการคืนภาษีเงินได้ฉบับล่าสุด หรือ**

**แนบสำเนาเอกสารหลักฐานแสดงรายได้ตัวอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้มาหนึ่งฉบับ**

เช็คเงินค่าจ้าง 2 รายการล่าสุด

สลิปยืนยันผลประโยชน์จากการเลิกจ้าง

เช็คเงินประกันสังคมหรือหนังสือแสดงเงินช่วยเหลือ

จดหมายจากนายจ้างที่ระบุชื่อลูกจ้าง อาชีพ ค่าจ้างรายชั่วโมง จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน

\* หากไม่มีเอกสารที่มีภาพถ่ายอาจใช้เอกสารอื่น ๆ ที่สามารถระบุตัวตนได้แทน ติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ด้านบนเพื่อขอความช่วยเหลือ

**\*\*\* ใบสมัครนี้ถือว่าไม่สมบูรณ์ หากขาดเอกสารสนับสนุน \*\*\***

สถานะ:  ผู้พักอาศัยในรัฐเท็กซัสถาวร  ผู้พักอาศัยที่ถูกต้องตามกฎหมาย  วิชาประเภทผู้พักอาศัย  วิชาประเภทผู้พักอาศัยชั่วคราว

สถานภาพสมรส (เลือกหนึ่งรายการ):  สมรส  โสด  หย่าร้าง

หม้าย  อื่น ๆ \_\_\_\_\_

เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และผู้พักอาศัยอื่น ๆ ภายในครัวเรือน (ต่ออีกแผ่น หากจำเป็น)

ชื่อ-สกุล	วันเกิด	ความสัมพันธ์ของผู้พักอาศัย (เลือกหนึ่งรายการ)				
		ลูก	ลูกเลี้ยง	ผู้ปกครอง	ผู้ใหญ่ / ผู้สูงอายุ	ไม่เกี่ยวข้อง

สรุปการจ้างงาน	ผู้ป่วย	คู่สมรส
นายจ้าง	นายจ้าง	นายจ้าง
อาชีพ	อาชีพ	อาชีพ
สถานะการจ้างงาน (เลือกหนึ่งรายการ)	สถานะการจ้างงาน (เลือกหนึ่งรายการ)	สถานะการจ้างงาน (เลือกหนึ่งรายการ)
<input type="checkbox"/> พนักงานเต็มเวลา <input type="checkbox"/> พาร์ทไทม์ <input type="checkbox"/> วางงาน <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้	<input type="checkbox"/> พนักงานเต็มเวลา <input type="checkbox"/> พาร์ทไทม์ <input type="checkbox"/> วางงาน <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้	<input type="checkbox"/> พนักงานเต็มเวลา <input type="checkbox"/> พาร์ทไทม์ <input type="checkbox"/> วางงาน <input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ไม่สามารถกลับไปทำงานได้

รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน		รายจ่ายของครัวเรือนต่อเดือน (ใช้ไม่ได้สำหรับ FAA)	
ผู้ป่วย	\$ _____ / ต่อเดือน	ภาระบ้าน: _____ เป็นเจ้าของ / คู่ยืม _____เช่า	
คู่สมรส	\$ _____ / ต่อเดือน	การชำระค่าบ้าน	\$ _____ / ต่อเดือน
ค่าเลี้ยงดู	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าอุปโภคบริโภค (ค่าไฟฟ้า, ค่าประปา)	\$ _____ / ต่อเดือน
ว่างงาน	\$ _____ / ต่อเดือน	รถยนต์คันที่ 1	\$ _____ / ต่อเดือน
ค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตร	\$ _____ / ต่อเดือน	รถยนต์คันที่ 2	\$ _____ / ต่อเดือน
สิทธิ์ประโยชน์สำหรับคนที่คู่ครองเสียชีวิตไปแล้ว	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าน้ำมัน	\$ _____ / ต่อเดือน
เงินทดแทนแรงงาน	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าประกันภัย	\$ _____ / ต่อเดือน
กองทุน	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าโทรศัพท์ / เคเบิล / โทรศัพท์	\$ _____ / ต่อเดือน
อื่น ๆ	\$ _____ / ต่อเดือน	ค่าอาหาร	\$ _____ / ต่อเดือน
<b>รายได้ทั้งหมด</b>	<b>\$ _____ / ต่อเดือน</b>	<b>รายจ่ายทั้งหมด</b>	<b>\$ _____ / ต่อเดือน</b>

บัญชีธนาคาร / สินทรัพย์อื่น ๆ (ตอบทั้ง 3 คำถาม): (ใช้ไม่ได้สำหรับ FAA)

มีบัญชีเงินฝากกระแสรายวันหรือไม่ (วงกลมล้อมรอบหนึ่งรายการ)	มี	ไม่มี	ยอดเงินคงเหลือในบัญชี	\$ _____
มีบัญชีออมทรัพย์หรือไม่ (วงกลมล้อมรอบหนึ่งรายการ)	ใช่	ไม่ใช่	ยอดเงินคงเหลือในบัญชี	\$ _____
มีสินทรัพย์เพิ่มเติมใช้ใหม่ (วงกลมล้อมรอบหนึ่งรายการ)	มี	ไม่มี	มูลค่าในปัจจุบัน	\$ _____

หากใช่ โปรดอธิบาย: \_\_\_\_\_

แบบฟอร์มข้อมูลด้านการเงิน / ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน

ชื่อผู้ป่วย:

- \* ภายใต้บทลงโทษฐานการให้ความเท็จ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ตอบคำตอบทั้งหมดด้วยความจริงและอย่างถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้ารับรู้ที่ดีที่สุด
- \* ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ แสดงรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน
- \* ข้อมูลนี้ รวมถึงรายงานข้อมูลเครดิตและข้อมูลอื่น ๆ ที่เผยแพร่แก่สาธารณะ อาจจะถูกนำมาใช้โดย Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood เพื่อจัดทำแผนการชำระเงิน และ / หรือเพื่อริเริ่มการสมัครเข้าร่วมเพื่อรับความช่วยเหลือด้านการเงิน และ / หรือเพื่อพิจารณาสิทธิการเข้ารับบริการสำหรับโครงการต่าง ๆ ความครอบคลุม หรือความช่วยเหลือ
- \* ข้าพเจ้ายินยอมให้ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลใด ๆ เพื่อยืนยันถึงข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้
- \* คุณจะได้รับการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรจาก Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood หากข้อมูลที่ให้ไว้ไม่สมบูรณ์หรือไม่เพียงพอในการพิจารณาสิทธิขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินของคุณ หรือหากคุณไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ นอกจากนี้ คุณยังจะได้รับการแจ้งเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยหากคุณมีสิทธิได้รับบริการความช่วยเหลือด้านการเงิน
- \* ผู้ป่วยที่สมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินอาจมีสิทธิในกองทุนจากโครงการของท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยควรสมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าวก่อนการแสดงเจตจำนงการเข้าร่วมสิทธิรับบริการความช่วยเหลือด้านการเงิน Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood จะให้บริการความช่วยเหลือเป็นรายบุคคลในการสมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว หากไม่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการต่าง ๆ ดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาการสมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินของผู้ป่วยในเชิงลบได้
- \* ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้ เข้าร่วมการรับความคุ้มครองตามประกันทั้งหมดที่มีแล้ว เช่น Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance และการคุ้มครองอื่นใดจากท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลาง
- \* ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเอง

ลายมือชื่อของผู้ป่วย / ผู้รับรอง

วันที่

หลังจากกรอกใบสมัครจนครบถ้วนแล้ว ให้ส่งเอกสารสนับสนุนทั้งหมดทางไปรษณีย์ไปยัง:

Patient Business Office  
300 Kingwood Medical Drive  
Kingwood, Texas 77339  
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

ดูด้านหลัง

MEMORIAL  
HERMANN

ดูด้านหลัง