



ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

Sanford Health ອຸທິດຕົນເພື່ອໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນນະພາບໃຫ້ແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຮັບຮູ້ວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອສຸຂະພາບບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນອາດເປັນບັນຫາທາງດ້ານການເງິນສຳລັບທ່ານໃນເວລານີ້. ດັ່ງນັ້ນ, ພວກເຮົາຈຶ່ງສະເໜີໂອກາດໃຫ້ທ່ານສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນກັບລະບົບສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ.

ຕິດກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້, ທ່ານຈະພົບໃບສະໝັກທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງປະກອບເອກະສານນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນເພື່ອໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາສຳລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານກົງກັບເງື່ອນໄຂທີ່ Sanford Health ກຳນົດໄວ້, ຍອດເງິນໃນບັນຊີຂອງທ່ານບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດອາດຈະໄດ້ຮັບການໃຫ້ອະໄພ.

ນອກເໜືອຈາກໃບສະໝັກທີ່ເຮັດສຳເລັດແລ້ວ, ກະລຸນາກະກຽມເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- ສຳເນົາໃບແຈ້ງພາສີ Federal 1040 ຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ, ລວມທັງກຳນົດການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທັງໝົດ ຫຼື ຫຼັກຖານການບໍ່ຍື່ນຈາກ IRS (ໂທຫາ (800) 908-9946 ເພື່ອຂໍຮັບສຳເນົາ)
- ສຳເນົາໃບບິນຈ່າຍເງິນສອງລາຍການສຸດທ້າຍສຳລັບຜູ້ມີລາຍໄດ້ຄ່າແຮງງານທີ່ປະກອບສ່ວນສ້າງລາຍໄດ້ໃນຄົວເຮືອນ
- ຈົດໝາຍລາງວັນປະກັນສັງຄົມ ຫຼື 1099 ຫຼ້າສຸດ ຖ້າໄດ້ຮັບປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບປະກັນສັງຄົມ ເຊັ່ນດຽວກັນກັບລາຍຮັບອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸຫຼັກຖານລາຍໄດ້ເພີ່ມເຕີມ)
- ໃບແຈ້ງຍອດທະນາຄານ ຫຼື ການລົງທຶນທີ່ສະແດງຂໍ້ມູນທຸລະກຳ ແລະ ຍອດເງິນໃນບັນຊີບັດຈຸບັນ

ພວກເຮົາຮັບຮູ້ວ່າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຈາກບັນທຶກພາສີທີ່ຜ່ານມາອາດຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງສະຖານະການບັດຈຸບັນຂອງທ່ານຢ່າງພຽງພໍ. ຖ້າເປັນດັ່ງນັ້ນ, ກະລຸນາແນບບັນທຶກສ້າງທີ່ອະທິບາຍສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານພ້ອມກັບການປ່ຽນແປງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.

ເມື່ອພວກເຮົາກວດສອບໃບສະໝັກຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ 30 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບ. ຖ້າສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງນັບຕັ້ງແຕ່ທ່ານໃບສະໝັກຕົ້ນສະບັບຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຟ້ອງພາຍໃນ 30 ມື້ນັບຈາກວັນທີ່ໃນຈົດໝາຍຮັບຮອງຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບບັນຊີຂອງທ່ານ, ມີຄຳຖາມໃດໆ ຫຼື ຕ້ອງການສອບຖາມກ່ຽວກັບການຄຳຮ້ອງຟ້ອງ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ ບໍລິການທາງດ້ານການເງິນສຳລັບຄົນເຈັບຂອງ Sanford ທີ່ (877) 629-2999. ເວລາເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນວັນຈັນ - ວັນພະຫັດ 7 ໂມງເຊົ້າ - 6 ໂມງແລງ ແລະວັນສຸກ 7 ໂມງເຊົ້າ - 5 ໂມງແລງ.

ເຖິງຜູ້ຢູ່ອາໄສໃນລັດມິນເນໂຊຕາ ທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຢູ່ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການຂອງ Health facilities ທີ່ຕັ້ງຢູ່ໃນລັດມິນເນໂຊຕາ: ຖ້າຫາກທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ ບໍລິການດ້ານການເງິນສຳລັບຄົນເຈັບຂອງ Sanford ທີ່ (877) 629-2999 ກ່ອນ ແລະ ໃຫ້ໂອກາດພວກເຮົາລອງແກ້ໄຂຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານຍັງຄົງມີຄວາມກັງວົນທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການໄອຍະການສູງສຸດຂອງ MN ໄດ້ທີ່ (651) 296-3353 ຫຼື (800) 657-3787.

ກະລຸນາຕອບກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນນີ້ພາຍໃນ 30 ມື້ ແລະ ສົ່ງກັບໄປຍັງຫ້ອງການຂອງພວກເຮົາໂດຍ **SECURE FAX** ທີ່ (800) 544-5967 ຫຼື ຕອບອີເມວກັບ: Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482. ຖ້າທ່ານບໍ່ສົ່ງຄືນໃບສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນພາຍໃນ 30 ມື້, ເຮົາຈະເຂົ້າໃຈວ່າທ່ານປະຕິເສດທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງ Sanford.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,
Sanford Health



Submit application to:
 Sanford Health
 PO Box 2010
 Fargo, ND 58122-2482
 OR
 Secure Fax: 800-544-5967

ໃບສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ຂໍ້ມູນປະຊາກອນ

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່ຄູ່ສົມລົດ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ສະຖານະພາບການສົມລົດ (ກະລຸນາໝາຍໃສ່ໃນຊ່ອງ): ໂສດ ____ ແຕ່ງງານ ____ ຢ່າຮ້າງ ____ ເປັນໝ້າຍ ____

ທີ່ຢູ່: _____ ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ໂທລະສັບມືຖື (ຕົນເອງ): _____ ໂທລະສັບມືຖື (ຜົວ ຫຼື ເມຍ): _____ ເບີໂທລະສັບທີ່ບ້ານ: _____

ກະລຸນາລະບຸລາຍຊື່ຜູ້ຢູ່ໃນພາກສາມທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ເຊິ່ງອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ຊື່: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

ຂໍ້ມູນການປະກັນໄພ (ກະລຸນາໝາຍໃສ່ໃນຊ່ອງ): ມີປະກັນໄພ ____ ບໍ່ມີປະກັນໄພ ____ ສ່ວນແບ່ງດ້ານທຶນ ____

ຖ້າເປັນລູກຈ້າງ, ທ່ານເຮັດວຽກຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກຂອງທ່ານດົນປານໃດແລ້ວ? _____

ທ່ານສາມາດຈ່າຍ/ຫຼື ຈ່າຍບິນ Sanford ໄດ້ເທົ່າໃດຕໍ່ເດືອນ? _____

ລາຍໄດ້

ຕົນເອງ	ລາຍໄດ້ລວມປະຈໍາເດືອນ	ຄູ່ສົມລົດ
\$	ລາຍໄດ້ລວມ/ການຫວ່າງງານ/ຄ່າຕອບແທນການເຮັດວຽກ	\$
\$	ປະກັນສັງຄົມ/SSI/SSDI	\$
\$	ການຈ້າງງານດ້ວຍຕົນເອງ/ລາຍໄດ້ຈາກຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າລິຂະສິດ/ອະສັງຫາລິມະຊັບ/ຄວາມໜ້າເຊື່ອຖື	\$
\$	ເງິນບໍານານ/ບໍານານ/ຄ່າງວດ/ຜົນປະໂຫຍດຂອງນັກຮົບເກົ່າ	\$
\$	ການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກ/ການສະໜັບສະໜູນຄູ່ສົມລົດ/ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ	\$
\$	ລາຍໄດ້/ອື່ນໆ: _____	\$
\$	ລາຍໄດ້ທັງໝົດ (ກະລຸນາສະແດງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ທັງໝົດ)	\$

ໃບສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ - ໜ້າ 2

ຊັບສິນ

ປະເພດບັນຊີ	ສະຖາບັນການເງິນ	ຈໍານວນ/ມູນຄ່າ
ກໍາລັງກວດສອບ		
ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ		
ຕະຫຼາດການເງິນ		

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາ:

ກະລຸນາແນບເອກະສານເພີ່ມເຕີມຖ້າຈໍາເປັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລວມເອົາເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນຕໍ່ໄປນີ້ພ້ອມກັບໃບສະໝັກທີ່ສໍາເລັດຄົບຖ້ວນແລ້ວ:

- ການຄືນພາສີ (ລັດຖະບານກາງ 1040) ຫຼື ຫຼັກຖານການບໍ່ຍືນໃບບິນຈ່າຍເງິນ 2 ໃບສໍາລັບຜູ້ມີລາຍໄດ້ຄ່າຈ້າງແຕ່ລະຄົນ
- ຈົດໝາຍລາງວັນປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າມີ) ໃບແຈ້ງຍອດທະນາຄານ ຫຼື ການລົງທຶນ

ການມອບໝາຍສິດ (ກະລຸນາອ່ານຢ່າງລະອຽດ)

ໂດຍການເຊັນຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງວ່າຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກນີ້ ແລະ ເອກະສານປະກອບເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນນີ້ຖືກເກັບໄວ້ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກຮ້ອງຂໍໃຫ້ສະໜອງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າໃບສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດກວດສອບໄດ້ ແລະ ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍ. Sanford Health ບໍ່ໄດ້ຮັບຮອງວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແມ່ນການຮັບປະກັນ.

ຊື່ (ຕົວພິມ): _____ ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ຄູ່ສົມລົດ (ຕົວພິມ): _____ ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____