



ໂຮງໝໍ Sonoma Valley – ຝອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ

(ບໍລິການການດູແລການກຸ່ມການກູ້ຢືມ / ແຜນການຈ່າຍເງິນໂດຍສ່ວນຫຼຸດ)

ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍບິນໂຮງໝໍ

ໂຮງໝໍ Sonoma Valley

ຈະໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນກັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າບໍລິການການແພດທີ່ຈຳເປັນໄດ້
ການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນສຳລັບທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າສະຖານະການອົມມິເກຊັນເປັນຫຍັງ.

ກະລຸນາເລືອກໂຄງການທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ:

- ☐ Charity Care (ການດູແລຝຣີ – ຍົກເງິນ 100%)
- ☐ Discount Payment / Payment Plan (ການຈ່າຍໂດຍສ່ວນຫຼຸດ / ແຜນການຈ່າຍເງິນ)

ໝາຍເຫດ: ຜູ້ປ່ວຍທີ່ຜ່ານການກຳນົດສາມາດຂໍສອງໂຄງການໄດ້ ພາຍໃນເງື່ອນໄຂ
ແຕ່ແຕ່ລະໂຄງການມີການກຳນົດສິດທີ່ແລະເອກະສານຈາກແຕ່ລະໂຄງການແຕກຕ່າງກັນ.

ຂໍ້ມູນຜູ້ປ່ວຍ

ຊື່ຜູ້ປ່ວຍ: _____
ເລກບັນຊີ: _____
ເລກບັນທຶກທາງການແພດ (MRN): _____
ເລກຜູ້ຮັບຜິດຊອບ (ຖ້າມີ): _____
ທີ່ຢູ່: _____
ເມືອງ / ແຂວງ / ZIP: _____
ເບີໂທ: _____

ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ

ຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວ: _____
(ລວມຕົວເອງ, ຄູ່ຄົດ/ແຜນ, ແລະເດັກທີ່ຂຶ້ນໃນພາຍໃນພາລີ)

ກະລຸນາລາຍຊື່ຄົບຄົວທີ່ລົງໃນພາລີອາການລາຍງານພາລີຫຼ້າສຸດ:

ຊື່ | ອາຍຸ | ຄວາມສັນຕິພາບ

____ | ____ | ____
____ | ____ | ____

(ເພີ່ມໜ້າເພີ່ມຕາມຈຳເປັນ.)

ຂໍ້ມູນການຈັດວຽກ

ນາງໂຮງງານຜູ້ປ່ວຍ: _____

ຕຳແໜ່ງ: _____

ນາງໂຮງງານຄູ່ / ຄູ່ຄິດ: _____

ຕຳແໜ່ງ: _____

ຂໍ້ມູນລາຍຮັບຄອບຄົວ

ກະດູນາລາຍການລາຍຮັບປະຈຸບັນຕ່າງໆຂອງ ສະມາຊິກຄົບຄົວທຸກຄົນ:

1. ເງິນເດືອນ / ຄ່າເງິນເງິນ: _____
2. ລາຍໄດ້ຈາກອື່ນທະບານ / ທຸລະກິດ: _____
3. ລາຍໄດ້ຈາກ Social Security / ການບໍ່ສາມາດ / ການແກ້ຄ່າການແພດ: _____
4. ລາຍໄດ້ອື່ນໆ (ລາຍລະອຽດ): _____

ລາຍຮັບຄອບຄົວທັງໝົດຕໍ່ເດືອນ: _____

ເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ

ຜູ້ຂໍ Charity Care:

- ສະເພາະໃຫ້ເອກະສານ ໜັງອັນ ສຳລັບສະມາຊິກຄົບຄົວທຸກຄົນ:
 - o Paystubs ລ່າສຸດ (6 ເດືອນກ່ອນ ຫຼື ຫຼັງຈາກວັນບິນແບບເດືອນທຳອິດ)
 - o ການກັບຄືນຂອງພາສີເປັນສາກົນລ່າສຸດ
 - o ປະກາດລາຍງານລາຍຈ່າຍທາງການເງິນຂອງຄອບຄົວ (ຖ້າບໍ່ໄດ້ຍອມຮັບພາສີ)

ຜູ້ຂໍ Discount Payment:

- ສະເພາະໃຫ້ເອກະສານ ໜັງອັນ ສຳລັບສະມາຊິກຄົບຄົວທຸກຄົນ:
 - o Paystubs ລ່າສຸດ (6 ເດືອນກ່ອນ ຫຼື ຫຼັງຈາກວັນບິນແບບເດືອນທຳອິດ)
 - o ການກັບຄືນຂອງພາສີເປັນສາກົນລ່າສຸດ

ຂໍ້ມູນແຜນການຈ່າຍເງິນ

(ສໍາລັບ Discount Payment ເທົ່ານັ້ນ)

- ໂຮງໝໍຈະເວົ້າເກັບຄ່ານິຍາມການຈ່າຍເງິນຕາມລາຍຮັບຄອບຄົວແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈໍາເປັນ.
- ຖ້າບໍ່ມີການຕົກລົງ, ແຜນການຈ່າຍເງິນທີ່ມີຄວາມສົມຫຼັກຈະຖືກນໍາໃຊ້, ດ້ວຍຄ່າຈ່າຍປະຈໍາເດືອນ ບໍ່ເກີນ 10% ຂອງລາຍຮັບຄອບຄົວ (ບໍ່ນວມຄ່າຈ່າຍຈໍາເປັນສໍາລັບຊີວິດ)

ການຢືນຢັນ

ຂ້ອຍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ນັ້ນຄົບຖ້ວນແລະຖືກຕ້ອງ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ Sonoma Valley Hospital ອາດຂໍເອກະສານເພີ່ມເຕີມເພື່ອກໍານົດຄວາມສາມາດ. ການຍືນອາກະນີນີ້ບໍ່ຮັບປະກັນການອະນຸມັດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປ່ວຍ ຫຼື Guarantee: _____ ວັນທີ: _____

ລາຍເຊັນຂອງ ຄູ່ຄົດ: _____ ວັນທີ: _____

ສົ່ງເອກະສານ

Sonoma Valley Hospital – Patient Accounting / Financial Assistance
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

ໂທ: 707-935-5325 | Fax: 707-935-5319