

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການລ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ພາກທີ່ໜຶ່ງ: ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

ພິມຊື່ຕັ້ງແຂງທ່ານ, ທີ່ຢູ່ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆ ທີ່ບັນທຶກໄວ້ໃນພາກນີ້.

ໝາຍເລກບັນຊີ _____ ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ _____

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____
ສູດທ້າຍ ທ່າອິດ ກາງເລິ່ມຕົ້ນ

ທີ່ຢູ່: _____ ເມືອງ: _____ ແຂວງ: _____
ເບີເຮືອນ ແລະ ຖະໜົນ

ລັດທີ່ຢູ່ອາໄສ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ: ____/____/____ ສະຖານະການສົມລົດ: ໂສດ ແຕ່ງງານ ຢ່າຮ້າງ

ເບີໂທລະສັບຫຼັກ: (____) _____ ເຮືອນ ມືຖື ບ່ອນເຮັດວຽກ ອື່ນໆ _____

ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ທາງເລືອກ) _____

ປະກັນສຸຂະພາບໃນເວລາຮັບບໍລິການ: ບໍ່ມີປະກັນໄພ Medicare Medicaid ອື່ນໆ _____

ພາກທີ່ສອງ: ລາຍຮັບຄອບຄົວ ແລະ ຊັບສິນ

ສະໜອງລາຍຮັບໃຫ້ແກ່ຕົວທ່ານເອງ, ຄູ່ສົມລົດ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວອື່ນໆທັງໝົດ (ຖ້າມີ).

ແຫຼ່ງລາຍຮັບ	ລວມເປັນເວລາ 3 ເດືອນກ່ອນການບໍລິການ	ລວມເປັນເວລາ 12 ເດືອນກ່ອນການບໍລິການ
ຄ່າຈ້າງ/ການຈ້າງວຽກຕົນເອງ	\$ _____	\$ _____
ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ	\$ _____	\$ _____
ບໍາເລັດບໍານານ, ເງິນບັນຜົນ, ດອກເບ້ຍ, ລາຍຮັບຄ່າເຊົ່າ	\$ _____	\$ _____
ການຫວ່າງງານ, ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ	\$ _____	\$ _____
ການລ່ວຍເຫຼືອເດັກ (ສະເພາະກໍລະນີທີ່ຄົນເຈັບເປັນຜູ້ຮັບເງິນ)	\$ _____	\$ _____
ອື່ນໆ	\$ _____	\$ _____

ຊັບສິນສຸດທິທັງໝົດ (ຊັບສິນ - ຫນີ້ສິນ) ຄືກັບວັນທີ່ສະໝັກ: \$ _____

ພາກທີ່ສາມ: ຂໍ້ມູນ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວ

ສະບຸສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນໄປສາວບທຸກຄົນໃນຄອບຄົວໃກສດຂອງທ່ານທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ສາວບຈດປະຊາກອນ HCAP, ຄອບຄວາມທຸກກາງດວງເປັນຄົນເຈັບ, ຄອບຄວາມທຸກກາງເປັນຄົນເຈັບ ແລະ ເດກນອຍທາງໝວດຂອງຄວາມທຸກກາງ 18 ປ (ຕາມທາມະຊາດ ຫ ເປັນລກວຽງ) ທ່ານຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານເຈັບ. ຖ້າຄວາມທຸກກາງ 18 ປ, ຄອບຄວາມທຸກກາງເປັນຄົນເຈັບ, ພວມວຽງຂອງຄວາມທຸກກາງ, ແລະ ພວມເດກນອຍທາງກວາ 18 ປ (ຕາມທາມະຊາດ ຫ ເປັນລກວຽງ) ທ່ານຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານເຈັບ.

ຊື່ຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ, ລວມທັງຄົນເຈັບ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສ່ຳພັນກັບຄົນເຈັບ _____

- ຜູ້ປ່ວຍ: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ໂດຍການເຊັນຊື່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າທຸກຢ່າງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້ ແລະ ໃນເອກະສານແບບໃດໜຶ່ງແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ.

ລາຍເຊັນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ: x _____ ວັນທີ: _____