

UC DAVIS HEALTH

ໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

1. ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ					
ນາມສະກຸນ ຊື່			ໝາຍເລກບັນຊີຜູ້ຮັບປະກັນ.		ບັນທຶກໝາຍເລກທາງການ ແລກ
2 ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ສະໝັກ		ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ		ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ	
		ຕົວເອງ ຄູ່ສົມຮິດ ພໍ່ແມ່ ອື່ນໆ		ແຕ່ງງານ ໃສດ ແຍກກັນຢູ່	
ນາມສະກຸນ ຊື່					
ວັນເດືອນປີເກີດ		ຈຳນວນຜູ້ຂຶ້ນກັບໃນການຮັກສາພະຍາດ		ອາຍຸຂອງຜູ້ຂຶ້ນກັບຕົນເອງ	
		ບັນ		()	
ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ (ບໍ່ໃຫ້ຂຽນໝາຍເລກຕູໂປສະນີ)		ເມືອງ		ລັດ	ຄາວຕີ້ ລະຫັດໂປສະນີ
3. ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້ (ຕ້ອງມີເອກະສານສະໜັບສະໜູນ)					
ແຫຼ່ງລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ຜູ້ສະໝັກ	ຜູ້ສະໝັກຮ່ວມ	ລວມລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ		
ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ	\$	\$	\$		
ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລູກ	\$	\$	\$		
ເງິນລ່ຽງລູກ	\$	\$	\$		
ເງິນສະໜັບສະໜູນ	\$	\$	\$		
ຂອງຂວັນ	\$	\$	\$		
ອື່ນໆ (ຫວ່າງງານ, ເງິນບໍານານ, ອື່ນໆ.)	\$	\$	\$		
			ລວມລາຍໄດ້ປະຈຳ ເດືອນທັງໝົດ \$		
ຄອບຄົວເພື່ອນບັນຊີຈັດຫາຫ້ອງ ແລະ ການເດີນທາງໃຫ້ທ່ານບໍ່?			ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ		

4. ລາຍເຊັນ ແລະ ວິນິດັດ
ຈຸດປະສົງ: ຈຸດປະສົງຂອງຂໍ້ມູນນີ້ ແມ່ນເພື່ອກຳນົດຄວາມສາມາດຂອງທ່ານໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ UC DH ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປິ່ນປົວ. ຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ລວມເຖິງການສະໝັກຂໍສະໜັບສະໜູນ Medi-Cal, ໂຄງການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ທຸກຍາກທາງການແພດຂອງຄາວຕີ້ ຊາຄາເມັນໄຕ໌ (Sacramento) ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຄາວຕີ້ອື່ນໆ. ທ່ານຄວນຈະຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສັງຄົມໃນຄາວຕີ້ ທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ ເພື່ອສະໝັກຂໍໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ. ຂ້າພະເຈົ້າ ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນັ້ນແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ. ຂ້າພະເຈົ້າ ເຂົ້າໃຈວ່າໂຮງໝໍ ມີສິດໃນການກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີທີ່ ຈະແຈ້ງໃຫ້ພະແນກບໍລິການລູກຄ້າເພື່ອຕົກລົງຈາກຄົນເຈັບຂອງ UC DH ທີ່ເປັນໂທລະສັບ (916) 734-9200 ຖ້າມີການປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າພາຍໃນ 10 ວັນນັບຈາກມີການປ່ຽນແປງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຜິດຊອບສຳລັບລາຍຈ່າຍທັງໝົດຂອງການປ່ຽນແປງຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ UC DH. _____ ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ / ພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ
_____ ວັນທີ