



ແບບຟອມສະໝັກຂໍການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

UnityPoint Health® ຮູ້ດີວ່າມີຫລາຍຄັ້ງທີ່ຄົນເຈັບ
ຂອງພວກເຮົາບໍ່ມີຄວາມສາມາດຊໍາລະຄ່າບໍລິການໄດ້. ຖ້າ
ຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ກ່ຽວກັບການ
ຊໍາລະຄ່າບໍລິການປິ່ນປົວ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການ
ສະໜັບສະໜູນດ້ານການເງິນ.

ລັດໄອໂອວາ/ອິລິນອຍ

ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຫຼືບໍ່ນັ້ນ, ກະລຸນາເຮັດ
ຕາມຄໍາແນະນໍາທີ່ຢູ່ໃນຢ່າງລະອຽດ.



UnityPoint Health

ວິທີໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ສິ່ງສໍາຄັນ: ທ່ານອາດສາມາດຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ມີສ່ວນຫຼຸດ. ການປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນຈະຊ່ວຍໃຫ້UnityPoint Health ຕັດສິນໄດ້ວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຫຼືມີສ່ວນຫຼຸດຫຼືໂຄງການລັດອື່ນໆທີ່ສາມາດຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່.

ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ສະໜອງທຸກຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຄົບຖ້ວນແລະປະຕິບັດຕາມສາມພາກຢູ່ເບື້ອງຂວາມືຂອງແບບຟອມ. ຖ້າຫາກທ່ານສົງຂໍ້ມູນບໍ່ຄົບ,ແມ່ນຈະບໍ່ສາມາດພິຈາລະນາການສະເໜີຂອງທ່ານໄດ້. ຂໍ້ມູນທັງໝົດຈະຖືກເກັບຮັກສາເປັນຄວາມລັບ.

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການຂອງລັດແລ້ວ (ເຊັ່ນ: Food Stamps ຫລື WIC), ໃຫ້ຕື່ມໃສ່ໜ້າທີ່ທໍາອິດຂອງແບບຟອມແລະສົ່ງພ້ອມກັບໜັງສືຢັ້ງຢືນວ່າຕົວທ່ານຢູ່ໜຶ່ງໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ເຊັ່ນ: ໃບການແຈ້ງການການຕັດສິນໃຈ. ນອກນັ້ນ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ລົງນາມໃສ່ໃບສຸດທ້າຍຂອງແບບຟອມ. ທ່ານອາດມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ໂດຍການຍື່ນໃບສະໝັກສະບັບນີ້, ໃຫ້ຄົນເຈັບຮັບຮູ້ວ່າຕົນເອງໄດ້ພະຍາຍາມຢ່າງຈິງໃຈໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດຕາມທີ່ໄດ້ຂໍຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ໂຮງໝໍຕັດສິນວ່າຄົນເຈັບມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຫຼືບໍ່.

ການໃຫ້ຂໍ້ມູນເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນໄພ, ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີເລກປະກັນສັງຄົມເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ຫຼຸດລາຄາໃຫ. ເຖິງແນວໃດກໍຕາມ, ຈໍາເປັນຕ້ອງມີເລກປະກັນສັງຄົມສໍາລັບບາງໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ, ລວມທັງMedicaid. ການໃຫ້ເລກປະກັນສັງຄົມແມ່ນບໍ່ຈໍາເປັນ, ແຕ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ໂຮງໝໍຕັດສິນໄດ້ວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການຂອງລັດ ຫຼື ບໍ່.

ເມື່ອໃດທີ່ຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ

ກະລຸນາປະກອບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນແລະຍື່ນໃຫ້ໂຮງໝໍດ້ວຍຕົນເອງ, ທາງໄປສະນີ, ທາງອີເລັກໂຕນິກ ຫຼື ທາງແຟັກເພື່ອຍື່ນຂໍການປິ່ນປົວໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງດູແລຫຼຸດລາຄາພາຍໃນ 90 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີ່ອອກໂຮງໝໍ ຫຼື ວັນທີ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບນອກ. ໝາຍເຫດ: ເງື່ອນໄຂກໍານົດເພື່ອປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນແລະຍື່ນພາຍໃນ 90 ວັນນັບແຕ່ວັນທີ່ອອກຈາກໂຮງໝໍ ຫຼື ວັນທີ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບນອກອາດຈະມີຫຼາຍຂຶ້ນໂດຍໂຮງໝໍເອງ, ແຕ່ຈະບໍ່ຫຼຸດລົງ.

ວິທີການຍື່ນໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ

ກະລຸນາຍື່ນຄໍາຮ້ອງນີ້ດ້ວຍວິທີໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຖ້າສົ່ງທາງໄປສະນີ, ໃຫ້ສົ່ງເຖິງທີ່ຢູ່ດັ່ງລຸ່ມນີ້:
UnityPoint Health - Central Billing Office
ATTN: FA Team, P.O. Box 35758
Des Moines, IA 50315-4205
- ຖ້າສົ່ງທາງອີເມວ, ໃຫ້ສົ່ງເຖິງ: FA_CBO_Request@unitypoint.org.
- ຖ້າສົ່ງທາງແຟັກ, ໃຫ້ສົ່ງເຖິງ: (515) 381-7166. ຂຽນ "FA Application" ໃສ່ໜ້າປົກແຟັກ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບໃບຄໍາຮ້ອງໃຫ້ຄົບຖ້ວນ

- ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານຂຽນຟອມນີ້ໄດ້. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ.
- ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ໂຮງໝໍ, ໃຫ້ຖາມຄົນຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຢູ່ບ່ອນລົງທະບຽນຄົນເຈັບເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ.
 - ຖ້າຫາກທ່ານຢູ່ບ້ານ ຫຼື ຢູ່ໃນຄລິນິກ, ໃຫ້ໂທ (844) 849-1260.

ໝາຍເຫດທີ່ສໍາຄັນເພີ່ມເຕີມ

ທິມງານຂອງພວກເຮົາຈະລອງຄົ້ນຫາເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນຂອງລັດຫຼືຂອງລັດຖະບານກາງບໍ່ກ່ອນຈະພິຈາລະນາຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈາກ UnityPoint Health.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນໃຊ້ໄດ້ສະເພາະການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ຈໍາເປັນທີ່ໃຫ້ໂດຍອົງການແລະແພດຂອງUnityPoint Health ເທົ່ານັ້ນ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໃນນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. ຖ້າທ່ານຢາກຮຽນຮູ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍນີ້, ໄປທີ່ unitypoint.org/FAP. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມຕື່ມກ່ຽວກັບໃບປິ່ນປົວຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາໝາຍເລກທີ່ມີຢູ່ເທິງໃບປິ່ນເພື່ອລົມກັບໂຮງໝໍ, ຄລິນິກຫລືສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ໄດ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ.

ໃຫ້ປະຕິບັດຄົບທັງສາມພາກ

1. ສົ່ງຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ ແລະ ຢ່າລືມເຊັ່ນໃນແບບຟອມ:

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດມາຢ່າງຄົບຖ້ວນ. ກະລຸນາຢ່າລືມເຊັ່ນຊື່ທາງກ້ອງຂອງໜ້າສຸດທ້າຍ. (ໝາຍເຫດ: ມີຄູາຢັ້ງຢືນຄ້າຍິນຍອມສໍາລັບລັດໄອໂອວາ ແລະ ໃບໜຶ່ງແຍກຕ່າງຫາກສໍາລັບລັດອິລິນອຍ.) ທ່ານພຽງແຕ່ຕື່ມໃສ່ແບບຟອມດຽວສໍາລັບທຸກຄົນດໍາລົງຊີວິດຢູ່ໃນຄົວຄົວຂອງທ່ານ.

2. ຫຼັກຖານລາຍໄດ້ສໍາລັບທຸກໆຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ:

ສົ່ງໜັງສືສະບັບສໍາເນົາທີ່ມີທຸກລາຍຊື່ຕໍ່ໄປນີ້.

- ການຄືນອາກອນສໍາລັບປີຜ່ານມາ
- ຖ້າຫາກທ່ານມີວຽກເຮັດ: ຂວັນໃບຮັບເງິນຄ່າຈ້າງທີ່ມີວັນເດືອນປີ ຫຼື ຂວັນໃບຮັບເງິນ 3 ເດືອນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ
- ຖ້າທ່ານເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ: ເອກະສານແຈ້ງລາຍຮັບແລະໃບດຸນດ່ຽງ
- ຖ້າຫາກທ່ານຫວ່າງງານ: ໜັງສືແຈ້ງການຫວ່າງງານຂອງລັດແລະຫົວຂວັນລາຍຮັບສຸດທ້າຍຈາກວຽກຜ່ານມາ
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເປັນເງິນສິດ: ຈໍາເປັນຕ້ອງມີການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກນາຍຈ້າງ
- ໜັງສືແຈ້ງຈໍານວນເງິນບໍານານແຕ່ລະເດືອນ
- ໜັງສືແຈ້ງຈໍານວນເງິນອຸດໜູນພິການ
- ໜັງສືແຈ້ງຈໍານວນເງິນຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຈາກການໃຫ້ເຊົ່າ
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຈາກການສະໜັບສະໜູນລ້ຽງເດັກ
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຈາກການລ້ຽງເມຍທີ່ປະຮ້າງ
- ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີລາຍຮັບ, ໃຫ້ຂຽນໜັງສືເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກຜູ້ທີ່ສະໜັບສະໜູນທ່ານ

3. ໃຫ້ສະໜອງໜັງສືຢັ້ງຢືນຊັບສິນສໍາລັບທຸກໆຄົນໃນເຮືອນຂອງທ່ານ:

ສົ່ງໜັງສືສະບັບສໍາເນົາທີ່ມີທຸກລາຍຊື່ຕໍ່ໄປນີ້.

- ບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານ 3 ເດືອນຜ່ານມາ
- ໜັງສືລາຍງານການລົງທຶນ (401K, IRA, ບັນຊີເງິນລົງທຶນ, ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດເພື່ອສຸຂະພາບ)

ໝາຍເຫດ: ຕ້ອງການຄໍາຢັ້ງຢືນການລົງທຶນພຽງແຕ່ຖ້າທ່ານ ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຈາກສະຖານບໍລິການ UnityPoint Health ຢູ່ໃນລັດໄອໂອວາ.

ແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ທ່ານອາດຈະປະສົບກັບຄວາມຊັກຊ້າໃນການແລ່ນຄ່າຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານຖ້າວ່າບໍ່ໃຫ້ສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດໃຫ້.

- ໜັງສືຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີອາຍຸເກີນ 21 ປີ
- ບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານ 3 ເດືອນ, ບັນຊີກະແສລາຍວັນ/ຝາກປະຢັດ, ລວມມີທັງໝົດທຸກໜ້າ
- ການເກັບຄືນພາສີ 1040 ປີທີ່ຜ່ານມາກັບຕາຕະລາງທັງໝົດ

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

ຊື່ ທີ່ຢູ່	_____	_____	_____	ເຜົ່າພັນ (ເປັນທາງເລືອກ):	_____
	(ນາມສະກຸນ)	(ຊື່ແທ້)	(ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	<input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອິນເດຍ ຫຼື ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ	<input type="checkbox"/> ອາຊີ
	(ຖະໜົນ)			<input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກັນຜິວດຳ ຫຼື ເຊື້ອສາຍອາຟຣິກັນ	
	(ເມືອງ)	(ລັດ)	(ລະຫັດໄປສະນີ)	<input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ ຫຼື ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ	<input type="checkbox"/> ຜິວຂາວ
ໂທລະສັບ	_____	ຊົນເຜົ່າ (ເປັນທາງເລືອກ): _____			
ວັນເດືອນປີເກີດ	_____ ອາຍຸ _____	ເພດ (ເປັນທາງເລືອກ): <input type="checkbox"/> ຊ <input type="checkbox"/> ຍ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____			
ເລກປະກັນສັງຄົມ	_____ ສະຖານະການແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ທັນແຕ່ງງານ	ພາສາທີ່ມັກ (ເປັນທາງເລືອກ) _____			

ຜູ້ຮັບຜິດຊອບຊຳລະເງິນ

ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ:

ຊື່ ທີ່ຢູ່	_____	_____	_____	ນາຍຈ້າງ _____	_____
	(ນາມສະກຸນ)	(ຊື່ແທ້)	(ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ທີ່ຢູ່	_____
	(ຖະໜົນ)			(ຖະໜົນ)	_____
	(ເມືອງ)	(ລັດ)	(ລະຫັດໄປສະນີ)	(ເມືອງ)	(ລັດ) (ລະຫັດໄປສະນີ)
ໂທລະສັບ	_____	ໂທລະສັບ _____			
ວັນເດືອນປີເກີດ	_____ ອາຍຸ _____	ຕຳແໜ່ງງານ _____			
ເລກປະກັນສັງຄົມ	_____ ສະຖານະການແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ທັນແຕ່ງງານ	ສະຖານະຕຳແໜ່ງງານ: <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> FT ສະເລ່ຍຊົ່ວໂມງວຽກແຕ່ລະອາທິດ _____			

ຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ຮັບຜິດຊອບຊຳລະເງິນ

ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ:

ຊື່ ທີ່ຢູ່	_____	_____	_____	ນາຍຈ້າງ _____	_____
	(ນາມສະກຸນ)	(ຊື່ແທ້)	(ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ທີ່ຢູ່	_____
	(ຖະໜົນ)			(ຖະໜົນ)	_____
	(ເມືອງ)	(ລັດ)	(ລະຫັດໄປສະນີ)	(ເມືອງ)	(ລັດ) (ລະຫັດໄປສະນີ)
ໂທລະສັບ	_____	ໂທລະສັບ _____			
ວັນເດືອນປີເກີດ	_____ ອາຍຸ _____	ຕຳແໜ່ງງານ _____			
ເລກປະກັນສັງຄົມ	_____ ສະຖານະການແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ທັນແຕ່ງງານ	ສະຖານະຕຳແໜ່ງງານ: <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> FT ສະເລ່ຍຊົ່ວໂມງວຽກແຕ່ລະອາທິດ _____			

ຂໍ້ມູນອື່ນ

ເຮັດລາຍຊື່ຄົນອື່ນທັງໝົດທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ:

ຊື່	ສາຍພົວພັນ	ເລກປະກັນສັງຄົມ	ວັນເດືອນປີເກີດ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ນາຍຈ້າງຜູ້ທີ່ສອງສໍາລັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ ແລະ/ຫຼື ຜົວ/ເມຍ:

ນາຍຈ້າງ _____
ທີ່ຢູ່ _____
(ຖະໜົນ) _____
(ເມືອງ) _____ (ລັດ) _____ (ລະຫັດໄປສະນີ) _____
ໂທລະສັບ _____
ຕຳແໜ່ງງານ _____
ສະຖານະຕຳແໜ່ງງານ: <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> FT ສະເລ່ຍຊົ່ວໂມງວຽກແຕ່ລະອາທິດ _____



ລາຍຮັບ			
ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງລາຍຮັບ (ຕ້ອງສະໜອງເອກະສານໃຫ້ນຳ)	ຈຳນວນທີ່ໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບເລື້ອຍປານໃດ	ຊື່ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບ
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ			
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ			
ປະກັນສັງຄົມ			
ເງິນລ້ຽງລູກ/ເງິນລ້ຽງເມຍທີ່ປະຮ້າງ			
ເງິນອຸດໜູນບຳນານ/ເງິນຊົດເຊີຍ/ເງິນຫວ່າງງານ			
ເງິນດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ			
ອື່ນໆ (ໃຫ້ອະທິບາຍ)			

ຊັບສິນ			
ລາຍການ	ຍອດໃນບັນຊີ	ລາຍລະອຽດ	*ໃຫ້ສະໜອງເອກະສານຢັ້ງຢືນ3 ເດືອນ
ບັນຊີກະແສລາຍວັນ*			
ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ*			

ເຮັດລາຍການເພີ່ມເຕີມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດພຽງແຕ່ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກສະຖານທີ່ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບຂອງ UnityPoint Health ໃນລັດໄອໂວວາເທົ່ານັ້ນ			
ລາຍການ	ມູນຄ່າປັດຈຸບັນ	ລາຍລະອຽດ	
401(K)/IRA/ບັນຊີຝາກປະຢັດເພື່ອສຸຂະພາບ			
ເຮືອນຢູ່ຕົ້ນຕໍ (ຕິເປັນມູນຄ່າ)			
ຮຸນ/ພັນທະບັດ/CD ແລະ ຊັບສິນທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງອື່ນໆ			

ລາຍຈ່າຍ			
ລາຍການ	ຈຳນວນທັງໝົດທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງ	ການໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນ	ລາຍລະອຽດ
ເງິນຜ່ອນບ້ານ			
ຄ່າເຊົ່າ (ການຊຳລະແຕ່ລະເດືອນ)			
ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ (ໄຟຟ້າ, ນໍ້າປະປາ ແລະ ອື່ນໆ.)			
ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຍ່ອຍ ແລະ ການລ້ຽງເດັກ			
ບິນກວດສຸຂະພາບ			
ເງິນອຸດໜູນເມຍທີ່ປະຮ້າງ/ລູກ			
ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ			
ສິນເຊື່ອທະນາຄານ (ສິນເຊື່ອບຸກຄົນ, ນັກສຶກສາ ແລະ ອື່ນໆ)			
ປະກັນໄພ (ລົດຍົນ, ສຸຂະພາບ ແລະ ອື່ນໆ)			
ໜີ້ສິນບັດເຄຣດິດ			
ອື່ນໆ (ໃຫ້ອະທິບາຍ)			
ລວມທັງໝົດ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ (ແຖວ 1-11)			

ຄຳຍິນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ/ການຢັ້ງຢືນ

ຄຳຍິນຍອມ/ຄຳຢັ້ງຢືນສຳລັບລັດໄອໂວວາ:

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດເປັນຄວາມຈິງແລະຖືກຕ້ອງຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການສະໜອງໃບຮຽກຮ້ອງ, ບົດລາຍງານ, ເອກະສານປອມຫຼືເຮັດໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດຫຼືປົກປິດຄວາມຈິງຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ຖືກຍົກເລີກການຕົກລົງໃດໆຜ່ານມາທັນທີ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້UnityPointHealth, ສາຂາ ແລະ ຕົວແທນຂອງມັນກວດສອບຂໍ້ມູນຢູ່ໃນເອກະສານສະບັບນີ້. ຕ້ອງມີການສະໜອງເອກະສານ.

ອກນັ້ນຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຫັນດີແຈ້ງທຸກການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະພາບທາງການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ທີ່ອາດສົ່ງຜົນຕໍ່ການພິຈາລະນາຄັ້ງນີ້ໃຫ້ UnityPoint Health.

ຄຳຍິນຍອມ/ຄຳຢັ້ງຢືນສຳລັບລັດອິລິນອຍ:

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້ເປັນຄວາມຈິງແລະຖືກຕ້ອງທີ່ສຸດຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຍິນຍອມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດ, ລັດຖະບານກາງຫຼືທ້ອງຖິ່ນບ່ອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າຄ່າໂຮງໝໍ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ມານີ້ອາດຖືກກວດສອບໂດຍໂຮງໝໍແລະຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໂຮງໝໍຕິດຕໍ່ຫາບຸກຄົນທີ່ສາມເພື່ອກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ມາໃນໃບຄຳຮ້ອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ເປັນຄວາມຈິງໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທີ່ໃຫ້ກັບຂ້າພະເຈົ້າອາດຖືກສົ່ງກັບ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບຜິດຊອບການໃຊ້ຈ່າຍໃນໂຮງໝໍທັງໝົດ.

ຄຳຮ້ອງທຸກຫຼືຂໍ້ຂ້ອງໃຈກັບຂະບວນການຮ້ອງຂໍສ່ວນຫຼຸດຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພຫຼືຂະບວນການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍອາດຈະຖືກລາຍງານໃຫ້ກັບສຳນັກງານເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງໄອຍະການສູງສຸດລັດອິລິນອຍ.

1-800-243-0618 <https://illinoisattorneygeneral.gov/>

ລາຍເຊັນຜູ້ກະກຽມ ວັນທີ

ລາຍເຊັນຜົວ/ເມຍ ວັນທີ

ໃບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທັງໝົດຂອງທ່ານ*ອາດຈະສົ່ງໄດ້ຜ່ານ:

<p>ທາງໄປສະນີ: UnityPoint Health - Central Billing Office Attn: FA Team P.O. Box 35758 Des Moines, IA 50315-4205</p>	<p>*ບໍ່ຕ້ອງສົ່ງເອກະສານຕົ້ນສະບັບ. ໃຫ້ສົ່ງເອກະສານສະບັບສຳເນົາເທົ່ານັ້ນ. ເອກະສານທັງໝົດຈະຖືກທຳລາຍພາຍຫຼັງທີ່ສະແກນແລ້ວ.</p>	<p>ອີເມວ: FA_CBO_Request@unitypoint.org ແຟັກ: (515) 381-7166 ຂຽນວ່າ: "FA Application" ຢູ່ໃບປົກໜ້າແຟັກ.</p>
---	--	--