

**ມະຫາວິທະຍາໄລເດວິດໄວນ**  
**DAVIS ສນການແພດ**  
**ຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນຂອງຄົນປ່ວຍ:**

ຊື່ຂອງຄົນປ່ວຍ: \_\_\_\_\_  
 ໝາຍເລກບັນຊີ: \_\_\_\_\_

ພາກທີ I ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວ/ຜູ້ຄ້າປະກັນ  
 ຈຳນວນພົນໃນຄອບຄົວ: \_\_\_\_\_  
 # ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຄົນເອງອາຍຸດ້າກວ່າ 21 ປີ: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ຂອງຜູ້ຄ້າປະກັນ ແລະ ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ສະພາບຄວາມເປັນພົນວະເມືອງຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_  
 ໝວດ #: \_\_\_\_\_ ວັນທີ່ຖືກສະຖານະພາບດັ່ງກ່າວ: \_\_\_\_\_ ການອະໄພໃທໂທດ#: \_\_\_\_\_  
 ພົນວະເມືອງທີ່ຢູ່ເຮືອນປະຖົມພະຍາບານ: ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_  
 ຄົນພິການ: ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_  
 ຄົນຖືພາ: ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_  
 ຄົນຕາບອດ: ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_  
 ປະກັນສັງຄົມຄົນພິການ SSI/SSP \_\_\_\_\_  
 ໃບສະໝັກທີ່ກ່າວວ່າເປັນການ: ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_  
 ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກຄະດີອາຍາ: ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ພາກທີ II ລາຍໄດ້ລວມປະຈຳເດືອນ ຈຳນວນ

ລາຍໄດ້ທີ່ຫາມາໄດ້ (ເງິນເດືອນ, ຄ່າແຮງງານ, ທີບ...)  
 ຂີດອ້ອມເອົາຂໍ້ໜັງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ  
 ຄົນເຈັບ/ພໍ່ ..... \$ \_\_\_\_\_  
 ຄູ່ສົມລົດ/ແມ່/ແບບອື່ນ (ລະບຸ) ..... \$ \_\_\_\_\_

ລາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຫາ  
 ໝາຍໃສ່ທຸກຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມ  
 ລາຍໄດ້ຂອງຄົນພິການ \$ \_\_\_\_\_  
 ເງິນກະສຽນ ..... \$ \_\_\_\_\_  
 ການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ..... \$ \_\_\_\_\_  
 ອື່ນໆ (ໝາຍອ້ອມເອົາທຸກຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມ) ..... \$ \_\_\_\_\_

ປະກັນໄພຫວ່າງງານ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທະຫານຜ່ານສຶກ  
 ປະກັນສັງຄົມ ເງິນຊົດເຊີຍຄ່າແຮງງານ  
 ອຸດໜູນເດັກນ້ອຍ ຄ່າລ້ຽງດູ  
 ການບໍລິຈາກ ດອກເບ້ຍ  
 ເງິນບັນເທົາ ລາຍໄດ້ຊັບສິນ  
 ເງິນກູ້

ລາຍໄດ້ລວມ..... \$ \_\_\_\_\_  
 ຄອບຄົວ/ໝູ່ເພື່ອນ ຈັດຫາ ຫ້ອງພັກ ແລະ ອາຫານໃຫ້ທ່ານບໍ່? ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_

ພາກທີ III ທຶນໝູນວຽນ  
 ໝາຍເລກບັນຊີເຊິ່ງ: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ສະຫະພັນທະນາຄານ/ສິນເຊື່ອ: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 ສາຂາ: \_\_\_\_\_  
 ໝາຍເລກບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ສະຫະພັນທະນາຄານ/ສິນເຊື່ອ: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 ສາຂາ: \_\_\_\_\_  
 ມູນຄ່າປະກັນໄພ/ສົ່ງທຶນອາກອນຄືນ/ອື່ນໆ ຂອງການຄ້າປະກັນ/ຫຸ້ນ/ພັນທະບັດ/ເງິນສົດ  
 (ລະບຸ) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 ລວມທຶນໝູນວຽນທັງໝົດ: ..... \$ \_\_\_\_\_

ໝວດທີ IV ບໍ່ແມ່ນເງິນທຶນໝູນວຽນ  
 ພາຫະນະທຸກຄັນທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງ (ໝາຍອ້ອມເອົາທຸກຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມ)

ອີ່ຫັ້ ປີທີ່ເຮັດໄດ້	ຈຳນວນເງິນທີ່ເປັນໜີ້	ລາຍຈ່າຍປ/ດ	ມູນຄ່າ
ລົດໃຫຍ່ຄັນທຳອິດ	_____	\$ _____	\$ _____
ລົດໃຫຍ່ຄັນທີສອງ	_____	\$ _____	\$ _____
ລົດບັນທຸກ/ລົດຈັກ	_____	\$ _____	\$ _____
ເຮືອ/ຜູ້ຕັ້ງແຄມ/RV	_____	\$ _____	\$ _____
ອື່ນໆ	_____	\$ _____	\$ _____
ທັງໝົດ (ບໍ່ລວມພາຫະນະຄັນທຳອິດ)		\$ _____	\$ _____

ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ເຊົ່າທີ່ຜັກອາໃສບໍ່? ເປັນເຈົ້າຂອງ \_\_\_\_\_ ຄ່າເຊົ່າ \_\_\_\_\_  
 ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນທີ່ຜັກອາໃສບໍ່? ແມ່ນ \_\_\_\_\_ ບໍ່ແມ່ນ \_\_\_\_\_  
 ທີ່ຢູ່/ສະຖານທີ່: \_\_\_\_\_

ຊັບສິນອື່ນໆ	ຈຳນວນເງິນທີ່ເປັນໜີ້	ມູນຄ່າຫຸ້ນ
ຕື້ມມູນຄ່າລວມຂອງລົດ	\$ _____	\$ _____
ບວກໃສ່ຊັບສິນອື່ນໆ = ຊັບສິນທັງໝົດທີ່ບໍ່ແມ່ນທຶນໝູນວຽນ	\$ _____	\$ _____

ໝວດທີ V ລາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນ

	ຈຳນວນທັງໝົດທີ່ເປັນໜີ້	ລາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນ
ຄ່າລ້ຽງດູ ແລະ/ຫຼື ຄ່າຊຸບປະຖົມເດັກນ້ອຍ (ຖ້າວ່າເດັກນ້ອຍຜູ້ນັ້ນບໍ່ຂໍຄ່າລ້ຽງດູເດັກນ້ອຍທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການລ້ຽງດູ)	\$ _____	\$ _____
ຄ່າເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍຕອນກາງເວັນ (ສໍາລັບແມ່ທີ່ເຮັດວຽກ) .....	\$ _____	\$ _____
ຄ່າເບິ່ງແຍງປະກັນສຸຂະພາບ.....	\$ _____	\$ _____
ຄ່າເຮັດວຽກ (\$75 ຕໍ່ໜຶ່ງຄົນທີ່ເຮັດວຽກ) .....	\$ _____	\$ _____
ລວມລາຍຈ່າຍຍ່ອຍທັງໝົດ.....	\$ _____	\$ _____
ລາຍຈ່າຍຄ່າລົດທັງໝົດຈາກໝວດທີ IV .....	\$ _____	\$ _____
ລາຍຈ່າຍຄ່າດູແລສຸຂະພາບ/ຄ່າບິນບົວເຂັ້ວ (ລວມທັງ UCDMC).....	\$ _____	\$ _____
ບັນຊີເກັບເງິນ/ເງິນກູ້ຢືມ/ບັດເຄຣດິດ:		
ຊື່: _____	\$ _____	\$ _____
ຊື່: _____	\$ _____	\$ _____
ຊື່: _____	\$ _____	\$ _____
ບັດ Mastercard ຈຳນວນ \$ _____	\$ _____	\$ _____
ບັດວິຊາ (Visa) ຈຳນວນ \$ _____	\$ _____	\$ _____
ລວມຍອດຍ່ອຍ .....	\$ _____	\$ _____
ລາຍຈ່າຍທັງໝົດ .....	\$ _____	\$ _____

**ໝາຍເຫດ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ຈຸດປະສົງ: ຈຸດປະສົງຂອງຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນເພື່ອກຳນົດສິດຂອງທ່ານໃນການຈ່າຍໃຫ້ຄ່າບໍລິການຢູ່ UCDMC ຫຼື ສິດທີ່ເປັນໄປໄດ້ຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສຸຂະພາບ. ຂໍ້ມູນນີ້ **ບໍ່ແມ່ນ** ໃບສະໝັກຂໍ Medi-Cal, ໂຄງການບໍລິການຄົນທຸກຍາກບໍ່ມີເງິນບິນບົວສຸຂະພາບຂອງຄວາມຕື່ສະຄາເມັນໂຕ (Sacramento County Medically Indigent Services Program) ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆຂອງຄວາມຕື່. ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາ ພະແນກບໍລິການສັງຄົມ (THE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES) ໃນຄວາມຕື່ຂອງທ່ານ ສໍາລັບພົນລະເມືອງ ທີ່ຕ້ອງການສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນັ້ນແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ໂຮງໝໍຂໍສະຫງວນສິດໃນການຍົກຍິນທຸກຂໍ້ມູນທີ່ນຳໃຊ້. ຂ້າພະເຈົ້າ ເຫັນດີແຈ້ງໃຫ້ພະແນກບໍລິການລູກຄ້າໃນການອອກໃບບິນໃຫ້ຄົນເຈັບ (Patient Billing Customer Service Department) ຂອງ UCDHS (916) 734-9200 ຖ້າວ່າມີການປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ພາຍໃນ 10 ວັນ ຫຼັງຈາກມີການປ່ຽນແປງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຍັງມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຈ່າຍເງິນເຕັມອັດຕາສໍາລັບຄ່າທ່ານຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ UCDMC.