

# ความช่วยเหลือทางการเงิน คำแนะนำในการสมัคร

นี่คือการสมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน (หรือที่เรียกว่าการดูแลเพื่อการกุศล) ที่ PeaceHealth

PeaceHealth ให้ความช่วยเหลือทางการเงินตามข้อกำหนดของรัฐและรัฐบาลกลางแก่ประชาชนและ ครอบครัวที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดด้านรายได้บางประการ คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับการดูแลฟรีหรือลดราคาตาม ขนาดครอบครัวและรายได้ของคุณ แม้ว่าคุณจะมีประกันสุขภาพอยู่แล้วก็ตาม

กรุณาเยี่ยมชม [peacehealth.org](https://peacehealth.org) เพื่อดูนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและข้อมูลเพิ่มเติมของ PeaceHealth

## ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมอะไรบ้าง

ความช่วยเหลือทางการเงินของโรงพยาบาลครอบคลุมบริการตามโรงพยาบาลที่เหมาะสมที่ PeaceHealth มอบให้โดยขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของคุณ ความช่วยเหลือทางการเงินอาจไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมด รวมถึงบริการที่มอบให้โดยองค์กรอื่น

## หาก你有คำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครนี้:

กรุณาติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าได้ที่ 877-202-3597 คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือด้วยเหตุผลใดก็ได้ รวมถึงความช่วยเหลือด้านความพิการและความช่วยเหลือด้านภาษา

## เพื่อให้ใบสมัครของคุณได้รับการดำเนินการ คุณต้อง:

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของคุณแก่เรา
- กรอกจำนวนสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนของคุณ (ครอบครัวรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องโดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน)
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้รวมต่อเดือนของครอบครัวของคุณ (รายได้ก่อนหักภาษีและหักลดหย่อน)
- มอบเอกสารแสดงรายได้ของครอบครัว
- แนบข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น
- ลงนามและวันที่ในแบบฟอร์ม

**หมายเหตุ:** คุณไม่จำเป็นต้องระบุหมายเลขประกันสังคมเพื่อสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน หากท่านระบุหมายเลขประกันสังคม จะช่วยให้เราสามารถดำเนินการพิจารณาค่าของของท่านได้รวดเร็วยิ่งขึ้น หมายเลขประกันสังคมจะถูกใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ท่านให้ไว้ หากท่านไม่มีหมายเลขประกันสังคม โปรดระบุว่า “ไม่เกี่ยวข้อง” หรือ “N/A”

## ส่งใบสมัครที่กรอกทางไปรษณีย์ อีเมล หรือโทรสารพร้อม

เอกสารประกอบทั้งหมดไปที่: PeaceHealth Patient Financial

Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074- 8632

อีเมล: [financialassistance@peacehealth.org](mailto:financialassistance@peacehealth.org) โทรสาร: (360) 729-3047

อย่าลืมเก็บสำเนาไว้สำหรับตัวคุณเอง

**หากต้องการส่งใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วด้วยตนเอง:** กรุณาติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าสำหรับจุดรับส่งที่ใกล้ที่สุดที่ 877-202-3597

เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลการพิจารณาขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับคุณสมบัติและสิทธิ์ในการอุดหนุน หากมี ภายใน 14 วันตามปฏิทินหลังจากได้รับใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่ครบถ้วน รวมถึงเอกสารแสดงรายได้

จากการยื่นคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน คุณยินยอมให้เราทำการสอบถามที่จำเป็นเพื่อยืนยันภาระผูกพันและข้อมูลทางการเงิน

เราต้องการให้ความช่วยเหลือ กรุณาส่งใบสมัครของคุณโดยด่วน! คุณอาจได้รับใบเรียกเก็บเงินจนกว่าเราจะได้รับข้อมูลของคุณ

## แบบฟอร์มใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของ PeaceHealth - ฉบับ

โปรดระบุคำตอบสำหรับคำถามแต่ละข้อ หากไม่มี ให้เขียนว่า “ไม่มีข้อมูล” แนบหน้ากระดาษเพิ่มเติมหากจำเป็น

กรุณาส่งใบสมัครที่กรอกเสร็จแล้วทางไปรษณีย์มาที่ PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

หมายเลขผู้รับรอง

### ข้อมูลการคัดกรอง

คุณต้องการล่ามไหม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากใช่ ให้ระบุภาษาที่ต้องการ: \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสาธารณะจากรัฐ เช่น Medicaid, TANF, Basic Food หรือ WIC หรือไม่ (ไม่จำเป็นต้องระบุ) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ปัจจุบันผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยไหม ☐ มี ☐ ไม่มี

ความต้องการการรักษายาบาลของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการบาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

### โปรดทราบว่า

- เราไม่สามารถรับประกันได้ว่า คุณจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่า คุณจะสมัครก็ตาม
- เมื่อคุณส่งใบสมัครแล้ว เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและอาจขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือหลักฐานแสดงรายได้

### ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร

|                                                                                                                |                                                                                         |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ชื่อของผู้ป่วย                                                                                                 | ชื่อกลางของผู้ป่วย                                                                      | นามสกุลของผู้ป่วย                      |
| <input type="checkbox"/> เพศชาย <input type="checkbox"/> เพศหญิง<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ: _____ | วันเกิด                                                                                 | หมายเลขประกันสังคม (ไม่จำเป็นต้องระบุ) |
| ผู้รับผิดชอบในการชำระใบเรียกเก็บเงิน                                                                           | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย                                                                  | วันเกิด                                |
| ที่อยู่ทางไปรษณีย์                                                                                             | หมายเหตุ: คุณไม่จำเป็นต้องระบุหมายเลขประกันสังคมเพื่อสมัคร ขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน |                                        |
| เมือง                                                                                                          | รัฐ                                                                                     | รหัสไปรษณีย์                           |
| หมายเลขติดต่อหลัก                                                                                              |                                                                                         |                                        |
| อีเมล: _____                                                                                                   |                                                                                         |                                        |

สถานะการทำงานของผู้รับผิดชอบในการชำระใบเรียกเก็บเงิน

☐ ได้รับการจ้างงาน วันที่จ้าง: \_\_\_\_\_ ☐ ไม่ได้รับการจ้างงาน ระยะเวลาที่ว่างงาน: \_\_\_\_\_

☐ อาชีพอิสระ ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ พิกการ ☐ เกษียณแล้ว ☐ อื่นๆ: \_\_\_\_\_

### ข้อมูลครอบครัว

รายชื่อสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนของคุณรวมทั้งตัวคุณด้วย “ครอบครัว” หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน  
ขนาดครอบครัว ใช้กระดาษเพิ่มเติมหากจำเป็น

| ชื่อ | วันเกิด | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | หากอายุ 18 ปีขึ้นไป: ชื่อนายจ้างหรือแหล่งที่มาของรายได้ | หากอายุ 18 ปีขึ้นไป: รายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี): | สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินด้วยหรือไม่ |
|------|---------|------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|      |         |                        |                                                         |                                                       |                                              |
|      |         |                        |                                                         |                                                       |                                              |
|      |         |                        |                                                         |                                                       |                                              |

รายได้ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคนจะต้องได้รับการเปิดเผยและมีหลักฐานแนบมากับใบสมัครที่กรอกครบถ้วน ตัวอย่างของแหล่งรายได้ ได้แก่:

- ค่าจ้าง ■ ไม่ได้รับการจ้างงาน ■ อาชีพอิสระ ■ เงินชดเชยการจ้างงาน ■ พิกการ ■ SSI (รายได้เสริมด้านความปลอดภัย)
- ค่าเลี้ยงดูบุตร/คู่สมรส ■ โครงการฝึกงาน (นักศึกษา) ■ เงินบำนาญ ■ การออมเพื่อเลี้ยงชีพหลังเกษียณอายุ ■ อื่นๆ กรุณาอธิบาย: \_\_\_\_\_

### ข้อมูลเพิ่มเติม

กรุณาใช้หน้ากระดาษเพิ่มเติมหากมีข้อมูลอื่นเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเงินในปัจจุบันของคุณที่คุณต้องการให้เราทราบ เช่น ความยากลำบากทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาลที่มากเกินไป รายได้ตามฤดูกาลหรือชั่วคราว หรือการสูญเสียส่วนบุคคล

### ข้อตกลงของผู้ป่วย

- ฉันเข้าใจว่า PeaceHealth อาจตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและรับข้อมูลจากแหล่งอื่น เพื่อช่วยในการพิจารณาสิทธิในการรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระเงิน
- ฉันขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและถูกต้องตามการรับทราบของฉัน ฉันเข้าใจว่าหากข้อมูลที่ฉันมอบให้ถูกพิจารณาว่าเป็นเท็จ ผลลัพธ์คือจะถูกปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน และฉันจะรับผิดชอบและคาดว่าจะชำระค่าบริการที่มี
- จากการส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินแสดงว่าคุณยินยอมให้เราทำการสอบถามที่จำเป็นเพื่อยืนยันภาระผูกพันและข้อมูลทางการเงิน

การลงนามของบุคคลที่สมัคร

วันที่

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครนี้: กรุณาติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าได้ที่ 1-877-202-3597 คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม รวมถึงความช่วยเหลือด้านความพิการและความช่วยเหลือด้านภาษา กรุณาเยี่ยมชม [peacehealth.org](http://peacehealth.org) เพื่อดูนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและข้อมูลเพิ่มเติมของ PeaceHealth

กรุณาส่งใบสมัครที่กรอกเสร็จแล้วทางไปรษณีย์มาที่ PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632