

ຄຳຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ
 ສຳລັບການບໍລິການໂຮງຫມໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ MercyOne Genesis ແລະແພດ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແບບຟອມສະເໝີກ ແລະສົ່ງຄືນພາຍໃນ 10 ວັນ ລວມທັງສຳເນົາເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້:

ການຢັ້ງຢືນທີ່ຕ້ອງການ

ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ຫນື່ງເດືອນ ພິສູດລາຍຮັບລວມ

ສອງເດືອນຜ່ານມາໃບແຈ້ງການທະນາຄານສຳເລັດສຳລັບບັນຊີທະນາຄານທັງຫມົດ, ມີຫນ້າທັງຫມົດ
(ຄຳອະທິບາຍສຳລັບການຝາກເງິນທີ່ເກີດຂຶ້ນເລື້ອຍໆ)

ການສົ່ງຄືນພາສີເມື່ອມັງມານີ້ (1040 ແບບຟອມກັບຕາຕະລາງ C, E ຫຼື F) ຫຼື ສາມເດືອນໃບລາຍງານຜົນກຳໄລ ແລະ ການສູນເສຍ
(ສຳລັບການເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ/ຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສ)

ສະຫນອງໃຫ້ຕັ້ງຕໍ່ໄປນີ້, ຖ້າໃຊ້ໄດ້

ຫວ່າງ ມ່າງ ມານີ້ W2 ສລັບ ລາຍ ໄດ້ ລະ ດູ ການ ການບໍ່ມີວຽກເຮັດງານທຳ/ຈົດຫມາຍປະຕິເສດ ລາຍຮັບການສະໜັບສະໜູນເດັກ / ຄຳລຽງດູ

ບໍ່ມີລາຍຮັບ – ຈົດຫມາຍຄົບຊຸດສ່ວນສະໜັບສະໜູນການເງິນຂອງຄຳຮ້ອງສະຫມັກ

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

ຊື່ຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ		
ປະກັນສັງຄົມ/EIN Number (ທາງເລືອກ)	ໂທລະສັບມືຖື	ໂທລະສັບອື່ນໆ	
ທີຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ທີຢູ່ອີເມວ	ຂອງລັດໃດທີ່ທ່ານເປັນຊາວບ້ານ?		

ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ ໂສດ ແຕ່ງງານແລວ ຮ້າງ ອື່ນໆ _____

ທ່ານຍືນໃບແຈ້ງການຄືນພາສີຂອງກະຊວງ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຖ້າບໍ່ ເປັນຫຍັງ?	ທ່ານສາມາດອາ້ງວ່າຂຶ້ນກັບການຄືນພາສີຂອງຜູ້ອື່ນ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລວ <input type="checkbox"/> ບໍ່
---	--

ທ່ານຫຼືຜູ້ທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຂອງທ່ານມີການຄຸມປະກັນສຸຂະພາບໃນເວລາບໍລິການ? ແມ່ນແລວ ບໍ່
(ໃຫ້ສຳເນົາບັດປະກັນໄພ)

ທ່ານເປັນຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ມີເອກກະສານຂອງສະຫະລັດ? ແມ່ນແລວ ບໍ່ ບໍ່ມັກຕອບ

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນ, ລວມທັງຕົວທ່ານເອງໂດຍອີງໃສ່ການເກັບພາສີຂອງທ່ານໃນມ່າງນີ້	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ	ອາ້ງເອົາການເກັບພາສີຄືນ (ແມ່ນແລວ/ບໍ່)

ຄຳຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ
 ສຳລັບການບໍລິການໂຮງຫມໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ MercyOne Genesis ແລະແພດ

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບສຳລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທຸກຄົນ					
ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ	ໃຜໄດ້ຮັບນີ້ ?	ລາຍຮັບລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ (ກ່ອນພາສີ)	ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ	ໃຜໄດ້ຮັບນີ້ ?	ລາຍຮັບລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ (ກ່ອນພາສີ)
ຄ່າແຮງງານ			ຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ ການຊົດເຊີຍ		
ປະກັນສັງຄົມ / ຄວາມພິການ			ການຫວ່າງງານ		
ເງິນບຳນານ			ການສະໜັບສະໜູນເດັກ /Alimony		
ການເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ			ເຊົ່າ ດິນ ລາຍຮັບ		
ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສາທາ ລະນະສຸກ			ອື່ນໆ		

ຈົດຫມາຍສະຫນັບສະຫນູນດ້ານການເງິນ - ຄວນຈະສຳເລັດໂດຍບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນ	
<input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການສະຫນັບສະຫນູນຫຼາຍກວ່າ50%ສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດຂອງຄົນເຈັບ,ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຊ່ວຍໃນການຊຳລະຄ່າປີນປົວ. <input type="checkbox"/> ໂດຍການເຊັນຈົດຫມາຍສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າ ໄດ້ສືບ ຍືນ ວ່າ ຄ່າ ຖະ ແຫລງ ຂ້າງ ເທິງ ນັ້ນ ແມ່ນ ຖືກ ຕ້ອງ ແລະ ວ່າ ຂ້າ ພະ ເຈົ້າ ຈະ ບໍ່ ຕ້ອງ ສຸ ຜິດ ຊອບ ຕໍ່ ຄ່າ ໃຊ້ ຈ່າຍ ຂອງ ຄົນ ເຈັບ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທີ່ _____ (ເບີໂທລະສັບ)	ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ ວັນທີ

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ແລະ ການລະບຸຕົວ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຄຳຮ້ອງສະຫມັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງແລະຄົບຖ້ວນເພື່ອທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຄວາມຮູ້ຂ້ອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ໃຫ້ນັ້ນແມ່ນຂຶ້ນກັບການຢັ້ງຢືນ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບໃນການຊຳລະຄ່າບໍລິການໃດໆທີ່ໄດ້ຢູ່ໃນໜ່ວຍງານ MercyOne Genesis ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງແມ່ນສະໜອງໃຫ້ພ້ອມໃຕ້ການທຳທ່າຕົວະ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____
 ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ກົດຫມາຍ (ຖ້າApplicable): _____ ວັນທີ: _____
 ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____



ຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເປັນຄວາມລັບສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ
ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງໝໍແລະວິຊາຊີບທີ່ສະໜອງໂດຍສະຖານທີ່ສຸຂະພາບ MercyOne Genesis ແລະແພດ

ກະລຸນາສົ່ງຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານໄປຍັງທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ແຜ່ກໄປທີ່ເບີ 563-421-3608. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ ພວກເຮົາທີ່ເບີ 563-421-2233.

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center
Patient Financial Services, Suite 2600
1401 West Central Park Avenue
Davenport, IA 52803

ຖ້າຫາກວ່າການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ຮັບໃບລັດອິດວິນອຍ,
ຄວາມກັງວົນຫຼືການຮ້ອງຟ້າ
ອາດກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຫຼືການຫຼຸດລົງທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພອາດຈະ
ຖືກລາຍງານໃຫ້ອົງການຮັກສາສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ລັດ Illinois 1-877-305-5145 /
<https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>