

ໃບຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ຂອບໃຈທີ່ທ່ານເລືອກ MercyOne ສໍາລັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ເພື່ອເປັນການຮັບຮູ້ນະໂຍບາຍຂອງ MercyOne ໃນການໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນນະພາບແກ່ທຸກໆຄົນ

ໂດຍບໍ່ຄໍານຶງເຖິງສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງເຂົາເຈົ້າ, ໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງ MercyOne ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໃຫ້ແກ່ຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການ ໄປໃນລັກສະນະທີ່ຍຸຕິທໍາ ແລະ ບໍ່ມີການຈໍາແນກ. ເພື່ອຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ຫຼື ບໍ່, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍນີ້ ແລະ ສົ່ງຄໍາຮ້ອງຄືນພ້ອມກັບສໍາເນົາເອກະສານຕ່າງໆທີ່ກໍານົດໄວ້ຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍ.

ບັນດາຄົນເຈັບດ້ານພະຍາດຍິງອາດມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດຕ່າງໆຜ່ານລັດໄອໂອວາ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນ ຖ້າທ່ານຢາກຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ແມ່ນສາມາດຊອກຫາໄດ້ໃນເອກະສານຊ້ອນທໍາຍ A.

ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ກະລຸນາສົ່ງສະບັບສໍາເນົາ, ເພາະຕົ້ນສະບັບຈະບໍ່ຖືກສົ່ງຄືນ. ຂໍ້ມູນທັງໝົດແມ່ນຕ້ອງໄດ້ຮັບຈາກທັງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຄູ່ສົມລົດ ພາຍໃນ 30 ວັນ.

- ສໍາເນົາໃບບິນຈ່າຍເງິນເດືອນ/ບັດແລກມູນຄ່າສະບັບລໍາສຸດຂອງທ່ານ.
- ສໍາເນົາໃບແຈ້ງຍອດທະນາຄານສະບັບຄົບຖ້ວນໃນສອງເດືອນລໍາສຸດຂອງທ່ານ ສໍາລັບທຸກບັນຊີທະນາຄານ, ພ້ອມທັງໃຫ້ມີຄົບທຸກໜ້າ (ຄໍາອະທິບາຍສໍາລັບການຝາກເງິນເປັນປະຈໍາ).
- ແຫຼ່ງລາຍຮັບອື່ນໆ; ລາຍຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ, ເງິນບໍານານ, ເງິນສົ່ງເຄາະຄວາມພິການ, ເງິນຄ່າເຊົ່າ, ເງິນສົ່ງເຄາະການຫວ່າງງານ/ໜັງສືປະຕິເສດ, ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ອອກແຮງງານ, ເງິນຄ່າລ້ຽງດູເດັກ, ເງິນຄ່າລ້ຽງດູສົມລົດ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໂຮງຮຽນ, ແບຟອມ W2 ລໍາສຸດສໍາລັບລາຍຮັບຕາມລະດູການ
 1. ຖ້າຫາກວ່າ ຂໍ້ໃດຂໍ້ໜຶ່ງ ເຫຼົ່ານີ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບທ່ານ, ກະລຸນາໃຫ້ແນບສໍາເນົາຈົດໝາຍລາຍວັນສະບັບລໍາສຸດ.
 2. ຖ້າຄົນເຈັບເປັນເດັກນ້ອຍ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຄ່າລ້ຽງດູລູກ, ກະລຸນາໃຫ້ໃບບິນເງິນເດືອນ/ບັດແລກມູນຄ່າສະບັບລໍາສຸດຂອງພໍ່ແມ່ທຶສອງ ແລະ ເອກະສານພາສີໃນບັດຈຸບັນທີ່ລວມທັງກໍານົດເວລາທັງໝົດ.
 3. ຖ້າບໍ່ມີລາຍຮັບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຈົດໝາຍການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານການເງິນໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍ.
- ສໍາເນົາ ເອກະສານແຈ້ງເສຍພາສີຂອງລັດຖະບານກາງໃນປີຜ່ານມາທີ່ລົງລາຍເຊັນຂອງທ່ານໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ລວມທັງຕາຕະລາງທັງໝົດ. ຖ້າທ່ານ ມີລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ, ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ການເຮັດກະສິກໍາ, ກະລຸນາໃສ່ຕາຕະລາງ C, E ແລະ F. ສໍາລັບຄົນທີ່ເຮັດທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ/ຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສ, ໃຫ້ສະໜອງສໍາເນົາໃບແຈ້ງກໍາໄລ ແລະ ຂາດທຶນປະຈໍາສາມເດືອນລໍາສຸດຂອງທ່ານ.
- ສໍາເນົາໜ້າທຶສາມ ແລະ ສີ່ຂອງເອກະສານນີ້ (ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ) ທີ່ມີລາຍເຊັນທີ່ຖືກຕ້ອງແລ້ວ.

MercyOne ຈະໃຫ້ຄໍາຕອບເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ຜູ້ສະໝັກພາຍໃນ 30 ວັນລັດຖະການ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຂໍ້ມູນປະກອບການສະໜັບສະໜູນ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນ ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍ ຫຼື ກ່ຽວກັບສະຖານະການຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນ ແມ່ນມີຢູ່ໃນເອກະສານຊ້ອນທໍາຍ A ພ້ອມກັບທີ່ຢູ່ໄປສະນີ.

**ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແບບເປັນຄວາມລັບ
[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງໝໍ ແລະ ວິຊາສະເພາະ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍບັນດາສະຖານພະຍາບານ ແລະ ແພດຂອງ Trinity Health
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

ມູນຕົດຕໍ່

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ	ສິ່ງຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ຕ້ອງມີຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວ ແລະ ເອກະສານອື່ນໆ ໄປຍັງ:	ເບີໂທລະສັບ	ເບີເຟັກ
Cedar Falls	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ຫຼື 1-800-728-0159	319-272-5757
Clinton	MercyOne Clinton Medical Center Attention: Financial Counselor 1410 N. 4th St., Clinton, IA 52732	563-244-5678	563-244-3523
Des Moines / West Des Moines	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
Des Moines Clinic	MercyOne Medical Group 405 SW 5 th Street Ste E, Des Moines, IA, 50309	515-643-2519	515-358-7294
Dubuque	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 ຫຼື 563-589-9066	563-589-9029
Dyersville	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 ຫຼື 563-589-9066	563-589-9029
Newton	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
New Hampton	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 ຫຼື 641-428-7824	641-428-7886
North Iowa (Mason City)	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 ຫຼື 641-428-7824	641-428-7886
Oelwein	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ຫຼື 1-800-728-0159	319-272-5757
Primghar	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-957-2300	712-957-0030
Siouxland	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-279-2323	712-279-2769
Waterloo	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 ຫຼື 1-800-728-0159	319-272-5757

**ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແບບເປັນຄວາມລັບ
[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງໝໍ ແລະ ວິຊາສະເພາະ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍບັນດາສະຖານພະຍາບານ ແລະ ແພດຂອງ Trinity Health
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

**ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນໃສ່ ແລ້ວສົ່ງຄືນພາຍໃນ 10 ວັນ
ລວມທັງສໍາເນົາເອກະສານຕ່າງໆຕໍ່ໄປນີ້:**

[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]

ຈໍາເປັນຕ້ອງມີການຢັ້ງຢືນ [Required Verifications]

- ເອກະສານຫຼັກຖານລາຍໄດ້ລວມຕໍ່ໜຶ່ງເດືອນທີ່ຜ່ານມາ [Past One month Proof of Gross Income]
- ໃບແຈ້ງຍອດເງິນຝາກທະນາຄານແບບຄົບຖ້ວນໃນສອງເດືອນຜ່ານມາ ສໍາລັບທຸກບັນຊີທະນາຄານ, ໂດຍໃຫ້ມີຄົບທຸກໜ້າ (ຄໍາອະທິບາຍສໍາລັບການຝາກເງິນປະຈໍາ) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- ເອກະສານແຈ້ງເສຍພາສີລໍາສຸດ (ແບບຟອມ 1040 ພ້ອມຕາຕະລາງ C, E ຫຼື F) ຫຼື ໃບລາຍງານຜົນກໍາໄລ ແລະ ຂາດທຶນສາມເດືອນ (ສໍາລັບຜູ້ເຮັດທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ/ຜູ້ເພີ່ງພາອາໄສ) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

ໃຫ້ສົ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ຖ້າມີ [Provide the following, If applicable]

- ແບບຟອມ W2 ລໍາສຸດ ສໍາລັບລາຍຮັບຕາມລະດູການ [Recent W2 for Seasonal Income]
- ເງິນສົ່ງເອກະການຫວ່າງງານ/ຈົດໝາຍປະຕິເສດ [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- ລາຍໄດ້ຈາກຄ່າລ້ຽງດູເດັກ/ຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ [Child Support Income/Alimony]
- ບໍ່ມີລາຍຮັບ - ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ສ່ວນຈົດໝາຍກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານການເງິນຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ [Patient Information]

ຊື່ຄົນເຈັບ [Patient Name]		ວັນເດືອນປີເກີດ [Date of Birth]	
ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ/EIN (ບໍ່ໃສ່ກໍ່ໄດ້) [Social Security/EIN Number (optional)]	ເບີໂທລະສັບມືຖື [Mobile Phone]	ເບີໂທລະສັບອື່ນໆ [Other Phone]	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ [Mailing Address]	ເມັງຄອງ [City]	ລັດ [State]	ລະຫັດໄປສະນີ [ZIP code]
ທີ່ຢູ່ອີເມວ [Email Address]	ທ່ານເປັນຄົນອາໄສຢູ່ໃນລັດໃດ? [Of what state are you a resident?]		

ສະຖານະພາບ [Marital status] ໂຮດ [Single] ແຕ່ງງານແລ້ວ [Married] ຢ່າຮ້າງ [Divorced]
 ອື່ນໆ [Other] _____

ທ່ານໄດ້ຍື່ນແຈ້ງເສຍພາສີຂອງລັດຖະບານກາງບໍ່? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> ແມ່ນ [Yes] <input type="checkbox"/> ບໍ່ [No]	ທ່ານສາມາດອ້າງວ່າຕົນເປັນຜູ້ເພີ່ງພາອາໄສໃນເອກະສານແຈ້ງເສຍພາສີຂອງບຸກຄົນອື່ນໄດ້ບໍ່? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> ແມ່ນ [Yes] <input type="checkbox"/> ບໍ່ [No]
ຖ້າບໍ່, ຍ້ອນຫຍັງ? [If no, why?]	

ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ເພີ່ງພາອາໄສຂອງທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຈາກປະກັນໄພສຸຂະພາບໃນເວລາເຂົ້າຮັບການບໍລິການ ຫຼື ບໍ່? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] ແມ່ນ [Yes] ບໍ່ [No] (ໃຫ້ສໍາເນົາບັດປະກັນໄພ) [(Provide Insurance card copy)]

ທ່ານເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສທີ່ມີເອກະສານຢູ່ໃນສະຫະລັດ ຫຼື ບໍ່? [Are you a documented resident of the United States?] ແມ່ນ [Yes]
 ບໍ່ [No] ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ [Prefer Not to Answer]

**ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແບບເປັນຄວາມລັບ
[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງໝໍ ແລະ ວິຊາສະເພາະ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍບັນດາສະຖານພະຍາບານ ແລະ ແພດຂອງ Trinity Health
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນ, ລວມທັງຕົວທ່ານເອງ ໂດຍອີງໃສ່ການແຈ້ງເສຍພາສີໃນທີ່ຜ່ານມາຂອງທ່ານ [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]	ວັນເດືອນປີເກີດ [Date of Birth]	ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ [Relationship to Patient]	ໄດ້ຮັບການອ້າງໃນການແຈ້ງເສຍພາສີ (ແມ່ນ/ບໍ່) [Claimed on Tax Return (Yes/No)]

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບສໍາລັບບັນດາສະມາຊິກຄອບຄົວທັງໝົດ [Income Verification for all household members]

ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນ [Monthly Income Source]	ຜູ້ໄດ້ຮັບລາຍຮັບ ນີ້ແມ່ນໃຜ? [Who receives this?]	ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈໍາເດືອນ (ກ່ອນຫັກພາສີ) [Gross Monthly Income (before taxes)]	ແຫຼ່ງລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນ [Monthly Income Source]	ຜູ້ໄດ້ຮັບລາຍຮັບ ນີ້ແມ່ນໃຜ? [Who receives this?]	ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈໍາເດືອນ (ກ່ອນຫັກພາສີ) [Gross Monthly Income (before taxes)]
ເງິນປະກັນສັງຄົມ/ ເງິນພິການ [Social Security/Disability]			ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ອອກ ກແຮງງານ [Worker's Compensation]		
ເງິນບໍານານ [Pension]			ເງິນຫວ່າງງານ [Unemployment]		
ເງິນຈາກທຸລະກິດຕົນເອງ [Self-Employment]			ຄ່າລ້ຽງດູລູກ/ ຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລັດ [Child Support/Alimony]		
ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ [Public Assistance]			ລາຍຮັບຄ່າເຊົ່າທີ່ດິນ [Rental Land Income]		
ອື່ນໆ [Other]					

**ຄຳຮ້ອງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແບບເປັນຄວາມລັບ
[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

ສຳລັບການບໍລິການໂຮງໝໍ ແລະ ວິຊາສະເພາະ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍບັນດາສະຖານພະຍາບານ ແລະ ແພດຂອງ Trinity Health
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

ຈົດໝາຍກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານການເງິນ - ຄວນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນຜູ້ຕົວເມັດຂໍມູນເທົ່ານັ້ນ [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]

- ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນຄ່າຄອງຊີບຂອງຄົນເຈັບຫຼາຍກວ່າ 50%, ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າປິ່ນປົວໄດ້.
[I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
- ການລົງລາຍເຊັນໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້, ສະແດງວ່າຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຖ້ອຍຖະແຫຼງທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງເທິງນັ້ນແມ່ນຖືກຕ້ອງແລ້ວ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ໃບບິນຮຽກເກັບເງິນຂອງຄົນເຈັບ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າທີ່ _____ (ເບີໂທລະສັບ) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at _____ (Phone Number)]

ຊື່ບຸກຄົນຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ [Name of person providing support]	ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ [Relationship to Patient]
ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນ [Signature of person providing support]	ວັນທີ [Date]

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ແລະ ການລະບຸຕົວຕົນ [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກນີ້ແມ່ນມີຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ທີ່ສຸດແລ້ວ.
ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ແມ່ນຕ້ອງໄດ້ຜ່ານການຢັ້ງຢືນ.
ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບໃນການຊໍາລະຄືນໃຫ້ແກ່ການບໍລິການທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນບັນດາບໍລິສັດໃນເຄືອຂອງ Trinity Health ຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ຂ້າງເທິງນັ້ນເປັນການປອມແບງຂໍ້ມູນເທັດ. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ [Signature of Patient]: _____
ວັນທີ [Date]: _____

ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ (ຖ້າມີ) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]: _____
ວັນທີ [Date]: _____

ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ [Relationship to Patient]: _____
ວັນທີ [Date]: _____