ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

Sanford Health ມຸ່ງໝັ້ນທີ່ຈະໃຫ້ການດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນນະພາບແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈວ່າການຊໍາລະສໍາລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນອາດສ້າງຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານການເງິນສໍາລັບທ່ານໃນເວລານີ້. ສະນັ້ນ, ພວກເຮົາກໍາລັງສະເໜີໂອກາດໃຫ້ທ່ານສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນກັບລະບົບສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ.

ພ້ອມກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້,
ທ່ານຈະພົບໃບສະໝັກທີ່ສະແດງເຖິງສະຖານະການທາງການເງິນຂອງທ່ານ. ທ່ານ
ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ເອກະສານສະບັບນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ເພື່ອຮັບການພິຈາລະນາສໍາລັບໂຄງ
ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ.
ຖ້າສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານບັນລຸເກນເງື່ອນໄຂທີ່ຖືກກໍານົດໄວ້ໂດຍ Sanford Health, ຍອດເຫຼືອສ່ວນໜຶ່ງ ຫຼື ທັງໝົດໃນບັນຊີຂອງທ່ານອາດໄດ້ຮັບການຍົກໜີ້.

ນອກຈາກໃບສະໝັກທີ່ມີຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ກະລຸນາໃຫ້ລາຍການສິ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປ:

- **ສໍາເນົາແບບສະແດງລາຍການພາສີ 1040 ສະບັບຫຼ້າສຸດຂອງລັດຖະບານກາງຂອງທ່ານ ເຊິ່ງລວມເຖິງກໍານົດທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ທັງໝົດ ຫຼື ຫຼັກຖານໃນການບໍ່ຕ້ອງຍື່ນເອກະສານຈາກ IRS (ໄປທີ່ເວບໄຊຂອງ IRS ທີ່ www.irs.gov)**

  ແລະ ໜຶ່ງໃນລາຍການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- **ສໍາເນົາສີ້ນການຊໍາລະເງິນຄ່າຈ້າງສອງສະບັບຫຼ້າສຸດສໍາລັບຜູ້ມີລາຍຮັບໃດໜຶ່ງທີ່ປະກອບສ່ວນໃນລາຍຮັບໃນຄົວເຮືອນ**
- **ຈົດໝາຍໃຫ້ປະກັນສັງຄົມ ຫຼື 1099 ຫຼ້າສຸດ ຖ້າກໍາລັງໄດ້ຮັບເງິນປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບເງິນປະກັນສັງຄົມ ພ້ອມທັງລາຍຮັບອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸຫຼັກຖານລາຍຮັບເພີ່ມເຕີມ)**

ພວກເຮົາຮັບຮູ້ວ່າລາຍຮັບຂອງທ່ານຈາກປະຫວັດອາກອນກ່ອນໜ້ານີ້ອາດບໍ່ສະທ້ອນເຖິງສະຖານະການໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງພຽງພໍ. ຖ້າເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ກະລຸນາຂັດຕິດບົດບັນທຶກຫຍໍ້ທີ່ອະທິບາຍສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນໃນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ພ້ອມກັບການປ່ຽນແປງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃດໜຶ່ງ.

ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ກວດສອບໃບສະໝັກຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນເວລາ 30 ມື້ນັບຈາກວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບ.
ຖ້າສະຖານະການທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ
ນັບຕັ້ງແຕ່ທີ່ທ່ານຍື່ນໃບສະໝັກເດີມຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຍື່ນ ການອຸທອນພາຍໃນ 30

ມື້ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີໃນຈົດໝາຍຕັດສິນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານປາຖະໜາທີ່ຈະສົນທະນາກ່ຽວກັບບັນຊີຂອງທ່ານ, ມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການສອບຖາມກ່ຽວກັບການອຸທອນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍບໍລິການທາງດ້ານການເງິນສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ (877)629-2999. ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງພວກເຮົາແມ່ນວັນຈັນ – ວັນພະຫັດ 7 ໂມງເຊົ້າ – 6 ໂມງແລງ ແລະ ວັນສຸກ 7 ໂມງເຊົ້າ – 5 ໂມງແລງ.

ຕໍ່ຜູ້ອາໄສຢູ່ໃນລັດ Minnesota ທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ສະຖານທີ່ບໍລິການຂອງ Sanford Health ເຊິ່ງຕັ້ງຢູ່ໃນລັດ Minnesota: ຖ້າທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍບໍລິການທາງດ້ານການເງິນສຳລັບຄົນເຈັບຂອງ Sanford ທີ່ (877) 629-2999 ກ່ອນ ແລະ ໃຫ້ໂອກາດແກ່ພວກເຮົາພະຍາຍາມ ແລະ ແກ້ໄຂຕາມຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານສືບຕໍ່ມີຄວາມກັງວົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ, ທ່ານອາດຕິດຕໍ່ສຳນັກງານໄອຍະການສູງສຸດຂອງລັດ Minnesota ທີ່ (651)296-3353 ຫຼື (800)657-3787.

ກະລຸນາຕອບຄຳຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນນີ້ພາຍໃນເວລາ 30 ມື້ ແລະ ສົ່ງກັບໄປຫາສຳນັກງານຂອງພວກເຮົາໂດຍ**ແຟັກປອດໄພ**ທີ່ (800)544-5967 ຫຼື **ທາງໄປສະນີ**ຫາ Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

ຂອບໃຈສຳລັບການສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານ.

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,

Sanford Health

SANFORD HEALTH

Submit application to:
Sanford Health
PO Box 2010
Fargo, ND 58122-2482
OR
Secure Fax: 800-544-5967

ໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ປະຊາກອນ

ຊື່: ________________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: __________ ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ: ______________

ຊື່ຂອງຄູ່ສົມລົດ: __________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: __________

ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ: ______________

ສະຖານະການແຕ່ງງານ: ___ ໂສດ___ ແຕ່ງງານແລ້ວ___ ຢ່າຮ້າງ___ ເປັນໝ້າຍ _____

ທີ່ຢູ່: ______________________________ ເມືອງ: ______________ ລັດ: ______ ລະຫັດໄປສະນີ: ________

ໂທລະສັບມືຖື (ຕົນເອງ): _________ ໂທລະສັບມືຖື (ຄູ່ສົມລົດ): __________

ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ເຮືອນ: _____________

ກະລຸນາລະບຸຜູ້ເພິ່ງອາໄສທັງໝົດທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ

ເຊິ່ງກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ

ຊື່: ___________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: ______ ຊື່: ___________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: ______

ຊື່: ___________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: ______ ຊື່: ___________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: ______

ຊື່: ___________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: ______ ຊື່: ___________________ ວັນເດືອນປີເກີດ: ______

ລາຍຮັບ

ນ)	**ລາຍຮັບລວມປະຈຳເດືອນ**	**ຄ ສ ລ**
	ລາຍຮັບລວມ/ການຈ້າງງານ/ບໍລິສັດເຮັດວຽກ	$
	ປະກັນສັງຄົມ/SSI/SSDI	$
	ການເຮັດວຽກອິດສະຫຼະ/ລາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າລິຂະສິດ/ອະສັງຫາ/ຊັບສິນທີ່ໃຫ້ຄົນອື່ນດູແລ	$
	ເງິນກະສຽນ/ເງິນບຳນານ/ເງິນປະຈຳປີ/ຜົນປະໂຫຍດສຳລັບທະຫານຜ່ານເສິກ	$
	ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລູກ/ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄູ່ສົມລົດ/ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດ	$
	ລາຍຮັບຕ່າງໆ/ລາຍຮັບອື່ນໆ: ______________________	$
	ລາຍຮັບລວມ (ກະລຸນາລະບຸຫຼັກຖານກ່ຽວກັບລາຍຮັບທັງໝົດ)	**$**

ທ່ານກຳລັງຈະຊຳລະໃບຮຽກເກັບເງິນ Sandford ຫຼາຍສໍ່າໃດ/ຫຼື

ທ່ານສາມາດຊຳລະສໍ່າໃດຕໍ່ເດືອນ? _________

ການມອບໝາຍສິດ (ກະລຸນາອ່ານຢ່າງລະອຽດ)

ໂດຍການເຊັນຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ, ຂ້າພະເຈົ້າຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກນີ້ ແລະ ເອກະສານປະກອບແມ່ນເປັນຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນແມ່ນຖືກເກັບໄວ້ໄປຄວາມລັບ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າບໍ່ສາມາດກວດສອບໃບສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ນອກຈາກຈະມີການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍທັງໝົດ. Sanford Health ບໍ່ມີຕິວແທນທີ່ຮັບປະກັນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ.

ຊື່ (ພິມ): ___________________________ ລາຍເຊັນ: ___________________________ ວັນທີ: _________

ຄູ່ສົມລົດ (ພິມ): ___________________________ ລາຍເຊັນ: ___________________________ ວັນທີ: _________