

ໃບສະໝັກຂໍຮັບສ່ວນຫຼຸດທາງການແພດ
ຫ້ອງການບໍລິການທຸລະກິດ

ພາກສ່ວນກ່ຽວກັບຄົນເຈັບ

ຊື່: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: ____ / ____ / ____ ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ #: ____ - ____ - ____

ທີ່ຢູ່: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ເບີໂທຫຼັກ: _____ ເບີໂທສໍາຮອງ: _____

ນາຍຈ້າງ: _____ ລາຍໄດ້ຕໍ່ປີ: _____

ຈໍານວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ : _____

ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: _____	ຄວາມສໍາພັນ: _____
ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: _____	ຄວາມສໍາພັນ: _____
ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: _____	ຄວາມສໍາພັນ: _____
ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: _____	ຄວາມສໍາພັນ: _____
ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: _____	ຄວາມສໍາພັນ: _____
ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ: _____	ຄວາມສໍາພັນ: _____



****ສົ່ງມາພ້ອມກັບໃບສະໝັກ ****

- ສໍາເນົາແບບຟອມລາຍງານການເສຍພາສີລາຍໄດ້ໃນປີພາສີທີ່ຜ່ານມາ, ໜ້າ 1 ຂອງພາກສ່ວນ 1040
- ຈົດໝາຍແຈ້ງສິດການໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ (Medical Assistance) ເມື່ອໄວງນີ້

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ

ວັນທີ

ພາກສ່ວນຫ້ອງການທຸລະກິດ

ບັນຊີຂອງຜູ້ຄ້າປະກັນ#: _____ ຊື່ຜູ້ຄ້າປະກັນ: _____

ໄອຍະການສູງສຸດ ມີສິດ - ຕົ້ມສ່ວນ/ບາງສ່ວນ: __ % ທີ່ຄົນເຈັບຕ້ອງຈ່າຍ: _____

Uncompensated Care ບໍ່ມີສິດ - ເຫດຜົນ: _____

ພິຈາລະນາໂດຍ: _____ ປີສ່ວນຫຼຸດ: _____

