



ชื่อผู้ป่วย:

หมายเลขบัญชี:

ขอขอบคุณที่อนุญาตให้ Community Medical Centers ดูแลสุขภาพของคุณ

มีการแนบใบสมัครความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของความยากลำบากทางการเงิน หากคุณสนใจที่จะสมัคร โปรดกรอกใบสมัครและส่งคืนให้เราภายใน (15) สิบห้าวันทำการถัดไป โปรดแนบสำเนาเอกสารต่อไปนี้พร้อมกับใบสมัครของคุณ:

หลักฐานแสดงรายได้สำหรับสมาชิกในครอบครัวทุกคนในครัวเรือน:

1. เช็คเงินค่าจ้างล่าสุดสาม (3) เดือน, W-2 หรือเอกสารขอคืนภาษีล่าสุด หรือ
2. หากประกอบอาชีพอิสระ ให้ยื่นเอกสารขอคืนภาษีภาษีล่าสุด (รวมถึงตาราง C) หรือ
3. หากว่างงาน ให้แนบบใบแจ้งสวัสดิการเงินทดแทนกรณีว่างงาน หรือ
4. ใบแจ้งการเกษียณอายุ/บำนาญ (หากมี) หรือ
5. หากได้รับสาธารณูปการ โปรดแสดงหลักฐานการมีสิทธิ์/การลงทะเบียนปัจจุบันในโครงการของรัฐบาลใดๆ ต่อไปนี้: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment) หรือ WIC (Women, Infants and Children)

ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพจะต้องจัดเตรียมเอกสารเพื่อยืนยันว่า 10% ของรายได้ของครอบครัวได้รับชำระหรือเป็นหนี้ค่ารักษาพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ยกข้อยกเว้นปัจจุบัน ใบเรียกเก็บเงิน/ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ร้านขายยา และเบี้ยประกันสุขภาพทั้งหมดสามารถนำไปใช้กับ 10% ได้

Community Medical Centers มุ่งมั่นที่จะให้บริการชุมชนของเรา เราตั้งใจที่เราสามารถช่วยเหลือคุณในเวลาที่คุณต้องการได้

หากคุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับบัญชีนี้ หรือเกี่ยวกับเอกสารที่จำเป็นต้องใช้ โปรดติดต่อเราที่ (559) 459-3939 หรือ (800) 773-2223 ตัวเลือก #3 ใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์ไม่สามารถดำเนินการได้

ส่งใบสมัครและเอกสารพร้อมลายเซ็นที่กรอกและลงนามแล้วไปยังที่อยู่ด้านล่างหรือแฟกซ์มาที่ (559) 230- 8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

แบบฟอร์มวันที่ให้/ส่งทางไปรษณีย์ _____ ส่งคืนแบบฟอร์มโดย _____

ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของ CMC

ชื่อผู้ป่วย	บัญชีผู้ป่วย #
	บันทึกทางการแพทย์ #

I. ผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบ	
นามสกุล	ชื่อแรก ชื่อกลาง
ที่อยู่ถาวร	ประกันสังคม #
	โทรศัพท์บ้าน
	โทรศัพท์มือถือ
ชื่อนายจ้าง	โทรศัพท์ติดต่อธุรกิจ
	รายได้โดยรวมต่อเดือน \$

II. คู่สมรส/คู่ชีวิต	
นามสกุล	ชื่อแรก ชื่อกลาง
ที่อยู่ถาวร	ประกันสังคม #
	โทรศัพท์บ้าน
	โทรศัพท์มือถือ
ชื่อนายจ้าง	โทรศัพท์ติดต่อธุรกิจ
	รายได้โดยรวมต่อเดือน \$

III. ข้อมูลในครัวเรือน		
รายชื่อคู่สมรส คู่ชีวิต บุตรในอุปการะที่อายุต่ำกว่า 21 ปี หากผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ ให้ระบุผู้ปกครอง ญาติผู้ดูแล และ (พี่น้องที่อายุต่ำกว่า 21 ปี)		
ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์
บุคคลในครัวเรือนทั้งหมด:		

IV. รายได้รวมรายเดือน	
รายได้รายเดือนของผู้ป่วย/บุคคลที่รับผิดชอบ	\$
รายได้ต่อเดือนของกลุ่มสมรส/คู่ชีวิต (ถ้ามี)	\$
รายได้หลังเกษียณ	\$
ค่าเลี้ยงดู/เงินสนับสนุนที่ได้รับ	\$
เงินชดเชยว่างงานหรือเงินชดเชยแรงงาน	\$
ประกันสังคม/ประกันความพิการทางสังคม	\$
รายได้อื่นๆ	\$
หากได้รับค่าเลี้ยงดู/เงินสนับสนุน ให้หักที่นี่	-\$
รายได้รวมต่อเดือนทั้งหมด	= \$

V. ข้อมูลอื่นๆ		
	ใช่	ไม่ใช่
คุณอายุเกิน 18 ปี และอ้างว่าต้องพึ่งพาการคืนภาษีรายได้ของผู้ปกครองหรือไม่		
คุณได้ลงทะเบียนใน: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment) หรือ WIC (Women, Infants and Children) หรือไม่		
คุณมีประกันสุขภาพหรือไม่		
การเยี่ยมชมในครั้งนี้เกิดจากบุคคลที่สาม เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการลี้ภัยหรือไม่		
คุณเคยสมัคร Medi-Cal หรือ Medicare หรือไม่		
คุณเคยสมัคร Covered California หรือไม่		

ใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์หรือที่ล้าสมัยจะถูกปฏิเสธ
<p>ในการกรอกใบแสดงฐานะทางการเงินนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อความข้างต้นถูกต้องและครบถ้วน ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการตรวจสอบเพิ่มเติมโดย</p> <p>COMMUNITY MEDICAL CENTERS</p> <p>ลายมือชื่อ: _____</p> <p>ชื่อตัวบรรจง: _____</p> <p>วันที่: _____</p> <p>ความสัมพันธ์หากไม่ใช่ผู้ป่วย: _____</p>

ส่งใบสมัครและเอกสารที่กรอกเรียบร้อยแล้วมาที่ที่อยู่ด้านล่างหรือแฟกซ์มาที่ (559) 230-8505:

Patient Financial Services
 Community Medical Centers
 PO Box 1232
 Fresno, CA 93715-9889