



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

ວັນທີ່ / Date: _____ ຊື່ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ / Guarantor: _____

ຊື່ຜູ້ປ່ວຍ / Patient Name: _____ ວັນທີ່ຮັບບໍລິການ / Date of Service: _____

ບັນຊີໂຮງໝໍ # / Hospital Account # _____ ບັນທຶກທາງການແພດ# / Medical Record # _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Arlington Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Southwest Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Denton |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Behavioral Health Hospital Corinth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Stephenville | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Kaufman |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health Harris
Specialty Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Plano |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Azle | <input type="checkbox"/> Texas Health
Heart & Vascular Hospital Arlington | <input type="checkbox"/> Texas Health
Recovery and Wellness Center |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Cleburne | <input type="checkbox"/> Texas Health
Outpatient Surgery Center Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health
Seay Behavioral Health Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Allen | <input type="checkbox"/> Texas Health
Springwood Behavioral Health
Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Hurst-Eules-Bedford | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Dallas | |

ຮຽນ ຜູ້ປ່ວຍ:

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ ທ່ານຈະພົບໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນດ້ານຂອງ Texas Health Resources.
ກອກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍນີ້ໃຫ້ສົມບູນຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາສະເໜີບັນຊີຂອງທ່ານ ເພື່ອພິຈາລະນາຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນສໍາລັບໃບບິນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
ນີ້ແມ່ນສໍາລັບຄໍາໃຈຊ່າຍໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ພວກເຮົາເຂົ້າໃຈຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານສໍາລັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ. ດັ່ງນັ້ນ,
ຂໍ້ມູນທີ່ລວມຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຈະຖືກປະຕິບັດເປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຍົກເວັ້ນສໍາລັບຈຸດປະສົງການຍັງຢືນ. ຊຶ່ງຈະຖືກແບ່ງປັນພາຍໃນ
Texas Health Resources ເພື່ອຄວາມຈໍາເປັນຕ້ອງຮູ້ພື້ນຖານເທົ່ານັ້ນ.

ກະລຸນາກອກແຕ່ລະວາຍການໃນໃບຄໍາຮ້ອງ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມສໍາລັບຄໍາອະທິບາຍ, ກະລຸນາໃຊ້ໜ້າຫຼັງຂອງໃບຄໍາຮ້ອງ.

ກະລຸນາໃຫ້ສໍາເນົາຄໍາຈ້າງເດືອນບັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ແລະເຊິ່ງເງິນຄໍາຈ້າງຂອງສອງເດືອນກ່ອນ/ ຫຼື ຫຼັກຖານເງິນເດືອນໃນຮູບແບບອື່ນສໍາລັບຄອບຄົວ.
ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບເຊິ່ງ, ກະລຸນາໃຫ້ສໍາເນົາໃບແຈ້ງຍອດລາຍການທະນາຄານ ທີ່ສະແດງເງິນຜາກປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.
ຖ້າຫາກວ່າເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ກະລຸນາໃຫ້ສໍາເນົາໃບເກັບພາສີລາຍໄດ້ສ່ວນບຸກຄົນທີ່ຍື່ນວ່າສຸດ ແລະໃບລາຍງານຜົນກໍາໄລແລະຂາດຫີນບັດຈຸບັນ.
ການບໍ່ໃຫ້ເອກະສານທີ່ກໍາໜົດອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.

ແມ່ນສິ່ງສໍາຄັນຫຼາຍ ທີ່ທ່ານຕ້ອງກອກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍນີ້ເມື່ອໄດ້ຮັບ ແລະສົ່ງກັບຄືນທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການກອກໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ ຫຼື ມີພື້ນທີ່ບໍ່ຊັດເຈນ, ກະລຸນາໂທຫາເຮົາ. ການໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຍົກຍ້ອງ.



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ- ໜ້າ 1

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1

ຊື່ຜູ້ປ່ວຍ/ ນາມສະກຸນ / Last ຊື່ຕົວ / First ຊື່ກາງ / MI
Patient Name: _____

ປະກັນສັງຄົມ #/ ວັນເກີດ / ບັນຊີໂຮງຫມໍ # /
Social Security #: _____ DOB: _____ Hospital Account #: _____

ສົມລົດ / ໂສດ / ຢ່າຮ້າງ / ເປັນໝ້າຍ / ແຍກກັນຢູ່ /
Married _____ Single _____ Divorced _____ Widowed _____ Separated _____

ທ່ານມີລູກທີ່ບໍ່ທັນບັນລຸນິຕິພາວະ ບໍ່ (ຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ)? /
Do you have minor children (under 18)? _____ ຕອບ / Yes _____ ບໍ່ຕອບ / No
ພວກເຂົາອາໄສຢູ່ກັບທ່ານບໍ່? /
Do they live with you? _____ ຕອບ / Yes _____ ບໍ່ຕອບ / No
ພວກເຂົາແມ່ນລູກແທ້ ຫຼື ລູກລ້ຽງຂອງທ່ານ? /
Are they your birth/legally adopted children? _____ ຕອບ / Yes _____ ບໍ່ຕອບ / No
ຜູ້ປ່ວຍຖືກຈ້າງງານບໍ່? /
Patient Employed? _____ ຕອບ / Yes _____ ບໍ່ຕອບ / No
ຄູ່ສົມລົດຖືກຈ້າງງານບໍ່? /
Spouse Employed? _____ ຕອບ / Yes _____ ບໍ່ຕອບ / No
ທ່ານມີການປະກັນສຸຂະພາບບໍ່? /
Do you have medical insurance? _____ ຕອບ / Yes _____ ບໍ່ຕອບ / No
ທ່ານມີຄວາມເຝົ້າການບໍ່?
ໂດນບານໃດແລ້ວ? / Are you on
disability? How long? _____ ບໍ່ຕອບ / No _____ ບໍ່ຕອບ / No
ທ່ານແມ່ນທະຫານຜ່ານເສືອບໍ່? /
Are you a veteran? _____ ຕອບ / Yes _____ ບໍ່ຕອບ / No

ສະມາຊິກຄອບຄົວ- (ອາໄສໃນບ້ານດຽວກັນ) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)

ຄູ່ສົມລົດ / Spouse: _____

ລູກ / Child: _____ ອາຍຸ / Age: _____
ລູກ / Child _____ ອາຍຸ / Age: _____
ລູກ / Child _____ ອາຍຸ / Age: _____
ລູກ / Child _____ ອາຍຸ / Age: _____



Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

ລາຍໄດ້ (ລາຍໄດ້ຕໍ່ເດືອນ) / INCOME (Monthly Amount):

	<u>ລວມ /</u> Gross	<u>ສຸດທິ /</u> Net	<u>ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ /</u> Expenses	<u>ລາຍໄດ້ຕໍ່ເດືອນ /</u> Monthly Amount
ຜູ້ປ່ວຍ / Patient	\$ _____	\$ _____	ຄ່າເຊົ່າ / ຈ່າງນໍາ / Mortgage/Rent	\$ _____
ຄູ່ສົມລົດ / Spouse	\$ _____	\$ _____	ສາທານູປະໂພກ / Utilities	\$ _____
ຜູ້ຢູ່ໃນຄວາມອຸປະກາລະ / Dependents	\$ _____	\$ _____	ຈ່າຍຄ່າລົດຍົນ / Car Payments	\$ _____
ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	ອາຫານ / ຂອງໃຊ້ / Food / Groceries	\$ _____
ສະແດມອາຫານ / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	ບັດເຄດິດ / Credit Cards	\$ _____
ປະກັນສັງຄົມ / Social Security	\$ _____	\$ _____	ອື່ນໆ (ລະບຸ) / Other (please specify)	\$ _____
ການວ່າງວຽກ / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
ຜົນປະໂຫຍດຈາກການປະທ້ວງ / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		
ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	ລວມ / TOTAL	\$ _____
ຄ່າລ້ຽງດູ / Alimony	\$ _____	\$ _____		
ຄ່າລ້ຽງດູບຸດ / Child Support	\$ _____	\$ _____		
ຕົງບັນຈາກກອງທະຫານ / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
ຕົງບໍານານ / Pensions	\$ _____	\$ _____		
ລາຍໄດ້ຈາກ: CD's, ຕົງບັນຜົນ, ຄ່າເຊົ່າ, ດອກເບ້ຍ / Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$ _____	\$ _____		
ລວມ / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

ຊັບສິນ / ASSETS

ບັນຊີກະແສລາຍອັນ / Checking Account	\$ _____
ບັນຊີອອມຊັບ / Savings Account	\$ _____
CD's, IRA's	\$ _____
ການລົງທຶນອື່ນ (ຫຸ້ນ, ຜັນທະບັດ, ອື່ນໆ) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)	\$ _____
ຊັບສິນ/ທີ່ດິນ ນອກເໜືອຈາກທີ່ຢູ່ອາໄສ / Properties/Land other than primary residence	\$ _____



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

ໃບຄຳຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ- ໜ້າ 2
APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2

ຊື່ນາຍຈ້າງ /
Name of Employer _____
ເບີໂທ # / Telephone

ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ /
Employer Address _____
ອາຊີບ / Occupation _____

ຄູ່ສົມວົດນາຍຈ້າງ /
Spouse's Employer: _____
ເບີໂທ # / Telephone # _____
ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ /
Employer Address _____
ອາຊີບ / Occupation _____

ທ່ານກຳລັງຮ້ອນຂໍຜົນປະໂຫຍດແມດິເຄດ (Medicaid Benefits) ແມ່ນບໍ່? / Are you currently applying for Medicaid Benefits?	_____	ແມ່ນ / Yes	_____	ບໍ່ແມ່ນ / No
ທ່ານເຄີຍຮ້ອນຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຜ່ານໂຮງໝໍໃນບເພດຂອງທ່ານ/ໂບວແກວມສຳລັບຜູ້ຍາກຈົນ ຫຼືບໍ່? / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?	_____	ແມ່ນ / Yes	_____	ບໍ່ແມ່ນ / No
ໝໍຂອງທ່ານຊຸກຍູ້ບໍລິການບໍ່? / Is your physician donating his/her services?	_____	ແມ່ນ / Yes	_____	ບໍ່ແມ່ນ / No
ບຸກຄົນອື່ນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ອຸບັດຕິເຫດ / ການບາດເຈັບ / ການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານບໍ່? / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?	_____	ແມ່ນ / Yes	_____	ບໍ່ແມ່ນ / No
ມີໃຜຊ່ວຍທ່ານໃນການຈ່າຍຄ່າໃບບິນຄ່າໂຮງໝໍຂອງທ່ານບໍ່? / Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?	_____	ແມ່ນ / Yes	_____	ບໍ່ແມ່ນ / No
ໃຜຊ່ວຍທ່ານ? / Who is assisting you?	_____			
ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍປານໃດ? / How much assistance are you receiving?	_____			

ລະບຸຂໍ້ມູນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານຮູ້ວ່າຈະເປັນປະໂຫຍດຕໍ່ພວກເຮົາໃນການພິຈາລະນາ
ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍເງິນຄ່າປິ່ນປົວພະຍາບານຂອງທ່ານ/ List any other information you feel would be helpful
to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.

ລາຍໄດ້ທີ່ຄາດໄວ້ ແລະ / ຫຼື ເງິນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃນໄລຍະເວລາ ທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກ ເນື່ອງຈາກຄວາມເຈັບປ່ວຍ (ລາປ່ວຍ, ກວາຫຍຸດໄດ້ເງິນ,
ລາຍໄດ້ຮັບຈາກຄວາມພິການໄລຍະສັ້ນ/ ໄລຍະຍາວ) / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to
your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income) \$_____

ໄລຍະເວລາທີ່ຄາດວ່າ ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ ແລະ/ ຫຼື ຫາເງິນຄ່າຈ້າງໄດ້ /
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: _____



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialassistance@texashealth.org

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Texas Health Resources ອາດກວດສອບຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນ ທີ່ມີຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ ກ່ຽວກັບການປະເມີນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ຂອງ ໂຮງໝໍ ແລະອະນຸຍາດໃຫ້ໂຮງໝໍຕິດຕໍ່ກັບນາຍຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອຢືນຢັນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ໃຫ້ ແລະ ຂໍ້ລາຍງານຈາກໜ່ວຍວຽກລາຍງານເສດຖິກ. ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ ເພື່ອກຳນົດສິດໃນການໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະການປອມແປງຂໍ້ມູນໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ອາດສົ່ງຜົນຕໍ່ການປະຕິເສດຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເບິ່ງແຍງທາງດ້ານການເງິນ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໃດໆອາດຖືກປະຕິເສດໄດ້ຢ່າງສັ້ນເຊິ່ງ ຫຼື ບາງສ່ວນ ໃນກໍລະນີທີ່ການຝັນຕົວຈາກບຸກຄົນທີ່ສາມ ຫຼື ແຫ່ງອື່ນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຕື່ມອີກວ່າ ການເບິ່ງແຍງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນໃດໜຶ່ງ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບນັ້ນຈະບໍ່ຖືແມ່ນການຍົກເວັ້ນຈາກໂຮງໝໍ ສໍາລັບການຊົດໃຊ້ຄ່າໃດໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເປັນໜີ້ ແລະທີ່ການຊົດໃຊ້ຄືນໃດໜຶ່ງ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບກ່ຽວຂ້ອງກັບໂຮງໝໍ ຕ້ອງຖືກສົ່ງໄປຫາ Texas Health Resources.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າແມ່ນຜູ້ປ່ວຍ
Signature of Person Making Request, If Patient

ວັນທີ່ / Date

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າວ່າບໍ່ແມ່ນຜູ້ປ່ວຍ
Signature of Person Making Request, If Not Patient

ຄວາມສໍາພັນ / Relationship

ທີ່ຢູ່ຜູ້ປ່ວຍ
Patient's Address

ເມືອງ
City

ລັດ
State

ລະຫັດໄປສະນີ
ZIP

ປະເທດ
County

ເບີໂທລະສັບບ້ານ
Home Telephone Number