

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍ

ການອະນຸມັດໃດກໍ່ຕາມຂອງໃບສະເໜີນີ້ແມ່ນເປັນການອະນຸມັດຊົ່ວຄາວ ແລະ ໝົດອາຍຸໃນ 12 ເດືອນນັບຈາກມື້ອະນຸມັດ

| | |
|---|--------------------------------|
| ໂຮງໝໍ: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants | ວັນທີ: |
| ຄົນເຈັບ: | ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ/ຜົວ/ເມຍ: |
| ເລກທີບັນທຶກການແພດ: | ເລກທີບັນທຶກການແພດ: |
| ວັນເດືອນປີເກີດ: | ເລກປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າໄດ້ອອກໃຫ້): |
| ເລກປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າໄດ້ອອກໃຫ້): | ໂທລະສັບບ້ານ: |
| ໂທລະສັບບ້ານ: | ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ: |
| ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ: | ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ: |
| ທີ່ຢູ່ບ້ານ: | ທີ່ຢູ່: |
| ອາຊີບ ແລະ ນາຍຈ້າງ: | |
| ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ: | |

| |
|--|
| ພາສາ: <input type="checkbox"/> ພາສາ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງ |
| ຊົນເຜົ່າ: <input type="checkbox"/> ເຊື້ອສາຍອາເມຣິກາລາຕິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນເຊື້ອສາຍອາເມຣິກາລາຕິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ລະບຸຊົນເຜົ່າ |
| ເຊື້ອສາຍ: <input type="checkbox"/> ຄົນອາຊີ <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ / ພື້ນເມືອງອາວຸສະຕຣາລີ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ອາເມຣິກັນອາຟຣິກັນ <input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ຫຼື ຫຼາຍເຊື້ອສາຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ລະບຸເຊື້ອສາຍ |

ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ, ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ. ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ, ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ.

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| ຊື່ ແລະ ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ: | ເລກປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າໄດ້ອອກໃຫ້): | ວັນເດືອນປີເກີດ: | ເລກທີບັນທຶກການແພດ: |
| ນາຍຈ້າງ, ໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່: | ທີ່ຢູ່ບ້ານ: | | |
| ຊື່ ແລະ ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ: | ເລກປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າໄດ້ອອກໃຫ້): | ວັນເດືອນປີເກີດ: | ເລກທີບັນທຶກການແພດ: |
| ນາຍຈ້າງ, ໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່: | ທີ່ຢູ່ບ້ານ: | | |
| ຊື່ ແລະ ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ: | ເລກປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າໄດ້ອອກໃຫ້): | ວັນເດືອນປີເກີດ: | ເລກທີບັນທຶກການແພດ: |
| ນາຍຈ້າງ, ໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່: | ທີ່ຢູ່ບ້ານ: | | |
| ຊື່ ແລະ ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ: | ເລກປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າໄດ້ອອກໃຫ້): | ວັນເດືອນປີເກີດ: | ເລກທີບັນທຶກການແພດ: |
| ນາຍຈ້າງ, ໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່: | ທີ່ຢູ່ບ້ານ: | | |

| | |
|--|---------------------------------|
| ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ | ຊັບສິນ |
| ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຄົນເຈັບ: | ບັນຊີຝາກປະຢັດ: |
| ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜົວ/ເມຍ: | ບັນຊີກະແສລາຍວັນ: |
| ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜູ້ຄ້ຳປະກັນ: | ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ (CDs): |
| ລາຍໄດ້ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ: | ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ: |
| ລາຍໄດ້ລ້ຽງລູກ: | ພັນທະບັດຝາກປະຢັດ: |
| ລາຍໄດ້ການເຊົາ: | ຮຸ້ນ: |
| ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ: | ພັນທະບັດ: |
| ປະກັນໄພຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ: | ກອງທຶນຊ່ວຍເຫຼືອເຊື້ອກັນແລະກັນ: |
| ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງລູກ: | IRAs: |
| ເງິນລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ: | 401(k)s: |
| ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ເຮັດວຽກ: | 403(b)s: |
| ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ VA: | 457s: |
| ເງິນຈ່າຍຄ່າປະກັນສັງຄົມ: | ວົງເງິນສົດໃນປະກັນໄພຊີວິດ: |
| ເງິນບັນຜົນ ແລະ ລາຍໄດ້ຈາກດອກເບ້ຍ: | ຊັບສິນສ່ວນຕົວ: |
| ຄ່າທຳນຽມຕ່າງໆ: | ບ້ານຫຼັງທີ 2 ແລະ ຊັບສິນໃຫ້ເຊົາ: |
| ເງິນບໍານານ: | ພາຫະນະຄັນທີ 2: |
| ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ: | ລວມທັງໝົດ: |
| ອື່ນໆ: | |
| ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ: | |
| ລາຍໄດ້ປະຈໍາປີ: | |

“ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ໂຮງໝໍກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນນີ້ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຂຶ້ນຢູ່ກັບການກວດສອບໂດຍທາງໂຮງໝໍ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ມາບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກປະຕິເສດຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຊໍາລະຄ່າບໍລິການໂຮງໝໍທີ່ຈັດໃຫ້. ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍັນໃນທີ່ນີ້ວ່າ ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ດັ່ງນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຂັ້ນຕອນດໍາເນີນການ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.”

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____
 ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າໂຮງໝໍ: _____ ວັນທີ: _____

| | |
|---|---|
| ສໍາລັບໃຊ້ພາຍໃນເທົ່ານັ້ນ | |
| ອະນຸມັດໂດຍ: _____ | ວັນທີ: _____ |
| ປະຕິເສດໂດຍ: _____ | ວັນທີ: _____ |
| ການຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນໄພ: _____ | ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |
| ການບໍລິການກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບໃນວຽກ ຫຼື ອຸປະຕິເຫດປະເພດອື່ນ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | |
| ຄ່າເຫັນ: _____ | |
| ຂະໜາດຄອບຄົວ: _____ ລະດັບ FPG: _____ %FPG: _____ | |
| ຫຼຸດລາຄາ (%): _____ ຫຼຸດລາຄາ (\$): _____ | |
| ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຄົນເຈັບສູງສຸດ: _____ | |