

# ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍ-ປະກັນໄພບໍ່ເຕັມ

ການອະນຸມັດໃດກໍ່ຕາມຂອງໃບສະເໜີແມ່ນເປັນການອະນຸມັດຊົ່ວຄາວ 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"/> ເຊື້ອສາຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນເຊື້ອສາຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ລະບຸຊົນເຜົ່າ ອາເມຣິກາ <input type="checkbox"/> ອາເມຣິກາລາຕິນ <input type="checkbox"/> ລາຕິນ
ເຊື້ອສາຍ: <input type="checkbox"/> ຄົນອາຊີ <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ / <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ອາເມຣິກັນອາຟຣິກັນ ພື້ນເມືອງອາລັສກັກ <input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ລາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ຫຼື ຫຼາຍເຊື້ອສາຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ລະບຸເຊື້ອສາຍ

**ກະດູນາປະກອບຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ, ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ.  
ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ, ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ.**

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

ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ	ຈ/ນ	ຊັບສິນ	ຈ/ນ	ລາຍຈ່າຍປະຈໍາເດືອນ/ໜີ້ສິນ	ຈ/ນ
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຄົນເຈັບ		ບັນຊີຝາກປະຢັດ		ການຈ່າຍຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຜ່ອນບ້ານ	
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜົວ/ເມຍ		ບັນຊີກະແສລາຍວັນ		ຍອດເຫຼືອປະຈຸບັນ _____	
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜູ້ຄ້ຳປະກັນ		ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ (CDs)		ອາກອນລຸ້ນສິນ ຖ້າບໍ່ລວມຢູ່ໃນການຈ່າຍຄ່າຜ່ອນບ້ານ	
ລາຍໄດ້ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ		ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ		ສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ: ເຕັກສ/ໄຟຟ້າ/ນໍ້າມັນ _____	
ລາຍໄດ້ລ້ຽງລູກ		ພັນທະບັດຝາກປະຢັດ		ເຄເບີລ/ອິນເຕີເນັດ _____	
ລາຍໄດ້ການເຊົ່າ		ຮຸ້ນ		ໂທລະສັບ _____	
ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ		ພັນທະບັດ		ການຈ່າຍຄ່າລົດ ຫຼື ການຈ່າຍຄ່າເຊົ່າ	
ປະກັນໄພຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ		ກອງທຶນຊ່ວຍເຫຼືອເຊິ່ງກັນແລະກັນ		ຍອດເຫຼືອປະຈຸບັນ _____	
ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງດູເດັກ		IRAs		ການຈ່າຍລະບັດເຄຣດິດ	
ເງິນລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ		401(k)s		ຍອດເຫຼືອປະຈຸບັນ _____	
ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ VA		403(b)s		ເງິນກູ້ເປັນງວດ	
ເງິນຈ່າຍຄ່າປະກັນສັງຄົມ		457s		ຍອດເຫຼືອປະຈຸບັນ _____	
ເງິນບັນຜົນ ແລະ ລາຍໄດ້ຈາກດອກເບ້ຍ		ປະກັນໄພຊີວິດມີມູນຄ່າເງິນສົດ		ປະກັນໄພລົດ	
ຄ່າທຳນຽມ		ຊັບສິນສ່ວນຕົວ		ປະກັນໄພເຈົ້າຂອງບ້ານ	
ເງິນບໍານານ		ບ້ານຫຼັງທີ 2 ແລະ ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ		ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ	
ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ ອື່ນໆ		ພາຫະນະຄັນທີ 2		ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຍ່ອຍ ລາຍຈ່າຍອື່ນໆ	
<b>ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ:</b>					
<b>ລາຍໄດ້ປະຈໍາປີ:</b>			<b>ລວມທັງໝົດ:</b>		<b>ລວມທັງໝົດ:</b>

"ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ໂຮງໝໍກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນນີ້ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຂຶ້ນຢູ່ກັບການກວດສອບໂດຍທາງໂຮງໝໍ. ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າ ຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ມາບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກປະຕິເສດຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຈ່າຍຄ່າບໍລິການໂຮງໝໍທີ່ຈັດໃຫ້. ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍັນໃນທີ່ນີ້ວ່າ ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ດັ່ງນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈຂັ້ນຕອນດໍາເນີນການ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ."

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_  
 ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າໂຮງໝໍ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

**ສໍາລັບໃຊ້ພາຍໃນເທົ່ານັ້ນ**  
 ອະນຸມັດໂດຍ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_  
 ປະຕິເສດໂດຍ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_  
 ການຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນໄພ: \_\_\_\_\_ ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ:  ແມ່ນແລ້ວ  ບໍ່ແມ່ນ  
 ການບໍລິການກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບໃນວຽກ ຫຼື ອຸປະຕິເຫດປະເພດອື່ນ:  ແມ່ນແລ້ວ  ບໍ່ແມ່ນ  
 ຄໍາເຫັນ: \_\_\_\_\_  
 ຂະໜາດຄອບຄົວ: \_\_\_\_\_ ລະດັບ FPG: \_\_\_\_\_ %FPG: \_\_\_\_\_  
 ຫຼຸດລາຄາ (%): \_\_\_\_\_ ຫຼຸດລາຄາ (\$): \_\_\_\_\_  
 ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຄົນເຈັບສູງສຸດ: \_\_\_\_\_