



## ໃບປະເມີນທາງດ້ານການເງິນ

### ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

ເລກບັນຊີ \_\_\_\_\_ ກະລຸນາໝາຍຕົກເອົາສະຖານໃຫ້ບໍລິການ

- Clovis Community Medical Center (ສູນການແພດຊຸມຊົນໂຄວິດ - CCMC)
- Community Regional Medical Center (ສູນການແພດປະຈຳພາກຂອງຊຸມຊົນ - CRMC)
- Fresno Heart & Surgical Center (ສູນຫົວໃຈ ແລະ ຜ່າຕັດເຟຣັສໂນ - FSHS)

ຊື່ຄົນເຈັບ \_\_\_\_\_ ຊື່ຜູ້ຮັບປະກັນ \_\_\_\_\_

ຊື່ຜົວ/ເມຍ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ບ້ານ \_\_\_\_\_ ການຊໍາລະປະຈຳເດືອນ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  ການເຊົ່າ

\_\_\_\_\_  ການຊື້

### ຜູ້ຮັບປະກັນ

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ເລກທີໃບອະນຸຍາດຂັບຂີ່ \_\_\_\_\_ ເລກປະກັນສັງຄົມ # \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ພະແນກ/ຕໍາແໜ່ງ \_\_\_\_\_

ຈ່າຍທັງໝົດ \_\_\_\_\_ ລ້ຽງດູລູກ \_\_\_\_\_ ປະກັນສັງຄົມ \_\_\_\_\_

ເງິນບໍານານ \_\_\_\_\_ ເງິນສະຫວັດດິການ \_\_\_\_\_ ເງິນຫວ່າງງານ \_\_\_\_\_

ເງິນຄ່າພິການ \_\_\_\_\_ ເງິນລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ \_\_\_\_\_ ດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ \_\_\_\_\_

ຄ່າເຊົ່າທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_ ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

**ຜົວ/ເມຍ**

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ເລກທີໃບອະນຸຍາດຂັບຂີ່ \_\_\_\_\_ ເລກປະກັນສັງຄົມ # \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ພະແນກ/ຕໍາແໜ່ງ \_\_\_\_\_

ຈ່າຍທັງໝົດ \_\_\_\_\_ ລ້ຽງດູລູກ \_\_\_\_\_ ປະກັນສັງຄົມ \_\_\_\_\_

ເງິນບໍານານ \_\_\_\_\_ ເງິນສະຫວັດດີການ \_\_\_\_\_ ເງິນຫວ່າງງານ \_\_\_\_\_

ເງິນຄ່າພິການ \_\_\_\_\_ ເງິນລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ \_\_\_\_\_ ດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ \_\_\_\_\_

ຄ່າເຊົ່າທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_ ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ທະນາຄານຂອງທ່ານຢູ່ໃສ? \_\_\_\_\_ ສາຂາ, ເມືອງ \_\_\_\_\_

ບັນຊີກະແສລາຍວັນ

ບັນຊີຝາກປະຍັດ

ລາຍໄດ້ທັງໝົດຕາມທີ່ໄດ້ລາຍງານໃຫ້ກັບ IRS ປີຜ່ານມາ \_\_\_\_\_

ຈຳນວນຜູ້ຂຶ້ນກັບທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ \_\_\_\_\_

ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງລ້ຽງດູຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ມີອາຍຸເກີນ 18 ປີບໍ?  ບໍ່ແມ່ນ  ແມ່ນແລ້ວ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນໃນທີ່ນີ້ວ່າ ຂໍ້ຄວາມຄໍາໃຫ້ການທັງໝົດທີ່ປະກອບໃສ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ບັນດາສູນການແພດຊຸມຊົນສະຫງວນສິດທີ່ຈະກວດສອບຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງໄດ້.

ລາຍເຊັນຜູ້ຮັບປະກັນ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_