

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

โปรดระบุการบริการและวันที่ตรวจสอบความถูกต้องที่นี่  
และมอบให้ผู้สมัครเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง

วันที่ให้บริการ: \_\_\_\_\_

วันครบกำหนดการตรวจสอบความถูกต้อง: \_\_\_\_\_

เรียน ผู้สมัคร

ก่อนที่เราจะสามารถดำเนินการกับคำร้องขอรับส่วนลดค่าธรรมเนียมที่ปรับตามรายได้ เราจำเป็นต้องตรวจสอบหลักฐานของรายได้ของท่าน เอกสารที่ระบุไว้ด้านล่างนี้สามารถยอมรับได้:

- ใบรับเงินเดือนของเดือนที่แล้ว
- เอกสารแสดงการรับเงินสวัสดิการทหารผ่านศึก
- เอกสารแสดงการรับเงินสวัสดิการทั่วไป
- เอกสารแสดงการรับเงินชดเชยจากกองทุนเงินทดแทน
- แบบฟอร์ม W-2
- เอกสารแจ้งเกี่ยวกับเงินบำนาญ
- แบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาให้รัฐบาลกลางของปีที่แล้ว
- เอกสารแสดงการยื่นยื่นรายได้จากประกันสังคม
- ค่าอุปการะเลี้ยงดู/ค่าอุปการะเลี้ยงดูเด็ก
- เอกสารแสดงการยื่นยื่นรายได้สำหรับผู้ว่างงานหรือผู้พิการ
- ค่าจ้าง ของขวัญ และเงินบริจาค

หากท่านทำธุรกิจส่วนตัว โปรดยื่นสำเนาแบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาที่มี Schedule C หรือสำเนาของใบแจ้งหนี้ที่ส่งไปให้ลูกค้าของท่านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และบันทึกเงินฝากและค่าใช้จ่ายทางธุรกิจ

สำเนาของเอกสารรายการใดรายการหนึ่งที่ระบุไว้ด้านบนจะช่วยให้เราสามารถตัดสินคุณสมบัติของท่าน

**ในการขอรับส่วนลดภายใต้โปรแกรมนี้ ท่านจะต้องส่งเอกสารที่ร้องขอกลับมาอย่างรวดเร็วภายใน 14 วันนับจากวันที่ให้บริการ หากท่านไม่ได้ยื่นส่งเอกสารเหล่านี้ ท่านจะต้องรับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการนัดพบแพทย์**

ผู้ป่วยจะได้รับแจ้งว่าคำร้องได้รับการอนุมัติหรือปฏิเสธ หากคำร้องได้รับการอนุมัติ ท่านจำเป็นต้องยื่นคำร้องขอต่ออายุภายในหนึ่งปีนับจากวันอนุมัติ

หากท่านปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนสมาชิก และ/หรือรายได้ของครอบครัว ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านจะไม่มีสิทธิ์รับส่วนลดใด ๆ และคำร้องจะถูกปฏิเสธ สำนักงานการเงินจะใส่หมายเหตุไว้ในบัญชี ซึ่งระบุว่าคำร้องถูกปฏิเสธ และผู้ป่วยรายนั้นไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

โปรดติดต่อวาฮิวาเฮลธ์ หากท่านมีคำถามใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่วนลดค่าธรรมเนียมที่ปรับตามรายได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ (808) 622-1618 และเลือก 2 เพื่อโอนสายไปยังเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพชุมชน (Community Health Worker) หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนผู้ป่วย (Patient Advocate)

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ให้แม่นยำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อช่วยให้ท่านมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ในการรับส่วนลดค่าธรรมเนียมที่ปรับตามรายได้ จะไม่มีการแจ้งหรือแบ่งปันข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของท่านกับบุคคลอื่นอย่างเคร่งครัด หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการยื่นคำร้องขอรับประกันสุขภาพ โปรดแจ้งที่แผนกต้อนรับส่วนหน้าว่าท่านต้องการพบเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนผู้ป่วย

**ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง**

นามสกุล: \_\_\_\_\_ ชื่อ: \_\_\_\_\_ ชื่อกลางย่อ: \_\_\_\_\_

ที่อยู่สำหรับจัดส่งทางไปรษณีย์: \_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ที่บ้าน: \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ที่ทำงาน: \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ: \_\_\_\_\_

ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

**สมาชิกในครัวเรือน**

ในครัวเรือนของท่านมีสมาชิกอาศัยอยู่จำนวนกี่คน \_\_\_\_\_ โปรดระบุชื่อทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของท่านด้านล่าง

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

แหล่งรายได้	รายได้รวมต่อปีหรือต่อเดือน	
ชื่อนายจ้าง (ผู้ยื่นคำร้อง): _____	\$ _____	\$ _____
ชื่อนายจ้าง (คู่สมรส): _____	\$ _____	\$ _____
แหล่งรายได้รับล่วงหน้า (เช่น SS, SSDI, TDI, เงินบำนาญ): _____	\$ _____	\$ _____
หากประกอบธุรกิจส่วนตัว โปรดระบุชื่อธุรกิจ: _____	\$ _____	\$ _____
แหล่งรายได้อื่น: _____	\$ _____	\$ _____
แหล่งรายได้อื่น: _____	\$ _____	\$ _____
แหล่งรายได้อื่น: _____	\$ _____	\$ _____

จำเป็นต้องมีหลักฐานแสดงรายได้เพื่อยืนยันการยื่นคำร้องของท่าน

จะเป็นการดีกว่าหากท่านยื่นสำเนาแบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาให้รัฐบาลกลางฉบับล่าสุดเป็นหลักฐานแสดงรายได้ แต่อย่างไรก็ตาม เอกสารที่ระบุไว้ด้านล่างก็สามารถยอมรับได้เช่นกัน:

- ใบรับเงินเดือนสำหรับรอบการจ่ายค่าจ้างสามครั้งสุดท้าย
- แบบฟอร์ม W-2
- เอกสารแสดงการรับเงินสวัสดิการทหารผ่านศึก
- เอกสารแจ้งเกี่ยวกับเงินบำนาญ
- เอกสารแสดงการรับเงินสวัสดิการทั่วไป
- แบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาให้รัฐบาลกลางของปีที่แล้วที่มี Schedule B
- เอกสารแสดงการรับเงินชดเชยจากกองทุนเงินทดแทน
- เอกสารแสดงการยืนยันรายได้จากประกันสังคม
- ค่าอุปการะเลี้ยงดู/ค่าอุปการะเลี้ยงดูเด็ก
- แบบแสดงรายการภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาให้รัฐบาลกลางของปีที่แล้วที่มี Schedule C
- เอกสารแสดงการยืนยันรายได้สำหรับผู้ว่างงานหรือผู้พิการ
- ค่าจ้าง ของขวัญ และเงินบริจาค

**โปรดรอกคำรับรองรายได้หากท่านไม่มีรายได้หรือไม่สามารถยื่นส่งหลักฐานแสดงรายได้เท่านั้น**

### คำรับรองรายได้

โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถยื่นส่งหลักฐานแสดงรายได้ ตัวอย่างเช่น ท่านอาจได้รับค่าจ้างเป็นเงินสดอย่างเดียว และไม่มีบัญชีธนาคาร หรือท่านดูแลบุตรของญาติ หรือพ่อแม่ที่แก่ชรา เพื่อแลกเปลี่ยนกับการอาศัยอยู่ในบ้านของบุคคลนั้น



ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ,  
ชื่อและนามสกุลตัวบรรจงของผู้ยื่นคำร้อง

ขอรับรองภายใต้บทลงโทษในการให้การเท็จตามกฎหมายของรัฐฮาวายว่า  
ข้าพเจ้าได้แจ้งและบันทึกรายได้ของข้าพเจ้าหรือการไม่มีรายได้อย่างแม่นยำตามข้อมูลที่ข้าพเจ้าทราบอย่างสุดความสามารถ

\_\_\_\_\_ ชื่อย่อ  
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการแจ้งรายได้เท็จจะส่งผลให้มีการเพิกถอนอย่างถาวรของคุณสมบัติของข้าพเจ้าเพื่อเข้าร่วม  
ในโปรแกรมส่วนลดค่าธรรมเนียมที่ปรับตามรายได้

\_\_\_\_\_ ชื่อย่อ  
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าโปรแกรมส่วนลดค่าธรรมเนียมที่ปรับตามรายได้สามารถใช้ได้กับบริการของวาฮิอาวา เฮลท์  
และศูนย์วายอาลูลา เฮลท์เท่านั้น

\_\_\_\_\_ ชื่อย่อ  
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าจะรับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่ายทั้งหมดของบริการที่ได้รับ เว้นเสียแต่จะได้อนุมัติ  
ส่วนลดค่าธรรมเนียมที่ปรับตามรายได้แล้ว

ลายมือชื่อของผู้ยื่นคำร้อง

วันที่

ประกาศนี้มีข้อมูลลับสำหรับใช้โดยศูนย์วาฮิอาวาเพื่อสุขภาพของชุมชนเท่านั้น ข้อมูลของท่านมีความสำคัญและเป็นข้อมูลลับ  
หลักจริยธรรมและนโยบายของเรากำหนดให้เราปกป้องข้อมูลของท่านที่เราครอบครองไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด หากท่านไม่ใช่ผู้รับข้อมูลที่ระบุชื่อไว้ หรือเป็นตัวแทน  
หรือลูกจ้างที่รับผิดชอบในการส่งจดหมายไปยังผู้รับที่ระบุชื่อไว้ โปรดทราบไว้ ณ ที่นี้ว่าห้ามมิให้ท่านเผยแพร่  
หรือทำสำเนาประกาศนี้หรือข้อมูลที่อยู่ในประกาศนี้โดยไม่ได้รับอนุญาตอย่างเด็ดขาด

### สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

อนุมัติโดย \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

ค่าธรรมเนียมที่ปรับตามรายได้ \_\_\_\_\_

วันหมดอายุ \_\_\_\_\_

วันที่ทำการสแกนลงในแผนภูมิ \_\_\_\_\_

วันที่มอบสำเนาให้ผู้ป่วย \_\_\_\_\_

ข้อมูลของผู้ป่วย

นามสกุล: \_\_\_\_\_ ชื่อ: \_\_\_\_\_ วันเกิด: \_\_\_\_\_

ที่อยู่สำหรับจัดส่งทางไปรษณีย์: \_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ที่บ้าน: \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ: \_\_\_\_\_

โปรดให้ข้อมูลต่อไปนี้สำหรับบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ยื่นคำร้อง

นามสกุล: \_\_\_\_\_ ชื่อ: \_\_\_\_\_ ชื่อกลางย่อ: \_\_\_\_\_

ที่อยู่สำหรับจัดส่งทางไปรษณีย์: \_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ที่บ้าน: \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกไว้ในแบบฟอร์มนี้ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นจริง และถูกต้อง

ลายมือชื่อของผู้ยื่นคำร้อง

วันที่

ลายมือชื่อของผู้ให้ความช่วยเหลือทางการเงิน

วันที่