

ເຖິງຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

Ascension ໄດ້ຖືກຜັກດ້ວນໂດຍຄວາມເຫັນອີກເຫັນໃຈ ແລະ ການອຸທິດຕົນເພື່ອການດູແລສ່ວນຕົວສໍາລັບທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່

ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອຫລາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິເພີ່ມຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະສະເໜີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການ ເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໄວ້ສໍາລັບການສຸກເສີນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດເທົ່ານັ້ນ. ຂໍຂອບໃຈທ່ານທີ່ໄວ້ວາງໃຈໃຫ້ພວກເຮົາເບິ່ງແຍງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານສໍາລັບທຸກໆຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງໜັງສືສະບັບນີ້ ແລະ

ໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ຕິດຄັດມາເພາະວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນີ້, ກະລຸນາຢ່າໃສ່ໃຈ. ກະລຸນາສໍາເລັດທັງສອງຂ້າງ, ລວມທັງລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງມັນຄືນມາ. ຖ້າທ່ານປະກອບໃບສະໝັກສໍາເລັດພາຍໃນຫົກເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ກະລຸນາແຈ້ງພວກເຮົາ. ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງປະກອບໃບສະໝັກໃໝ່. ພວກເຮົາຈະບໍ່ພິຈາລະນາ ຄໍາຮ້ອງສະໝັກກ່ອນໜ້ານີ້ທີ່ມີອາຍຸຫຼາຍກວ່າຫົກເດືອນ.

ຄຽງຄູ່ກັບການສະໝັກ, ກະລຸນາສະໜອງສໍາເນົາຂອງຢ່າງນ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານແຕ່ງງານ ຫຼື ອາໄສຢູ່ກັບຜູ້ອື່ນທີ່ສໍາຄັນເປັນເວລາ 6 ເດືອນ ຫຼື ດົນກວ່ານັ້ນ, ພວກເຂົາກໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໜອງສໍາເນົາຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ຂອງພວກເຂົາກ່ອນທີ່ຄໍາຮ້ອງສະໝັກສາມາດດໍາ ເນີນການໄດ້.

- ສໍາເນົາ 3 ໃບບິນຈ່າຍເງິນຫຼ້າສຸດຈາກນາຍຈ້າງ
- ສໍາເນົາໃບແຈ້ງພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາ (ຖ້າເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ໃຫ້ປະກອບຕາຕະລາງທັງໝົດ)
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ບໍາເນັດບໍານານ
- ໃບເກັບພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ, ຖ້າຜູ້ສະໝັກມີລາຍຊື່ຂຶ້ນກັບແບບພອມເສຍພາສີຂອງພວກເຂົາ ແລະ ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 25 ປີ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ອື່ນໆທີ່ໃຊ້ໄດ້
- ສໍາເນົາໃບລາຍງານທະນາຄານຈາກ 3 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ
- ສໍາເນົາໃບຮັບເງິນການອຸດໜູນຫວ່າງງານ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນກັບຄອບຄົວ ຫຼື ໜູ່ ເພື່ອນ, ກະລຸນາໃຫ້ພວກເຂົາປະກອບແບບພອມທີ່ໃສ່ຊື່ວ່າ "ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ."

ນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ນີ້ຈະຊ່ວຍສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານ ສາມາດຈ່າຍຄ່າຄອງຊີບໄດ້ແນວໃດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ ແລະ ໜູ່ເພື່ອນ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບພອມ ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ.

ສຸດທ້າຍ, ກະລຸນາສະໜອງເອກະສານເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ/ຢາປະຈໍາເດືອນ ທີ່ຍິ່ງຄ້າງຄາຂອງທ່ານ.



Ascension Saint Thomas

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດ

ພ້ອມດ້ວຍຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບຕ້ອງໄດ້ຮັບເພື່ອໃຫ້ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຖືກພິຈາລະນາ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະມວນຜົນ ຫຼື ພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ.

ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າການສື່ສານຜ່ານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ມີຄວາມປອດໄພ. ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ໜ້າຈະເປັນໄປໄດ້, ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃສ່ໃນອີເມວອາດຈະຖືກແຈກແຈງ ແລະ ອ່ານຈາກພາກສ່ວນອື່ນນອກເໜືອຈາກຄົນທີ່ຖືກກ່າວເຖິງ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າມັນມີຄວາມປອດໄພ. ເນື່ອງຈາກວ່າໃບຄໍາຮ້ອງປະກອບມີ ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ, ພວກເຮົາຂໍຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລະເວັ້ນຈາກການສົ່ງມັນທາງອີເມວ.

ກະລຸນາພິມ ແລະ ສົ່ງໜັງສື ຫຼື ສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍມືໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້:

**300 Great Circle Road
Nashville, TN 37228**

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບໃບສະໝັກນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Kami Morgan ທີ່ 629-216-2163.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

ການບໍລິການດ້ານການເງິນຂອ

ງຄົນເຈັບ Ascension



Ascension Saint Thomas

ແບບຟອມສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ທຸກຫ້ອງແມ່ນໃຫ້ຂຽນສໍາເລັດ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບສາຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນໃບສະໝັກ)

ວັນທີ _____ ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ (ຊື່ແລະນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

_____ ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____

ຫັດໄປສະນີ _____ ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

_____ ຜູ້ໃຊ້ເຮງງານ _____

_____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____ ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____

_____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄົນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະຫວັງສ່ວນນີ້ໄວ້.)

ຊື່ (ຊື່ແລະນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

_____ ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____

ຫັດໄປສະນີ _____ ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

_____ ຜູ້ໃຊ້ເຮງງານ _____

_____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____ ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____

_____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ແລະນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະການສົມລົດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

_____ ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____

ຫັດໄປສະນີ _____ ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) _____

_____ ຜູ້ໃຊ້ເຮງງານ _____

_____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____ ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____

_____ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____



Ascension Saint Thomas

ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຂອງພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____
ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____
ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ພົວພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____
ຊື່ _____	ວັນເດືອນປີເກີດ _____	ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຈໍານວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ _____

ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ

(ຕື່ມຈໍານວນເງິນໃດໜຶ່ງທີ່ລະບົບລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ສະໜອງຈໍານວນເງິນຕໍ່ເດືອນສໍາລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ສະໜັກ _____	ໄດ້ຮັບເງິນລ້ຽງດູເດັກ _____
ລາຍໄດ້ຂອງຜົວ/ເມຍຜູ້ສະໜັກ _____	ເງິນລ້ຽງດູໄດ້ຮັບ _____
ຜົນປະໂຫຍດດ້ານປະກັນສັງຄົມ _____	ລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ _____
ລາຍໄດ້ບໍານານ/ກະສຽນ _____	ສະແດມອາຫານ _____
ລາຍໄດ້ພິການ _____	ການແບ່ງບັນກອງທຶນໄວ້ວາງໃຈທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ການຊົດເຊີຍຫວ່າງງານ _____	ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ການຊົດເຊີຍຄົນເຮັດວຽກ _____	ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ລາຍໄດ້ດອກເບ້ຍ/ເງິນບັນຜົນ _____	ລາຍໄດ້ລວມເດືອນທັງໝົດ \$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາລົງຊີວິດປະຈໍາເດືອນ

ການຈໍານອງ/ຄ່າເຊົ່າ _____	ຄ່າລ້ຽງດູລູກ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ _____
ເຄື່ອງໃຊ້ຕ່າງໆ _____ ໂທລະສັບ _____	ບັດເຄຼດິດ _____
(ຕັ້ງໃຕະ) _____	ໃບບິນຄ່າແພດ/ໂຮງໝໍ _____
ໂທລະສັບມືຖື _____	ການປະກັນໄພລົດ/ລົດໃຫຍ່ _____
ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງ/ອາຫານ _____	ປະກັນໄພເຮືອນ/ຊັບສິນ _____
ສາຍເສດບິນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະພາບດາວທຽມ _____	ປະກັນສຸຂະພາບ/ສຸຂະພາບ _____
ການຈ່າຍຄ່າລົດ _____	ປະກັນຊີວິດ _____
ການດູແລເດັກ _____	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈໍາເດືອນອື່ນໆ _____
	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈໍາເດືອນທັງໝົດ \$ _____

ຊັບສິນ

ບັນຊີເງິນສົດ/ເງິນຝາກປະຫຍັດ/ເຮືອ _____

ຫຼັກ/ພັນທະບັດ/ການລົງທຶນ/CD _____

ອະສັງຫາລິມະສັບອື່ນໆ/ທີ່ຢູ່ອາໄສມັດທະຍົມ _____

ເຮືອ/RV/ລົດຈັກ/ພາຫະນະທີ່ພັກຜ່ອນ _____

ລົດນັກສະສົມ ແລະ ລົດທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນ _____

ຊັບສິນອື່ນໆ _____

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື້ອພາຍນອກໄດ້ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈໍາເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັກ _____

ວັນທີ _____

ຄໍາເຫັນ _____



**Ascension
Saint Thomas**



Ascension Saint Thomas

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກບັນທຶກທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ຄວາມສຳພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ເຖິງ Ascension:

ໜັງສືສະໜັບສະໜູນນີ້ແມ່ນເພື່ອແນະນຳວ່າ (ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ) _____ ໄດ້ຮັບລາຍຮັບ
ຈຳນວນນ້ອຍ ແລະ ຂ້ອຍກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດຂອງລາວ. ລາວຈະບໍ່ມີຜົນທະຕໍ່ກັບຂ້ອຍ.

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ _____

ວັນທີ _____