

# ແບບຟອມສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ



Ascension

## ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ທຸກຫ້ອງແມ່ນໃຫ້ສໍາເລັດ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບສາຍບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນໃບສະໝັກ)

ວັນທີ \_\_\_\_\_ ເລກບັນຊີ \_\_\_\_\_

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການສົມລົດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

## ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄົນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະຫວ່າງສ່ວນນີ້ໄດ້.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການສົມລົດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

## ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ສະຖານະການສົມລົດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເປັນທາງເລືອກ) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ສະຖານະພາບການຈ້າງງານ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ \_\_\_\_\_ ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_

## ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຂອງພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຊື່ \_\_\_\_\_ ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຊື່ ວັນເດືອນປີເກີດ ຄວາມສໍາພັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ \_\_\_\_\_

ຈໍານວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ \_\_\_\_\_

**ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ**

(ຕົ້ມຈຳນວນເງິນໃດລາສຳລັບແຕ່ລະລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ສະໜອງຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນສຳລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍໄດ້ທີ່ຫາໄດ້ຈາກຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_  
ລາຍໄດ້ຂອງຜົວ/ເມຍຂອງຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_  
ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ \_\_\_\_\_  
ລາຍໄດ້ເງິນບຳນັດ/ບຳນານ \_\_\_\_\_  
ລາຍໄດ້ພິການ \_\_\_\_\_  
ຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ \_\_\_\_\_  
ຄ່າຊົດເຊີຍຂອງກຳມະກອນ \_\_\_\_\_  
ລາຍໄດ້ດອກເບ້ຍ/ເງິນບັ້ນຜົນ \_\_\_\_\_

ເງິນລ້ຽງດູເດັກທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_  
ຄ່າລ້ຽງດູທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_  
ລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ \_\_\_\_\_  
ສະແຕມອາຫານ \_\_\_\_\_  
ການແຈກຈ່າຍເງິນກອງທຶນທີ່ໄວ້ວາງໃຈທີ່ໄດ້ຮັບ \_\_\_\_\_  
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ \_\_\_\_\_  
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ \_\_\_\_\_  
**ລວມຍອດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ \$** \_\_\_\_\_

**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳເດືອນ**

ການຈຳນອງ/ຄ່າເຊົ່າ \_\_\_\_\_  
ເຄື່ອງໃຊ້ສອຍຕ່າງໆ \_\_\_\_\_  
ໂທລະສັບ (ຕັ້ງໃຕະ) \_\_\_\_\_  
ໂທລະສັບມືຖື \_\_\_\_\_  
ເຄື່ອງຍ່ອຍ/ອາຫານ \_\_\_\_\_  
ເຄເບິນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະພາບດາວທຽມ \_\_\_\_\_  
ຈ່າຍຄ່າລົດ \_\_\_\_\_  
ການດູແລເດັກ \_\_\_\_\_

ຄ່າລ້ຽງດູລູກ/ຄ່າລ້ຽງລູກ \_\_\_\_\_  
ບັດເຄຼດິດ \_\_\_\_\_  
ໃບບິນຄ່າປັ້ນປິດແພດ/ໃຮງ ໜ່ວຍ \_\_\_\_\_  
ການປະກັນໄພລົດ/ລົດໃຫຍ່ \_\_\_\_\_  
ປະກັນໄພສັບສົນ/ເຮືອນ \_\_\_\_\_  
ປະກັນໄພສຸຂະພາບ/ການປັ້ນປິດ \_\_\_\_\_  
ປະກັນຊີວິດ \_\_\_\_\_  
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳ ເດືອນອື່ນໆ \_\_\_\_\_  
**ລາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນທັງ ໝົດ \$** \_\_\_\_\_

**ຊັບສິນ**

ບັນຊີເງິນສົດ/ເງິນຝາກ/ແຊັກ \_\_\_\_\_  
ຮຸ້ນ/ຜົນທະບັດ/ການລົງທຶນ/CD(s) \_\_\_\_\_  
ອະສັງຫາລິມະສັບອື່ນໆ/ທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ສອງ \_\_\_\_\_  
ເຮືອ/ລົດ RV/ລົດຈັກ/ລົດບັນເທີງ \_\_\_\_\_  
ລົດນັກສະສົມ/ລົດຍົນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ \_\_\_\_\_  
ຊັບສິນອື່ນໆ \_\_\_\_\_

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.  
ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື່ອທາງນອກໄດ້ ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_  
ວັນທີ \_\_\_\_\_

ຄຳເຫັນ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Ascension

## ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ

ເລກບັນທຶກທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບ/ເລກບັນຊີ \_\_\_\_\_

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ \_\_\_\_\_

ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໜັກ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ \_\_\_\_\_

ເຖິງ Ascension:

ຈົດໝາຍສະບັບນີ້ແມ່ນເພື່ອແນະນຳວ່າ (ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ) \_\_\_\_\_ ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້  
ໜ້ອຍທີ່ສຸດ ແລະ ຂ້ອຍກໍ່ໄດ້ຊ່ວຍເຫຼືອໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາລົງຊີວິດຂອງລາວ. ລາວຈະບໍ່ມີພັນທະຕໍ່ກັບຂ້ອຍ.

ໂດຍການລົງນາມໃນຖະແຫຼງການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນຖືກກັບຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ \_\_\_\_\_

ວັນທີ \_\_\_\_\_



# Ascension

[Date]

ເຖິງ ຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

Ascension ໄດ້ຖືກຜັກດ້ວຍຄວາມເຫັນອີກເຫັນໃຈ ແລະ ການອຸທິດຕົນເພື່ອການດູແລສ່ວນຕົວສໍາລັບທຸກຄົນ - ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອຫລາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາ ທີ່ຈະສະເໜີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໄວ້ສໍາລັບສໍາລັບເວລາເສີນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດອື່ນໆເທົ່ານັ້ນ. ຂໍຂອບໃຈທ່ານທີ່ໄວ້ວາງໃຈພວກເຮົາເບິ່ງແຍງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວສໍາລັບທຸກໆຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ແລະ ໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ຕິດຄັດມາ ເພາະວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນີ້, ກະລຸນາຢ່າໃສ່ໃຈ.

ກະລຸນາສໍາເລັດທັງສອງຂ້າງ, ລວມທັງລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງມັນຄືນມາ.

ຖ້າທ່ານປະກອບໃບສະໝັກພາຍໃນຫົກເດືອນທີ່ຜ່ານມາ 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 ໝູ່ ເພື່ອນ,  
ກະລຸນາໃຫ້ພວກເຂົາປະກອບແບບຟອມທີ່ໃສ່ຊື່ວ່າ "ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ."  
ນີ້ຈະບໍ່ເຮັດໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.  
ນີ້ຈະຊ່ວຍສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າຄອງຊີບໄດ້ແນວໃດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄອບຄົວ  
ແລະ ໝູ່ເພື່ອນ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມໜັງສືສະໜັບສະໜູນ.

ສຸດທ້າຍ, ກະລຸນາສະໜອງເອກະສານເພື່ອເປັນຫຼັກຖານຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ  
ຮ້ານຂາຍຢາ/ຢາປະຈໍາເດືອນທີ່ຍັງຄ້າງຄາຂອງທ່ານ.

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດ  
ພ້ອມດ້ວຍຫຼັກຖານສະແດງລາຍຮັບຕ້ອງໄດ້ຮັບເພື່ອໃຫ້ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຖືກພິຈາລະນາ.  
ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະມວນຜົນ ຫຼື ພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງສະໝັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ.

ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າການສື່ສານຜ່ານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ມີຄວາມປອດໄພ.  
ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ໜ້າຈະເປັນໄປໄດ້, ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃສ່ໃນອີເມວອາດຈະຖືກແຊກແຊງ ແລະ  
ອ່ານຈາກພາກສ່ວນອື່ນນອກເໜືອຈາກຄົນທີ່ຖືກກ່າວເຖິງ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າມັນມີຄວາມປອດໄພ.  
ເນື່ອງຈາກວ່າໃບຄໍາຮ້ອງປະກອບມີເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ,  
ພວກເຮົາຂໍຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລະເວັ້ນຈາກການສົ່ງມັນທາງອີເມວ.

ກະລຸນາພິມ ແລະ ສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍມືໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້:

**[STREET] [SUITE]**  
**[City, State ZIP]**

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບໃບສະໝັກນີ້, ກະລຸນາໂທຫາໜັງໃນຕົວແທນຜູ້ປ່ວຍຂອງພວກເຮົາທີ່ xxx-xxx-xxxx.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

ການບໍລິການດ້ານການເງິນຂອງຄົນເຈັບ  
U Ascension