

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍ

ການອະນຸມັດໃດກໍ່ຕາມຂອງໃບສະເໜີນີ້ແມ່ນເປັນການອະນຸມັດຊົ່ວຄາວ 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: ພາສາ ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງ

ຊົນເຜົ່າ: ເຊື້ອສາຍອາເມຣິກາລາຕິນ ບໍ່ແມ່ນເຊື້ອສາຍອາເມຣິກາລາຕິນ ບໍ່ໄດ້ລະບຸຊົນເຜົ່າ

ເຊື້ອສາຍ: ຄົນອາຊີ ຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ / ພື້ນເມືອງອາວຸສະຕຣາລີ ຄົນຜິວດຳ/ອາເມຣິກັນອາຟຣິກັນ ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ຄົນຜິວ ອື່ນໆ ຫຼື ຫຼາຍເຊື້ອສາຍ ບໍ່ໄດ້ລະບຸເຊື້ອສາຍ

ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ, ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ. ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ, ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ.

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

ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ	ຊັບສິນ
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຄົນເຈັບ:	ບັນຊີຝາກປະຢັດ:
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜົວ/ເມຍ:	ບັນຊີກະແສລາຍວັນ:
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜູ້ຄ້ຳປະກັນ:	ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ (CDs):
ລາຍໄດ້ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ:	ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ:
ລາຍໄດ້ລ້ຽງລູກ:	ຜ່ານທະບັດຝາກປະຢັດ:
ລາຍໄດ້ການເຊົ່າ:	ຮຸ້ນ:
ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ:	ຜ່ານທະບັດ:
ປະກັນໄພຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ:	ກອງທຶນຊ່ວຍເຫຼືອເຊື້ອກັນແລະກັນ:
ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງລູກ:	IRAs:
ເງິນລ້ຽງເມຍທີ່ຮ້າງໄປ:	401(k)s:
ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ເຮັດວຽກ:	403(b)s:
ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ VA:	457s:
ເງິນຈ່າຍຄ່າປະກັນສັງຄົມ:	ວົງເງິນສົດໃນປະກັນໄພຊີວິດ:
ເງິນບັນຜົນ ແລະ ລາຍໄດ້ຈາກດອກເບ້ຍ:	ຊັບສິນສ່ວນຕົວ:
ຄ່າທຳນຽມຕ່າງໆ:	ບ້ານຫຼັງທີ 2 ແລະ ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ:
ເງິນບໍານານ:	ພາຫະນະຄັນທີ 2:
ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ:	ລວມທັງໝົດ:
ອື່ນໆ:	
ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ:	
ລາຍໄດ້ປະຈໍາປີ:	

“ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ໂຮງໝໍກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນນີ້ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຂຶ້ນຢູ່ກັບການກວດສອບໂດຍທາງໂຮງໝໍ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ມາບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກປະຕິເສດຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຊໍາລະຄ່າບໍລິການໂຮງໝໍທີ່ຈັດໃຫ້. ຂ້າພະເຈົ້າຍືນຍັນໃນທີ່ນີ້ວ່າ ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ດັ່ງນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຂັ້ນຕອນດໍາເນີນການ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.”

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າໂຮງໝໍ: _____ ວັນທີ: _____

ສໍາລັບໃຊ້ພາຍໃນເທົ່ານັ້ນ

ອະນຸມັດໂດຍ: _____ ວັນທີ: _____

ປະຕິເສດໂດຍ: _____ ວັນທີ: _____

ການຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນໄພ: _____ ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ: ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ການບໍລິການກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບໃນວຽກ ຫຼື ອຸປະຕິເຫດປະເພດອື່ນ: ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ຄ່າເຫັນ: _____

ຂະໜາດຄອບຄົວ: _____ ລະດັບ FPG: _____ %FPG: _____

ຫຼຸດລາຄາ (%): _____ ຫຼຸດລາຄາ (\$): _____

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຄົນເຈັບສູງສຸດ: _____

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍ-ປະກັນໄພບໍ່ເຕັມ

ການອະນຸມັດໃດກໍ່ຕາມຂອງໃບສະເໜີແຜ່ນເປັນການອະນຸມັດຊົ່ວຄາວ ແລະ ໝົດອາຍຸໃນ 12 ເດືອນນັບຈາກມື້ອະນຸມັດ

ໂຮງໝໍ: <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	ວັນທີ:
ຄົນເຈັບ:	ຜູ້ຄ້າປະກັນ/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 ຜູ້ຄ້າປະກັນ. ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ, ຍົກເວັ້ນຄົນເຈັບ ຫຼື ຜູ້ຄ້າປະກັນ.

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

ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ	ຈ/ນ	ຊັບສິນ	ຈ/ນ	ລາຍຈ່າຍປະຈໍາເດືອນ/ໜີ້ສິນ	ຈ/ນ
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຄົນເຈັບ		ບັນຊີຝາກປະຢັດ		ການຊໍາລະຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຜ່ອນບ້ານ	
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜົວ/ເມຍ		ບັນຊີກະແສລາຍວັນ		ຍອດເຫຼືອປະຈຸບັນ _____	
ເງິນເດືອນ ແລະ ຄ່າແຮງງານຂອງຜູ້ຄ້າປະກັນ		ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ (CDs)		ອາກອນລຸ້ນສິນ ຖ້າບໍ່ລວມຢູ່ໃນການຊໍາລະຄ່າຜ່ອນບ້ານ	
ລາຍໄດ້ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ		ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ		ສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ: ແຕກສ/ໄຟຟ້າ/ນໍ້າມັນ _____	
ລາຍໄດ້ລ້ຽງລູກ		ພັນທະບັດຝາກປະຢັດ		ເຄເບີລ/ອິນເຕີເນັດ _____	
ລາຍໄດ້ການເຊົ່າ		ຮຸ້ນ		ໂທລະສັບ _____	
ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ		ພັນທະບັດ		ການຈ່າຍຄ່າລົດ ຫຼື ການຈ່າຍຄ່າເຊົ່າ	
ປະກັນໄພຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ		ກອງທຶນຊ່ວຍເຫຼືອເຊິ່ງກັນແລະກັນ		ຍອດເຫຼືອປະຈຸບັນ _____	
ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງດູເດັກ		IRAs		ການຊໍາລະບັດເຄຣດິດ	
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	
ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະອື່ນໆ		ພາຫະນະຄັນທີ 2		ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຍ່ອຍ	
				ລາຍຈ່າຍອື່ນໆ	
ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນ:					
ລາຍໄດ້ປະຈໍາປີ:			ລວມທັງໝົດ:		ລວມທັງໝົດ:

"ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ໂຮງໝໍກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນນີ້ເປັນຄວາມລັບ ແລະ ຂຶ້ນຢູ່ກັບການກວດສອບໂດຍທາງໂຮງໝໍ. ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າ ຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ມາບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກປະຕິເສດຈາກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຊໍາລະຄ່າບໍລິການໂຮງໝໍທີ່ຈັດໃຫ້. 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

ຄ່າເຫັນ: _____

ຂະໜາດຄອບຄົວ: _____ ລະດັບ FPG: _____ %FPG: _____

ຫຼຸດລາຄາ (%): _____ ຫຼຸດລາຄາ (\$): _____

ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຄົນເຈັບສູງສຸດ: _____

Financial Assistance Policy

Exhibit 3

CNE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM 2023 FINANCIAL ELIGIBILITY GUIDELINES

Effective 3/1/2023

Percent of Poverty Level:		200%	210%	220%	230%	240%	250%	260%	270%	280%	290%	300%
Family Size	FPG											
2023 Patient liability		0%	20%	40%	60%	80%	90%	90%	90%	95%	95%	95%
1	14,580	29,160	30,618	32,076	33,534	34,992	36,450	37,908	39,366	40,824	42,282	43,740
Max Liability Per Year			3,062	3,208	3,353	3,499	3,645	3,791	3,937	4,082	4,228	4,374
2	19,720	39,440	41,412	43,384	45,356	47,328	49,300	51,272	53,244	55,216	57,188	59,160
Max Liability Per Year			4,141	4,338	4,536	4,733	4,930	5,127	5,324	5,522	5,719	5,916
3	24,860	49,720	52,206	54,692	57,178	59,664	62,150	64,636	67,122	69,608	72,094	74,580
Max Liability Per Year			5,221	5,469	5,718	5,966	6,215	6,464	6,712	6,961	7,209	7,458
4	30,000	60,000	63,000	66,000	69,000	72,000	75,000	78,000	81,000	84,000	87,000	90,000
Max Liability Per Year			6,300	6,600	6,900	7,200	7,500	7,800	8,100	8,400	8,700	9,000
5	35,140	70,280	73,794	77,308	80,822	84,336	87,850	91,364	94,878	98,392	101,906	105,420
Max Liability Per Year			7,379	7,731	8,082	8,434	8,785	9,136	9,488	9,839	10,191	10,542
6	40,280	80,560	84,588	88,616	92,644	96,672	100,700	104,728	108,756	112,784	116,812	120,840
Max Liability Per Year			8,459	8,862	9,264	9,667	10,070	10,473	10,876	11,278	11,681	12,084
7	45,420	90,840	95,382	99,924	104,466	109,008	113,550	118,092	122,634	127,176	131,718	136,260
Max Liability Per Year			9,538	9,992	10,447	10,901	11,355	11,809	12,263	12,718	13,172	13,626
8	50,560	101,120	106,176	111,232	116,288	121,344	126,400	131,456	136,512	141,568	146,624	151,680
Max Liability Per Year			10,618	11,123	11,629	12,134	12,640	13,146	13,651	14,157	14,662	15,168

*For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

*Asset protection threshold; Individual \$9,400, Family \$14,100

AGB
 FY 23 Butler 31% Kent 28% W/II 35%
 FY 22 Butler 30% Kent 31% W/II 34%
 FY 21 Butler 46% Kent 31% W/II 34%
 FY 20 Butler 47% Kent 31% W/II 35%

RI Medicaid GL \$ 18,075

ນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

ຮູບສະແດງ 4

ຈຳນວນເງິນທີ່ຮຽກເກັບໂດຍທົ່ວໄປ (AGB)

ອີງຕາມ IRC §501(r) (5) CNE ໃຊ້ວິທີການເບິ່ງຄືນຫຼັງ (Look-Back) ເພື່ອຄິດໄລ່ອັດຕາສ່ວນ AGB ຂອງມັນ. AGB % ແມ່ນຄິດໄລ່ເປັນແຕ່ລະປີ ແລະ ແມ່ນອີງໃສ່ທຸກການຮ້ອງຂໍທີ່ອະນຸຍາດໂດຍ Medicare Fee-for-Service + ປະກັນໄພສຸຂະພາບເອກະຊົນທັງໝົດໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ, ແບ່ງອອກດ້ວຍຄ່າບໍລິການທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງຂໍເຫຼົ່ານັ້ນ. AGB % ທີ່ໃຊ້ໄດ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ໄດ້ກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລວມເພື່ອກຳນົດ AGB.

ບຸກຄົນໃດນຶ່ງທີ່ຖືກກຳນົດວ່າມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນພາຍໃຕ້ FAP ນີ້ຈະບໍ່ຖືກຮຽກເກັບຄ່າຫຼາຍກວ່າ AGB ສຳລັບການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດອື່ນໆ. ບຸກຄົນໃດນຶ່ງທີ່ມີສິດ FAP ຈະຖືກຮຽກເກັບເງິນ AGB ຫນ້ອຍລົງ ຫຼື ສ່ວນຫຼຸດໃດໆ ກໍຕາມທີ່ມີຢູ່ໃນນະໂຍບາຍນີ້.

ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນ ວັນທີ 1 ຕຸລາ 2022:

ໂຮງໝໍ Butler 31%

ໂຮງໝໍ Kent County Memorial 28%

ໂຮງໝໍແມ່ ແລະ ເດັກ 35%

ນະໂຍບາຍວ່າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຫຼັກຖານຍັງຍືນທີ 2

ເງື່ອນໄຂກຳນົດສຳລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ – ບໍ່ມີປະກັນໄພ

ຖ້າສາມາດກຳນົດໄດ້, ເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ຕ້ອງມາພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງ Care New England.

- 1) ໃບຍື່ນເສຍພາສີພ້ອມເອກະສານສະໜັບສະໜູນສຳລັບປີຫຼ້າສຸດທີ່ໄດ້ຍື່ນ.
- 2) ບັນທຶກລາຍຮັບ*(ເບິ່ງຄຳອະທິບາຍລະອຽດຢູ່ລຸ່ມນີ້)
 - a) ສິນໃບຈ່າຍເງິນປະຈຸບັນ (ຕໍ່າສຸດ 4 ອາທິດ)
 - b) ໜັງສືຮັບຮອງຄວາມພິການ
 - c) ໜັງສືຮັບຮອງປະກັນສັງຄົມ (ບໍ່ຈຳເປັນ ຖ້າມີໃບຍັງຍືນເງິນຝາກໂດຍກົງ ແລະ ບັນຊີສຳຮອງທະນາຄານ)
 - d) ລາຍໄດ້ຂອງຄົນເຈັບ (ການຍື່ນເສຍພາສີ) ເມື່ອຄົນຜູ້ທີ່ກຳລັງຍື່ນຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນນັກຮຽນ
- 3) ບັນທຶກຊັບສິນ**(ເບິ່ງຄຳອະທິບາຍລະອຽດຢູ່ລຸ່ມນີ້)
 - a) ບັນຊີສຳຮອງທະນາຄານ ລວມທັງບັນຊີຝາກປະຢັດ, ບັນຊີກະແສລາຍວັນ, ໃບຍັງຍືນການລົງທຶນ, ເງິນປະຈຳປີ, CD's, ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ, ຮຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ເງິນບຳນານ ແລະ IRAs
 - b) ວົງເງິນສົດຂອງສັນຍາປະກັນຊີວິດ.
 - c) ຊັບສິນສ່ວນຕົວ (ນອກເໜືອຈາກທີ່ຢູ່ອາໄສຕົນຕໍ່ ແລະ ພາຫະນະມີຈັກສຳລັບໃຊ້ສ່ວນຕົວ
- 4) ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ ແລະ/ຫຼື ການອະນຸມັດ/ການປະຕິເສດ HealthSource RI
- 5) ສຳເນົາໃບຍັງຍືນເສຍຊີວິດ ຖ້າມີ.
- 6) ຫຼັກຖານຍັງຍືນການເປັນນັກຮຽນ ຖ້າມີ.
- 7) ໜັງສືສະໜັບສະໜູນ ຖ້າມີ.

*ບັນທຶກລາຍໄດ້: ລາຍໄດ້ໝາຍເຖິງໃບຮັບເງິນສົດປະຈຳປີທັງໝົດຕົວຈິງ ຫຼື ປະມານໄວ້ກ່ອນຫັກພາສີຈາກເງິນເດືອນ, ຄ່າແຮງງານ, ລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ລາຍໄດ້ລ້ຽງລູກ, ລາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າ, ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ, ປະກັນໄພຄວາມພິການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງລູກ, ເງິນທີ່ຜົວຮ້າງເມຍໄປ, ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ເຮັດວຽກ, ເງິນສະຫວັດດີການນັກຮົບເກົ່າ, ເງິນຈ່າຍຄ່າປະກັນສັງຄົມ, ເງິນບັນຜົນ ແລະ ລາຍໄດ້ຈາກດອກເບ້ຍ, ຄ່າທຳນຽມ, ເງິນບຳນານເອກະຊົນ ແລະ ຂອງລັດ, ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສັງຄົມ. ນອກຈາກນັ້ນແລ້ວ ລາຍຮັບກໍ່ຍັງລວມມີເງິນສະຫວັດດີການໃນການປະທ້ວງ, ເງິນໄດ້ສຸດທິຈາກການຖືກຫວຍ ແລະ ຊະນະຈາກການພະນັນ ແລະ ການຈ່າຍເງິນປະກັນໄພຄັງດຽວ ຫຼື ເງິນຊົດເຊີຍການບາດເຈັບທີ່ໄດ້ຮັບເປັນປີ ເຊິ່ງໄດ້ຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນສຳລັບການບໍລິການຂອງໂຮງໝໍ.

**ບັນທຶກຊັບສິນ: ຊັບສິນໝາຍເຖິງເງິນສົດ, ຊັບສິນທຽບເທົ່າເງິນສົດ ແລະ ຊັບສິນອື່ນໆ ທີ່ສາມາດປ່ຽນເປັນເງິນສົດໄດ້, ລວມທັງເງິນສົດທີ່ມີຢູ່ໃນມື, ບັນຊີຝາກປະຢັດ, ບັນຊີກະແສລາຍວັນ, ໃບຍັງຍືນການຝາກເງິນ (CDs), ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ, ຮຸ້ນ (ທົ່ວໄປ ແລະ ເລືອກໄວ້), ພັນທະບັດ, ກອງທຶນຊ່ວຍເຫຼືອເຊິ່ງກັນແລະກັນ, IRAs, 401(k) s, 403(b) s, 457s, ວົງເງິນສົດຢູ່ໃນໜັງສືສັນຍາປະກັນຊີວິດ, ຊັບສິນສ່ວນຕົວ, ພາຫະນະມີເຄື່ອງຈັກທີ່ນອກເໜືອໄປຈາກອັນທີ່ໃຊ້ສ່ວນຕົວ, ບ້ານຫຼັງທິສອງ ແລະ ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ. ຍົກເວັ້ນຊັບສິນທີ່ຢູ່ອາໄສຕົນຕໍ່ ແລະ ພາຫະນະມີຈັກສຳລັບໃຊ້ສ່ວນຕົວ.