



Saint Agnes Medical Center

ຂໍຂອບໃຈທີ່ທ່ານໃຫ້ຄວາມສົນໃຈໃນໂຄງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານແລະ/ຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວໄດ້ສະໜັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຢູ່ໃນສູນການແພດ Saint Agnes Medical Center ພາຍໃນຫົກ (6) ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການຂອງພວກເຮົາທີ່ (559) 450-3145 ຫຼື (855) 224-5998 ກ່ອນຈະເຮັດໃຫ້ສໍາເລັດໃບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກນີ້.

ກະລຸນາສົ່ງກັບໃບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກທີ່ເຮັດສໍາເລັດແລະເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນທັງຫມົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ພາຍໃນສາມສິບ (30) ວັນ:

ໃບລາຍການເງິນເລື່ອນໃຫວໃນທະນະຄານທັງຫມົດໃນສາມ(3)ເດືອນທີ່ຄົບຊຸດເຊັ່ນ, ການກວດສອບບັນຊີ, ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ, ແລະ/ຫຼືບັນຊີການລົງທຶນທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນເງິນຝາກ ແລະ ການຖອນເງິນ. ກະລຸນາໃຫ້ຄໍາອະທິບາຍສໍາລັບເງິນຝາກທັງຫມົດ. (ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້)

ຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ທີ່ຫາໄດ້ ແລະ/ຫຼື ບໍ່ແມ່ນຫາໄດ້ມາຕາມເອກະສານຂ້າງລຸ່ມນີ້. (ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້)

1. ສົ່ງໃບຈ່າຍເງິນທີ່ຜ່ານມາສາມ (3) ໃບສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ, ຄູ່ສົມລົດ ແລະ ຜູ້ເພີ່ມເຕີມທັງຫມົດທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນອັດຕາຄ່າຈ້າງ ແລະ ຊົ່ວໂມງການເຮັດວຽກ ຫຼື
2. ໃບອື່ນການລົງຄືນຄ່າພາສີຈາກລັດຖະບານກາງສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ແລະ ຄູ່ສົມລົດນະປະຈຸບັນ, ຫຼື ໃບທີ່ເຮັດຫຼ້າສຸດ ຫຼື
3. ງົບເງິນທີ່ສົມທົບຈາກຄອບຄົວ/ເພື່ອນທີ່ລະບຸເຖິງວິທີການບັນລຸໄດ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການດໍາລົງຊີວິດ ແລະ
4. ເອກະສານໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ທີ່ສາມາດນໍາໃຊ້ສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ, ຄູ່ສົມລົດ ແລະ ຜູ້ເພີ່ມເຕີມທັງຫມົດ:
 - o ໃບສົ່ງອາກອນຄືນທີ່ຫຼ້າສຸດທີ່ລວມທັງຜົນກໍາໄຮ/ການຫຼຸດທຶນຖ້າຫາກວ່າຕົນເອງເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ
 - o ໃບສົ່ງຄືນອາກອນຫຼ້າສຸດສໍາລັບການຢັ້ງຢືນຂອງການເອື້ອອື່ນ
 - o ໃບຖະແຫຼງການເຖິງຜົນຕອບແທນຈາກການຫວ່າງງານ
 - o ຈົດໝາຍການໄດ້ຮັບລາງວັນຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແກ່ນັກສຶກສາ
 - o ຈົດໝາຍຄວາມເດັດດ່ຽວສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ (ຕົວຢ່າງ: CalFresh, Medi-Cal, ແລະ ອື່ນໆ.)
 - o ຈົດໝາຍການໄດ້ຮັບລາງວັນ ຫຼື ເງິນແຊັກຈາກອົງການຄວາມປອດໄພທາງສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ອົງການຄວາມປອດໄພທາງສັງຄົມເພື່ອຄົນພິການ
 - o ເງິນບັນຜົນ, ເງິນດອກເບ້ຍ ແລະ ລາຍຮັບຈາກແຫຼ່ງລາຍຮັບອື່ນ (ຕົວຢ່າງ: ລາຍໄດ້ຈາກຄ່າເຊົ່າ, ລາຍໄດ້ຄ່າລ້ຽງດູ, ຜົນປະໂຫຍດຈາກເງິນບໍານານ, ແລະ ອື່ນໆ).

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດທີ່ຈະສະໜອງເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ໄດ້, ກະລຸນາຂຽນຈົດໝາຍໃຫ້ຄໍາອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງເອກະສານດັ່ງກ່າວຈຶ່ງບໍ່ໄດ້ຮັບການສົ່ງກັບ.



Saint Agnes Medical Center

ກະລຸນາສົ່ງກັບໃບຮ້ອງຂໍສະຫຼຸມັກຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນອື່ນໆເຖິງ:

**Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Rd
Farmington Hills, MI 48331**

ສົ່ງກັບໂດຍ: _____

ໂປດຂໍອະນຸຍາດປະມານ 30
ວັນສໍາລັບການປະມວນຜົນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບໃບຄຸ້ນຮ້ອງສະຫມັກທີ່ສົມບູນ.
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເປັນພາສາອື່ນ,
ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການຂອງພວກເຮົາຕາມໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

Saint Agnes Medical
Center Customer Service
(559) 450-3145 ຫຼື (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

**ໃບແຈ້ງການການແຈ້ງຫາບຸກຄົນກ່ຽວກັບການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ
ແລະ ຄວາມຕ້ອງການໃນການເຂົ້າເຖິງ**

Saint Agnes Medical Center, ເຄົາລົບຕໍ່ຄວາມສັກສິດ ແລະ ກຽດສັກສິດຂອງທຸກຄົນ, ປະຕິບັດຕາມກົດຫມາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ສາມາດນຳໃຊ້, ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງລະດັບຂັ້ນການປ້ອງກັນ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດສະເພາະແຕ່, ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

Saint Agnes Medical Center: ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອແກ້ປະຊາຊົນທີ່ມີຄວາມພິການໃນການຕິດຕໍ່ສື່ສານກັບພວກເຮົາໃຫ້ມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນ:

- ໃຊ້ພາສາມືທີ່ມີຄຸນນະ ແລະ ການບໍລິການນາຍແປພາສາຜ່ານລະບົບເຄືອຂ່າຍການແປພາສາທາງວິດີໂອ ແລະ ສາສຽງ.
- ການຂຽນຂໍ້ມູນຂ່າວສານເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງ ແລະ ອື່ນໆ.

ໃຫ້ບໍລິການທາງດ້ານພາສາພຣີໃຫ້ປະຊາຊົນຜູ້ທີ່ມີພາສາຕົ້ນຕໍທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:

- ການບໍລິການນາຍແປພາສາທີ່ມີຄຸນຄ່າ
- ຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233 ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າສູນການແພດ Saint Agnes Medical Centerໄດ້ລົ້ມເຫຼວໃນການສະໜອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ມີການຈຳແນກໃນດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງຮຽນໃນບຸກຄົນ, ທາງເມລ໌, ແຜ້ກ ຫຼື ສົ່ງອີເມວເຖິງ:

Saint Agnes Medical Center, ຮຽນ: ກົມຄຸ້ມຄອງຄວາມສ່ຽງ
1303 E. Herndon Ave., Fresno, CA 93720
559-450-7475, ອີເມວ: Information@samc.com

ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນສິດທິພົນລະເມືອງກັບພະແນກບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງແບບເອເລັກໂຕຣນິກໂດຍຜ່ານເວັບໄຊທ໌, ສົ່ງອີເມວ ຫຼື ທາງໂທລະສັບເຖິງ:

ພະແນກບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ
(Department of Health & Human Services)
200 Independence Avenue, SW, ຫ້ອງ a509F,
ອາຄານ HHH, Washington, DC 20201
ເວັບໄຊຕ໌ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
ໂທລະສັບ 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हद बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पर कॉल करें | 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ | 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: លើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ឈឺមិនគិតលុយ គឺបានសំបុំឈរអោយ ធូរ ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1- 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233). هاتف الصم والبكم- 11 :

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo [ho‘okomo ‘ōlelo], loa‘a ke kōkua manuahi iā ‘oe. E kelepona iā 1- 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

ໃບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນທີ່ເປັນຄວາມລັບ

ຫຼື

ການບໍລິການມີອາຊີບທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍແພດໃນເຄືອ

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບການຮຽກເກັບເງິນແຍກຕ່າງຫາກ.

ໃບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກກ່ຽວກັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນແມ່ນຢູ່ໃນການຕັດສິນໃຈຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ສອດຄ່ອງກັບນະໂຍບາຍ, ວິທີການ, ແລະ ລະບຽບການຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງສະຫມັກນີ້ອາດຈະໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອໃນການຊ່ວຍເຫຼືອຄົນເຈັບ. Saint Agnes Medical Center, ເຄົາລົບຕໍ່ຄວາມສັກສິດ ແລະ ກຽດສັກສິຂອງທຸກຄົນ, ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດທີ່ສາມາດນໍາໃຊ້, ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງລະດັບຂັ້ນການປ້ອງກັນ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດສະເພາະແຕ່, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

ຊື່ຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ		
ທີ່ຢູ່ຖະຫນົນ	ເບີໂທລະສັບ	ໂທລະສັບຂໍຄວາມ	
ເມືອງ/ລັດ/ໄປສະນີ	ຫມາຍເລກປະກັນສັງຄົມ		
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າຫາກວ່າຕ່າງກັນ) ຫຼື ທີ່ຢູ່ທາງອີເມວ ຖ້າຕ້ອງການ			

ກະລຸນາສະໜອງຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ (ຖ້າຫາກວ່າບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບ), ຄູ່ສົມລົດ ແລະ ຜູ້ເພິ່ງພາ:

ຊື່	SSN	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ

ກະລຸນາບອກຈໍານວນບັນຊີທັງຫມົດ ແລະ/ຫຼື

ວັນທີຂອງການບໍລິການເພື່ອທີ່ຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ:

ຊື່ຄົນເຈັບ	ເລກບັນຊີ #	ວັນທີຂອງການບໍ	ຍອດຄ່າເຫລືອທາງການແພ

ສະຖານະຕະຫຼາດການດູແລສຸຂະພາບ

ທ່ານໄດ້ນຳໃຊ້ປະກັນໄພບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/> ໄດ້	ຖ້າຫາກວ່າໄດ້, ຊື່/ລະຫັດ
ຖ້າຫາກວ່າມີ, ທ່ານໄດ້ນຳໃຊ້ໂດຍຜ່ານ:	<input type="checkbox"/> ທາງການແພດ - ລັດ <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____
ທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສຳລັບແຜນການປະກັນໄພບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/> ໄດ້	
ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນ ແລະ ຈ່າຍຄ່າຜູ້ມ່ຽມສຳລັບແຜນການປະກັນໄພບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/> ໄດ້	

ຊັບສິນທາງການເງິນ

ການກວດສອບຍອດເງິນໃນບັນຊີ	ທະນາຄານ:	\$
ຍອດເງິນໃນບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ	ທະນາຄານ:	\$

ການຈ້າງງານ

ບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ	ນາຍຈ້າງ	ໄລຍະເວລາການຈ່າຍ	#	ລວມຍອດປະຈຳປີ
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

ແຫຼ່ງລາຍຮັບອື່ນ

	ປະຈຳເດືອນ	ປະຈຳປີ
ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ	\$	\$
ໂຄງການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອປະຊາຊົນປະເພດ (ເຊັ່ນ: ເງິນສົດ, ບັດອາຫານ, ແລະ ອື່ນໆ)	\$	\$
ເງິນຊໍາລະມາຈາກແຜນການບໍານານ	\$	\$
ອົງການຄວາມປອດໄພທາງສັງຄົມ ແຖມ/ຫຼື	\$	\$
ການຫວ່າງງານ ຫຼື ພະນັກງານເຮັດວຽກລຳ ຈຳນວນອາທິດ: _____ ວັນທີ່ເລີ່ມ: _____ ວັນທີ່ສິ້ນສຸດ: _____ ຕໍ່ສັບປະດາ \$: _____	\$	\$
ລາຍໄດ້ອື່ນ (ຫຸ້ນ/ພັນທະບັດ/ເງິນຄ່າງວດ/ດອກເບ້ຍ/ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ)	\$	\$
ລາຍຮັບອື່ນ (ມາຈາກຄອບຄົວ, ຫມູ່ເພື່ອນ,	\$	\$

ການກວດສອບລາຍຮັບ ແລະ ການຈໍາແນກ

ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງທາງໂທລະສັບ, ຈົດໝາຍສະຫະລັດ ຫຼື ທາງອີເມລ໌.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນທັງຫມົດນີ້ແມ່ນມີຄວາມເປັນຈິງ ແລະ

ສົມບູນຕາມຄວາມຮູ້ອັນສຸດຂີດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ສະຫນອງໃຫ້ຈະຖືກກວດສອບ ແລະ ຮັກສາໄວ້ເປັນສ່ວນຕົວ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດການປ່ອຍຂອງຂໍ້ມູນບາງອັນ ຫຼື ທັງຫມົດຈາກກະຊວງບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກແຫ່ງລັດລັດຄາລິຟໍເນຍ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ສະຫນອງການຢືນຢັນຂອງລາຍໄດ້, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ຜູ້ຕິດຕາມ, ການເຄື່ອນໄຫວທະນາຄານ, ຊໍາລະເງິນບັດ ແລະ ລາຍການພາສີຖ້າຫາກວ່າສາມາດນໍາໃຊ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການບໍລິການໃດໆທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນສູນການ ແພດ Saint Agnes Medical Center ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ທີ່ໄດ້ຮັບແມ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ດີວ່າຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກສູນການແພດ Saint Agnes Medical Center ພຽງຢ່າງດຽວ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ແພດອື່ນ.

ລາຍເຊັນ:

ວັນທີ:

ລາຍເຊັນຂອງຄູ່ສົມລົດ (ຖ້າມີ)

ວັນທີ: