

## ໃບສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ

Tufts Medicine ມີຄວາມພາກພູມໃຈໃນການໃຫ້ການດູແລຄົນເຈັບທຸກຄົນຢ່າງດີທີ່ສຸດ. Tufts Medicine ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຜ່ານນະໂຍບາຍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນແກ່ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວສຸກເສີນ ແລະ ການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດໄດ້. ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງ Tufts Medicine ບໍ່ໄດ້ມີຈຸດປະສົງເພື່ອໃຫ້ຄວບຄຸມການປິ່ນປົວທີ່ບໍ່ຈຳເປັນທາງການແພດ. ຈາກນີ້ ກໍ່ຍັງບໍ່ມີຈຸດປະສົງເພື່ອໃຫ້ສ່ວນຫຼຸດສຳລັບການຈ່າຍຮ່ວມປະກັນໄພ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ, ຫຼື ການຫັກຫຼຸດຜ່ອນ.

ຄົນເຈັບທີ່ມີລາຍໄດ້ຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບທີ່ Tufts Medicine. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານມີສິດຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໄດ້. ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຢ່າງຍິ່ງໃຫ້ສະໝັກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດຖະບານທີ່ມີຢູ່ເຊັ່ນ: MassHealth, ConnectorCare, ຫຼື Health Safety Net, ກ່ອນທີ່ຈະສະໝັກໂຄງການ ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ Tufts Medicine. **ການທີ່ບໍ່ໄດ້ສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດຖະບານທີ່ອາດມີຄຸນສົມບັດ ທີ່ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ການສະໝັກຂອງທ່ານຊັກຊ້າ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດ.** ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດຖະບານ, ຜູ້ປະສານງານທາງການເງິນຂອງ Tufts Medicine ຜູ້ໜຶ່ງຂອງພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ຄຸນສົມບັດຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂຶ້ນຢູ່ກັບການຕື່ມໃບສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນນີ້ຢ່າງຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

### ຄຳແນະນຳ

ກະລຸນາຕື່ມໃບສະໝັກຂໍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ແນບສຳເນົາເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ສຳລັບຜູ້ສະໝັກທຸກຄົນ. ການບໍ່ສົ່ງຄືນເອກະສານທີ່ຈຳເປັນທັງໝົດພາຍໃນ 30 ວັນຈະເຮັດໃຫ້ການສະໝັກຖືກປະຕິເສດ. ກະລຸນາແນບສຳເນົາເອກະສານທີ່ສົ່ງມາເນື່ອງຈາກບໍ່ສາມາດສົ່ງຄືນໄດ້.

ຕື່ມໃບສະໝັກທຸກສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ຢ່າລືມ **ເຊັນຍິ່ງຍິນ ຄຳໃຫ້ການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນໜ້າທີ 4**

ລວມມີສຳເນົາ **ໃບຂັບຂີ່, ບັດປະຈຳຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍອື່ນໆ ຫຼື ເອກະສານທີ່ຍິ່ງຍິນຖິ່ນທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ.** ສິ່ງທີ່ສົ່ງມາຈະຕ້ອງມີຊື່ຂອງທ່ານ

ລວມມີສຳເນົາ **ບັດປະກັນໄພຕ່າງໆ** ຂອງທ່ານ

ລວມມີ **ການຍິ່ງຍິນລາຍໄດ້** ບາງຮູບແບບ:

ລວມມີ ສຳເນົາ **W-2** ຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ

ຖ້າວ່າ **ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ** ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້, ໃຫ້ລວມເອກະສານຕ່າງໆ ເຊັ່ນ: ໃບຮັບເງິນເດືອນຫຼ້າສຸດ (ຕໍ່ສຸດ 4 ເດືອນ), ໃບແຈ້ງຍອດການວ່າງງານ, ໃບແຈ້ງຍອດທະນາຄານ/ການລົງທຶນ ແລະ/ຫຼື ໃບແຈ້ງຍອດປະກັນສັງຄົມ

ຖ້າຄົນເຈັບ **ເສຍຊີວິດ**, ກະລຸນາຈັດກຽມສຳເນົາໃບມໍລະນະພາບ ແລະ ຈົດໝາຍບອກເຖິງສະພາບຊັບສິນ.

**ຖ້າມີຂໍສົງໄສ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພະແນກປະສານງານການເງິນຂອງ Tufts Medicine ທີ່:**

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance  
978-973-6700

**ຫຼື ດ້ວຍຕົນເອງທີ່ສະຖານທີ່ຕັ້ງ Tufts Medicine ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:**

• ສູນ Tufts Medical  
ຊັ້ນທີ 1, ອາຄານ Biewend  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111

• ສູນ Tufts Medical  
ຊັ້ນທີ 1, ອາຄານ Proger  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111

• ໂຮງໝໍ Lowell General  
ຊັ້ນໃຕ້ດິນ, ອາຄານ Dahod  
295 Varnum Avenue  
Lowell, MA 01854

• ໂຮງໝໍ Lowell General  
ວິທະຍາເຂດ Saints  
1 Hospital Drive, Ground Floor  
Lowell, MA 01852

• ໂຮງໝໍ MelroseWakefield  
585 Lebanon Street, Suite 101  
Melrose, MA 02176

• ໂຮງໝໍ Lawrence Memorial  
Ground Floor near Urgent Care  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

**ກະລຸນາສົ່ງໃບສະໝັກທີ່ຕື່ມຮຽບຮ້ອຍແລ້ວໄປທີ່:**

ສູນ Tufts Medical  
Financial Coordination  
800 Washington Street, Box 475  
Boston, MA 02111

# 1 ກ່ຽວກັບຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃນສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄົນເຈັບ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ສະໝັກ

**ເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ:** ກະລຸນາລວມເອກະສານທີ່ຢືນຢັນຖິ່ນທີ່ຢູ່: ໃບຂັບຂີ່, ບັດປະຈຳຕົວ ທີ່ມີຮູບຖ່າຍອື່ນໆ ຫຼື ເອກະສານທີ່ຢັ້ງຢືນຖິ່ນທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ. ສິ່ງທີ່ສົ່ງມາຈະຕ້ອງມີຊື່ຄົນເຈັບ.

ວັນທີຂອງນີ້

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຄົນເຈັບ  /  /

Soc. Sec. No. ຂອງຄົນເຈັບ  /  /

Medical Rec. No. ຂອງຄົນເຈັບ

ຊື່ຜູ້ສະໝັກ

ເບີໂທຜູ້ສະໝັກ

ທີ່ຢູ່ຜູ້ສະໝັກ

ຜູ້ສະໝັກເປັນຄົນເຈັບ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ  
ທາງການເງິນຂອງຄົນເຈັບ

ຮູບແບບ DOB: ດດ/ວວ/ປປປປ

## ກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ

ລາຍຊື່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທັງໝົດ, ວັນທີເດືອນປີເກີດຂອງພວກເຂົາ ແລະ ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ສະໝັກ.

ສະມາຊິກຜູ້ທີ 1

ວັນທີເດືອນປີເກີດ  /  /

ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ

ສະມາຊິກຜູ້ທີ 2

ວັນທີເດືອນປີເກີດ  /  /

ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ

ສະມາຊິກຜູ້ທີ 3

ວັນທີເດືອນປີເກີດ  /  /

ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ

ສະມາຊິກຜູ້ທີ 4

ວັນທີເດືອນປີເກີດ  /  /

ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ

ສະມາຊິກຜູ້ທີ 5

ວັນທີເດືອນປີເກີດ  /  /

ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານເປັນພົນລະເມືອງຂອງສະຫະລັດບໍ?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ບໍ່, ທ່ານເປັນຜູ້ອາໄສຖາວອນ, ແລະ ອາໄສຢູ່ໃນສະຫະລັດອາເມລິກາຢ່າງຖືກ  
ກົດໝາຍ\* ຫຼື ບໍ່

\*ຖ້າຄົນເຈັບເປັນຜູ້ທີ່ອາໄສຖາວອນ ໃຫ້ຈັດກຽມສຳເນົາເອກະສານຢ່າງເປັນ  
ທາງການ

## 2 ຂໍ້ມູນຂອງປະກັນໄພ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນີ້ກ່ຽວກັບການປະກັນຂອງຄົນເຈັບ

**ເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ:** ຖ້າມີ, ກະລຸນາສຳເນົາບັດປະກັນຂອງຄົນເຈັບ, ການແຈ້ງເຕືອນຈາກ Medicaid, ການແຈ້ງບໍລິການທີ່ບໍ່ຄວບຄຸມ, ເອກະສານທີ່ກ່ຽວກັບຂໍ້ຈຳກັດຂອງເຄືອຄ່າຍ. ສິ່ງທີ່ສົ່ງມາຈະຕ້ອງມີຊື່ຂອງຄົນເຈັບດ້ວຍ.

- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານໄດ້ສົ່ງໃບສະໝັກ Medicaid ພາຍໃນ 6 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາຫຼືບໍ່?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານມີໃບສະໝັກ Medicaid ທີ່ລໍຖ້າດຳເນີນການ ຫຼື ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຫຼືບໍ່?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ໃບສະໝັກ Medicaid ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ບໍ່?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານມີປະກັນສຸຂະພາບຫຼື ບໍ່?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ແຜນຂອງທ່ານຄວບຄຸມບໍລິການທີ່ Tufts Medicine ຫຼື ບໍ່?
- ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ບໍລິສັດປະກັນໄພຂອງທ່ານບໍ່ຄວບຄຸມບໍລິການສະເພາະດ້ານ ຫຼື ບໍ່?

ຖ້າມີ, ກະລຸນາອະທິບາຍ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ຂໍ້ມູນປະກັນໄພພື້ນຖານ

ຊື່ປະກັນໄພ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ປະກັນໄພ \_\_\_\_\_

ນະໂຍບາຍ/ID# \_\_\_\_\_

ກຸ່ມ# \_\_\_\_\_

ສະມາຊິກ \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງ ສະມາຊິກ   /  /          

ຄວາມສຳພັນກັບສະມາຊິກ \_\_\_\_\_

ຜູ້ຈ້າງງານສະມາຊິກ \_\_\_\_\_

ວັນທີ ທີ່ມີຜົນ   /  /          

### ຂໍ້ມູນປະກັນໄພສຳຮອງ

ຊື່ປະກັນໄພ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ປະກັນໄພ \_\_\_\_\_

ນະໂຍບາຍ/ID# \_\_\_\_\_

ກຸ່ມ# \_\_\_\_\_

ສະມາຊິກ \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງ ສະມາຊິກ   /  /          

ຄວາມສຳພັນກັບສະມາຊິກ \_\_\_\_\_

ຜູ້ຈ້າງງານສະມາຊິກ \_\_\_\_\_

ວັນທີ ທີ່ມີຜົນ   /  /

### 3 ຊັບສິນລວມ ແລະ ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນີ້ກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບ ແລະ ຊັບສິນສຳລັບຄົນເຈັບ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ ແຕ່ລະຄົນຕາມລາຍຊື່ສ່ວນທີ 1 ທີ່ໄດ້ເຮັດວຽກ. ກະລຸນາ ບອກລາຍໄດ້ລວມ ເຊິ່ງເປັນລາຍໄດ້ກ່ອນຫັກພາສີ ແລະ ການຫັກເງິນ.

ເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ: ກະລຸນາລວມເອກະສານທີ່ຍັງຍືນລາຍໄດ້ນີ້: ການຈ່າຍ, ພາສີລາຍຮັບ, ໃບແຈ້ງຍອດ W2, ໃບແຈ້ງຍອດທະນາຄານ, ໃບແຈ້ງຍອດນາຍໜ້າ ຫຼື ຫຼັກຖານອື່ນໆ.

ສ່ວນທີ 3 ສາມາດເວັ້ນວ່າງໄວ້ໄດ້ ຖ້າວ່າຄົນເຈັບ ແລະ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວບໍ່ມີລາຍຮັບ ຫຼື ຊັບສິນເລີຍ.

#### ລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວ

	ຄົນເຈັບ	ສະມາຊິກຄອບຄົວ 1	ສະມາຊິກຄອບຄົວ 2	ສະມາຊິກຄອບຄົວ 3	ສະມາຊິກຄອບຄົວ 4	(ໃຊ້ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກເທົ່ານັ້ນ)
ຄ່າຈ້າງ/ເງິນເດືອນ/ທິບ						
ເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ						
ປະກັນສັງຄົມ						
ຄ່າລ້ຽງລູກ+ຄ່າລ້ຽງດູ						
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກແບບອິດສະຫຼະ						
ລາຍຮັບຈາກດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນເຜີນ						
ເງິນບຳນານ						
IRA/ທຸ້ນ/ພັນທະບັດ						
ລາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົ່າ						
ການຊຳລະເງິນທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້						
ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ						
ຜົນປະໂຫຍດຂອງການເປັນນັກຮັບເກົ່າ						

#### ການຂາດລາຍໄດ້

ຖ້າທ່ານ **ບໍ່ມີລາຍໄດ້** ແລະ ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜຸນທາງການເງິນຈາກບຸກຄົນອື່ນ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ເຊັນຍັງຍືນໃນຄໍາຊີ້ແຈງຂ້າງລຸ່ມ.

ຊື່ຄົນເຈັບ \_\_\_\_\_  
 ເຊິ່ງປັດຈຸບັນບໍ່ມີລາຍໄດ້. ປັດຈຸບັນຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໜັບສະໜຸນລາວດ້ວຍອາຫານ, ທີ່ພັກ ແລະ ເສື້ອຜ້າທີ່ຈຳເປັນ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນແກ່ລາວເປັນຈຳນວນໂດຍສະເລ່ຍຕໍ່ເດືອນເປັນ \$ \_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜຸນ \_\_\_\_\_

ວັນທີ      /      /     

#### ຊັບສິນໃນຄອບຄົວ-ບັນຊີເຊັກ ແລະ ຝາກປະຢັດ.

ປະເພດຂອງບັນຊີ	ທະນາຄານ/ສະຖາບັນການເງິນ	ຍອດເງິນໃນບັນຊີ

ປະເພດຂອງບັນຊີ: ເຊັກ ຫຼື ປະຢັດ

**ຊັບສິນອື່ນໆ ທີ່ນັບໄດ້ໃນຄອບຄົວ**

ປະເພດຂອງບັນຊີ	ທະນາຄານ/ສະຖາບັນການເງິນ	ຍອດເງິນໃນບັນຊີ
ທຸ້ນ/ພັນທະບັດ		
ການຢັ້ງຢືນການຝາກ		
ການຝາກພັນທະບັດຂອງສະຫະລັດ		
ບັນຊີຝາກປະຢັດທາງດ້ານສຸຂະພາບ (HSA)		
ການຢັ້ງຢືນຝາກປະຢັດ		
Christmas ຫຼື Vacation Clubs		
ອື່ນໆ		

**4 ການຈ່າຍທາງການແພດ**

ສ່ວນນີ້ອາດບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບທ່ານ. ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃນສ່ວນນີ້ຖ້າທ່ານມີຄ່າປິ່ນປົວທີ່ສໍາຄັນ. ສະແດງລາຍການຄ່າປິ່ນປົວຈາກ Tufts Medicine ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆ. ອາດຂໍເອກະສານປະກອບໄດ້ແຕ່ບໍ່ຈໍາເປັນໃນເວລານີ້.

ຄ່າປິ່ນປົວ	ຈໍານວນ	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ເກີດຂຶ້ນຈັກເທື່ອ?	(ໃຊ້ສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກເທົ່ານັ້ນ)
		<input type="checkbox"/> ປະຈໍາອາທິດ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາເດືອນ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາປີ	
		<input type="checkbox"/> ປະຈໍາອາທິດ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາເດືອນ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາປີ	
		<input type="checkbox"/> ປະຈໍາອາທິດ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາເດືອນ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາປີ	
		<input type="checkbox"/> ປະຈໍາອາທິດ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາເດືອນ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາປີ	
		<input type="checkbox"/> ປະຈໍາອາທິດ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາເດືອນ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາປີ	
		<input type="checkbox"/> ປະຈໍາອາທິດ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາເດືອນ <input type="checkbox"/> ປະຈໍາປີ	

**ໜັງສືຮັບຮອງ-ຜູ້ສະໝັກທຸກທ່ານຈະຕ້ອງລົງລາຍເຊັນ**

ຂ້າພະເຈົ້າສາບານ (ຫຼື ຢັ້ງຢືນ) ວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນດ້ວຍຄວາມສາມາດ, ຄວາມຮູ້, ແລະ ຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢ່າງເຕັມຄວາມສາມາດ, ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງທີ່ຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ ຊັບພະຍາກອນທາງການເງິນ ຫຼື ຂໍ້ມູນອື່ນໆ ທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມ Tufts Medicine ພາຍໃນໜຶ່ງອາທິດ, ເຊິ່ງອາດສົ່ງຜົນຕໍ່ສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນ Tufts Medicine. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເຄຣດິດ ແລະ ຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນອື່ນໆ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຖືກອ້າງອີງເພື່ອຢັ້ງຢືນໃບແຈ້ງຍອດ ແລະ ການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂປຣແກມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າມີເວລາ 30 ວັນໃນການສົ່ງເອກະສານ ສະໝັບສະໜຸນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຈໍາເປັນເພື່ອພິຈາລະນາຮັບສ່ວນຫຼຸດ.

ຄໍາໃຫ້ການທີ່ຄົດໂກງໂດຍຄົນເຈັບ ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ ຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ໄປຍັງສໍານັກງານໄອຍະການ ສູງສຸດຂອງລັດ Massachusetts. ຄົນເຈັບທີ່ປອມແປງການສະໝັກໂຄງການຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການອີກຕໍ່ໄປ ແລະ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນເວລາທີ່ລົງທະບຽນໃນໂຄງການຢ້ອນຫຼັງຈົນເຖິງວັນທໍາອິດທີ່ມີການເອີ້ນເກັບເງິນເກີດຂຶ້ນພາຍໃຕ້ໂຄງການ

ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກ \_\_\_\_\_

ວັນທີ         /      /     

ຜູ້ສະໝັກທຸກທ່ານຈະຕ້ອງລົງລາຍເຊັນໃນໜັງສືຮັບຮອງເພື່ອປະກອບການພິຈາລະນາໃບສະໝັກ.