

**ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ/ການດູແລປັບປຸງເພື່ອການກຸສົນ**

ນີ້ແມ່ນຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ (ມີອີກຊື່ວ່າ ການດູແລປັບປຸງເພື່ອການກຸສົນ) ທີ່ Providence.

**ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ**

**ລັດກຳນົດໃຫ້ໂຮງໝໍທຸກແຫ່ງໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ້ຄືນ ແລະ ຄອບຄົວ**

ທີ່ມີຄຸນສົມບັດບາງເຖິງອັນໄຂດ້ານລາຍໄດ້. ທ່ານອາດຈະມີຄຸນສົມບັດຮັບການດູແລປັບປຸງໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ທີ່ມີສ່ວນຫຼຸດ ໂດຍອີງໃສ່ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ ແລະ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ ເຖິງວ່າທ່ານຈະມີປະກັນສຸຂະພາບກໍຕາມ. ເພື່ອເບິ່ງນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແລະ ຄຳແນະນຳຂອງພວກເຮົາ, ກະລຸນາໄປທີ່ເວັບໄຊຂອງລັດທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ຈາກ <https://www.providence.org/obp>.

**ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຄຸ້ມຄອງຫຍັງແດ່?**

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດຄຸ້ມຄອງການດູແລປັບປຸງທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍໜັງໃນບັນດາໂຮງໝໍ ຫຼື ຄລິນິກຂອງພວກເຮົາພາຍໃນອົງການຈັດຕັ້ງຂອງພວກເຮົາ ໂດຍຂຶ້ນກັບການມີສິດຂອງທ່ານ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນອາດຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບທັງໝົດ, ເຊິ່ງລວມເຖິງການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງການຈັດຕັ້ງອື່ນ.

**ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ:**

ນະໂຍບາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຂອງພວກເຮົາ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ເນື້ອໃນຄຳຮ້ອງແມ່ນຍັງມີໃຫ້ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຜ່ານທາງໂທລະສັບ.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບເຫດຜົນໃດໜຶ່ງ, ເຊິ່ງລວມທັງການຊ່ວຍເຫຼືອຕໍ່ຄວາມພິການ ຫຼື ດ້ານພາສາ ເອກະສານທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ແປແລ້ວແມ່ນມີໃຫ້ຕາມການສະເໜີຂໍ. ນີ້ຄືວິທີຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ:

<https://www.providence.org/obp>.

ຕົວແທນຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່: 503-215-7575 ຫຼື 855-229-6466

ວັນຈັນ-ວັນສຸກ 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ

ເພື່ອໃຫ້ມີການປະມວນຜົນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ**  
ຕົ້ນຈຳນວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ຄອບຄົວແມ່ນລວມເຖິງຄົນ ທີ່ມີສຳພັນທາງສາຍເລືອດ, ການແຕ່ງດອງ ຫຼື ການຮັບລ້ຽງ ທີ່ອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັນ)
- ສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ລວມຕໍ່ເດືອນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ**  
(ລາຍໄດ້ກ່ອນຫັກອາກອນ ແລະ ຫັກເງິນຕ່າງໆ) ໂດຍລວມເຖິງເຊັກເງິນຄ່າຈ້າງ, ແບບຟອມ W-2, ເອກະສານແຈ້ງເສຍອາກອນ, ໜັງສືມອບປະກັນສັງຄົມ ແລະ ໃບລາຍງານລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນ ແລະ ແຈ້ງ ແລະ ສະໜອງເອກະສານສຳລັບຊັບສິນ.<sup>1</sup> (ໃຫ້ເບິ່ງຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ທີ່ພາກສ່ວນລາຍໄດ້ ສຳລັບຕົວຢ່າງ)
- ແບບຕິດຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຫາກວ່າຈຳເປັນ**
- ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ແບບຟອມຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ**

**ໝາຍເຫດ:** ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ເລກປະກັນສັງຄົມ ເພື່ອທີ່ຈະສະໜັບສະໜູນຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ.

<sup>1</sup> ຍົກເວັ້ນກໍລະນີທີ່ອາດຈະຖືກຫ້າມໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດ, Providence ຈະເກັບກຳ ແລະ

ພິຈາລະນາຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຊັບສິນ ຕາມທີ່ຕ້ອງການໂດຍ Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)

ສຳລັບການລາຍງານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Medicare.

ຖ້າທ່ານເອົາເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ, ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານອາດຈະຖືກນຳໃຊ້ໃນການຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຂອງທ່ານ ຫຼື ນຳໃຊ້ເພື່ອຢັ້ງຢືນຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເລກປະກັນສັງຄົມ, ກະລຸນາໝາຍ “ບໍ່ມີ (not applicable)” ຫຼື “NA.”

**ສິ່ງຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບສຳເລັດ ພ້ອມທັງເອກະສານທັງໝົດໄປທີ່:** Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. ຢ່າລົມເກັບສຳເນົາໄວ້ສຳລັບຕົວທ່ານເອງ.

**ເພື່ອທີ່ຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບສຳເລັດດ້ວຍຕົວເອງ:** ນຳໄປຍື່ນທີ່ຫ້ອງການທີ່ປຶກສາດ້ານການເງິນຂອງໂຮງໝໍ (Hospital Financial Counselor's Office) ທີ່ໃກ້ທ່ານສຸດ. ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານກ່ຽວກັບການຕັດສິນການມີສິດ ແລະ ສິດໃນການອຸທອນ, ຖ້າຫາກວ່າກ່ຽວຂ້ອງ, ລະຫວ່າງ 14 ຫາ 30 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ປະກອບສຳເລັດ, ລວມທັງເອກະສານກ່ຽວກັບລາຍໄດ້.

ໂດຍການສິ່ງຄຳຮ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ, ທ່ານໃຫ້ຄຳຍິນຍອມຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ ເພື່ອເຮັດການສອບຖາມທີ່ຈຳເປັນ ເພື່ອຍື່ນຢັນຜົນທະດ້ານການເງິນ ແລະ ຂໍ້ມູນ.

**ພວກເຮົາຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ກະລຸນາສິ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໂດຍໄວ.  
ທ່ານອາດຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບສຳເລັດຂອງ  
ທ່ານ ແລະ ເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ  
ເວັ້ນແຕ່ວ່າຈະຖືກຫ້າມໂດຍກົດໝາຍການດູແລບັນບົວຂອງລັດຂອງທ່ານ.**

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ/ການດູແລປິ່ນປົວເພື່ອການກຸສົນ - ເປັນຄວາມລັບ  
ກະລຸນາຕົ້ມຂໍ້ມູນທັງໝົດໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າມັນບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ໃຫ້ຂຽນ "NA." ແບບຕົວໜ້າຂໍ້ມູນ ຖ້າຫາກວ່າຈໍາເປັນ.

**ຂໍ້ມູນການຄັດກອງ**

ທ່ານຕ້ອງການລ່າມແປພາສາບໍ່?  ຕ້ອງການ  ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຕ້ອງການ, ໃຫ້ລະບຸພາສາທີ່ຕ້ອງການ:

ຄົນເຈັບໄດ້ສະໜັກຂໍ Medicaid ບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຄົນເຈັບຕາບອດບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຄົນເຈັບພິການບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການບໍລິການສາທາລະນະຈາກລັດບໍ່ ເຊັ່ນ: TANF, Basic Food ຫຼື WIC?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ໃນປະຈຸບັນ ຄົນເຈັບແມ່ນເປັນຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຄວາມຕ້ອງການການດູແລປິ່ນປົວທາງການແພດຂອງຄົນເຈັບ ແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸປະຕິເຫດທາງລົດ ຫຼື ອາການບາດເຈັບຈາກການເຮັດວຽກບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

**ໝາຍເຫດ**

- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນວ່າ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຄັດເລືອກໃຫ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ເຖິງວ່າທ່ານຈະໄດ້ສະໜັກຂໍກໍຕາມ.
- ເມື່ອທ່ານສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ອາດຈະຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຫຼັກຖານກ່ຽວກັບລາຍໄດ້.
- ພາຍໃນ 14-30 ມື້ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ປະກອບສໍາເລັດ ແລະ ເອກະສານຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບກ່ຽວກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ.

**ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ ແລະ ຜູ້ສະໜັກຂໍ**

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ	ຊື່ກາງຂອງຄົນເຈັບ	ນາມສະກຸນຂອງຄົນເຈັບ
<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (ໃຫ້ລະບຸ _____)	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຄົນເຈັບ (ເລືອກຕອບໄດ້)
ບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນເຈັບ	ວັນເດືອນປີເກີດ
		ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກຕອບໄດ້)
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ		ໝາຍເລກຕິດຕໍ່ຫຼັກ ( ) _____ ( ) _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດ Zip

ສະຖານະການເຮັດວຽກຂອງຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄ່າບໍລິການ

ເຮັດວຽກ (ວັນທີເລີ່ມເຮັດວຽກ): \_\_\_\_\_  ຫວ່າງງານ (ຫວ່າງງານດົນບານໃດ): \_\_\_\_\_

ເຮັດວຽກຂອງຕົວເອງ  ນັກຮຽນ-ສຶກສາ  ພິການ  ບໍານານ  ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

**ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ**

ໃຫ້ລະບຸສະມາຊິກໃນຄອບຄົວໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ລວມທັງໄຕທ່ານ. “ຄອບຄົວ” ແມ່ນລວມເຖິງຄົນ ທີ່ມີສໍາພັນທາງສາຍເລືອດ, ການແຕ່ງດອງ ຫຼື ການຮັບລ້ຽງ ທີ່ອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັນ.

**ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ** \_\_\_\_\_

*ໃຫ້ແບບຕົວໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າຫາກວ່າຈໍາເປັນ*

ຊື່	ວັນເດືອນ ປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນກັບຄົນ ເຈັບ	ຖ້າ 18 ປີຂຶ້ນໄປ: ຊື່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ແຫ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້	ຖ້າ 18 ປີຂຶ້ນໄປ: ລາຍໄດ້ລວມທັງໝົດຕໍ່ ດືອນ (ກ່ອນຫັກອາກອນ):	ສະໜັກກໍານານຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນເຊັ່ນກັນບໍ່? ?
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ
					ແມ່ນ / ບໍ່ແມ່ນ

**ລາຍໄດ້ຂອງສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ແມ່ນຕ້ອງໄດ້ເປີດເຜີຍ. ຕົວຢ່າງ:**

**ແຫ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ແມ່ນລວມເຖິງ:**

ຄ່າຈ້າງ- ເງິນຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ຫວ່າງງານ-ຜູ້ເຮັດວຽກຂອງຕົວເອງ-ຜູ້ອອກແຮງງານ-ເງິນສີໜ້າບສະໜູນຄວາມພິການ-SSI- ເງິນສະໜັບສະໜູນລູກ/ຄູ່ສົມລົດ-ໂຄງການການສຶກສາການເຮັດວຽກ (ນັກສຶກສາ)- ລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນເປັນຕົວຢ່າງ-ຮຸ້ນ, ພັນທະບັດ, IRA, ເງິນທຶນຮ່ວມ, ລາຍໄດ້ຈາກຄ່າເຊົ່າ, ອື່ນໆ.

**ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ/ການດູແລປັບປຸງເພື່ອການກຸສົນ - ເບັນຄວາມລັບ**

**ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້**

*ສິ່ງທີ່ຄວນຈື່: ທ່ານຕ້ອງປະກອບຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ພ້ອມກັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ.*

ທ່ານຕ້ອງສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ການຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ແມ່ນຈໍາເປັນເພື່ອຕັດສິນການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. ສະມາຊິກໃນຄອບຄົບທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປຕ້ອງເປີດເຜີຍລາຍໄດ້ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະໜອງເອກະສານ, ທ່ານສາມາດສົ່ງຄໍາຖະແຫຼງທີ່ເຊັນແລ້ວ ທີ່ອະທິບາຍກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາສະໜອງຫຼັກຖານສໍາລັບແຫ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ທຸກບ່ອນທີ່ໄດ້ລະບຸ. ຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານຂອງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ແມ່ນປະກອບມີ:

- ຄໍາຖະແຫຼງກເງິນ "W-2"; ຫຼື
- ແຊັກຄ່າຈ້າງໃນປະຈຸບັນ (3 ເດືອນ); ຫຼື
- ເອກະສານແຈ້ງເສຍອາກອນລາຍໄດ້ຂອງປີທີ່ຜ່ານມາ, ລວມທັງກຳນົດການຕ່າງໆ ຖ້າຫາກວ່າກ່ຽວຂ້ອງ; ຫຼື
- ຄໍາຖະແຫຼງທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ເຊັນແລ້ວຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ພາກສ່ວນອື່ນໆ; ຫຼື
- ຄໍາຖະແຫຼງກ່ຽວກັບລາຍໄດ້ຈາກຊັບສິນ (ຮຸ້ນ, ພັນທະບັດ, IRA, ເງິນທຶນຮ່ວມ, ອື່ນໆ); ຫຼື
- ການອະນຸມັດ/ການປະຕິເສດການມີສິດຮັບເງິນທົດແທນການຫວ່າງງານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ ຫຼື ບໍ່ມີລາຍໄດ້, ກະລຸນາແນບຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມພ້ອມກັບຄໍາອະທິບາຍ.

**ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍຈ່າຍ**

*ພວກເຮົານໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອໃຫ້ມີພາບລວມທີ່ຊັດເຈນຂຶ້ນ ກ່ຽວກັບສະຖານະການດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.*

ລາຍຈ່າຍສໍາລັບການດໍາລົງຊີວິດທີ່ສໍາຄັນປະຈໍາເດືອນ:

ຄ່າເຊົ່າ/ຊອດຈໍາ	\$ _____	ລາຍຈ່າຍທາງການແພດ \$ _____
ປະກັນໄພທາງການແພດ	\$ _____	ເຄື່ອງສາທາລະນະປະໂພກ \$ _____
ໜີ້ສິນ/ລາຍຈ່າຍອື່ນໆ	\$ _____ (ເງິນສະໜັບສະໜູນລູກ, ເງິນກູ້, ຄ່າຢາ, ອື່ນໆ)	

**ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຊັບສິນ**

*ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກນໍາໃຊ້ຕາມນະໂຍບາຍຂອງພວກເຮົາ ແລະ ລະບຽບການຂອງລັດ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລປັບປຸງເທົ່ານັ້ນ ແລະ ຖືກເກັບກໍາ ແລະ ພິຈາລະນາຕາມທີ່ກຳນົດໂດຍ Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ສໍາລັບການລາຍງານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Medicare.*

ຍອດເງິນໃນບັນຊີເງິນຝາກທີ່ສາມາດໃຊ້ແຊັກຖອນໄດ້ໃນປະຈຸບັນ \$ _____ ຍອດເງິນໃນບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດໃນປະຈຸບັນ \$ _____	ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຊັບສິນເຫຼົ່ານີ້ບໍ່? ກະລຸນາໝາຍຊັບສິນທີ່ມີ <input type="checkbox"/> ຮຸ້ນ <input type="checkbox"/> ພັນທະບັດ <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດເພື່ອສຸຂະພາບ <input type="checkbox"/> ສິນເຊື້ອ <input type="checkbox"/> ສັງຫາລິມະສັບ (ຍົກເວັ້ນທີ່ຢູ່ອາໄສຫຼັກ) <input type="checkbox"/> ເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ
--	---

**ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ**

ກະລຸນາແນບຕິດໜ້າເພີ່ມເຕີມ ຖ້າມີຂໍ້ມູນອື່ນໆ ກ່ຽວກັບສະຖານະທາງການເງິນໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ເຊັ່ນ: ຄວາມລໍາບາກດ້ານການເງິນ, ລາຍຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຫຼາຍເກີນໄປ, ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການ ຫຼື ແບບຊົ່ວຄາວ ຫຼື ການຂາດທຶນສ່ວນຕົວ.

**ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຄົນເຈັບ**

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Providence ອາດຈະຍັງຍືນຂໍ້ມູນໂດຍການກວດສອບຂໍ້ມູນໜີ້ສິນ ແລະ ການຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການຕັດສິນການມີສິດຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ຫຼື ແຜນການຈ່າຍເງິນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຍືນຍັນວ່າ ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງແມ່ນແທ້ຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຊາບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂໍ້ມູນທາງການເງິນ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ ຖືກຕັດສິນວ່າບໍ່ມີຄວາມຈິງ, ຜົນໄດ້ຮັບອາດຈະເປັນການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບ ແລະ ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້.

---

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັກຂໍ

---

ວັນທີ