



ขั้นตอนการสมัคร Charity Care/Financial Assistance

คุณอาจสมัคร Financial Assistance ภายใน 1 ปีหลังจากได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล หรือได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก

Charity Care ให้สิทธิ์แก่ผู้พักอาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ที่ไม่มีประกันสุขภาพ มีประกันสุขภาพ หรือขาดคุณสมบัติในโปรแกรมต่าง ๆ ของรัฐและรัฐบาลกลาง

เพื่อให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คุณต้องผ่านเกณฑ์คัดเลือกทั้งด้านรายรับและสินทรัพย์

Charity Care ครอบคลุมเฉพาะบริการของโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถใช้โปรแกรมกับแพทย์หรือผู้ให้บริการรายอื่น ๆ ที่ออกใบเรียกเก็บเงินอิสระสำหรับบริการของตนเอง

- กรุณากรอกและลงลายมือชื่อในใบสมัคร (ถ้าคุณได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลของ Hackensack Meridian Health หลาย ๆ แห่ง คุณจะต้องลงลายมือชื่อในใบสมัครหนึ่งครั้งต่อโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่คุณเข้ารับบริการ)
- แนบสำเนาเอกสารที่จำเป็นทั้งหมด
- เอกสารทั้งหมดจะอ้างอิงตาม วันแรก ที่เข้ารับบริการ
- ถ้าคุณอายุ 21 ปีหรือมีอายุน้อยกว่าและเป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา พ่อแม่หรือผู้ปกครองของคุณต้องกรอกใบสมัครและยื่นเอกสารประกอบที่จำเป็น กรณายื่นหลักฐานแสดงสถานะนักศึกษาของคุณ และเอกสารรับการสนับสนุนทางการเงินจากสถาบันการศึกษาสำหรับภาคเรียนปัจจุบันและก่อนหน้า

ถ้าคุณมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับการสมัครหรือเอกสารที่จำเป็นในการสมัคร โปรดโทรติดต่อผู้ให้คำปรึกษาด้านการเงิน ณ โรงพยาบาลที่คุณรับบริการ

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 **(551) 996-4343**
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 **(201) 854-5092**
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 **(732) 321-7534**

สำหรับโรงพยาบาลด้านล่าง โปรดโทร **732-902-7080**

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกเราในการจัดการกับใบสมัครของคุณ

โปรดยื่นเฉพาะสำเนาเอกสารตามรายการด้านล่าง โดยเลือกตามสถานการณ์ของคุณ

ถ้าไม่ได้ยื่นเอกสารที่เหมาะสมตามรายการด้านล่าง หรือใบสมัครของคุณไม่สมบูรณ์

เราจะไม่สามารถจัดการกับใบสมัครของคุณได้ เอกสารที่จำเป็นทั้งหมดจะอ้างอิงตามวันที่เข้ารับบริการของคุณ วันที่เข้ารับบริการหมายถึงวันแรกที่คุณเข้าโรงพยาบาลจริง

เลขประจำตัวประชาชนสำหรับผู้ป่วย คู่สมรส และเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี และนักศึกษาแบบเต็มเวลาที่อายุ 21 ปี และอายุน้อยกว่า

- เลือกหนึ่งอย่างสำหรับสมาชิกครอบครัวของคุณแต่ละคน: ใบขับขี่ สูติบัตร บัตรประกันสังคม หนังสือเดินทาง

บัตรประกันสุขภาพ

- ถ่ายเอกสารหน้าและหลังบัตรประกันสุขภาพ

ใบแจ้งยอดเงินฝากจากธนาคาร/ใบแจ้งสินทรัพย์ที่แสดงยอดในวันที่คุณเข้ารับบริการ

- ใบแจ้งยอดบัญชีเดินสะพัด บัญชีสะสมทรัพย์ และบัญชีบัตรเครดิต
- อาจต้องมีคำอธิบายเกี่ยวกับเงินฝากที่เกินรายรับที่แจ้งไว้ของคุณ
- เอกสารปัจจุบันสำหรับ บัตรเงินฝาก (CD) บัญชีเงินบำนาญส่วนบุคคล (IRA) 401K หัก หรือพันธบัตรใด ๆ

หลักฐานแสดงรายรับสำหรับหนึ่งเดือนก่อนวันที่เข้ารับบริการ

- หลักฐานแสดงรายรับที่เป็นรายได้ ซึ่งรวมถึงเช็คเงินค่าจ้าง หรือรายงานการเงินแสดงรายได้ก่อนหักภาษีที่ลงลายมือชื่อด้วยบรรจุจากนายจ้างของคุณบนหัวข้อจดหมายของบริษัท
- ถ้าคุณประกอบอาชีพอิสระ จำเป็นต้องแจ้งบกำไรขาดทุนที่ลงลายมือชื่อโดยนักบัญชี พร้อมสำเนารายการเสียภาษีสำหรับปีก่อน ถ้าธุรกิจของคุณเป็นห้างหุ้นส่วนหรือบริษัท ให้ยื่นจดหมายจากนักบัญชีที่มีการถอนเงินเดือนรายสัปดาห์
- หลักฐานแสดงรายได้พิเศษ ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะเงินบำนาญหลังเกษียณ ค่าเลี้ยงดูบุตร ค่าอุปการะเลี้ยงดู เงินผลประโยชน์จากกระทรวงการทหารผ่านศึกสหรัฐ (VA) ใบแสดงผลประโยชน์ที่ได้รับจากประกันสังคม ใบแสดงรายได้เสริมความมั่นคง (SSI) สำหรับสมาชิกในครอบครัวทุกคน ประวัติการว่างงาน หรือคุณภาพของพลเมืองหรือการสนับสนุนทางการเงินอื่น ๆ

หลักฐานแสดงที่อยู่อาศัยก่อนวันที่เข้ารับบริการ

- ต้องแสดงที่อยู่ของที่พัก ไม่ใช่ที่อยู่ของตู้ ปณ.
- โปรดเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งจากตัวเลือกต่อไปนี้: ใบขับขี่ สำเนาสัญญาเช่า ใบเสร็จค่าสาธารณูปโภค จดหมายลงวันที่ที่มีชื่อและที่อยู่ของคุณ ซึ่งออกก่อนวันที่เข้ารับบริการ

การรับรองว่าถูกต้องเป็นจริงของผู้ป่วย: (ลงลายมือชื่อและวันที่ทั้งหมดที่มีผลบังคับใช้)

- การรับรองว่าถูกต้องเป็นจริงของคู่สมรสถ้าสมรสแล้ว (ลงลายมือชื่อและวันที่ทั้งหมดที่มีผลบังคับใช้)

ถ้าคุณไม่มีรายรับ ให้ยื่นจดหมายรับรองที่ลงลายมือชื่อโดยบุคคลที่คุณอาศัยด้วย (นอกจากคู่สมรส)

ซึ่งกำลังให้ความช่วยเหลือด้านการเงินกับคุณ

โปรดส่งใบสมัครและเอกสารของคุณทางจดหมายไปที่ที่อยู่ด้านบนที่คุณกำลังใช้สมัคร **Charity Care** (หมายเหตุ: **Charity Care** เป็นรูปแบบจำกัดโรงพยาบาล ดังนั้น ถ้าเข้ารับบริการจากหลาย ๆ แห่ง จำเป็นต้องส่งใบสมัครสำหรับแต่ละแห่ง)



โปรแกรมให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลของรัฐนิวเจอร์ซีย์
ใบสมัคร Charity Care

ใส่เครื่องหมายถูกสำหรับโรงพยาบาลทุกแห่งที่คุณได้รับบริการ:

- () HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH
() SOMC () RBMC () OBMC

ส่วนที่ I – ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้ป่วย (นามสกุล, ชื่อ, M.I.)		วันเกิด	
วันที่สมัคร	วันที่รับบริการ	ตั้งครรภ์? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	
ที่อยู่ของผู้ป่วย		หมายเลขโทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ ()	
เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์		*ขนาดครอบครัว	สถานะสมรส
คุณเป็นพลเมืองสหรัฐฯ ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ เป็นผู้มีถิ่นพำนักตามกฎหมายตั้งแต่: _____		คุณเป็นผู้พักอาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	
ชื่อผู้รับประกัน (ถ้ามี ผู้อื่นนอกเหนือจากผู้ป่วย)		ความคุ้มครองจากประกันสุขภาพ: <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ บริษัทประกัน _____ เลขที่กรมธรรม์: _____	
ชื่อสมาชิกในครอบครัว	ความสัมพันธ์	วันเกิด	ตั้งครรภ์ ใช่/ไม่ ความคุ้มครองจากประกัน มี/ไม่มี
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ส่วนที่ II- เกณฑ์สินทรัพย์

สินทรัพย์ซึ่งรวมถึง::

- A. บัญชีสะสมทรัพย์ _____
- B. บัญชีเดินสะพัด _____
- C. บัตรเงินฝาก / บัญชีเงินบำนาญส่วนบุคคล (IRA) _____
- D. กรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ (นอกเหนือจากที่อยู่อาศัยหลัก) _____
- E. สินทรัพย์อื่น ๆ 401K, หุ้น และตราสารหนี้ _____
- F. ยอดรวม _____

* *ขนาดของครอบครัวรวมตนเอง คู่สมรส และผู้เยาว์ใด ๆ หญิงตั้งครรภ์นับเป็นสมาชิกครอบครัวสองคน

ส่วนที่ III- เกณฑ์รายได้

เมื่อกำหนดคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล จะต้องใช้รายรับของผู้ป่วยและถ้ามีคู่สมรส ให้ใช้รายรับของคู่สมรสด้วย สำหรับผู้เยาว์ต้องใช้รายรับของพ่อแม่ หลักฐานแสดงรายรับต้องยื่นพร้อมกับใบสมัครนี้ รายรับจะอ้างอิงตาม การคำนวณรายรับแบบทั้งสิบสองเดือน สามเดือน หนึ่งเดือน หรือหนึ่งสัปดาห์ก่อนวันที่เข้ารับบริการ

ชื่อนายจ้าง:

รายได้รวม

\$

ที่มาของรายได้:

รายสัปดาห์ รายเดือน รายปี

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. เงินเดือน / ค่าจ้างก่อนหักส่วนลด _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ประชาสงเคราะห์ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ประกันสังคม / สวัสดิการทุพพลภาพ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. เงินชดเชยการว่างงานและลูกจ้าง _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. เงินผลประโยชน์ของทหารผ่านศึก _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. ค่าอุปการะเลี้ยงดู / ค่าเลี้ยงดูบุตร _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. การสนับสนุนทางการเงินอื่น ๆ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. เงินบำนาญ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. ประกัน หรือการชำระเงินรายปี _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. เงินปันผล / กำไร _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. รายรับจากค่าเช่า _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. รายได้ทางธุรกิจสุทธิ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. อื่น ๆ (เงินดำรงชีพจากการนัดหยุดประท้วง เงินค่าจ้างระหว่างเข้าอบรม)
เงินจัดสรรครอบครัวทหาร มรดกหรือกองทุนทรัพย์สิน) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ที่มาของรายได้อื่น ๆ _____

ส่วนที่ IV – การรับรองโดยผู้สมัคร

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าส่งให้ต้องมี การตรวจสอบความถูกต้องโดยสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและโดยรัฐบาลกลางหรือ รัฐบาลท้องถิ่น การสำแดงความเท็จเหล่านี้จะจะทำให้ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อข้อกล่าวหาจากโรงพยาบาลทั้งหมดภายใต้การลงโทษทางกฎหมายแพ่ง

ดังนั้น ถ้าสถานบริการสาธารณสุขร้องขอ ข้าพเจ้าจะสมัครขอรับความช่วยเหลือด้านการแพทย์ของรัฐบาลหรือเอกชนเพื่อชำระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลข้างต้นที่เกี่ยวข้องกับสถานะครอบครัว รายรับ และสินทรัพย์ของข้าพเจ้าเป็นจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีหน้าที่แจ้งให้โรงพยาบาลทราบการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในสถานะที่เกี่ยวข้องกับรายได้หรือสินทรัพย์ของข้าพเจ้า

ลายมือชื่อของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

วันที่

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น: ความรับผิดชอบ ไม่มีความคุ้มครองของประกันสุขภาพ _____ %

หลังจากความคุ้มครองของประกันสุขภาพ _____ %

วันที่อนุมัติ: _____ มีผลบังคับใช้: _____ สิ้นสุด: _____

ลายมือชื่อผู้ประเมิน: _____



การรับรองว่าถูกต้องเป็นจริงของผู้ป่วย

ลงลายมือชื่อด้านล่างรายการที่ตรงกับสถานการณ์ของคุณ:

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ณ วันที่ _____ ข้าพเจ้า ไม่ ได้รับความร้ายรับใด ๆ
วันที่

(ผู้ป่วย / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่
2. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้า ไม่มีสินทรัพย์ (บัญชีธนาคาร บัตรเงินฝาก (CD) ฯลฯ) ผ่านตัวข้าพเจ้าเองหรือบุคคลอื่นใด

(ผู้ป่วย / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่
3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็น ผู้ไร้บ้าน และเป็นผู้ไร้บ้านตั้งแต่ _____

(ผู้ป่วย / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่
4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้า ไม่มีความคุ้มครองด้านการแพทย์ ผ่านตัวข้าพเจ้าเองหรือบุคคลอื่นใดที่จะครอบคลุมจำนวนค้างชำระจากใบเรียกเก็บเงินของข้าพเจ้า

(ผู้ป่วย / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่

ต้องลงลายมือชื่อรับรองที่อยู่อาศัยโดยผู้ป่วย/ผู้ที่รับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็น/เคยเป็น ผู้พักอาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ณ เวลาที่ได้รับบริการ และข้าพเจ้ามีเจตนาที่จะเป็นผู้พักอาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ต่อไป

(ผู้ป่วย / ผู้ที่รับผิดชอบ)

ความสัมพันธ์

วันที่

6. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดที่มอบให้ในการรับรองครั้งนี้เป็นจริง สมบูรณ์ และถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

(ผู้ป่วย / ผู้ที่รับผิดชอบ)

ความสัมพันธ์

วันที่



การรับรองว่าถูกต้องเป็นจริงของคุณสมรส

ลงลายมือชื่อด้านล่างเฉพาะรายการที่ตรงกับสถานการณ์ของคุณ:

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ณ วันที่ _____ ข้าพเจ้า ไม่ ได้รับรายรับใด ๆ
วันที่

(คู่สมรส / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่
2. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้า ไม่มีสินทรัพย์ (บัญชีธนาคาร บัตรเงินฝาก (CD ฯลฯ) ผ่านตัวข้าพเจ้าเองหรือบุคคลอื่นใด

(คู่สมรส / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่
3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็น ผู้ไร้บ้าน และเป็นผู้ไร้บ้านตั้งแต่ _____

(คู่สมรส / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่
4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้า ไม่มีความคุ้มครองด้านการแพทย์ ผ่านตัวข้าพเจ้าเองหรือบุคคลอื่นใดที่จะครอบคลุม
จำนวนค่ารักษาจากใบเรียกเก็บเงินของข้าพเจ้า

(คู่สมรส / ผู้ที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่

ต้องลงลายมือชื่อรับรองที่อยู่อาศัยโดยผู้ป่วย/ผู้ที่รับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็น/เคยเป็น ผู้พักอาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ณ เวลาที่ได้รับบริการ
และข้าพเจ้ามีเจตนาที่จะเป็นผู้พักอาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ต่อไป

(คู่สมรส / ผู้ที่รับผิดชอบ)

ความสัมพันธ์

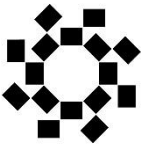
วันที่

6. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดที่มอบให้ในการรับรองครั้งนี้เป็นจริง สมบูรณ์
และถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

(คู่สมรส / ผู้ที่รับผิดชอบ)

ความสัมพันธ์

วันที่



จดหมายสนับสนุน

ผู้ป่วย:

วันที่:

วันเกิด:

วันที่เข้ารับบริการครั้งแรก:

ต้องการให้ครบถ้วนสมบูรณ์โดยบุคคลที่ให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยอยู่ ไม่รวมคู่สมรสที่อาศัยอยู่กับคุณ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แสดงด้านล่างเป็นจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่าการให้ข้อมูลอันเป็นเท็จหรือไม่ให้ข้อมูลที่ร้องขออย่างครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถถือเป็นเหตุฉ้อโกงและ Hackensack Meridian Health อาจดำเนินการทางกฎหมายใด ๆ ที่เหมาะสม

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าจะมีหน้าที่รับผิดชอบด้วยตนเองถ้าข้อมูลถูกปลอมแปลง ไม่สมบูรณ์ หรือด้วยวิธีการใด ๆ ที่เป็นการหลอกลวง

ใส่เครื่องหมายถูกรายการที่เกี่ยวข้อง:

- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นอาศัยอยู่กับข้าพเจ้า และอาศัยอยู่ตั้งแต่ (วันที่): _____
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นเคยเป็นผู้พักอาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ณ เวลาที่เข้ารับบริการ ไม่มีที่พักอาศัยในรัฐหรือประเทศอื่นใดและมีเจตนาในการอาศัยอยู่ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ต่อไป
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นไม่ได้รับความคุ้มครองโดยประกันสุขภาพประเภทใด ๆ รวมถึง Medicaid หรือ Medicare
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นเป็นผู้ว่างงาน ณ ขณะนี้และว่างงานอย่างน้อยหนึ่งเดือนก่อน วันที่เข้ารับบริการที่ระบุไว้ข้างต้น
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นไม่ได้รับสวัสดิการว่างงานหรือสวัสดิการประเภทอื่นใด (ทุพพลภาพ รายได้เสริมความมั่นคง (SSI) สวัสดิการ ฯลฯ)
- ข้าพเจ้ากำลังให้อาหารและที่พักแก่บุคคลที่มีชื่อข้างต้น
- ข้าพเจ้ากำลังให้เงินสดเป็นจำนวน \$ _____ ต่อเดือน แก่บุคคลที่มีชื่อข้างต้น
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นไม่ได้อาศัยอยู่กับข้าพเจ้าแต่ข้าพเจ้าให้การสนับสนุนในรูปแบบ:

ลายมือชื่อ

ความสัมพันธ์ของคุณกับบุคคลที่มีชื่อข้างต้น

ที่อยู่: _____

(เมือง)

(รัฐ)

(รหัสไปรษณีย์)

หมายเลขโทรศัพท์: _____