

ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម: _____ លេខគណនី: _____

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ឬអ្នកដាក់ពាក្យ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដប្រៃសណីយ៍: _____

ទូរស័ព្ទ: _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍: _____ លេខ SSN : _____

ផ្នែកខាងក្រោមនេះ ត្រូវតែបំពេញសម្រាប់ការពិចារណាលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សូមកត់សម្គាល់ថា អ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង ត្រូវតែចូលរួមជាមួយអ្នកលក់ដែលមានសិទ្ធិផ្តល់ធានារ៉ាប់រងរបស់យើងមុនពេលទទួលបានជំនួយ។

(រាយបញ្ជីឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ និងកូនក្នុងបន្ទុកក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ពួកគេ)

ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយនិងអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម	ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម	ប្រភពចំណូលឈ្មោះនិយោជក (សូមលើកឡើងប្រសិនបើអ្នកជានិស្សិតមហាវិទ្យាល័យ)
	ខ្លួនឯង				

1. ប្រសិនបើអ្នករាយការណ៍ថាចំណូលសរុបស្មើនឹងសូន្យ តើអ្នកទទួលបានការគាំទ្រដោយរបៀបណា? _____
2. តើអ្នកស្នាក់នៅក្នុងរដ្ឋណា នៅពេលដែលអ្នកមកជួបពិនិត្យជំងឺ? _____
3. តើអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយ MEDICAID ឬជំនួយពីខោនធីណាមួយដែរឬទេ? មិនបានដាក់ បានដាក់
(កាលបរិច្ឆេទ/រដ្ឋ _____)
4. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅចំកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មដែរឬទេ? មិនមាន មាន
(ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃកាតជាមួយពាក្យសុំនេះ)
5. តើកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មទាក់ទងនឹងឧបទ្វីបហេតុគ្រោះថ្នាក់រថយន្តដែរឬទេ? មិនទាក់ទង ទាក់ទង
(ឈ្មោះ/បណ្តឹងទាមទារសងប្រាក់ធានារ៉ាប់រង# _____)
6. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក មានគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំទេ? មិនមាន មាន (តម្លៃ _____)
7. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀតទេ? មិនមាន មាន (ប្រភេទ/តម្លៃ _____)
8. តើអ្នកមានផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន ឬជួលគេ? ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន ជួលគេ ផ្សេងទៀត (_____)

សម្រាប់ទ្រព្យចំណូលដែលមានរាយនៅខាងលើអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗ:

- (សូមពិនិត្យមើលសម្ភារដែលបានទទួល)
- មានការងារ = ចំណូល 3 ឬ 12 ខែ
 - ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង = បំពេញបែបបទពន្ធរួមទាំងកាលវិភាគ C
 - អត់ការងារធ្វើ = លិខិតអត្តប្រយោជន៍
 - ការគាំទ្រកុមារ = ឯកសារបង្គាប់ដោយតុលាការ
 - សន្តិសុខសង្គម = លិខិតអត្តប្រយោជន៍
 - ផ្សេងទៀត = ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ដូចជាភាគលាភ ការប្រាក់ ចំណូលពីការជួល
 - សោធននិវត្តន៍ ឬពិការភាព = លិខិតអត្តប្រយោជន៍
 - គណនីចរន្ត/សន្សំ = របាយការណ៍ 30 ថ្ងៃបច្ចុប្បន្នសម្រាប់គណនីនីមួយៗ

ការបញ្ជាក់: តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ចម្លើយនៅខាងលើពាក្យសុំនេះគឺជាការពិត។ ប្រសិនបើការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្តបន្ទាប់លើពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់បុគ្គលបង្ហាញថា ព័ត៌មានដែលផ្តល់ដោយបុគ្គលនោះមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពិត ការសម្រេចចិត្តផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចត្រូវបានដកវិញ ហើយភាគីដែលទទួលខុសត្រូវនឹងត្រូវទូទាត់វិក្កយបត្រ។ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំដាក់ស្នើ ត្រូវស្ថិតក្រោមការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាសន្តិវេទ្យរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងភ្នាក់ងាររាយការណ៍គណនានិងត្រូវត្រួតពិនិត្យឡើងវិញដោយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និង/ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងភ្នាក់ងារដទៃទៀតតាមការចាំបាច់។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើ ឬអ្នកគណនី: _____ ទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____
(ប្រសិនបើមិនមែនជាអ្នកជំងឺ)