

ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ឬឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ ហ្សឺប៊ិច៖ _____

ទូរស័ព្ទ៖ _____ ស្ថានភាពគ្រួសារ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម៖ _____
លេខគណនី៖ _____
CSN: _____
មន្ទីរពេទ្យ៖ _____

ផ្នែកខាងក្រោមនេះត្រូវតែបំពេញសម្រាប់ការពិចារណាលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សូមកត់សម្គាល់ថាអ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង ត្រូវតែចូលរួមជាមួយអ្នកលក់ដែលមានសិទ្ធិផ្តល់ធានារ៉ាប់រងរបស់យើងមុនពេលទទួលបានជំនួយ។ ការសម្រេចចិត្តនឹងត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំ និងការចូលរួមពេញលេញជាមួយអ្នកលក់របស់យើង

ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនងជាមួយនិងអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម	ចំណូលសរុបនៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម	ប្រភពនៃឈ្មោះនិយោជកចំណូល (សូមលើកឡើងប្រសិនបើអ្នកជានិស្សិតមហាវិទ្យាល័យ)
	ខ្លួនឯង				

1. ប្រសិនបើអ្នករាយការណ៍ថាចំណូលសរុបស្មើនឹងសូន្យ តើអ្នកទទួលបានការគាំទ្រដោយរបៀបណា? _____
2. តើអ្នកស្នាក់នៅក្នុងរដ្ឋណានៅពេលដែលអ្នកចូលមក? _____
3. តើអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំសេវា MEDICAID ឬជំនួយតាមមណ្ឌលណាមួយផ្សេងទៀតទេ?? ទេ បាទ (កាលបរិច្ឆេទ/រដ្ឋ _____)
4. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពចំពោះកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មទេ? មិនមាន មាន (ផ្តល់ច្បាប់ថតចំលងនៃប័ណ្ណភ្ជាប់ជាមួយពាក្យសុំនេះ)
5. តើកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មទាក់ទងទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ទេ? ទេ ទាក់ទង (ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង/ការទាមទារ # _____)
6. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក មានគណនីចរន្ត វិគណនីសន្សំទេ? មាន មិនមាន (តម្លៃ _____)
7. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក មានទ្រព្យផ្សេងទៀតទេ? មិនមាន មាន (ប្រភេទ/តម្លៃ _____)
8. តើអ្នកមានផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន ឬជួលផ្ទះ? ផ្ទាល់ខ្លួន ជួល ផ្សេងទៀត (_____)

សម្រាប់ទ្រព្យចំណូលដែលមានរាយនៅខាងលើអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗ៖

(សូមពិនិត្យមើលធាតុដែលបានទទួល)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> មានការងារ = ចំណូល 3 ឬ 12 ខែ <input type="checkbox"/> អត់ការងារធ្វើ = លិខិតអត្ថប្រយោជន៍ <input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គម = លិខិតអត្ថប្រយោជន៍ <input type="checkbox"/> សោធននិវត្តន៍ ឬពិការភាព = លិខិតអត្ថប្រយោជន៍ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង = បំពេញបែបបទពន្ធរួមទាំងកាលវិភាគ C <input type="checkbox"/> ការគាំទ្រកុមារ = ឯកសារបង្គាប់ដោយតុលាការ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត = ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ដូចជាភាគលាភ ការប្រាក់ ចំណូលពីការជួល <input type="checkbox"/> គណនីចរន្ត/សន្សំ = របាយការណ៍ 30 ថ្ងៃបច្ចុប្បន្នសម្រាប់គណនីនីមួយៗ |
|---|--|

ការបញ្ជាក់៖ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំធ្វើការនៅខាងលើពាក្យសុំនេះគឺជាការពិត។
 ប្រសិនបើការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្តបន្ទាប់លើពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់បុគ្គលបង្ហាញថាព័ត៌មានដែលផ្តល់ដោយបុគ្គលនោះមិនត្រឹមត្រូវឬមិនពិត ការសម្រេចចិត្តផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចត្រូវបានដកវិញ ហើយភាគីដែលទទួលខុសត្រូវនឹងត្រូវទូទាត់វិក្កយបត្រ។ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំដាក់ស្នើត្រូវស្ថិតក្រោមការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងភ្នាក់ងាររាយការណ៍គណនានិងត្រូវត្រួតពិនិត្យឡើងវិញដោយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និង/ ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងភ្នាក់ងារដទៃទៀតតាមការចាំបាច់។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើ ឬអ្នកតំណាង៖ _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
 (បើមិនមែនជាអ្នកជំងឺ)

ធ្វើពាក្យសុំ និងឯកសារដែលបានបំពេញចោលទៅ៖
 មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រប្រចាំតំបន់ Bon Secours Southside
 200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805