



ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំការថែទាំសប្បុរសធម៌/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - ជាការសម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើមិនពាក់ព័ន្ធ សូមសរសេរ "NA"។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។

ព័ត៌មាននៃការពិនិត្យវាយតម្លៃ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ បាទឬចាស សូមបញ្ជាក់ភាសាដែលពេញចិត្ត៖

តើអ្នកជំងឺបានដាក់ពាក្យសុំមុនវិធី Medicaid ដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ

តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាសាធារណៈរបស់រដ្ឋដូចជា TANF (កម្មវិធីជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត) Basic Food (អាហារមូលដ្ឋាន) ឬ WIC (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភពិសេសសម្រាប់ស្ត្រី ទារក និងកុមារ) ដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកជំងឺគ្មានទីជម្រកឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ

តើតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬរូបសនៅកន្លែងធ្វើការដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ

សូមចំណាំ

- យើងមិនអាចធានាថាអ្នកនឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះទេ ទោះបីជាអ្នកបានដាក់ពាក្យក៏ដោយ។
- នៅពេលដែលអ្នកធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នករួចរាល់ យើងអាចនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចនឹងស្នើសុំព័ត៌មានដែលបាត់បង់។
- ពាក្យសុំនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់លក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ទាំងការថែទាំសប្បុរសធម៌ (ការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ) និងការថែទាំបញ្ចុះតម្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកគ្រាន់តែដាក់ពាក្យសុំការថែទាំបញ្ចុះតម្លៃ អ្នកអាចនឹងទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុតិចជាងអ្វីដែលអាចមាននៅក្រោមការថែទាំសប្បុរសធម៌។

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ និងអ្នកដាក់ពាក្យ

នាមខ្លួនអ្នកជំងឺ		នាមកណ្តាលអ្នកជំងឺ		នាមត្រកូលអ្នកជំងឺ
☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ ផ្សេងទៀត (អាចបញ្ជាក់បាន) _____		ថ្ងៃខែ ឆ្នាំកំណើត _____		☐ នៅលីវ ☐ រៀបការរួច ☐ លែងលះគ្នា ☐ បែកគ្នាតាមផ្លូវច្បាប់ ☐ មេម៉ាយ ☐ ពោះម៉ាយ
មូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖		កាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវាកម្ម	លេខមកទទួលសេវា	វិធីទំនាក់ទំនងដែលពេញចិត្ត៖ ☐ អ៊ីមែល ☐ ទូរសព្ទ ☐ សំបុត្រ
អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់វិក្កយបត្រ		ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គម (ជាជម្រើស)
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ _____ _____ _____				លេខទំនាក់ទំនងចម្បង(ៗ) () _____ () _____ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ _____
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់		
ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់វិក្កយបត្រ ☐ មានការងារធ្វើ (កាលបរិច្ឆេទចូលធ្វើការ៖ _____)				

☐ គ្មានការងារធ្វើ (រយៈពេលអត់ការងារធ្វើ៖ _____)

☐ បុគ្គលស្វ័យនិយោជន៍ ☐ សិស្ស ☐ ជនពិការ ☐ ជនចូលនិវត្តន៍ ☐ ផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើផ្សេងទៀត សូមពន្យល់)៖ _____

ព័ត៌មានគ្រួសារ

សូមរាយនាមសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក រួមទាំងរូបអ្នកផងដែរ។

សម្រាប់អ្នកជំងឺនៅរដ្ឋ California និង Hawaii: គ្រួសារត្រូវបានកំណត់ថា៖ (i) សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ គឺប្តីឬប្រពន្ធ ដែលរួមរស់ក្នុងគ្រួសារ កូនក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬគ្រប់អាយុទាំងអស់ ប្រសិនបើមានពិការភាព ទោះបីជាវាស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬអត់ក៏ដោយ និង (ii) សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឬសម្រាប់កូនក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុពី 18 ដល់ 20 ឆ្នាំ គឺឪពុកឬម្តាយ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំ និងកូនផ្សេងទៀតដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬគ្រប់អាយុទាំងអស់ ប្រសិនបើមានពិការភាព របស់ឪពុកឬម្តាយ ឬសាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំ។

សម្រាប់អ្នកជំងឺនៅរដ្ឋ Oregon: គ្រួសារមានន័យថា៖

(A) បុគ្គលម្នាក់ឯង ឬ (B) ប្តីឬប្រពន្ធ ដែលរួមរស់ក្នុងគ្រួសារ ឬឪពុកឬម្តាយ និងកូនដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា និងបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលបុគ្គលម្នាក់ឯង ប្តីឬប្រពន្ធ ដែលរួមរស់ក្នុងគ្រួសារ ឬឪពុកឬម្តាយត្រូវទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។

ទំហំគ្រួសារ/ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ _____

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះនិយោជក ឬប្រភពចំណូល	ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ចំណូលសរុបប្រចាំខែ (មុនពេលកាត់ពន្ធ)៖	កំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែរឬទេ?
					បាទឬចាស / ទេ
					បាទឬចាស / ទេ
					បាទឬចាស / ទេ

ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារដែលជាមនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែប្រកាស។ ប្រភពចំណូលរួមមានជាអាទិ៍៖

- ប្រាក់ឈ្នួល - ប្រាក់ឧបត្ថម្ភភាពអត់ការងារធ្វើ - ប្រាក់ចំណូលពីការប្រកបអាជីវកម្មដោយខ្លួនឯង - សំណងកម្មករ
- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិការភាព - ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) - ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន/ប្តីឬប្រពន្ធ - កម្មវិធីសិក្សាបណ្តើរធ្វើការបណ្តើរ (សិស្ស)
- ប្រាក់សោធន - ការដកប្រាក់ពីគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់ _____)

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល

ចងចាំ៖ អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់ឯកសារបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានអំពីចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលត្រូវបានតម្រូវដើម្បីកំណត់លក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។

សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅត្រូវតែប្រកាសពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចដាក់លិខិតសរសេរដោយដៃដែលមានចុះហត្ថលេខាបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

ក្នុងគោលបំណងកំណត់លក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលនឹងត្រូវកំណត់ត្រឹមតែ៖

- បង្កាន់ដៃបើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ក្នុងគ្រួសារក្នុងរយៈពេល 6 ខែមុន ឬក្រោយពេលអ្នកជំងឺត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រលើកដំបូង (ឬមុនពេលទទួលសេវា នៅពេលដែលពាក្យសុំត្រូវបានដាក់) ឬ
- ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (ទម្រង់ 1040) សម្រាប់អ្នកជំងឺ និងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរួមរស់ក្នុងគ្រួសារ ពីឆ្នាំដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រលើកដំបូង ឬ 12 ខែមុនពេលអ្នកជំងឺត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រលើកដំបូង

អ្នកអាចដាក់ទម្រង់ផ្សេងទៀតនៃឯកសារបញ្ជាក់ចំណូលប្រសិនបើអ្នកចង់ ប៉ុន្តែ Adventist Health មិនទាមទារឯកសារបញ្ជាក់ចំណូលបន្ថែមឡើយ។ ជាឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកគ្មានឯកសារបញ្ជាក់ចំណូល ឬគ្មានចំណូល អ្នកអាចភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយដោយមានការអធិប្បាយពន្យល់។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់ភាគីទីបី

តើភាគីទីបីទទួលខុសត្រូវចំពោះសេវាកម្មរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ បាទឬចាស សូមបញ្ជាក់អំពីភាគីទីបីនោះ៖ _____

ព័ត៌មានអំពីការចំណាយ (ជាជម្រើស)

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីទទួលបានរូបភាពកាន់តែច្បាស់អំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ការចំណាយក្នុងគ្រួសារប្រចាំខែ៖

ថ្លៃជួលផ្ទះ/បង់រំលស់ផ្ទះ	\$ _____	ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	\$ _____
ថ្លៃធានារ៉ាប់រង	\$ _____	សេវាសាធារណៈប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ	\$ _____
បំណុល/ការចំណាយផ្សេងទៀត	\$ _____	(ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន កម្ចី ថ្នាំពេទ្យ ផ្សេងទៀត)	

ព័ត៌មានបន្ថែម (ជាជម្រើស)

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងបានដឹង ដូចជាការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រច្រើនហួសហេតុ ចំណូលតាមរដូវកាល ឬចំណូលបណ្តោះអាសន្ន ឬការបាត់បង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ថា Adventist Health អាចនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានឥណទាន និងទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងៗទៀត ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់លក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬផែនការបង់ប្រាក់។

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើគឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវតាមការដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យត្រូវបានរកឃើញថាមិនពិត នោះលទ្ធផលអាចនឹងមានការបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំអាចនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវ និងរំពឹងថានឹងត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ឱ្យ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

កាលបរិច្ឆេទ

របៀបដាក់ពាក្យ

សម្រាប់សំណួរ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (844-827-5047)

សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖	សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចតាមអ៊ីមែលទៅកាន់៖
Adventist Health, Attn: Patient Access 726 4th Street, Marysville, CA 95901	AHFinAsst@ah.org