***[Hospital/system name/logo]***

**ការថែទាំសប្បុរស/ការណែនាំពីទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហរិញ្ញវត្ថុ**

នេះគឺជាពាក្យសុំជំនួយហរិញ្ញវត្ថុ (ក៏ត្រូវបានស្គាល់ថាជាការថែទាំសប្បុរស) នៅ [*hospital or system name]*។

**រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនតម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់នូវជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដល**់មនុស្ស និងគ្រួសារដែលបំពេញបានតាមតម្រូវការប្រាក់ចំណូលជាក់ស្តែងនានា។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំឥតគិតថ្លៃ ឬកាត់បន្ថយតម្លៃដោយផ្អែកលើទំហំ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ *[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website].*

**តើជំនួយហរិញ្ញវត្ថុធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ?** ជំនួយហរិញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលផ្អែកលើមន្ទីរពេទ្យសមរម្យដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយ [*hospital/health system, clinics, etc]* ដោយផ្អែកលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហរិញ្ញវត្ថុអាចមិនធានារ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយថែទាំសុខភាពទាំងអស់ដែលរួមមានទាំងសេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយអង្គភាពផ្សេងទៀត។

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ៖** [*Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.*] អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ រួមទាំងពិការភាព និងជំនួយភាសា។

**ដើម្បីឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកអាចដំណើរការបាន អ្នកត្រូវ៖**

**□ ផ្ដល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក**

បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក (គ្រួសាររួមបញ្ចូលទាំងមនុស្សដែលជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬឬកូនសុំគេមកចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)

**□ ផ្ដល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែទាំងអស់របស់គ្រូសារអ្នក (ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និងការកាត់យក)**

**□ ផ្ដល់នូវឯកសារសម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ និងប្រកាសទ្រព្យសកម្ម**

**□ ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការ**

**□ ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទ**

**កំណត់សម្គាល់៖** **អ្នកមិនចំាបាច់ត្រូវផ្ដល់លេខសន្ដិសុខសង្គមដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយហរិញ្ញវត្ថុឡើយ។** ប្រសិនបើអ្នកផ្ដល់ឱ្យពួកយើងនូវលេខសន្ដិសុខសង្គម វានឹងជួយបន្ថែមល្បឿនដំណើរការនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។ លេខសន្ដិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្ដល់ឱ្យពួកយើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្ដិសុខសង្គម សូមគូសសម្គាល់ "មិនអាចអនុវត្តបាន" ឬ "មិនមាន"។

**ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរសារនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចជាមួយឯកសារទាំងអស់ទៅ៖** [*Hospital name and address]*។ ត្រូវប្រាកដថារក្សាច្បាប់ចម្លងមួយសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

**ដើម្បីប្រគល់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់៖** [*Department/office, address, hours, phone]*

យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នកនូវការសម្រេចចុងក្រោយនៃភាពមានសិទ្ធិទទួល និងសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បើអាច ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិននៃការទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ ដែលរួមទាំងឯកសារប្រាក់ចំណួល។

ដោយប្រគល់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្ដល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកឱ្យយើងធ្វើការសាកសួរចាំបាច់ដើម្បីបញ្ជាក់កាតព្វកិច្ច និងព័ត៌មានហរិញ្ញវត្ថុ។

**យើងចង់ជួយ។ សូមប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់!**

**អ្នកអាចទទួលវិក្កយបត្ររហូតទាល់តែយើងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក។**

***[Hospital/system name/logo]***

**ការថែទាំសប្បុរស/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហរិញ្ញវត្ថុ – ជាការសម្ងាត់**

*សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើវាមិនអនុវត្ត ចូរសរសេរ “មិនមាន”។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើចាំបាច់។*

|  |
| --- |
| **ការត្រួតពិនិត្យព័ត៌មាន** |
| តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរទេ? □ **បាទ/ចា៎ស □ ទេ**  *បើត្រូវការ ចូររាយភាសាដែលពេញចិត្ត៖* |
| តើអ្នកជម្ងឺបានដាក់ពាក្យសុំ Medicaid ដែរទេ? □ **បាទ/ចា៎ស □ ទេ**  *អាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំមុនពេលត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ជំនួយហរិញ្ញវត្ថុ* |
| តើអ្នកជម្ងឺទទួលបានសេវាសាធារណៈរដ្ឋ ដូចជា TANF អាហារមូលដ្ឋាន ឬ WIC ដែរទេ? □ **បាទ/ចា៎ស □ ទេ** |
| តើអ្នកជម្ងឺបច្ចុប្បន្នគ្មានផ្ទះសម្បែង? □ **បាទ/ចា៎ស □ ទេ** |
| តើសេចក្តីត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្រ្ដរបស់អ្នកជម្ងឺទាក់ទងទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់​រថយន្ត ឬការរងរបួសការងារ? □ **បាទ/ចា៎ស □ ទេ** |
| **សូមកត់ចំណាំ** |
| * យើងមិនអាចធានាថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហរិញ្ញវត្ថុ ទោះបីជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំក៏ដោយ។ * នៅពេលអ្នកផ្ញើពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងអាចត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល។ * ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច និងឯកសារ យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយ។ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ព័ត៌មានអំពីអ្នកជម្ងឺ និងពាក្យសុំ** | | | |
| ឈ្មោះរបស់អ្នកជម្ងឺ | ឈ្មោះកណ្ដាលរបស់អ្នកជម្ងឺ | | ត្រកូលរបស់អ្នកជម្ងឺ |
| □ ប្រុស □ ស្រី  □ ផ្សេងទៀត (អាចបញ្ជាក់ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | | លេខសន្ដិសុខសង្គមរបស់អ្នកជម្ងឺ (ស្រេចចិត្ត\*)  *\*ស្រេចចិត្ត ប៉ុន្ដែបានត្រូវការសម្រាប់ជំនួយសប្បុរសច្រើនទៀតពីលើតម្រូវការច្បាប់រដ្ឋ* |
| បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្រទូទាត់ | ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជម្ងឺ | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | លេខសន្ដិសុខសង្គម (ស្រេចចិត្ត\*)  *\*ស្រេចចិត្ត ប៉ុន្ដែបានត្រូវការសម្រាប់ជំនួយសប្បុរសច្រើនទៀតពីលើតម្រូវការច្បាប់រដ្ឋ* |
| អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ទីក្រុង រដ្ឋ កូដតំបន់ | | | លេខទំនាក់ទំនងសំខាន់(នានា)  ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ស្ថានភាពការងារនៃបុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្រទូទាត់  □ **មានការងារធ្វើ** (កាលបរិច្ឆេទនៃការជួល៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ **គ្មានការងារធ្វើ** (យូរប៉ុណ្ណាដែលគ្មានការងារធ្វើ៖\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  □ **ធ្វើការឱ្យផ្ទាល់ខ្លួន**  □ **សិស្ស**  □ **ជនពិការ**  □ **ចូលនិវត្តន៍**  □ **ផ្សេងទៀត (\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ** | | | | | |
| រាយសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នក។ “គ្រួសារ” រួមទាំងមនុស្សជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬឬកូនសុំគេមកចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។  **ទំហំគ្រួសារ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមបើត្រូវការ* | | | | | |
| ឈ្មោះ | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជម្ងឺ | បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះនិយោជក(នានា) ឬប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល | បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបទាំងអស់ (មុនពេលបង់ពន្ធ)៖ | កំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ? |
|  |  |  |  |  | បាទ/ចា៎ស / ទេ |
|  |  |  |  |  | បាទ/ចា៎ស / ទេ |
|  |  |  |  |  | បាទ/ចា៎ស / ទេ |
|  |  |  |  |  | បាទ/ចា៎ស / ទេ |
| **ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបានបង្ហាញ។ ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរួមទាំង ឧទាហរណ៍៖**  - ប្រាក់ឈ្នួល - ការមិនមានការងារធ្វើ - ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង - សំណងរបស់កម្មករ - ពិការភាព - SSI - ការគាំទ្រកុមារ/ប្តី ឬប្រពន្ធ  - កម្មវិធីសិក្សាការងារ (សិស្ស-និស្សិត) - សោធននិវត្តន៍ - វិភាគទានគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (*សូមពន្យល*់\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | |

***[Hospital/system name/logo]***

**ការថែទាំសប្បុរស/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហរិញ្ញវត្ថុ – ជាការសម្ងាត់**

|  |
| --- |
| **ព័ត៌មានពីប្រាក់ចំណូល** |
| **ត្រូវចងចាំ**៖ *អ្នកត្រូវតែរាប់បញ្ចូលទាំងភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។* |
| **អ្នកត្រូវតែផ្តល់នូវព័ត៌មានស្តីពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលត្រូវបានតម្រូវឱ្យកំណត់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។**  **សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅត្រូវតែបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់នូវឯកសារ អ្នកអាចប្រគល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពិពណ៌នាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់នូវភស្តុតាងសម្រាប់ប្រភពប្រាក់ចំណូលនីមួយៗដែលបានកំណត់អត្តសញ្ញាណ។**  **ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងប្រាក់ចំណូលរួមមាន៖**   * សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលរក្សាទុក "W-2" ឬ * កន្ទុយសំបុត្របង់ប្រាក់បច្ចុប្បន្ន (*ចាំបាច់ជាអប្បបរមា មិនលើសពី 3 ខែ*); ឬ * ប្រាក់សំណងពន្ធលើប្រាក់ចំណូលនៃឆ្នាំមុន ដែលរួមទាំងកាលវិភាគ បើអាច ឬ * សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីនិយោជក ឬអ្នកដទៃ ឬ * ការអនុម័ត/ការបដិសេធនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid និង/ឬជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋ ឬ * ការអនុម័ត/ការបដិសេធនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសំណងលើការគ្មានការងារធ្វើ។   ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល ឬគ្មានប្រាក់ចំណូល សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយសន្លឹកជាមួយនឹងការពន្យល់។ |

|  |
| --- |
| **ព័ត៌មានពីការចំណាយ** |
| *យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីទទួលរូបភាពពេញលេញបន្ថែមទៀតនៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។* |
| ការចំណាយរបស់គ្រួសារប្រចាំខែ៖  ថ្លៃឈ្នួល/ប្រាក់បញ្ចាំ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ការចំណាយវេជ្ជសាស្រ្ត $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ សេវាសាធារណៈ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  បំណុល/ការចំណាយផ្សេងៗ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ការគាំទ្រលើកុមារ កម្ចី ការប្រើឱសថ ផ្សេងទៀត*) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ព័ត៌មានពីទ្រព្យសកម្ម** | |
| *ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកគឺលើពី 101% នៃគោលការណ៍ណែនាំភាពក្រីក្រងសហព័ន្ធ។* | |
| សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀតទាំងនេះដែរទេ?  **សូមគូសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត**  □ ភាគហ៊ុន □ សញ្ញាប័ណ្ណ □ 401K □ គណនី(នានា)សន្សំសុខភាព □ គ្រឹស្ថ(នានា)  □ ទ្រព្យសម្បត្តិ (មិនរាប់បញ្ចូលនិវេសនដ្ឋានចម្បង) □ ជាម្ចាស់អាជីវកម្ម |

|  |
| --- |
| **ព័ត៌មានបន្ថែម** |
| សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយសន្លឹក បើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលអ្នកចង់ឱ្យពួកយើងដឹង ដូចជា ភាពលំបាកនៃហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយវេជ្ជសាស្រ្តលើសលប់ ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវ ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ផ្ទាល់ខ្លួន។ |

|  |
| --- |
| **កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជម្ងឺ** |
| ខ្ញុំយល់ថា [*Hospital/system Name*] អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានឥណទាន និងដោយទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀតដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងទូទាត់។  ខ្ញុំអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា បើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់គឺត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត លទ្ធផលអាចជាការបដិសេធនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ នោះខ្ញុំអាចត្រូវទទួលខុសត្រូវ និងរំពឹងឱ្យបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យ។  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ កាលបរិច្ឆេទ |