

### ការថែទាំសប្បុរស/ការណែនាំពីទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ក៏ត្រូវបានស្គាល់ថាជាការថែទាំសប្បុរស) នៅ [hospital or system name]។

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

**តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ?** ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលផ្អែកលើមន្ទីរពេទ្យសមរម្យដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយ [hospital/health system, clinics, etc] ដោយផ្អែកលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិនធានារ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយថែទាំសុខភាពទាំងអស់ដែលរួមមានទាំងសេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយអង្គការផ្សេងទៀត។

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

**ដើម្បីឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកអាចដំណើរការបាន អ្នកត្រូវ៖**

- ផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក  
បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក (គ្រួសាររួមបញ្ចូលទាំងមនុស្សដែលជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬប្តីកូនសុំគេមកចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)
- ផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែទាំងអស់របស់គ្រួសារអ្នក (ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និងការកាត់យក)
- ផ្តល់នូវឯកសារសម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ និងប្រកាសទ្រព្យសកម្ម
- ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការ
- ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទ

**កំណត់សម្គាល់៖** អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គម វានឹងជួយបន្ថែមល្បឿនដំណើរការនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។ លេខសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យពួកយើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម សូមគូសសម្គាល់ "មិនអាចអនុវត្តបាន" ឬ "មិនមាន"។

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

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

យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នកនូវការសម្រេចចុងក្រោយនៃភាពមានសិទ្ធិទទួល និងសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បើអាច ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិននៃការទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ ដែលរួមទាំងឯកសារប្រាក់ចំណូល។

ដោយប្រគល់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកឱ្យយើងធ្វើការសាកសួរចាំបាច់ដើម្បីបញ្ជាក់ភាពពិត និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

**យើងចង់ជួយ។ សូមប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់!**  
**អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្ររហូតទាល់តែយើងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក។**

**ការថែទាំសប្បុរស/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - ជាការសម្ងាត់**

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើមានអនុវត្ត ចូរសរសេរ "មិនមាន" ។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើចាំបាច់។

**ការត្រួតពិនិត្យព័ត៌មាន**

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើត្រូវការ ចូររាយការណ៍ដែលពេញចិត្ត៖

តើអ្នកជម្ងឺបានដាក់ពាក្យសុំ Medicaid ដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ អាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំមុនពេលត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

តើអ្នកជម្ងឺទទួលបានសេវាសាធារណៈរដ្ឋ ដូចជា TANF អាហារមូលដ្ឋាន ឬ WIC ដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកជម្ងឺបច្ចុប្បន្នគ្មានផ្ទះសំបែង?  បាទ/ចាស  ទេ

តើសេចក្តីត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជម្ងឺទាក់ទងទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត ឬការងាររបស់អ្នកដែរ?  បាទ/ចាស  ទេ

- សូមកត់ចំណាំ**
- យើងមិនអាចធានាថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ទោះបីជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំក៏ដោយ។
  - នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងអាចត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬក៏ស្តាប់នៃប្រាក់ចំណូល។
  - ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច និងឯកសារ យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយ។

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកជម្ងឺ និងពាក្យសុំ**

ឈ្មោះរបស់អ្នកជម្ងឺ	ឈ្មោះកណ្តាលរបស់អ្នកជម្ងឺ	ត្រកូលរបស់អ្នកជម្ងឺ
<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (អាចបញ្ជាក់ _____)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	<b>លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជម្ងឺ (ស្រេចចិត្ត*)</b>
បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្រទូទាត់	ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជម្ងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
		<b>លេខសន្តិសុខសង្គម (ស្រេចចិត្ត*)</b>
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ		លេខទំនាក់ទំនងសំខាន់ (នានា)
_____		( ) _____
_____		( ) _____
_____		អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដតំបន់
ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកជម្ងឺដែលទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្រទូទាត់		
<input type="checkbox"/> មានការងារធ្វើ (កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្តល់៖ _____) <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ (យូរប៉ុណ្ណាដែលគ្មានការងារធ្វើ៖ _____)		
<input type="checkbox"/> ធ្វើការឱ្យផ្ទាល់ខ្លួន <input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> ជនពិការ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (_____ )		

**ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ**

រាយសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នក។ "គ្រួសារ" រួមទាំងមនុស្សជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬប្តីកូនសុំគេមកចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

**ទំហំគ្រួសារ \_\_\_\_\_ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមបើត្រូវការ**

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជម្ងឺ	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះ និងយោជក(នានា) ឬប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបទាំងអស់ (មុនពេលបង់ពន្ធ)៖	កំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ?
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបានបង្ហាញ។ ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរួមទាំង ឧទាហរណ៍៖

- ប្រាក់ចំណូល - ការមិនមានការងារធ្វើ - ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង - សំណងរបស់កម្មករ - ពិការភាព - SSI - ការគាំទ្រកុមារ/ប្តី ឬប្រពន្ធ

- កម្មវិធីសិក្សាការងារ (សិស្ស-និស្សិត) - សោធននិវត្តន៍ - វិភាគទានគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់ \_\_\_\_\_)

ការថែទាំសប្បុរស/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ – ជាការសម្ងាត់

ព័ត៌មានពីប្រាក់ចំណូល

ត្រូវចងចាំ៖ អ្នកត្រូវតែរាប់បញ្ចូលទាំងភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់នូវព័ត៌មានស្តីពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលត្រូវបានតម្រូវឱ្យកំណត់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅត្រូវតែបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់នូវឯកសារ អ្នកអាចប្រគល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពិពណ៌នាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់នូវភស្តុតាងសម្រាប់ប្រភពប្រាក់ចំណូលនីមួយៗដែលបានកំណត់អត្តសញ្ញាណ។

ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងប្រាក់ចំណូលមាន៖

- 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

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីទទួលបានភាពពេញលេញបន្ថែមទៀតនៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ការចំណាយរបស់គ្រួសារប្រចាំខែ៖

ថ្លៃឈ្នួល/ប្រាក់បញ្ចាំ	\$ _____	ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ	\$ _____
បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង	\$ _____	សេវាសាធារណៈ	\$ _____
បំណុល/ការចំណាយផ្សេងៗ	\$ _____	( ការគាំទ្រលើកុមារ កម្មី ការប្រើឱសថ ផ្សេងទៀត )	

ព័ត៌មានពីទ្រព្យសកម្ម

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកគឺលើពី 101% នៃគោលការណ៍ណែនាំភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ។

សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន	តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀតទាំងនេះដែរទេ? <b>សូមគូសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត</b> <input type="checkbox"/> ភាគហ៊ុន <input type="checkbox"/> សញ្ញាប័ណ្ណ <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> គណនី (នានា) សន្សំសុខភាព <input type="checkbox"/> គ្រីស្ទ (នានា) <input type="checkbox"/> ទ្រព្យសម្បត្តិ (មិនរាប់បញ្ចូលនិវេសន៍ដ្ឋានចម្បង) <input type="checkbox"/> ជាម្ចាស់អាជីវកម្ម
\$ _____	
សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន	
\$ _____	

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយសន្លឹក បើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកដែលអ្នកចង់ឱ្យពួកយើងដឹង ដូចជា ភាពលំបាកនៃហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រលើសលប់ ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវ ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជម្ងឺ

ខ្ញុំយល់ថា [Hospital/system Name] អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានឥណទាន និងដោយទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀតដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងទូទាត់។

ខ្ញុំអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា បើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់គឺត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត លទ្ធផលអាចជាការបដិសេធនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ នោះខ្ញុំអាចត្រូវទទួលខុសត្រូវ និងរំពឹងឱ្យបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យ។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ កាលបរិច្ឆេទ