



ការថែទាំសប្បុរស/ការណែនាំពីទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ក៏ត្រូវបានស្គាល់ថាជាការថែទាំសប្បុរស) នៅ CHI Franciscan Health។

រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន តម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដល់មនុស្ស និងគ្រួសារដែលបំពេញបានតាមតម្រូវការប្រាក់ចំណូលជាក់ស្តែងនានា។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំឥតគិតថ្លៃ ដោយផ្អែកលើទំហំ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ គឺត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យគ្រួសារដែលមានប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំដែលតិចជាង ឬស្មើនឹង 300% នៃមត្រិតម្រូវការរដ្ឋបាលសហព័ន្ធ ដូចបានសម្រេចដោយគោលការណ៍ណែនាំ បានបោះពុម្ពប្រចាំឆ្នាំដោយ ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ។ ការតភ្ជាប់ទៅគោលការណ៍ណែនាំ៖ <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> <https://www.chifranciscan.org/Billing-and-Finances/Financial-Assistance-and-Discounts/>

តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ? ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យរ៉ាប់រងលើសេវាដែលផ្អែកលើមន្ទីរពេទ្យសមរម្យ ដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយ CHI Franciscan Health ដោយអាស្រ័យលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិនរ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយថែទាំសុខភាពទាំងអស់ ដែលរួមមានទាំងសេវាផ្សេងៗ ដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយអង្គការផ្សេងៗទៀតឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ៖ សូមមើលការិយាល័យសិទ្ធិទទួល និងសេវាការចុះឈ្មោះ នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ 844-286-5546។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ រួមទាំងពិការភាព និងជំនួយភាសា។

ដើម្បីឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកអាចដំណើរការបាន អ្នកត្រូវតែ៖

- ផ្តល់ឱ្យយើង នូវព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក
បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក (គ្រួសាររួមបញ្ចូលទាំងមនុស្សដែលជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬប្តីកូនសុំគេមកចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)
- ផ្តល់ឱ្យយើង នូវព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែទាំងអស់របស់គ្រួសារអ្នក (ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និងការកាត់យក)
- ផ្តល់ឯកសារសម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ
- ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការ
- ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទ

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងលេខសន្តិសុខសង្គមវានឹងជួយបន្ថែមល្បឿនដំណើរការនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។ លេខសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ សូមគូសសម្គាល់ "មិនពាក់ព័ន្ធ" ឬ "NA"។

ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរសារនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច ជាមួយឯកសារទាំងអស់ទៅអាសយដ្ឋាននៅខាងក្រោម។ ត្រូវប្រាកដថាពាក្យច្បាប់ចម្លងមួយសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

St. Joseph Medical Center
1717 South J Street
MS 10-30
Tacoma, WA 98405

ទូរសារ៖ (253) 396-6746

ដើម្បីប្រគល់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នក ដោយផ្ទាល់ ទៅជួបផ្នែកសិទ្ធិទទួល និងសេវាការចុះឈ្មោះ នៃមន្ទីរ CHI Franciscan Health តាមមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នកនូវការសម្រេចចុងក្រោយនៃភាពមានសិទ្ធិទទួល និងសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បើអាច ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិននៃការទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ ដែលរួមទាំងឯកសារប្រាក់ចំណូល។ តាមការប្រគល់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកឱ្យយើង ដើម្បីធ្វើការសាកសួរចាំបាច់ បញ្ជាក់ពីភាពពិត និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

យើងចង់ជួយ។ សូមប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់!
អ្នកអាចទទួលបានការបញ្ជាក់ទាល់តែយើងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក។



ការថែទាំសប្បុរស/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ – ជាការសម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើមានពាក់ព័ន្ធ ចូរសរសេរ “NA” ។ 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
- តើសេចក្តីត្រូវការការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជម្ងឺ ទាក់ទងទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់វាយប្រហែល ឬការងាររបស់អ្នកដែរ? បាទ/ចាស ទេ

សូមកត់ចំណាំ

- យើងមិនអាចធានាថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ទោះបីជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងអាចត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬកស្មុតាងនៃប្រាក់ចំណូល។
- ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យសុំដែលបានបំពេញ និងឯកសារ យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយ។

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជម្ងឺ និងពាក្យសុំ

នាមខ្លួនរបស់អ្នកជម្ងឺ	នាមកណ្តាលរបស់អ្នកជម្ងឺ	នាមត្រកូលរបស់អ្នកជម្ងឺ
<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (អាចបញ្ជាក់ _____)	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជម្ងឺ (ស្រេចចិត្ត*) <small>*ស្រេចចិត្ត ប៉ុន្តែត្រូវការសម្រាប់ជំនួយសប្បុរសច្រើនទៀត ពីលើកម្រិតការច្បាប់រដ្ឋ</small>
បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវការបង់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជម្ងឺ	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ _____ _____		លេខទំនាក់ទំនងសំខាន់ៗ () _____ () _____
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
		អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល _____

ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកជម្ងឺ ឬបុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវការបង់វិក្កយបត្រ

មានការងារធ្វើ (កាលបរិច្ឆេទនៃការចូល៖ _____) គ្មានការងារធ្វើ យូរប៉ុណ្ណាដែលគ្មានការងារធ្វើ៖ _____

ធ្វើការឱ្យផ្ទាល់ខ្លួន សិស្ស ជនពិការ ចូលនិវត្តន៍ ផ្សេងទៀត (_____)

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

រាយសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នក។ “គ្រួសារ” រួមទាំងមនុស្សជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬប្រកូលស្មោះចិត្តដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ _____ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមបើត្រូវការ

ឈ្មោះ	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជម្ងឺ	បើអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង៖ ឈ្មោះនិយោជក ឬប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល	បើអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង៖ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបទាំងអស់ (មុនពេលបង់ពន្ធ)៖	តើកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុ ផងដែរឬទេ?
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបានបង្ហាញ។ ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរួមទាំង ឧទាហរណ៍៖

- ប្រាក់ឈ្នួល - ការមិនមានការងារធ្វើ - ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង - សំណងរបស់កម្មករ - ពិការភាព - SSI - ការគាំទ្រកុមារ/ប្តី ឬប្រពន្ធ
- កម្មវិធីសិក្សាការងារ (សិស្ស-និស្សិត) - សោធននិវត្តន៍ - វិភាគទានគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់ _____)



ការថែទាំសប្បុរស/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - ជាការសម្ងាត់

ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

ត្រូវចងចាំ៖ អ្នកត្រូវតែរាប់បញ្ចូលទាំងកស្មតាងនៃប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលត្រូវបានតម្រូវឱ្យកំណត់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់មានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ត្រូវតែបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលរបស់គេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់នូវឯកសារបានទេ អ្នកអាចប្រគល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពិពណ៌នាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់នូវកស្មតាងសម្រាប់ប្រភពប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ ដែលបានកត់សម្គាល់។ ឧទាហរណ៍នៃកស្មតាងប្រាក់ចំណូលរួមមាន៖

- សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលរក្សាទុក "W-2"; ឬ
- កន្ទុយសំបុត្របើកប្រាក់បច្ចុប្បន្ន (1 ខែ); ឬ
- ប្រាក់សំណងពន្ធលើប្រាក់ចំណូលនៃឆ្នាំមុន ដែលរួមទាំងកាលវិភាគ បើអាច; ឬ
- សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ពីនិយោជក ឬអ្នកដទៃ; ឬ
- ការអនុម័ត/ការបដិសេធនូវភាពមានសិទ្ធិទទួល Medicaid និង/ឬ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋ; ឬ
- ការអនុម័ត/ការបដិសេធនូវភាពមានសិទ្ធិទទួល សំណងលើការគ្មានការងារធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកស្មតាងនៃប្រាក់ចំណូល ឬគ្មានប្រាក់ចំណូលទេ សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយសន្លឹកជាមួយនឹងការពន្យល់។

ព័ត៌មានការចំណាយ

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះ គឺដើម្បីទទួលបានភាពពេញលេញបន្ថែមទៀត នៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ការចំណាយរបស់គ្រួសារប្រចាំខែ៖

ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/ប្រាក់បុល	\$ _____	ការចំណាយថ្លៃពេទ្យ	\$ _____
ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង	\$ _____	ទឹកភ្លើង	\$ _____
បំណុល/ការចំណាយផ្សេងៗ	\$ _____	(ការគាំទ្រកុមារ ប្រាក់កម្ចី ការប្រើឱសថ ផ្សេងទៀត)	

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយសន្លឹក បើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងដឹង ដូចជា ភាពលំបាកនៃហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយថ្លៃពេទ្យលើសលប់ ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវ ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

លេខគណនី

លេខគណនី: _____

កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជម្ងឺ

ខ្ញុំយល់ថា CHI Franciscan Health អាចនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាន ដោយពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានឥណទាន និងដោយទទួលព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងៗទៀត ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងការបង់ប្រាក់។

ខ្ញុំអះអាងថា ព័ត៌មាននៅខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ តាមចំណេះដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា បើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់ ត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត លទ្ធផលអាចជាការបដិសេធនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំអាចនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវ និងពិន័យឱ្យបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យ។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ