

## ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham

សូមបោះពុម្ព និងបំពេញផ្នែកទាំងអស់នៃពាក្យនេះដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ពាក្យនេះមិនអាចត្រូវបានបញ្ចប់តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។  
 សូមអានសេចក្តីណែនាំទាំងអស់មុនពេលបំពេញពាក្យនេះ។

ពាក្យនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីវាយតម្លៃសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកលើក្រុមប្រឹក្សាផ្ទះពេទ្យពីអ្នកផ្តល់សេវា Mass General Brigham។  
 អ្នកអាចប្រើប្រាស់ពាក្យនេះ ដើម្បីស្នើសុំជំនួយទូទាត់ក្រុមប្រឹក្សាផ្ទះពេទ្យថែទាំសុខភាពពីស្ថាប័ន Mass General Brigham ដូចខាងក្រោម៖

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការជំនួសការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬផែនការជំនួយណាមួយដែលមានស្រាប់។  
 ខណៈពេលដែលកម្មវិធីនេះរ៉ាប់រងលើសេវាពេទ្យចាំបាច់ទាំងអស់ ការបញ្ជូនកម្មវិធីប្រែប្រួលអាស្រ័យលើប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន  
 និងទីតាំងដែលផ្តល់ជូនសេវាថែទាំ។ សូមមើលគោលនយោបាយពេញលេញនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្វីដែលបានរ៉ាប់រង។  
 បញ្ជីសេវាកម្មខ្លះដែលជាធម្មតាត្រូវបានដកចេញមានដូចខាងក្រោម៖

- ការបដិសេធសេវាក្រៅបណ្តាញគ្រោះថ្នាក់
- ការវះកាត់កែសម្ផស្ស
- សេវាព្យាបាលជំងឺគ្មានកូន (ART & IVF)
- សេវាថែទាំចាំបាច់ភ្នែកច្រើនក្រៅពីវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងសេវាព្យាបាលក្រពះ
- សម្ភារៈងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកជំងឺរួមទាំងការស្នាក់នៅលំដាប់ខ្ពស់ផងដែរ។
- សេវាកម្មដែលកំណត់ថាជា "ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯងតែប៉ុណ្ណោះ"

**ការខកខានក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់អាចបណ្តាលឱ្យមានការពន្យារពេល  
 ឬការបដិសេធពាក្យរបស់អ្នក។** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំជំនួយពីរដ្ឋាភិបាល អ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham របស់យើងម្នាក់  
 អាចជួយបាន។

អ្នកត្រូវតែបញ្ចេញឱ្យបានពេញលេញនូវការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ការទាមទារបំណុលដោយភាគីទីបី ការធានារ៉ាប់រងលើរថយន្ត  
 ឬការធានារ៉ាប់រងលើសំណងកម្មករដែលត្រូវយកមកចិញ្ចឹម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីពាក្យនេះ សូមទាក់ទង [សេវាហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ](#) នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬទូរស័ព្ទទៅ (617) 726-3884 ។  
**បញ្ជីគ្រួសារនីតិពាក្យសុំ**

- បំពេញផ្នែក ទាំងអស់ដែលអាចអនុវត្តបាន នៃពាក្យនេះ- ផ្នែកនឹងបង្ហាញថាគេរ៉ាប់រងអាចត្រូវបានទុកចោលឬអត់។
- រួមបញ្ចូលច្បាប់ចម្លងនៃប័ណ្ណបើកបររបស់អ្នក អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថតផ្សេងទៀត ឬឯកសារដែលបញ្ជាក់កន្លែងស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។  
 រាល់អ្វីដែលដាក់ស្នើត្រូវតែបញ្ជូលឈ្មោះរបស់អ្នក (ផ្នែកទី 1)។
- រួមបញ្ចូលលិខិតផ្ទេរជ្រក់ប្រាក់ចំណូល (ផ្នែកទី 3 និងផ្នែកទី 4) ។
  - រួមបញ្ចូលច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់លេខ IRS 1040 ឬ 1040A ថ្មីបំផុតរបស់អ្នក។
  - បើមានការផ្លាស់ប្តូរថ្មីនេះនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក រួមបញ្ចូលឯកសារដូចជាចុងសន្លឹកមូលប្បទានប័ក្រថ្មី (អប្បបរមា 4 សន្លឹក)  
 លិខិតបញ្ជាក់ពីភាពអត់ការងារធ្វើ របាយការណ៍ធនាគារ/ការវិនិយោគ និង/ឬរបាយការណ៍សន្តិសុខសង្គម។
- ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកមានលើសពី 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្រនៃប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (FPL) របស់សហរដ្ឋអាមេរិក  
 អ្នកត្រូវបំពេញផ្នែកទី 5 ផងដែរ។ អ្នកលើសពី 300% FPL បើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកលើសពីដែនកំណត់ខាងក្រោម៖

ទំហំគ្រួសារ	1	2	3	4	5
2020 FPL	\$37,470	\$50,730	\$63,990	\$77,250	\$90,510

- ទ្រព្យសម្បត្តិអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់សក្តានុពលរបស់អ្នកក្នុងការទូទាត់ក្រុមប្រឹក្សាផ្ទះពេទ្យរបស់អ្នក។  
 អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកបើចំណុច ណាមួយខាងក្រោមអនុវត្តចំពោះអ្នក (ផ្នែកទី 6)៖
  - លំនៅដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកស្ថិតនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក
  - អ្នកស្នើសុំការបញ្ជូនកម្មសម្រាប់សេវាកម្មដែលជាទូទៅមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន (ឧ. សេវាថែទាំដែលទាក់ទងនឹងសេវាមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់  
 ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា និងប្រាក់កាត់កង)

**ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham**

- អ្នកសូមស្នើសុំការបញ្ជូនថវិកាមកពីមន្ទីរពេទ្យ McLean Hospital, មន្ទីរពេទ្យ Partners HealthCare នៅផ្ទះ ឬមន្ទីរពេទ្យ Spaulding Network។

□ ប្រគល់ពាក្យដែលបានបំពេញដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ [អ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជំងឺ PHS ដោយផ្ទាល់](#) ឬផ្ញើអ៊ីម៉ែលទៅ៖

Mass General Brigham  
ដំណោះស្រាយទូទាត់វិក្កយបត្រអ្នកជំងឺ  
399 Revolution Drive, Suite 410  
Somerville, MA 02145-1462

**ដើម្បីធានាបាននូវការពិនិត្យឡើងវិញក្នុងក្របខណ្ឌនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក សូមបំពេញក្របខណ្ឌទាំងអស់លើកលែងតែបញ្ជាក់ផ្សេងពីនេះ។  
ដំណើរការនៃពាក្យសុំនឹងត្រូវពិន្យាពេលបើអ្នកបាត់ព័ត៌មាន ឬឯកសារចាំបាច់។**

**ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham**

**1. ព័ត៌មានមូលដ្ឋាន**

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ អ្នកស្នើសុំគឺជាអ្នកជំងឺ ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺ។

**ឯកសារចាំបាច់៖** សូមបញ្ជូលឯកសារដែលបញ្ជាក់កន្លែងស្នាក់នៅ ប័ណ្ណបើកបរ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថតផ្សេងទៀត ឬឯកសារដែលបញ្ជាក់ពីកន្លែងស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ អ្វីក៏ដោយដែលបានដាក់ស្នើត្រូវតែបញ្ជូលឈ្មោះរបស់អ្នក។

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/>	
លេខទូរស័ព្ទ នៅផ្ទះ: ( ) នៅកន្លែងធ្វើការ: ( ) ទូរស័ព្ទចល័ត: ( )		អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (រួមបញ្ចូលទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដតំបន់)
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (បើខុសពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ)	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្តល់សេវារបស់អ្នកជំងឺ (រួមបញ្ចូលទីតាំងដែល ផ្តល់ជូនសេវាកម្ម)	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកជំងឺ (បើខុសពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ)		
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺ (MRN) និងលេខគណនី (របាយការណ៍)		

**2. ព័ត៌មានគ្រួសារ**

បើអាច សូមវាយឈ្មោះប្តីឬប្រពន្ធ និងកូនអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកខ្សីនៅទទេបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនរស់នៅជាមួយប្តីឬប្រពន្ធឬកូន។

**ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham**

ឈ្មោះ នៃសមាជិកគ្រួសារ	ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

**3. ប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាន**

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបានសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលរាយក្នុងផ្នែកទី 2 ដែលជាអ្នកធ្វើការ។ **សូមរាយបញ្ជីចំណូលសរុប ដែលជាចំណូល មុន បង់ពន្ធ និងកាត់កង។** ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកឱ្យទំនេរទៅបើអ្នកស្នើសុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់កាត់មិនមានប្រាក់ចំណូលណាមួយដែលទទួលបាន។

**ឯកសារចាំបាច់:** សូមបញ្ជូនឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនេះ៖ ចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែ ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល របាយការណ៍ W2 របាយការណ៍ធនាគារ ឬក៏ស្ថិតិផ្សេងទៀត។

ឈ្មោះគ្រួសារធ្វើការសមាជិក	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប រកបាន	ភាពញឹកញាប់ គ្រួសាររង់ចាំ	ការប្រើប្រាស់មណ្ឌលសុខភាព តែមួយគត់
			<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
			<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
			<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
			<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	

**4. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត**

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលរាយក្នុងផ្នែកទី 2 ដែលទទួលបានប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត។ ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបានដែលមិនមែនមកពីនិយោជក។ **សូមរាយបញ្ជីចំណូលសរុប ដែលជាចំណូល មុន បង់ពន្ធ និងកាត់កង។** ផ្នែកនេះអាចទុកនៅទំនេរ បើអ្នកដាក់ពាក្យ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់កាត់មិនមានប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតទេ។

**ឯកសារចាំបាច់:** សូមបញ្ជូនឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនេះ៖ ចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែ ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល របាយការណ៍ W2 របាយការណ៍ធនាគារ ឬក៏ស្ថិតិផ្សេងទៀត។

ប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូល	សមាជិកគ្រួសារ កំពុងទទួលបានប្រាក់ចំណូល	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប បានទទួល	ភាពញឹកញាប់ គ្រួសាររង់ចាំ	ការប្រើប្រាស់មណ្ឌលសុខភាព តែមួយគត់
ភាពអត់ការងារធ្វើ			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
សន្តិសុខសង្គម			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
អត្ថប្រយោជន៍របស់អតីតយុទ្ធជន			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	

**ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham**

ប្រាក់បំណាច់ប្រចាំឆ្នាំ និងប្រាក់សោធននិរត្តន៍			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភចិញ្ចឹមកូន និងអាហារកិច្ច			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ចំណូលពីការជួល			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ប្រាក់សំណងកម្មករ			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ភាគលាភ និងចំណូលពីការប្រាក់			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ផ្សេងទៀត			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	

**5. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពផ្សេងៗ**

ផ្នែកនេះ ប្រហែលជាមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក។ សូមបំពេញផ្នែកនេះលុះត្រាតែប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកលើស 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពគ្រីក្រនៃប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (ដូចបានរៀបរាប់នៅទំព័រ 2)។

បើអ្នកមានលើសពី 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពគ្រីក្រនៃប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ អ្នកត្រូវរាយបញ្ជីការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពព័ទ្ធជុំវិញខ្លួន ដែលមិនរាយក្នុងទំព័រទី 1 (ឧ. មណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលមិនមែននៅក្នុង Partners HealthCare)។

ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកចោលបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកមានតិចជាង 300% ឬប្រសិនបើអ្នកមិនមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពពីមណ្ឌលនានានៅក្រៅ Partners HealthCare ។ ឯកសារអាចត្រូវបានស្នើសុំ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានទាមទារនៅពេលនេះទេ។

ផ្នែកព្យាបាល	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប	ភាពញឹកញាប់	សម្រាប់ប្រើតែមណ្ឌលសុខភាព ការចំណាយសរុប
វិគ្គយបត្រផ្លូវពេទ្យ		ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
វិគ្គយបត្រឱសថស្ថាន		ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	

**6. ព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិ**

ផ្នែកនេះ ប្រហែលជាមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក។ សូមបំពេញផ្នែកនេះតែក្នុងករណី៖

- ទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក **ឬ**
- អ្នកកំពុងស្នើសុំការបញ្ជាក់ម្តងម្កាលសម្រាប់ការថែទាំដែលទាក់ទងនឹងសេវាមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ការធានារ៉ាប់រង ឬប្រាក់កាត់កង។ អ្នកជំងឺដែលស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការថែទាំដែលទាក់ទងនឹងសេវាមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលផ្តល់នៅស្ថាប័ន Spaulding Network ឬមន្ទីរពេទ្យ McLean Hospital មិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិនោះទេ។

ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកឱ្យនៅទំនេរ បើអ្នកមិនមែនជាប្រភេទណាមួយដែលបានរាយខាងលើ។

**ឯកសារចាំបាច់៖** សូមបញ្ជូនឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនេះ របាយការណ៍ធនាគារ ឬភស្តុតាងផ្សេងទៀត។

**អ្នកមិនចាំបាច់បញ្ជូនទីលំនៅចម្បងរបស់អ្នក (កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ)**

ទ្រព្យសម្បត្តិ	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ឈ្មោះធនាគារ ឬក្រុមហ៊ុន	តម្លៃជាសាច់ប្រាក់
គណនីសន្សំ			
គណនីចរន្ត			
គណនីសហគមន៍ធានា			
មូលនិធិបរិច្ចាគបាល			
ភាគហ៊ុន/សញ្ញាប័ណ្ណ			
គណនីទីផ្សាររូបិយវត្ថុ			
សង្គមធន			
អចលនទ្រព្យពាណិជ្ជកម្ម ឬវិនិយោគ			
ផ្សេងទៀត			



**7. ការអនុញ្ញាត**

**សូមអានផ្នែកនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។**

ព័ត៌មានទាំងអស់លើពាក្យនេះគឺពិតប្រាកដតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ឯកសារបន្ថែមតាមការស្នើសុំ។  
**ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសម្រាប់នេះមិនអាចត្រូវបានបញ្ចេញទៅភាគីណាមួយក្រៅពី Mass General Brigham ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុនពីខ្ញុំ។**

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

\_\_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ

បើចុះហត្ថលេខាឯនាមអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ព័ត៌មានទាំងអស់លើពាក្យនេះគឺពិតប្រាកដតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

\_\_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ

\_\_\_\_\_  
ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

\_\_\_\_\_  
ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

\_\_\_\_\_  
លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង

**មុនពេលដាក់ស្នើសុំ សូមប្រាកដថាអ្នកបានបំពេញផ្នែកដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់នៃពាក្យសុំនេះ ហើយបានបញ្ជូនឯកសារដែលបានស្នើសុំទាំងអស់។  
ពាក្យដែលមិនមានព័ត៌មានពេញលេញនឹងមិនត្រូវបានអនុម័តទេ។**