

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

**ទំព័រគម្របពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
Mass General Brigham**

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

សូមគោរពជូនអ្នកដាក់ពាក្យ៖

អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham និងអង្គការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត
វិធីដាក់ពាក្យ

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នក ឬក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬអត់ អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំ
និងផ្តល់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល ព្រមទាំងច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដូចខាងក្រោម៖

ឯកសារដែលតម្រូវឱ្យដាក់ជូនជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក	រួមមាន
1. ច្បាប់ចម្លងពេញលេញនៃការប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធថ្មីបំផុតរបស់អ្នក (ទម្រង់ 1040) និងកាលវិភាគគាំទ្រទាំងអស់ រួមទាំងទម្រង់ W-2 ឆ្នាំមុនផងដែរ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធទេ សូមមើលលិខិតបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ខាងក្រោម ☐ លិខិតបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ ដោយជិតប្រអប់នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងបញ្ជាក់ថាខ្ញុំមិនបានដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋសម្រាប់ឆ្នាំសារពន្ធថ្មីចុងក្រោយបំផុតនោះទេ។ ខ្ញុំយល់ថា សេចក្តីប្រកាសនេះធ្វើឡើងដោយស្មោះត្រង់ និងស្ម័គ្រចិត្ត។	

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា៖ _____	
2. ច្បាប់ចម្លងនៃចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ចំនួនបី (3) សន្លឹកចុងអក្រោយបំផុតជាប់គ្នា ដោយមិនគិតពីវដ្តបើកប្រាក់ ឬលិខិតបញ្ជាក់ពិនិយោជកនៅលើក្បាលលិខិតក្រុមហ៊ុន	
3. ប្រសិនបើមានមុខរបរផ្ទាល់ខ្លួន តម្រូវឱ្យមានរបាយការណ៍ប្រាក់ចំណេញ និងខាតរយៈពេល 12 ខែ (គិតចាប់ពីខែបច្ចុប្បន្ន)។ លិខិតប្រកាសពន្ធនាមុននឹងមិនត្រូវបានពិចារណាទេ	
4. ប្រសិនបើអ្នកមិនមានប្រាក់ចំណូលទេ សូមមើលសេចក្តីប្រកាសគ្មានប្រាក់ចំណូល និងការគាំទ្រខាងក្រោម ដែលយើងតម្រូវឱ្យដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ សូមស្នើសុំទម្រង់បែបបទ	
5. ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ធនាគារថ្មីបំផុតចំនួនបី (3) (ឧ.គណនីសន្សំ គណនីចរន្ត ទីផ្សាររូបិយវត្ថុ ផែនការ IRA ផែនការ 401K ។ល។) តម្រូវឱ្យមានគណនីទាំងអស់ និងទំព័រទាំងអស់ (រួមទាំងទំព័រទេ)	
<i>a. ប្រសិនបើអ្នកមិនមានគណនីធនាគារទេ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ ប្រកាសគ្មានគណនីធនាគារ ដែលយើងតម្រូវឱ្យធ្វើដើម្បីដំណើរការ។ សូមស្នើសុំទម្រង់បែបបទ</i>	
6. ច្បាប់ចម្លងនៃអត្តប្រយោជន៍សំណងសម្រាប់ជនអត់ការងារធ្វើ ឬពិការភាព (រួមទាំងកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម)	
7. ច្បាប់ចម្លងនៃអត្តប្រយោជន៍សោធននិវត្តន៍	
8. ច្បាប់ចម្លងនៃប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គម (របាយការណ៍អត្តប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំ ច្បាប់ចម្លងនៃមូលប្បទានប័ក្រ ឬប្រាក់បញ្ញើដោយផ្ទាល់)	
9. ច្បាប់ចម្លងនៃការជូនដំណឹងអំពីជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាល រួមទាំងថ្លៃពេទ្យក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាប្រជាជន និងច្បាប់ចម្លងនៃការបែងចែកប័ណ្ណអាហារ និងលិខិតសម្រេច។ តម្រូវឱ្យមានទំព័រទាំងអស់	
10. ច្បាប់ចម្លងនៃសំណងការងារ (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃរបួស)។ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញឱ្យឃើញយ៉ាងពេញលេញអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ការទាមទារសំណងភាគីទីបី ការធានារ៉ាប់រងយានយន្ត ឬការធានារ៉ាប់រងសំណងកម្មករដែលត្រូវពិចារណា។	
11. ច្បាប់ចម្លងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងឧបត្ថម្ភកូន ភស្តុតាងនៃការទូទាត់ជាមួយនឹងភាពញឹកញាប់នៃការទូទាត់ ឬលិខិតដែលបង្ហាញពីភស្តុតាងនៃការទូទាត់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលបានបង់ និង/ឬទទួលបាន	
12. ប្រសិនបើអ្នករៀបការហើយ ប៉ុន្តែបានបែកគ្នាពីសហព័ទ្ធរបស់អ្នក ច្បាប់ចម្លង នៃឯកសារបែកគ្នាស្របច្បាប់របស់អ្នកត្រូវបានទាមទារពីតុលាការ <i>b. ប្រសិនបើអ្នកមិនបានឆ្លងកាត់ប្រព័ន្ធតុលាការសម្រាប់ការបែកគ្នារបស់អ្នកទេ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានការបញ្ជាក់ជាផ្លូវការអំពីការបែកគ្នា និង/ឬកិច្ចសន្យាជួល</i>	
13. តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងថ្លៃពិនិត្យធ្មេញឯកជនដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស់ អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់មជ្ឈមណ្ឌលធ្មេញសហគមន៍ WHP ទេ។ អ្នកគួរតែចុះឈ្មោះជាមួយគ្លីនិកធ្មេញឯកជន។ *NH Medicaid, DentaQuest និង MaineCare ត្រូវបានទទួលយក។ អ្នកដទៃទាំងអស់ត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបង់ថ្លៃសេវាពិនិត្យចំនួន 35 ដុល្លារនៅពេលទទួលសេវាកម្ម។ ការគិតថ្លៃបន្ថែមនឹងត្រូវអនុវត្តសម្រាប់ក្រាសធ្មេញលើក្រោម ក្រាសធ្មេញលើឬក្រោម និងសេវាកម្មមន្ទីរពិសោធន៍ផ្សេងទៀត។ *អ្នករស់នៅរដ្ឋ Massachusetts នឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំធ្មេញទេ	

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

14. តម្រូវការបន្ថែមសម្រាប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានសេវាកម្មនៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាផ្ទេរសហគមន៍ WHP៖ រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មចម្បង - ដែលរួមមាន៖ Barrington, Berwick, Dover, Durham, Lee, Madbury, Rollinsford, Somersworth, និង South Berwick ឬ ទៅជួបគ្រូពេទ្យ PCP ឬអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសរបស់ WHP។	
--	--

****យើងអាចធ្វើ ច្បាប់ចម្លង សម្រាប់អ្នកនូវឯកសារណាមួយដែលអាចអនុវត្តបាន ******ឯកសារមិនត្រូវបានប្រគល់ជូនអ្នកដាក់ពាក្យវិញទេ។ ឯកសារទាំងនេះត្រូវបានស្ដុក និងបង្ហាញចោលដោយសុវត្ថិភាព។**

សូមប្រើប្រាស់បញ្ជីត្រួតពិនិត្យនេះ ដើម្បីធានាថាយើងមានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលត្រូវការ
ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកបានយ៉ាងឆាប់រហ័ស និងត្រឹមត្រូវ។ យើងអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក
ដូច្នេះសូមផ្ញើផ្ទាល់ជាព័ត៌មានទំនាក់ទំនងដែលអ្នកបានរាយការណ៍ត្រឹមត្រូវ។

សូមចំណាំថានីតិវិធីជ្រើសរើសភាគច្រើននឹងមិនត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ជំនួយទេ ដូចជា៖

- ការវះកាត់កែសម្ផស្ស
- ការបង្កកំណើតក្នុងវិទ្យុ (In-Vitro Fertilization (IVF))
- ការព្យាបាលបន្តពូជកម្រិតខ្ពស់ (Advanced Reproductive Therapy (ART))
- សេវាកម្មឆ្លងកាត់ក្រពះ មិនមានការកំណត់របស់អ្នកបង់ប្រាក់អំពីភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- គណនីដែលមានតំណភ្ជាប់ទៅនឹងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
- សម្ភារៈងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកជំងឺ រួមទាំងកន្លែងស្នាក់នៅលំដាប់ខ្ពស់ និងការស្នាក់នៅមួយយប់
ដែលផ្អែកលើសំណើរបស់អ្នកជំងឺ ហើយជាធម្មតាមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។
- សេវាកម្មដែលមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត
ដែលត្រូវចេញវិក្កយបត្រតាមការកំណត់ពេលវេលាបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯងដែលបានកំណត់ជាមុន
- កម្មវិធីស្នាក់នៅទាំងអស់ដែលរួមបញ្ចូលទាំងអស់នៅ Mclean Hospital
ដែលមិនដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព

**ការខកខានមិនបានដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់អាចបណ្តាល
ឱ្យមានការពន្យារពេល ឬការបដិសេធពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham
របស់យើងម្នាក់អាចជួយបាន**

ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់គឺជាការសម្ងាត់។

អ្នកនឹងបន្តទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចំពោះសេវាកម្មណាមួយដែលអ្នកទទួលបានរហូតដល់យើងបានដឹងថាអ្នកមាន
លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយឬអត់។ ដើម្បីទប់ស្កាត់អ្វីមួយពីការទៅទទួលប្រាក់ ផែនការទូទាត់អាចត្រូវបាន
បង្កើតឡើងជាមួយផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមរយៈលេខ 617-726-3884។

**ដើម្បីធានាបាននូវការពិនិត្យឡើងវិញភ្លាមៗនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក
សូមបំពេញគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់លើកលែងតែបញ្ជាក់ផ្សេងពីនេះ។
ដំណើរការនៃពាក្យសុំនឹងត្រូវពន្យារពេលបើអ្នកបាត់ព័ត៌មាន ឬឯកសារចាំបាច់។**

ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានទទួលដំណឹងពីយើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីបានប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកមកវិញ
ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការយល់ដឹងអំពីរឿងនេះ សូមទូរស័ព្ទមកការិយាល័យជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ហើយអ្នក
តំណាងរបស់យើងម្នាក់នឹងជួយអ្នក។

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

[ដើម្បីមើលគោលនយោបាយជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ Mass General Brigham សូមចុចលើតំណភ្ជាប់។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ | Mass General Brigham](#)

ពាក្យសុំអាចត្រូវបានធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ អ៊ីមែល ឬធ្វើតាមទូរសារ៖

អ្នកជំងឺ Mass General Brigham
ដំណោះស្រាយទូទាត់វិក្កយបត្រអ្នកជំងឺ
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, Ma 02145-1462
ទូរស័ព្ទ 617-726-3884, ទូរសារ 857-282-5642
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ PHSFinancialApplication@MGB.org

Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners Patients;
ធ្វើសំបុត្រទៅកាន់៖ 789 Central Avenue, Dover, NH 03820
ដោយផ្ទាល់៖ 121 Broadway, Dover, NH 03820
ទូរស័ព្ទ 603-740-3234, ទូរសារ 603-740-3366
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ Charity.Care@WDHospital.org

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ៖

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរទីមួយនៃនាមកណ្តាល	លេខសន្តិសុខសង្គម	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	រយៈពេលនៅអាសយដ្ឋាន
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	រយៈពេលនៅអាសយដ្ឋាន
លេខទូរសព្ទ៖	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	ជ្រើសរើសដែលអាចអនុវត្តបាន៖	☐ នៅលើ ☐ រៀបការហើយ ☐ សហជីពស៊ីវិល ☐ បែកគ្នា ☐ លែងលះគ្នា ☐ ស្ត្រីមេម៉ាយ ☐ ពលរដ្ឋអាមេរិក ☐ អ្នករស់នៅរដ្ឋ NH	

2. អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់វិក្កយបត្រ

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរទីមួយនៃនាមកណ្តាលទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ លេខសន្តិសុខសង្គម		
អាសយដ្ឋានបើខុសពីអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកជំងឺ		លេខទូរសព្ទ៖	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង (ដែលចុះនៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធន្ទាមុន)				កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព

3. **សូមបញ្ជាក់មនុស្សទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ រួមទាំងអ្នកដាក់ពាក្យផងដែរ៖ ប្រើក្រដាសបន្ថែមបើចាំបាច់។

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	សន្តិសុខសង្គម	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត
1.	លេខ			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
4. តើនេះសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ				

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

5. សូមបំពេញបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានធានារ៉ាប់រង៖

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (គម្រោង/ឈ្មោះ) _____, គណនីសន្សំសុខភាព (មូលប្បទានប័ត្រ) - ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
 អ្នកណា៖ _____

ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងលេខ/លេខសម្គាល់ _____ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចកាត់កងបាន៖

Medicare ផ្នែក A _____, Medicare ផ្នែក B _____ ទទួលបានជំនួយដើម្បីបង់ថ្លៃ _____

Medicare ផ្នែក B _____ អ្នកណា៖ _____

អ្នកណា _____

6. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ Medicaid ដែរ ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

អ្នកណា៖ _____ បើឆ្លើយបាទ/ចាស ហើយត្រូវបានបដិសេធ សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃ
 ការជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធ Medicaid ។

7. តើអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅស្ថាប័នផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើឆ្លើយបាទ/ចាស
 តើនៅឯណា _____

8. តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

9. តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាប់បម្រើកងទ័ពដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ អ្នកណា?

10. តើអ្នកទើបតែដាក់ពាក្យស្នើសុំសំណងកម្មករ ឬសំណងសម្រាប់
 គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

11. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍
 សន្តិសុខសង្គមដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ អ្នកណា?

12. តើមានអ្នកផ្សេងទៀតទាមទារអ្នកនៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធលើប្រាក់
 ចំណូលរបស់ពួកគេដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ អ្នកណា?

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

13. ព័ត៌មានគ្រួសារ	មនុស្សទី 1 (អ្នកជំងឺ)	មនុស្សទី 2 (សហព័ទ្ធ/អ្នកនៅក្នុងផ្ទះ)	មនុស្សទី 3 (អ្នកនៅក្នុងបន្ទប់)
ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ:			
ឈ្មោះនិយោជក:			
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែចាប់ពី៖			
ការងារ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
មុខរបរផ្ទាល់ខ្លួន:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
គណនីវិនិយោគ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ការជួលអចលនទ្រព្យ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
អត់ការងារធ្វើចាប់តាំងពី _____ (កាលបរិច្ឆេទ)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ការចូលនិវត្តន៍: (សន្តិសុខសង្គម ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ប្រាក់បំណាច់ប្រចាំឆ្នាំ)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
អាហារកិច្ច/ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ជំនួយសាធារណៈ ប័ណ្ណអាហារ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ចំណូលផ្សេងទៀត:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ការសន្សំ និងការវិនិយោគ:			
សមតុល្យគណនីចរន្ត:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
សមតុល្យគណនីសន្សំ និងគណនីប្រាក់បញ្ញើ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA, 403B, 401K:			
បញ្ជាក់: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ការសន្សំ និងការវិនិយោគផ្សេងទៀត:			
បញ្ជាក់: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ផ្សេងទៀត:			
រថយន្ត: ឆ្នាំ ម៉ាក ម៉ូដែល?	_____	_____	_____
យានជំនិះកម្សាន្ត: ឆ្នាំ ម៉ាក ម៉ូដែល?	_____	_____	_____
14. ការចំណាយក្នុងគ្រួសារ			
ការបង់ថ្លៃជួលប្រចាំខែ: \$ _____ ឬការទូទាត់ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ: \$ _____ សមតុល្យប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ: \$ _____			
ចំនួនទឹកប្រាក់ពន្ធលើអចលនទ្រព្យមិនរាប់បញ្ចូល ក្នុង _____ ឆ្នាំ: \$ _____ តម្លៃផ្ទះ: \$ _____			
ចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់ខាងលើ: _____			
តើអ្នកមានអចលនទ្រព្យក្រៅពីលំនៅដ្ឋានចម្បងដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស តម្លៃ? \$ _____ សមតុល្យប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ: \$ _____			
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ			
បើអចលនទ្រព្យផ្សេងទៀតជាអាជីវកម្ម សូមរាយអាសយដ្ឋាន: _____			
ការបង់ប្រាក់កម្ចីប្រចាំខែ: \$ _____ បានបង់ប្រាក់ឱ្យ: _____ សម្រាប់: _____			
Medicare ផ្នែក D ត្រូវបានកាត់ចេញ ពីមូលប្បទានប័ត្រ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ចំនួនទឹក \$ _____			
សន្តិសុខសង្គម: _____ ប្រាក់: _____			
សេវាសាធារណៈ: \$ _____	ធានារ៉ាប់រង (រថយន្ត/អាយុជីវិត/ ទ្រព្យសម្បត្តិ)	\$ _____	ផ្សេងទៀត: \$ _____
អាហារកិច្ច/ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ កុមារ \$ _____	ធានារ៉ាប់រងសុខភាព	\$ _____	ផ្សេងទៀត: \$ _____
ការថែទាំកុមារ \$ _____	វិក្កយបត្រថែទាំសុខ ភាព	\$ _____	ផ្សេងទៀត: \$ _____
ការរស់នៅ (ហ្គាស អាហារ សម្លៀកបំពាក់) \$ _____	ថ្នាំ	\$ _____	ផ្សេងទៀត: \$ _____

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

15. ការផ្ទេរសិទ្ធិ - សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន

ក្នុងករណីដែលខ្ញុំមិនបានបង្ហាញឱ្យបានពេញលេញ ឬមិនបានគំណាងដោយមិនត្រឹមត្រូវអំពីប្រាក់ចំណូល ឬទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយទេ កិច្ចព្រមព្រៀងណាមួយដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនកម្មសម្រាប់ការថែទាំសប្បុរសធម៌នឹងត្រូវទុកជាមោឃៈ ហើយនឹងមានសុពលភាពគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលវិក្កយបត្រជំពាក់។

សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ដែលចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ហិរញ្ញវត្ថុ ឬការងារណាមួយដែលទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ ឬទៅនឹងសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។ ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានចេញផ្សាយទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយដែលសមាជិកគ្រួសារបានស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាព ឬជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពី។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ជូននឹងនៅតែជាការសម្ងាត់ក្រោមបទប្បញ្ញត្តិនៃបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធ HIPAA។ នីតិវិធីជ្រើសរើសអាចមិនត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ជំនួយទេ។

ខ្ញុំយល់ព្រមថាខ្ញុំនឹងសងប្រាក់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការទូទាត់គ្រប់ប្រភេទសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលគ្របដណ្តប់ដោយពាក្យសុំនេះ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រង ការបង់ប្រាក់កម្មវិធីរដ្ឋាភិបាល ការផ្តល់សំណងពីសាលក្រមបណ្តឹង ឬការបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ខ្ញុំយល់ព្រមប្រាប់អង្គការដែលខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំជាលើកដំបូងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន រួមទាំងការផ្លាស់ប្តូរទំហំគ្រួសារ ប្រាក់ចំណូល និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់ខ្ញុំ/យើងផ្លាស់ប្តូរ ដូច្នេះខ្ញុំ/យើងអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ខ្ញុំនឹងត្រូវដាក់ពាក្យសុំចូលរៀនកម្មវិធីនោះ និងផ្តល់ភស្តុតាងនៃការដាក់ពាក្យ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យរួម	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក	កាលបរិច្ឆេទ		