

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

សូមបោះពុម្ព ហើយបំពេញផ្នែកទាំងអស់នៃពាក្យស្នើសុំដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក។
ពាក្យស្នើសុំនេះមិនអាចបំពេញជាអេឡិចត្រូនិចបានទេ។ សូមអានសេចក្តីណែនាំទាំងអស់មុនពេលបំពេញពាក្យស្នើសុំ។

ពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវបានប្រើដើម្បីវាយតម្លៃភាពមានសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុលើវិក័យប័ត្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare)។

អ្នកអាចប្រើពាក្យស្នើសុំនេះដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយពីវិក័យប័ត្រថែទាំសុខភាពពីអង្គការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ណាមួយដូចខាងក្រោម៖

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Massachusetts General Hospital | Massachusetts General Physicians Organization |
| Brigham & Women's Hospital | Brigham & Women's Physicians Organization |
| North Shore Medical Center | North Shore Physicians Group |
| Newton-Wellesley Hospital | Newton-Wellesley Medical Group |
| Brigham & Women's Faulkner Hospital | Martha's Vineyard Hospital |
| Nantucket Cottage Hospital | Nantucket Cottage Medical Group |
| Cooley-Dickenson Hospital | Cooley-Dickenson Medical Group |
| Spaulding Rehabilitation Network | McLean Hospital |

ដៃគូជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការជំនួសការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយឡើយ។ ការបញ្ចុះតម្លៃត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើប្រភេទនៃសេវាដែលបានផ្តល់ និងទីតាំងដែលការថែទាំត្រូវបានផ្តល់ជូន។

- សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវាបន្ទាន់ជានឹងទូទៅត្រូវបានចាត់ទុកថាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ។
- ក្នុងករណីភាគច្រើន សេវាជ្រើសរើស សេវាថែទាំក្រោយសភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងសេវាសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត (មិនសង្គ្រោះបន្ទាន់) ត្រូវបានដកចេញពីការបញ្ចុះតម្លៃជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន សេវាជ្រើសរើស (Elective Services) សេវាការថែទាំក្រោយសភាពធ្ងន់ធ្ងរ (Post-Acute Care Services) និងសេវាសុខុមាលភាពផ្លូវចិត្ត (Behavioral Health Services) ជាទូទៅត្រូវបានពិនិត្យមើលសម្រាប់ការបោសសម្អាតផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុមុនការផ្តល់សេវា ហើយអាចត្រូវបានពន្យារពេលដោយផ្អែកលើស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទូទៅរបស់អ្នកជម្ងឺ បន្ទាប់ពីការត្រួតពិនិត្យមើលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសមរម្យ។

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

- សេវាកម្មផ្សេងៗទៀតតែងតែត្រូវបានដកចេញពីការបញ្ចុះតម្លៃជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (Financial Assistance Discounts) ។
- ការបញ្ចុះតម្លៃលើតម្លៃរួមចំណែកពេលទៅពេទ្យម្តងៗនៃធានារ៉ាប់រង សហធានារ៉ាប់រង ឬតម្លៃត្រូវបង់ប្រចាំមុនពេលធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យទៅត្រូវបានដកចេញ

ការខកខានក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់អាចទទួលបានអាចនាំឱ្យមានការពន្យារពេល ឬបដិសេធពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋាភិបាល ទីប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ PHS របស់យើងអាចជួយបាន។

អ្នកត្រូវតែបង្ហាញយ៉ាងពេញលេញនូវការគ្របដណ្តប់ផ្សេងទៀត ពាក្យបណ្តឹងបំណុលរបស់ភាគីទីបី ការគ្របដណ្តប់ថយន្ត ឬការគ្របដណ្តប់សំណងសម្រាប់បុគ្គលិកនឹងត្រូវបានពិចារណា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទង [សេវាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជម្ងឺ](#) នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬហៅទូរស័ព្ទទៅ (617) 726-3884 ។

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ពាក្យស្នើសុំ

- ❑ បំពេញ ផ្នែកដែលត្រូវបំពេញបាន នៃពាក្យស្នើសុំទាំងអស់ - ផ្នែកមួយនឹងបង្ហាញ ប្រសិនបើអាចត្រូវបានទុកចោល ទេ។
- ❑ រួមបញ្ចូលច្បាប់ថតចម្លងនៃប័ណ្ណបើកបររបស់អ្នក អត្តសញ្ញាណរូបថត ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលផ្ទៀងផ្ទាត់លំនៅដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក រាល់អ្វីដែលបានដាក់ស្នើត្រូវតែរួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក (ផ្នែកទី 1) ។
- ❑ រួមបញ្ចូលទម្រង់នៃការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលមួយចំនួន (ផ្នែកទី 3 និងផ្នែកទី 4) ។
 - រួមបញ្ចូលច្បាប់ចម្លងនៃ IRS ថ្មី ៗ បំផុតរបស់អ្នក 1040 ឬ 1040A
 - ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនាពេលថ្មីៗនេះ រួមបញ្ចូលទាំងសំណុំឯកសារដូចជាមូលប្បទានប័ត្រចុងក្រោយបំផុត (អប្បបរមា 4) របាយការណ៍នៃភាពគ្មានការងារធ្វើ របាយការណ៍ធនាគារ / វិនិយោគ និង / ឬរបាយការណ៍សន្តិសុខសង្គម។
- ❑ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកមានច្រើនជាង 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារក្រីក្រសហព័ន្ធនៅសហរដ្ឋអាមេរិក (US Federal Income Poverty Guidelines (FPL)) បច្ចុប្បន្ន អ្នកត្រូវតែបំពេញផ្នែកទី 5 ផងដែរ។ អ្នកមានច្រើនជាង 300% FPL ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកមានកម្រិតដូចខាងក្រោម៖

ទំហំគ្រួសារ	1	2	3	4	5
2019 FPL	\$ 37,476	\$ 50,736	\$ 63,996	\$ 77,246	\$ 90,516

- ❑ ទ្រព្យសម្បត្តិអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់សក្តានុពលរបស់អ្នកដើម្បីបង់ប្រាក់រឹក័យប័ត្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក ប្រសិនបើមានចំណុចខាងក្រោមអនុវត្តចំពោះអ្នក (ផ្នែកទី 6)៖
 - លំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកគឺនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក
 - អ្នកកំពុងស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលជាទូទៅមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន (ឧទាហរណ៍៖ ការថែទាំដែលទាក់ទងនឹងភាពមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ តម្លៃមធ្យមចំណែកពេលទៅពេទ្យម្តងៗ សហធានារ៉ាប់រង និងតម្លៃត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំមុនពេលធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យ)
 - អ្នកកំពុងស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃនៅ McLean Hospital ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ឬកន្លែងបណ្តាញស្នូលខឹង (Spaulding Network) ។

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

- ត្រឡប់ពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញដោយផ្ទាល់ទៅ [ទីប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជម្ងឺ PHS](#) (PHS Patient Financial Counselors) ឬអ៊ីម៉ែលទៅ៖

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare)

Patient Billing Solutions

399 Revolution Drive, Suite 410

Somerville, MA 02145-1462

**ដើម្បីធានាបាននូវការពិនិត្យឡើងវិញនូវពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក សូមបំពេញផ្នែកទាំងអស់ លើកលែងតែបានបញ្ជាក់។
ដំណើរការនៃពាក្យស្នើសុំនឹងត្រូវបានពន្យារពេល ប្រសិនបើអ្នកខកខានព័ត៌មាន ឬ សំណុំឯកសារដែលត្រូវការ។**

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

1. ព័ត៌មានមូលដ្ឋាន

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំគឺអ្នកជម្ងឺ ឬអ្នកដែលមានការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចំពោះអ្នកជម្ងឺ។

សំណុំឯកសារដែលតម្រូវ៖ សូមដាក់បញ្ចូលសំណុំឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់លំនៅ៖ ដ្ឋានដូចជាប័ណ្ណបើកបរ អត្តសញ្ញាណរូបថតផ្សេងទៀត ឬឯកសារដែលបង្ហាញពីទីលំនៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ រាល់អ្វីដែលបានដាក់ស្នើត្រូវតែរួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក។

នាមត្រកូល	នាម ខ្លួន	MI
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/>	
លេខទូរស័ព្ទ ផ្ទះ៖ () ការងារ៖ () លេខទូរស័ព្ទដៃ៖ ()	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (រួមបញ្ចូលទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដតំបន់) 	
ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ)	កាលបរិច្ឆេទនៃសេវារបស់អ្នកជម្ងឺ (រួមបញ្ចូលទីតាំងដែលសេវាត្រូវបានផ្តល់ជូន)	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកជម្ងឺ <i>(ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ)</i>		
លេខកំណត់ត្រាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជម្ងឺ (MRN) និងលេខគណនី (របាយការណ៍)		

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

2. ព័ត៌មានគ្រួសារ

ប្រសិនបើអាចដាក់បាន សូមចុះបញ្ជីប្តី ឬប្រពន្ធដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។
ផ្នែកនេះអាចទុកឱ្យទទេ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំមិនរស់នៅជាមួយប្តីប្រពន្ធ ឬកូន។

ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ	ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

3. ប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាន

សូមបំពេញផ្នែកប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបានសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលមានក្នុងផ្នែកទី 2 ដែលធ្វើការ។ សូមចុះបញ្ជីប្រាក់ចំណូលដែលជាប្រាក់ចំណូល ពីមុន ពន្ធនិងតម្លៃត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំមុនពេលធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យ។ ផ្នែកនេះអាចទុកឱ្យទទេប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់គាត់មិនមានប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបានណាមួយ។

សំណុំឯកសារដែលតម្រូវ៖ សូមដាក់បញ្ចូលសំណុំឯកសារ ដែលផ្ទៀងផ្ទាត់លើប្រាក់ចំណូលនេះ៖ តារាងបង់ប្រាក់ប្រាក់ចំណូលពន្ធ របាយការណ៍ W2 របាយការណ៍ ធនាគារ ឬភ័ស្តុតាងផ្សេងទៀត។

ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារដែលធ្វើការ	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននយោជក	ចំនួនទឹកប្រាក់ធំដែលទទួលបាន	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាសូមគូសមួយ	សម្រាប់តែខាងកន្លែងប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ
			<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	

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

4. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលបាន ចុះឈ្មោះក្នុងផ្នែកទី 2 ដែលទទួលបានប្រាក់ចំណូល ផ្សេងទៀត។ ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបានដែលមិនមែនមកពីនិយោជក។
សូមចុះបញ្ជីប្រាក់ចំណូលដែលជាប្រាក់ចំណូល ពីមុន ពន្ធនិងតម្លៃត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំមុនពេលធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យ។ ផ្នែកនេះអាចទុកឱ្យទទេ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់គាត់មិនមានប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតណាមួយ។

សំណុំឯកសារដែលតម្រូវ៖ សូមដាក់បញ្ចូលសំណុំឯកសារ ដែលផ្ទៀងផ្ទាត់លើប្រាក់ចំណូលនេះ៖ តារាងបង់ប្រាក់ ប្រាក់ចំណូលពន្ធ របាយការណ៍ W2 របាយការណ៍ ធនាគារ ឬភ័ស្តុតាងផ្សេងទៀត។

ប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូល	សមាជិកគ្រួសារ ការទទួលបានប្រាក់ចំណូល	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប បានទទួល	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា គួសរង្វង់មួយ	សម្រាប់តែខាងកន្លែងប្រើប្រាស់ តែប៉ុណ្ណោះ
ភាពអត់ការងារធ្វើ			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
សន្តិសុខសង្គម			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
ផលប្រយោជន៍របស់ អតីតយុទ្ធជន			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
ប្រាក់ធានាទទួលបាន និងប្រាក់សោធន			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
ការគាំទ្រកុមារ និងអាណីមូនី (Child Support & Alimony)			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
ប្រាក់ចំណូលពីការជួល			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
សំណងសម្រាប់បុគ្គលិក			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
ប្រាក់ចំណេញដែលកូនហ៊ុន ទទួល និងប្រាក់ចំណូលការប្រាក់			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
ផ្សេងៗ			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

5. ចំណាយលើការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត

ផ្នែកនេះមិនអាចអនុវត្តចំពោះអ្នកបានទេ។ សូមបំពេញផ្នែកនេះតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកច្រើនជាង 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារក្រីក្រសហព័ន្ធ (Federal Income Poverty Guidelines) (ដូចដែលបានរៀបរាប់នៅទំព័រទី 2) ។

ប្រសិនបើអ្នកមានច្រើនជាង 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារក្រីក្រសហព័ន្ធ (Federal Income Poverty Guidelines) អ្នកចាំបាច់ត្រូវចុះបញ្ជីការចំណាយថែទាំសុខភាពពីទីតាំង មិនបាន ដែលបានចុះបញ្ជីនៅទំព័រទី 1 (ឧទាហរណ៍ កន្លែងថែទាំសុខភាពមិនមែនដៃគូ (non-Partners HealthCare)) ។ ផ្នែកនេះអាចទុកចោលទេ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកតិចជាង 300% ឬប្រសិនបើអ្នកមិនមានការចំណាយថែទាំសុខភាពពីកន្លែងដែលនៅខាងក្រៅការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ។ សំណុំឯកសារអាចត្រូវបានស្នើ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានទាមទារនៅពេលនេះទេ។

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

ការចំណាយផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រ	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប	តើថ្លៃកើតឡើង ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?	សម្រាប់តែខាងកន្លែង ប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ <i>ថ្លៃសរុប</i>
វិក័យប័ត្រផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រ		ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	
វិក័យប័ត្រឱសថស្ថាន		ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ និងប្រចាំឆ្នាំ	

6. ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិ

ផ្នែកនេះមិនអាចអនុវត្តចំពោះអ្នកបានទេ។ សូមបំពេញផ្នែកនេះតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើ៖

- ទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកគឺនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ
 - អ្នកកំពុងស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់ការថែទាំមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ តម្លៃរួមចំណែកពេលទៅពេទ្យម្តងៗ សហធានារ៉ាប់រង ឬតម្លៃត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំមុនពេលធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យតម្លៃត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំមុនពេលធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យ។
- អ្នកជម្ងឺដែលស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការថែទាំមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលបានផ្តល់នៅអង្គការបណ្តាញស្នូឌីង (Spaulding Network) McLean Hospital មិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិទេ។

ផ្នែកនេះអាចទុកចោលទេបាន ប្រសិនបើអ្នកមិនសមនឹងប្រភេទណាមួយដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

សំណុំឯកសារដែលតម្រូវ៖ សូមដាក់បញ្ចូលសំណុំឯកសារ ដែលផ្ទៀងផ្ទាត់លើប្រាក់ចំណូលនេះ៖ របាយការណ៍ធនាគារ ឬភស្តុតាងផ្សេងទៀត។

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

អ្នកមិនចាំបាច់បញ្ចូលទីលំនៅបឋមរបស់អ្នក (កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ)

ទ្រព្យសម្បត្តិ	ម្ចាស់(នាម)	ឈ្មោះធនាគារ ឬក្រុមហ៊ុន	តម្លៃសាច់ប្រាក់
គណនីសន្សំ			
គណនីចរន្ត			
គណនីសហគ្រាសឥណទាន			
មូលនិធិទុកចិត្ត			
ភាគហ៊ុន/មូលប័ត្របំណុល			
គណនីទីផ្សារប្រាក់			
មូលនិធិទៅវិញទៅមក			
ទ្រព្យសម្បត្តិពាណិជ្ជកម្ម ឬវិនិយោគ			
ផ្សេងៗ			

សេចក្តីអនុញ្ញាត

សូមអានផ្នែកនេះដោយយកចិត្តទុកដាក់ និងចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។

ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺជាការពិតស្របទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សំណុំឯកសារបន្ថែមនៅពេលមានសំណើ។
ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសម្ងាត់នេះមិនអាចត្រូវបានបង្ហាញទៅកាន់ភាគីណាមួយក្រៅពី Partners HealthCare System, Inc.
ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុនរបស់ខ្ញុំនោះឡើយ។

ការថែទាំសុខភាពដៃគូ (Partners HealthCare) ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកាលបរិច្ឆេទ

កាលបរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ៖ ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺជាការពិតស្របទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

ទាក់ទងនឹងអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

លេខទូរស័ព្ទទាក់ទង _____

**មុនពេលដាក់ស្នើ សូមធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកបានបំពេញផ្នែកដែលអាចអនុវត្តទាំងអស់នៃពាក្យស្នើសុំនេះ ហើយបាន
បញ្ចូលឯកសារដែលបានស្នើទាំងអស់ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។
ពាក្យស្នើសុំមិនពេញលេញនឹងមិនត្រូវបានអនុម័តទេ។**