

ការថែទាំសប្បុរស/ការណែនាំពីទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ក៏ត្រូវបានស្គាល់ថាជាការថែទាំសប្បុរស) នៅស៊ីអេចអាយ ប្រាន់ស៊ីស្តេន ហ៊ីល CHI Franciscan Health។

រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន តម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដល់មនុស្ស និងគ្រួសារដែលបំពេញបានតាមតម្រូវការប្រាក់ចំណូល ជាក់ស្តែងនានា។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំគិតថ្លៃ ដោយផ្អែកលើទំហំ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានធានារ៉ាប់រង សុខភាពក៏ដោយ។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ គឺត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យគ្រួសារដែលមានប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំដែលតិចជាង ឬស្មើនឹង 300% នៃមត្រីតទ័លក្ររដ្ឋបាល សហព័ន្ធ ដូចបានសម្រេចដោយគោលការណ៍ណែនាំ បានបោះពុម្ពប្រចាំឆ្នាំដោយក្រសួងសេវា សុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ។ ការតភ្ជាប់ទៅគោល ការណ៍ណែនាំ៖ <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

<https://www.chifranciscan.org/Billing-and-Finances/Financial-Assistance-and-Discounts/>

តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ? ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យ រ៉ាប់រងលើសេវាដែលផ្អែកលើមន្ទីរពេទ្យសមរម្យ ដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយ ស៊ីអេចអាយ ប្រាន់ស៊ីស្តេន ហ៊ីល CHI Franciscan Health ដោយអាស្រ័យលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិន រ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយថែទាំសុខភាពទាំងអស់ ដែលរួមមានទាំងសេវាផ្សេងៗ ដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយអង្គការផ្សេងៗទៀតឡើយ។

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

ដើម្បីឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកអាចដំណើរការបាន អ្នកត្រូវតែ៖

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

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គម វានឹងជួយបន្ថែមល្បឿនដំណើរការនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។

លេខសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ សូមគូសសម្គាល់ មិន"ពាក់ព័ន្ធ" ឬ "NA "។

ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរសារនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច ជាមួយឯកសារទាំងអស់ទៅអាសយដ្ឋាននៅខាងក្រោម។

ត្រូវប្រាកដថារក្សាច្បាប់ចម្លងមួយសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

CHI Franciscan Rehabilitation Hospital
815 South Vassault Street
Tacoma, WA 98465
Phone: 253-444-3320 Fax: 253-444-3330

ដើម្បីប្រគល់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នក ដោយផ្ទាល់ ទៅជួបផ្នែកសិទ្ធិទទួល និងសេវាការចុះឈ្មោះ នៃមន្ទីរ CHI Franciscan Health តាមមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នកនូវការសម្រេចចុងក្រោយនៃភាពមានសិទ្ធិទទួល និងសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បើអាច ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិននៃ ការទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ ដែលរួមទាំងឯកសារប្រាក់ចំណូល។

តាមការប្រគល់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកឱ្យយើង ដើម្បីធ្វើការសាកសួរចាំបាច់ បញ្ជាក់ពីកាតព្វកិច្ច និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

**យើងចង់ជួយ។ សូមប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់!
អ្នកអាចទទួលវិក្កយបត្ររហូតទាល់តែយើងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក។**

ការថែទាំសប្បុរស/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - ជាការសម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើវាមិនពាក់ព័ន្ធ 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
- តើអ្នកជម្ងឺបច្ចុប្បន្នគ្មានផ្ទះសម្បែង ? បាទ/ចាស ទេ
- តើសេចក្តីត្រូវការការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជម្ងឺ ទាក់ទងទៅនឹងគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត ? ឬការរងរបួសការងារ បាទ/ចាស ទេ

សូមកត់ចំណាំ

- យើងមិនអាចធានាថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ទោះបីជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងអាចត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល។
- ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច 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 ពីលើគម្រោងការព្យាបាល</small>
បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវការបង់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជម្ងឺ	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ		លេខទំនាក់ទំនងសំខាន់ៗ _____ _____ អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល _____
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ

ស្ថានភាពការងារនៃបុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវការបង់វិក្កយបត្រ

មានការងារធ្វើ (_____ កាលបរិច្ឆេទនៃការចូលរួម) គ្មានការងារធ្វើយូរប៉ុណ្ណាដែលគ្មានការងារ (_____)

ធ្វើការឱ្យផ្ទាល់ខ្លួន សិស្ស ជនពិការ ចូលនិវត្តន៍ ផ្សេងទៀត (_____)

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

រាយសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នក។ "គ្រួសារ" រួមទាំងមនុស្សជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ឬប្តីប្រពន្ធសុំគេមកចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ _____

ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមបើត្រូវការ

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

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបានបង្ហាញ។ ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរួមទាំង ឧទាហរណ៍៖

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

