

ទម្រង់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ផ្នែកទី ១៖ ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកនេះ។

លេខគណនី _____ កាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវា _____

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ _____
នាមត្រកូល គោត្តនាម កណ្តាល

អាសយដ្ឋាន៖ _____ ទីក្រុង៖ _____ ប្រទេស៖ _____
លេខផ្ទះ និងលេខផ្លូវ

រដ្ឋនៅ៖ _____ លេខកូដតំបន់៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ____/____/____ ស្ថានភាពគ្រួសារ នៅលើ រៀបការ លែងលះ

លេខទូរសព្ទចម្បង៖ (____) _____ ផ្ទះ ទូរសព្ទចល័ត ការងារ ផ្សេងទៀត៖ _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖ _____

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅត្រឹមកាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវា៖ គ្មានការធានារ៉ាប់រង Medicare Medicaid ផ្សេងទៀត _____

ផ្នែកទី ២៖ ទ្រព្យសម្បត្តិ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ

ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក ឬប្រពន្ធរបស់អ្នក និងសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ប្រសិនបើមាន)។

ប្រភេទចំណូល	ចំនួនសរុបសម្រាប់រយៈពេល 3 ខែមុនពេលផ្តល់សេវា	ចំនួនសរុបសម្រាប់រយៈពេល 12 ខែមុនពេលផ្តល់សេវា
ប្រាក់ឈ្នួល/ស្វ័យនិយោជន៍	\$ _____	\$ _____
របបសន្តិសុខសង្គម	\$ _____	\$ _____
ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ភាគលាភ ការប្រាក់ ចំណូលមានមកពីការជួល	\$ _____	\$ _____
ភាពអត់ការងារធ្វើ សំណងរបស់កម្មករ	\$ _____	\$ _____
ជំនួយកុមារ (លុះត្រាតែអ្នកជំងឺជាអ្នកទទួលបានសេវា)	\$ _____	\$ _____
ផ្សេងទៀត៖	\$ _____	\$ _____

ទ្រព្យសកម្មសុទ្ធសរុប (ទ្រព្យសកម្ម - បំណុល) គិតត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យ៖ \$ _____

ផ្នែកទី ៣៖ ព័ត៌មានគ្រួសារ និងចំណូល

រាយបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ពួកគាត់។

សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់ក្នុងគ្រួសារផ្ទាល់របស់អ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ សម្រាប់គោលបំណងនៃ HCAP គ្រួសារត្រូវបានកំណត់ថាជាអ្នកជំងឺ ឬប្រពន្ធរបស់អ្នកជំងឺ និងកូនទាំងអស់ដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ (កូនបង្កើត ឬកូនចិញ្ចឹម) របស់អ្នកជំងឺដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជំងឺ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ គ្រួសារត្រូវរួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺ ឪពុកម្តាយបង្កើត ឬឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមរបស់អ្នកជំងឺ និងកូនដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ (កូនបង្កើត ឬកូនចិញ្ចឹម) របស់ឪពុកម្តាយដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជំងឺ។

ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ រួមទាំងអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ
1. អ្នកជំងឺ _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា អ្វីគ្រប់យ៉ាងដែលខ្ញុំបានលើកឡើងនៅលើពាក្យសុំនេះ និងនៅលើវាលឯកសារភ្ជាប់គឺជាការពិត។

ហត្ថលេខាគឺដែលទទួលខុសត្រូវ៖ x _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានពិនិត្យ និងយល់ព្រមលើពាក្យសុំនេះ។

ហត្ថលេខានាយកប្រតិបត្តិមន្ទីរពេទ្យ៖ x _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____