Cincinnati Children's
changing the outcome together

សូមត្រឡប់ទៅ៖
មន្ទីរពេទ្យកុមារស៊ីនស៊ីណាធី
(Cincinnati Children's Hospital)
3333 Burnet Avenue, MLC 11026
Cincinnati, Ohio 45229-3026
ទូរសារ៖ 866-300-0568

ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និង HCAP

អ្នកទទួលខុសត្រូវ៖ _____
នាមខ្លួន នាមត្រកូល នាមកណ្តាល។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ _____
(អ្នកជំងឺម្នាក់ត្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំបានមួយដង) នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជំងឺ៖ _____ (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ) កាលបរិច្ឆេទទទួលសេវានៅមន្ទីរពេទ្យ៖ _____ (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ)

អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ **នៅកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវាកម្ម**៖ _____
ផ្លូវ លេខអាផាតមិន
_____ (ទីក្រុង) _____ (រដ្ឋ) _____ (លេខកូដតំបន់) _____ (ខោនធី)

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន៖ _____
ផ្លូវ លេខអាផាតមិន
_____ (ទីក្រុង) _____ (រដ្ឋ) _____ (លេខកូដតំបន់) _____ (ខោនធី)

<u>សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម</u>៖ *ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ អ្នកជំងឺត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំនេះ។*
សូមបង្ហាញសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ខាងក្រោម។ រួមបញ្ចូលអ្នកជំងឺ ឪពុកម្តាយរបស់អ្នកជំងឺ (មិនថាពួកគេរស់នៅក្នុងផ្ទះ) និងកុមារ (ផ្លូវធម្មជាតិ ឬការស្នំកូន) ដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំរស់នៅក្នុងផ្ទះរួមជាមួយអ្នកជំងឺ។

ឈ្មោះ៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងអាយុរបស់អ្នកជំងឺ (នៅពេលទទួលសេវា)	ប្រាក់ចំណូលដុលសរុបក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវា	ប្រាក់ចំណូលដុលសរុបក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវា	ប្រភពចំណូលឈ្មោះនិយោជក (បញ្ជាក់ប្រសិនបើអ្នកជានិស្សិតមហាវិទ្យាល័យ)
	បុគ្គល/អ្នកជំងឺ				

*សមាជិកគ្រួសារបន្ថែមអាចបន្ថែមបាននៅខាងក្រោយពាក្យសុំនេះ។

1. ប្រសិនបើអ្នករាយការណ៍ថាគ្មានប្រាក់ចំណូលសរុប តើអ្នកទទួលបានជំនួយដោយរបៀបណា?
2. តើអ្នកជំងឺមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬ Medicaid នៅពេលទទួលសេវាមន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ? ☐បាទ/ចាស ☐ទេ

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និង/ឬកម្មវិធី Medicaid៖
លេខសម្គាល់អ្នកជារ៉ាធានារ៉ាប់រង # ឬលេខសម្គាល់ Medicaid៖ _____

ត្រូវតែផ្តល់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ឯកសារ៖

☐ ភស្តុតាងនៃការស្នាក់នៅកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវា = វិក្កយបត្រទឹកភ្លើង វិក្កយបត្រទូរស័ព្ទ ឬខ្សែកាប បង្កាន់ដៃជួល វិក្កយបត្របណ្ណតណទាន ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតរបស់អ្នក បណ្ណ ឬច្បាប់ចម្លងនៃបណ្ណបើកបរ ឬអត្តសញ្ញាណបណ្ណរដ្ឋរបស់អ្នក។
☐ ការងារ = ប្រាក់ចំណូល 3 ឬ 12 ខែ ឬលើលិខិតបញ្ជាក់ចុះហត្ថលេខាដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើបង់ជាសាច់ប្រាក់។
☐ ស្វ័យនិយោជន៍ = លិខិតប្រកាសពន្ធ 1040 (ទំព័រ 1) រួមទាំងកាលវិភាគ C និងលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលចុះហត្ថលេខាដោយខ្លួនឯង។
☐ លិខិតអត្ថប្រយោជន៍ = សន្តិសុខសង្គម ភាពអត់ការងារធ្វើ VA ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ និងពិការភាព។
☐ ផ្សេងទៀត= ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតដូចជា ចំណូលពីការជួល ។ល។

តាមរយៈហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអានពាក្យសុំនេះដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយថាអ្វីគ្រប់យ៉ាងដែលខ្ញុំបាននិយាយ ឬឯកសារណាមួយដែលខ្ញុំបានភ្ជាប់មកគឺជាពិតត្រឹមត្រូវតាមជំនឿ និងចំណេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ **ខ្ញុំដឹងថាវាជារឿងខុសច្បាប់ក្នុងការដាក់បញ្ចូនព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។**

ហត្ថលេខាភាគីទទួលខុសត្រូវ _____ កាលបរិច្ឆេទ បានបញ្ចប់ _____