

ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ សេចក្តីណែនាំអំពីពាក្យស្នើសុំ

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅ PeaceHealth។

PeaceHealth ផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដោយអនុលោមតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដល់ប្រជាជន និង ក្រុមគ្រួសារដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវអំពីប្រាក់ចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការថែទាំដែលកាត់បន្ថយតម្លៃ ដោយផ្អែកលើ ទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។

ដើម្បីមើលគោលការណ៍ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់ PeaceHealth និងព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅគេហទំព័រ peacehealth.org។

តើជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុគ្របដណ្តប់អ្វីខ្លះ?

ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់មន្ទីរពេទ្យគ្របដណ្តប់លើសេវាសមស្រប តាមមន្ទីរពេទ្យដែលផ្តល់ដោយ PeaceHealth ដែលអាស្រ័យលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុអាចនឹងមិនគ្របដណ្តប់លើថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពទាំងអស់នោះទេ រួមទាំងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយស្ថាប័នផ្សេងទៀតផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន តាមលេខ 877-202-3597។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ រួមទាំងជំនួយផ្នែកពិការភាព និងភាសា។

ដើម្បីដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែ៖

- ផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក។
- បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសារ រួមមានបុគ្គលដែលជាប់សាច់ឈាមពីកំណើត ការរៀបការ ឬយកមកចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)។
- ផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និងកាត់កង់)។
- ផ្តល់ឯកសារសម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ។
- ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែមមកជាមួយ ប្រសិនបើចាំបាច់។
- ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទ។

ចំណាំ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកមកយើង វានឹងជួយពន្លឿនដំណើរការនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។ លេខសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់មកយើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ សូមគូសលើ “មិនអាចអនុវត្តបាន” ឬ “NA”។

ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ អ៊ីមែល ឬទូរសារនូវពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរួមជាមួយនឹងឯកសារទាំងអស់ទៅកាន់៖ PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074- 8632.
អ៊ីមែល៖ financialassistance@peacehealth.org
ទូរសារ៖ (360) 729-3047។ ត្រូវប្រាកដថាបានរក្សាទុកច្បាប់ចម្លងសម្រាប់ខ្លួនឯង។

ដើម្បីដាក់បញ្ចូលពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់៖ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន (Customer Service) សម្រាប់ទីតាំងដាក់ឯកសារដែលនៅជិតបំផុតតាមលេខ 877-202-3597។

ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការកំណត់ចុងក្រោយចំពោះសិទ្ធិទទួលបាន និងសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ រួមទាំងឯកសារអំពីប្រាក់ចំណូលផងដែរ។

តាមរយៈការដាក់បញ្ចូលពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យយើងធ្វើការសាកសួរចាំបាច់ដើម្បីបញ្ជាក់ពីភាពពិត និងព័ត៌មានផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។

យើងចង់ជួយអ្នក។ សូមដាក់បញ្ចូលពាក្យស្នើសុំឱ្យបានឆាប់រហ័ស! អ្នកអាចនៅតែទទួលបានវិក្កយបត្ររហូតដល់យើងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់ PeaceHealth - ការសម្ភាស

សូមឆ្លើយសំណួរនីមួយៗ។ ប្រសិនបើមានអនុវត្តទេ សូមសរសេរ "មិនអនុវត្ត" (Not Applicable, NA)។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមកជាមួយប្រសិនបើចាំបាច់។

សូមផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់ PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

លេខអ្នកធានា

ការពិនិត្យព័ត៌មាន

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមរៀបរាប់ពីភាសាដែលពេញចិត្ត៖ _____
តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាជំនួយសាធារណៈរបស់រដ្ឋដូចជា Medicaid, TANF, Basic Food ឬ WIC ដែរឬទេ?? (តាមជម្រើស) ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើបច្ចុប្បន្នអ្នកជំងឺជាជនគ្មានផ្ទះសម្បែងមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើតម្រូវការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺ ទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬរបួសការងារដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

សូមចំណាំ

- យើងមិនអាចធានាបានទេថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនោះ បើទោះបីជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលដែលអ្នកផ្ញើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកមក យើងអាចពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ឡើងវិញ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬភស្តុតាងអំពីប្រាក់ចំណូល។

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ	នាមកណ្តាលរបស់អ្នកជំងឺ	នាមត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ
☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ ផ្សេងទៀត អាចបញ្ជាក់៖ _____	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គម (មិនចាំបាច់)
អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	លេខទំនាក់ទំនងចម្បង	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប្រទេស
		_____) _____ _____) _____ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ _____

ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់វិក្កយបត្រ
☐ មានការងារធ្វើ កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្តល់៖ _____ ☐ អត់ការងារធ្វើ តើអត់ការងារធ្វើរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណា៖ _____
☐ ជនបរិភោគឱ្យខ្លួនឯង ☐ សិស្ស ☐ ជនពិការ ☐ ចូលនិវត្តន៍ ☐ ផ្សេងទៀត៖ _____

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

រៀបរាប់ពីសមាជិកគ្រួសារក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកជំងឺដែរ។ "គ្រួសារ" រួមមានបុគ្គលដែលជាប់សាច់ឈាមពិតកំណើត ការរៀបការ ឬយកមក
ចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។ ទំហំគ្រួសារ
ប្រើប្រាស់បន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់។

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះនិយោជក ឬប្រភពចំណូល	ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ (មុនបង់ពន្ធ)៖	កំរិតពាក់ព័ន្ធនឹងការស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដែរឬ?

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបញ្ចេញឱ្យដឹង និងត្រូវដាក់បញ្ជូននូវភស្តុតាងរួមជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួច។
ឧទាហរណ៍អំពីប្រភពចំណូលរួមមាន៖

- ប្រាក់ឈ្នួល ■ ភាពអត់ការងារធ្វើ ■ ការផ្តល់អាជីពដោយខ្លួនឯង ■ សំណងកម្មករ ■ ពិការភាព
- ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI) ■ អាហារកិច្ចចិញ្ចឹមកូន/ប្តីប្រពន្ធ ■ កម្មវិធីសិក្សាអំពីការងារ (សិស្ស)
- ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ■ ការបែងចែកគណនីចូលនិវត្តន៍ ■ ផ្សេងទៀត សូមពន្យល់៖ _____

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមប្រើប្រាស់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងដឹង ដូចជាការលំបាក
ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬសេវាផ្សេងៗ ប្រាក់ចំណូលតាមរយៈការងារ ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការបាត់បង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

កិច្ចព្រមព្រៀងសម្រាប់អ្នកជំងឺ

- ខ្ញុំដឹងថា PeaceHealth អាចនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានតាមរយៈការពិនិត្យមើលព័ត៌មានឥរិយាបថឡើងវិញ និងទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយកំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងទូទាត់។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវប្រាកដមែន។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត នោះលទ្ធផលនឹងត្រូវបានបដិសេធចំពោះជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះ និងរំពឹងថានឹងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់។
- តាមរយៈការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកដើម្បីឱ្យយើងធ្វើការសាកសួរចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មានព្យាបាល និងព័ត៌មានផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____
ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន (Customer Service) តាមលេខ 1-877-202-3597។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ រួមទាំងជំនួយពីការភាព និងភាសា។ ដើម្បីមើលគោលការណ៍ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់ PeaceHealth និងព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅគេហទំព័រ peacehealth.org។
សូមផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់ PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632