

កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

គណនី ( ច្រើន )៖ \_\_\_\_\_

អ្នកដឹងជាទីគារព៖ \_\_\_\_\_

Enloe Health បុគ្គលិកជ្រើសរើសជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដល់អ្នកដឹងជាយូរមិញមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ព្រមទាំងអ្នកដឹងដែលមានការធានារ៉ាប់រងជាមួយយើងផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពសម្រាប់ប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងយល់ថាសេវាថែទាំសុខភាពមិនគួរតែណាងឱ្យបន្តទុកដីមហានុភាយដល់អ្នកដឹងធានារ៉ាប់រងព្រមទាំងគ្រួសារដែលមានថ្លៃហិរញ្ញវត្ថុខ្ពស់នោះទេ។

អ្នកមានបង្ហាញថាវាជាការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកក្នុងការទូទាត់ទៅលើសេវាកម្មដែលអ្នកទីបត់ទ្រទ្រង់បាននៅ Enloe Health ។ ជំនួយផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុមានកម្រិត ហើយដើម្បីកំណត់ថាអ្នកណាមានលក្ខខណៈសម្រាប់គ្រប់គ្រាន់ យើងមានគោលការណ៍របស់យើងក្នុងការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដោយប្រៀបធៀបជាមួយនឹងគោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព យើងអនុវត្តលក្ខខណៈវិនិច្ឆ័យបន្ថែមដែលកំណត់ថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ ឬជាយ៉ាងផ្តល់ជូន ដោយសារការចំណាយលើការព្យាបាលខ្ពស់។ ដើម្បីបញ្ជាក់ការវាយតម្លៃរបស់យើង យើងតម្រូវឱ្យអ្នកបញ្ជូនព័ត៌មានសុខភាពជាមួយយើងដោយប្រគល់មកវិញជាមួយនឹងចំណុចដូចខាងក្រោម។

**ឯកសារចាំបាច់៖**

1. បំពេញ របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ឆ្នាំសងខាង ( មានភ្ជាប់មកជាមួយ )
2. សូមបញ្ជូនច្បាប់ចម្លងលិខិត/សច្ចេក្តីថ្លៃការណ៍បដិសេធណាមួយពីកម្មវិធី Medi-Cal ( ប្រសិនបើមាន )
3. សូមបញ្ជូនច្បាប់ចម្លងរបាយការណ៍ធានាគារចុងក្រោយរបស់អ្នក ចរន្ត និងសន្ទស័យប្រាក់ គ្រប់ទំព័រទាំងអស់។
4. ប្រសិនបើអ្នកមានគណនីទិដ្ឋភាពប្រាក់ ភាគហ៊ុន ឬទ្រព្យសម្បត្តិចំណូលក្រៅពីលំនៅដ្ឋានចម្រងរបស់អ្នក យើងនឹងត្រូវការមើលរបាយការណ៍ស្តីពីគណនីនីមួយៗផងដែរ។  
សូមចំណាំ៖ ផែនការចូលនិវត្តន៍ដែលមានលក្ខខណៈសម្រាប់គ្រប់គ្រាន់មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលនៅពេលយើងគណនាប្រាក់ចំណូលនោះទេ។
5. ប្រសិនបើមានការងារ សូមបញ្ជូនច្បាប់ចម្លងនៃច្បាប់សន្ទស័យប្រាក់ខែរៀបចំក្រោយសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗ។
6. ប្រសិនបើមានការងារសុខភាពជាប់គាំង សូមបញ្ជូនច្បាប់ចម្លងនៃការបង់ពន្ធកាលពីឆ្នាំមុន ជំនួសឱ្យការបង់ពន្ធ។
7. ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់មានការងារធុរៈ សូមបញ្ជូនលិខិតបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងភាពអត់ការងារធុរៈ ពិការភាពរបស់អ្នក ឬ សន្ទស័យសង្កេត។
8. ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាមួយយើងផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពខ្ពស់ សូមផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់សុខភាពពីការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកដឹងសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការ Enloe Health ( ប្រសិនបើមាន )។
9. សូមបញ្ជូនលិខិតដែលពន្យល់ពីសុខភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក និងមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចបង់ថ្លៃវិក័យបត្ររបស់អ្នក។  
លិខិតទាំងនេះខ្លួនរបស់អ្នកជួយយើងឱ្យយល់ពីសុខភាពរបស់អ្នក និងហេតុអ្វីបានជាត្រូវការជំនួយផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុ។

សូមគាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំណាមួយបានទេ សូមពន្យល់ពីមូលហេតុនៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់ការលំបាកនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់អំពីអ្វីដែលតម្រូវ សូមទាក់ទងអ្នកតំណាងជូនកែសំរេងកម្មវិធីជំនួយរបស់អ្នក។

ឯកសារទាំងអស់ត្រូវតែទទួលបានក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍នៃកាលបរិច្ឆេទក្នុងលិខិតនេះ ឬពាក្យសុំរបស់អ្នកអាចផ្អាកកំណត់។ យើងនឹងដំណើរការពាក្យសុំពេញលេញក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបាននេះ ហើយនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

ដោយកុត្តិការព  
សេវាហិរញ្ញវត្ថុអ្នកដឹង  
financialcounselors@enloe.org  
530-332-6350



សេវាកម្មមសហគមន៍ និងគោលនយោបាយបញ្ញត្តិចុះតម្កល់ (ទំព័រ 1 នៃ 2)  
 របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ឆ្នាំ និងកម្មវិធីជំនួយ  
 ហិរញ្ញវត្ថុ



ឈ្មោះអ្នកជំងឺ \_\_\_\_\_

លខេត្តណនី (ថ្ងៃនៃ) \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម \_\_\_\_\_

ភាគីទទួលខុសត្រូវ\*

បុគ្គលិកបុរេនុធ ឬជំនួយសេវា

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

ទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

ឈ្មោះនិយោជក \_\_\_\_\_

ឈ្មោះនិយោជក \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាននិយោជក \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាននិយោជក \_\_\_\_\_

ទូរសព្ទនិយោជក \_\_\_\_\_

ទូរសព្ទនិយោជក \_\_\_\_\_

សុំថ្កានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (គូសរង្សីរងមួយ) ៖ មានរៀបការ នៅលើ លង់លះ មម៉ោយ  
 មិនទាន់រៀបការ មានដៃគូ

ព័ត៌មានគ្រួសារ៖

សូមរាយបញ្ជីមនុស្សទាំងអស់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ឬក្នុងតំបន់រងគ្រោះដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ថាគឺពួកគេ  
 រស់នៅជាមួយអ្នកឬអត់។

ឈ្មោះ៖	អាយុ៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក៖
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

សូមបំពេញជូនកែមុខាងឡើង។

# សវនកម្មសហគមន៍ និងគោលនយោបាយបញ្ចុះតម្លៃ (ទំព័រ 2 នៃ 2)

## ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំខែ

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបពីប្រាក់ឈ្នួល៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ជំនួយសាធារណៈ/ត្រូវអាហារ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 សន្តិសុខសង្កេត៖ \$ \_\_\_\_\_  
 សំណងគុណការងារធុរ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ជំនួយកុមារ / អាហារកិច្ចចុះ៖ \$ \_\_\_\_\_

ប្រាក់ចំណូលជួល៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ជំនួយ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ប្រាក់សំណងរបស់កម្មករ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ផ្សេងៗ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ប្រាក់ចំណូលសរុប៖ \$ \_\_\_\_\_

## ទ្រព្យសកម្មរូបិយវត្ថុ

ការសន្តសំ ឬផ្សេងៗបញ្ញត្តិ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ភាគលាភ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ទ្រព្យសម្បត្តិកុរព័លនាំដូចជាបឋម៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ផ្សេងៗ៖ \$ \_\_\_\_\_

តម្លៃភាគហ៊ុន៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ការទូទាត់ការប្រាក់៖ \$ \_\_\_\_\_  
 IRAs: \$ \_\_\_\_\_  
 ទ្រព្យសរុប៖ \$ \_\_\_\_\_

## ការចំណាយ

ការបង់ចូលផ្ទះ/ជួលប្រចាំខែ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 Medical Ins. បុព្វលាភ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ថ្លៃប្រើប្រាស់/ទ្រព្យសព្ទផ្ទះ៖ \$ \_\_\_\_\_  
 អាហារ/ផ្ទះ/តម្រូវការផ្សេងៗខ្លួន៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ / ផ្សេងៗបញ្ញត្តិ៖ \$ \_\_\_\_\_

ពេទ្យ/ធុមញ្ឆេះ \$ \_\_\_\_\_  
 ការដឹកជញ្ជូន៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ការថែទាំកុមារ/ថ្លៃសិក្សា៖ \$ \_\_\_\_\_  
 ផ្សេងៗ៖ \$ \_\_\_\_\_

ការចំណាយសរុប៖ \$ \_\_\_\_\_

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Enloe Health ផ្សេងៗទៀតព័ត៌មានណាមួយ រួមទាំងរាយការណ៍ឥណទាន ប្រាក់ចំណូល និងទ្រព្យសម្បត្តិរូបិយវត្ថុ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់ព័ត៌មានដល់ឯកសារសន្តសំ។ បន្ថែមលើនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា សេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងអស់ដែលបានផ្សេងៗនៅក្នុងពាក្យសន្តសំនេះគឺពិត និងពេញលេញតាមចំនុះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើយកមធ្យមព័ត៌មានដល់ខ្ញុំមានផ្ទៃដល់នោះមិនពេញលេញ ឬមិនពិត ការបញ្ចុះតម្លៃលើវិក្កយបត្ររបស់ខ្ញុំអាចនឹងបញ្ជូនតម្លៃប្រាក់បញ្ញត្តិហើយការទូទាត់ពេញលេញអាចនឹងតម្រូវឱ្យខ្ញុំទូទាត់។

ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការទូទាត់ពីកុមារឬធានារ៉ាប់រង សំណងរបស់កម្មករ ឬភាគីទីបីណាមួយ ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ Enloe Health អំពីការទូទាត់បន្ថែមនេះ។ ខ្ញុំយល់ថាមានទិវេទយរកស្វាសិទ្ធិរបស់ខ្លួនក្នុងការប្តូរមូលការគិតថ្លៃដើមទាំងស្រុង ប្រសិនបើភាគីទីបីផ្តល់ការទូទាត់ពេញលេញ ឬដោយផ្ទាល់កែសម្របសវនកម្មរបស់ Enloe Health។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬអាណាព្យាបាលសុរេបច្ចេកវិទ្យា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលិកបុរេនុវត្ត ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

\*ឯកសារនេះនឹងត្រូវបំពេញដោយអាណាព្យាបាលសុរេបច្ចេកវិទ្យារបស់អ្នកជំងឺ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអនីតិជន។  
 \*\*មានសុច្ឆន្ទៈស្និទ្ធស្នាលកម្មប្រើប្រាស់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលនឹងជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីដំណើរការចេញវិក្កយបត្រ និងការទូទាត់។  
 អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Consumer Alliance តាមលេខ 888-804-3536 ឬចូលទៅកាន់វិបសាយ [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។