

# ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម: \_\_\_\_\_

លេខគណនី: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ឬ អ្នកដាក់ពាក្យ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ លេខកូដប្រៃសណីយ៍: \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍: \_\_\_\_\_ លេខ SSN : \_\_\_\_\_

**ផ្នែកខាងក្រោមនេះ ត្រូវតែបំពេញសម្រាប់ការពិចារណាលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សូមកត់សម្គាល់ថា អ្នកជំងឺដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង ត្រូវតែចូលរួមជាមួយអ្នកលក់ដែលមានសិទ្ធិផ្តល់ធានារ៉ាប់រងរបស់យើងមុនពេលទទួលបានជំនួយ។**

(រាយបញ្ជីឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ និងកូនក្នុងបន្តិកក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ពួកគេ)

ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវាកម្ម	ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវាកម្ម	ប្រភពចំណូលឈ្មោះនិយោជក (សូមលើកឡើងប្រសិនបើអ្នកជំងឺស្ម័គ្រចិត្តបញ្ជាក់ឱ្យបាន)
	<b>ខ្លួនឯង</b>				

1. ប្រសិនបើអ្នករាយការណ៍ថា ចំណូលសរុបស្មើនឹងសូន្យ តើអ្នកទទួលបានការគាំទ្រដោយរបៀបណា? \_\_\_\_\_
2. តើអ្នកស្នាក់នៅក្នុងរដ្ឋណា នៅពេលដែលអ្នកមកជួបពិនិត្យជំងឺ? \_\_\_\_\_
3. តើអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយ MEDICAID ឬជំនួយពីខោនធីណាមួយដែរឬទេ?  មិនបានដាក់  បានដាក់ (កាលបរិច្ឆេទ/រដ្ឋ \_\_\_\_\_)
4. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅចំកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មដែរឬទេ?  មិនមាន  មាន (ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃកាតជាមួយពាក្យសុំនេះ)
5. តើកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មទាក់ទងនឹងឧបទ្វីបហេតុគ្រោះថ្នាក់រថយន្តដែរឬទេ?  មិនទាក់ទង  ទាក់ទង (ឈ្មោះ/បណ្តឹងទាមទារសងប្រាក់ធានារ៉ាប់រង# \_\_\_\_\_)
6. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក មានគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំទេ?  មិនមាន  មាន (តម្លៃ \_\_\_\_\_)
7. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀតទេ?  មិនមាន  មាន (ប្រភេទ/តម្លៃ \_\_\_\_\_)
8. តើអ្នកមានផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន ឬជួលគេ?  ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន  ជួលគេ  ផ្សេងទៀត ( \_\_\_\_\_)

**សម្រាប់ទ្រព្យចំណូលដែលមានរាយនៅខាងលើអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗ:**

(សូមពិនិត្យមើលសម្ភារដែលបានទទួល)

- មានការងារ = ចំណូល 3 ឬ 12 ខែ
- ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង = បំពេញបែបបទពន្ធរួមទាំងកាលវិភាគ C
- អត់ការងារធ្វើ = លិខិតអត្តប្រយោជន៍
- ការគាំទ្រកុមារ = ឯកសារបង្គាប់ដោយតុលាការ
- សន្តិសុខសង្គម = លិខិតអត្តប្រយោជន៍
- ផ្សេងទៀត = ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ដូចជាភាគលាភ ការប្រាក់ ចំណូលពីការផ្តល់
- សោធននិវត្តន៍ ឬពិការភាព = លិខិតអត្តប្រយោជន៍
- គណនីចរន្ត / សន្សំ = របាយការណ៍ 30 ថ្ងៃបច្ចុប្បន្នសម្រាប់គណនីនីមួយៗ

**ការបញ្ជាក់:** តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ចម្លើយនៅខាងលើពាក្យសុំនេះគឺជាការពិត។ ប្រសិនបើការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្តបន្ទាប់លើពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់បុគ្គលបង្ហាញថា ព័ត៌មានដែលផ្តល់ដោយបុគ្គលនោះមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពិត ការសម្រេចចិត្តផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចត្រូវបានដកវិញ ហើយភាគីដែលទទួលខុសត្រូវនឹងត្រូវទូទាត់វិក្កយបត្រ។ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ព័ត៌មាន ដែលខ្ញុំដាក់ស្នើត្រូវលិតក្រោមការរៀងផ្ទុកដោយអ្នកផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងភ្នាក់ងាររាយការណ៍គណនេរី និងត្រូវត្រួតពិនិត្យឡើងវិញដោយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និង/ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងភ្នាក់ងារនៃទៀតតាមការចាំបាច់។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើ ឬអ្នកតំណាង: \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិ: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_ (ប្រសិនបើមិនមែនជាអ្នកជំងឺ)

