

ការណែនាំអំពីទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅ Providence។

ច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធទាំងអស់តម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដល់ប្រជាជន និងគ្រួសារ ដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃប្រាក់ចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការថែទាំដែលមានការបញ្ឈប់តម្លៃ ដោយផ្អែកលើ ទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ ដើម្បីមើល គោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់ដែលមានការប្រែប្រួល និងគោលការណ៍ស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ របស់យើង សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររដ្ឋដែលអ្នករស់នៅ <https://www.providence.org/obp>។

តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរ៉ាប់រងលើអ្វីខ្លះ? ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាប់រងលើការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលផ្តល់ដោយមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកណាមួយរបស់យើងក្នុងគ្រួសារនៃអង្គការរបស់យើង អាស្រ័យលើ សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិនរ៉ាប់រងលើការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពទាំងអស់ រួមទាំងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអង្គការផ្សេងទៀតបានទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ គោលការណ៍ស្តីពី ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះ និងសម្ភារៈនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំមានផ្តល់ជូននៅលើ គេហទំព័ររបស់យើង ឬតាមរយៈទូរសព្ទ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់មូលហេតុណាមួយ រួមទាំង ជំនួយភាសា និងពិការភាព។ ឯកសារជាអក្សរដែលបានបកប្រែមានផ្តល់ជូនតាមការស្នើសុំ។ នេះគឺជា របៀបទាក់ទងមកយើង៖ <https://www.providence.org/obp>

តំណងសេវាកម្មអតិថិជនតាមរយៈលេខទូរសព្ទ៖ 503-215-7575 ឬ 855-229-6466
ចន្ទ-សុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច

ដើម្បីឱ្យពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកអាចដំណើរការទៅបាន អ្នកត្រូវតែ៖

- ❑ **ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នកដល់យើង**
បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសាររួមមានសមាជិកដែលពាក់ព័ន្ធនឹង សាច់បង្កើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)
- ❑ **ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបរបស់គ្រួសារអ្នកដល់យើង** (ប្រាក់ចំណូលមុនពេលកាត់ពន្ធ ឬកាត់កងផ្សេងៗ) ដែលរួមបញ្ចូលលិខិតបើកប្រាក់បៀវត្ស ទម្រង់បែបបទ W-2, ការបង្វិលសងពន្ធ លិខិតប្រគល់រង្វាន់របបសន្តិសុខសង្គម ព្រមទាំងរបាយការណ៍អំពីប្រាក់ចំណូលដែលបានដកពីទ្រព្យ និងប្រកាសនិងផ្តល់ឯកសារសម្រាប់ទ្រព្យ។¹ (មើលផ្នែកប្រាក់ចំណូលនៃពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដើម្បីទទួលបានឧទាហរណ៍ច្រើនទៀត)
- ❑ **ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់**
- ❑ **ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើ អ្នកផ្តល់ឱ្យយើងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក ឬប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង។ ប្រសិនបើអ្នក មិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ សូមសម្គាល់ថា “មិនអាចប្រើបាន” ឬ “មិនមាន”។

ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញដែលមានឯកសារទាំងអស់តាមសំបុត្រទៅ៖ ការិយាល័យអាជីវកម្មតាម តំបន់របស់ Providence, P.O. ប្រអប់លេខ 3299 ទីក្រុង Portland OR 97208-3395 សហរដ្ឋអាមេរិក។ ត្រូវប្រាកដថាត្រូវរក្សាច្បាប់ចម្លងសម្រាប់ខ្លួនឯង។

ដើម្បីដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំដែលអ្នកបានបំពេញដោយផ្ទាល់៖ ទៅកាន់ការិយាល័យរបស់

¹ លើកលែងតែអាចត្រូវបានហាមឃាត់ដោយច្បាប់រដ្ឋ, Providence នឹងប្រមូល និងពិចារណា ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងទ្រព្យ ដូចដែលតម្រូវដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) សម្រាប់របាយការណ៍អំពីតម្លៃរបស់ Medicare។

អ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុនៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពី
ការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយនៃសិទ្ធិទទួលបាន និងសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើអាច ចន្លោះ 14 ដល់ 30 ថ្ងៃនៃ
ការទទួលបានពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ រួមទាំងឯកសារនៃប្រាក់ចំណូល។

តាមរយៈការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកដើម្បីឱ្យយើងធ្វើការស្តារសំណួរ
ដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីព័ត៌មាន និងកាតព្វកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ។

**យើងចង់ជួយ។ សូមដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗ។ អ្នកអាចបន្តទទួលបាន
របាយការណ៍អំពីការចេញវិក្កយបត្រ រហូតទាល់តែយើងទទួលបានពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញ
និងឯកសារដែលចាំបាច់របស់អ្នក លុះត្រាតែមានការហាមឃាត់ដោយច្បាប់ថែទាំសប្បុរសធម៌
នៅរដ្ឋរបស់អ្នក។**

ទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ - សម្ងាត់
សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើវាមិនអនុវត្ត សូមសរសេរ "មិនមាន" ភ្ជាប់
ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។

ព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើយក បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីភាសាដែលចង់ប្រើ:

តើអ្នកជំងឺបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medicaid ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកជំងឺពិការភ្នែកឬ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកជំងឺពិការឬ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាកម្មសាធារណៈរបស់រដ្ឋដូចជា TANF, អាហារមូលដ្ឋាន ឬ WIC ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បច្ចុប្បន្ន តើអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះទេឬ? បាទ/ចាស ទេ

តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត ឬរបួសការងារដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

សូមកត់សម្គាល់ថា

- យើងមិនអាចធានាថា អ្នកនឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ ទោះបីជាអ្នកស្នើសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក យើងអាចនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចនឹងស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល។
- ក្នុងរយៈពេល 14-30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារដែលអ្នកបានបំពេញ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

ព័ត៌មានអំពីបេក្ខជន និងអ្នកជំងឺ

នាមខ្លួនអ្នកជំងឺ	ឈ្មោះកណ្តាលអ្នកជំងឺ	នាមត្រកូលអ្នកជំងឺ
<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គមអ្នកជំងឺ (ជាជម្រើស)
បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ		លេខទំនាក់ទំនងចម្បង () _____ () _____ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់

ស្ថានភាពការងាររបស់បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់វិក្កយបត្រ

ធ្វើការ (កាលបរិច្ឆេទធ្វើការ: _____) អត់ធ្វើការ (រយៈពេលដែលអត់ធ្វើការ: _____)

ជនស្វ័យនិយោជ សិស្ស ជនពិការ អ្នកចូលនិវត្តន៍ ផ្សេងៗ _____

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

រាយបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងអ្នក។ “គ្រួសារ” រួមមានសមាជិកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសាច់បង្កើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ _____

ភ្ជាប់ទំព័រលម្អិតប្រសិនបើចាំបាច់

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ប្រសិនបើ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះនិយោជក ឬប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល	ប្រសិនបើ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប (មុនពេលកាត់ពន្ធ)៖	ស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផងដែរឬ?
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបង្ហាញ។ ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរួមមាន ឧទាហរណ៍៖ ប្រាក់ឈ្នួល- គ្មានការងារ-ជនស្វ័យនិយោជ-សំណងរបស់កម្មករ-ពិការភាព-SSI-ជំនួយរបស់ប្តីឬប្រពន្ធ/កូន-កម្មវិធីសិក្សាអំពីការងារ (សិស្ស)- ប្រាក់ដែលបានមកពីទ្រព្យ ឧទាហរណ៍ មូលបត្រកម្មសិទ្ធិ មូលបត្របំណុល, IRAs, សង្គមធន ប្រាក់ចំណូលបានមកពីការផ្តល់។ល។

ទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ - សម្ងាត់
ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល

សូមចងចាំថា៖ អ្នកត្រូវរួមបញ្ចូលឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក។ តម្រូវឱ្យមានការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅត្រូវតែបង្ហាញ ប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនរបាយការណ៍ដែល បានចុះហត្ថលេខាជាអក្សរដែលពាណិជ្ជកម្មអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់សម្រាប់ប្រភពនៃ ប្រាក់ចំណូលដែលបានសម្គាល់ទាំងអស់។

ឧទាហរណ៍នៃលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលរួមមាន៖

- របាយការណ៍ពន្ធកាត់ទុក "W-2" ឬ
- លិខិតបើកប្រាក់បៀវត្ស (3 ខែ) ឬ
- ការបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលកាលពីឆ្នាំមុន រួមទាំងកាលវិភាគប្រសិនបើមាន ឬ
- របាយការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីនិយោជកឬអ្នកដទៃ ឬ
- របាយការណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលបានទាញចេញពីទ្រព្យ (មូលបត្រភាគហ៊ុន មូលបត្របំណុល, IRAs, សង្កហធន។ល។) ឬ
- ការយល់ព្រម/ការបដិសេធនៃសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់សំណងលើភាពគ្មានការងារធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលិខិតបញ្ជាក់នៃប្រាក់ចំណូល ឬគ្មានប្រាក់ចំណូល សូមភ្ជាប់ទំព័ររបន្ថែមដោយមានការពន្យល់។

ព័ត៌មានអំពីការចំណាយ

យើងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីទទួលបានរូបភាពកាន់តែពេញលេញនៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ការចំណាយសំខាន់ៗប្រចាំខែសម្រាប់ការរស់នៅ៖

ការផ្តល់/កម្ចីទិញផ្ទះ: \$ _____ ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ \$ _____
 ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រកម្រិតខ្ពស់ \$ _____ សេវាកម្មសាធារណៈ: \$ _____
 ការចំណាយ/បំណុលផ្សេងទៀត \$ _____ (ការគាំពារកូន កម្ចី ថ្នាំពេទ្យ ផ្សេងៗ)

ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យ

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអនុលោមតាមគោលការណ៍របស់យើង និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ ដែលអ្នកបានទទួលការថែទាំ ហើយត្រូវបានប្រមូល និងចាត់ទុកថាជាការតម្រូវដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) សម្រាប់ការវាយការណ៍អំពីការចំណាយរបស់ Medicare ។

សមតុល្យគណនីត្រួតពិនិត្យបច្ចុប្បន្ន
 \$ _____
 សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន
 \$ _____

តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យផ្សេងទៀតទាំងនេះដែរឬទេ?
សូមដាក់ចំណុចទាំងអស់ដែលប្រើ

មូលបត្រកម្មសិទ្ធិ មូលបត្របំណុល 401K
 គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព ទំនុកចិត្ត
 ទ្រព្យ (មិនរួមបញ្ចូលលំនៅឋានបឋម) មានអាជីវកម្ម

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័ររបន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ ឱ្យយើងដឹង ដូចជាការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើការព្យាបាលលើសកម្រិត ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវកាល ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការបាត់បង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ថា Providence អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានឥណទាន និងទទួលបានព័ត៌មានពី ប្រភពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងទូទាត់ប្រាក់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើព័ត៌មាន ហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត លទ្ធផលអាចជាការបដិសេធនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំប្រហែលជា ទទួលខុសត្រូវ និងរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____