PROVIDENCE
Health & Services

សំណើសុំការថែទាំដោយសប្បុរស និងជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

អ្នកជំងឺ ព្រមទាំងក្រុមគ្រួសារជាទីគោរពរាប់អាន!

ដើម្បីប្រកាន់ខ្ជាប់នូវបេសកកម្មនិងគុណតម្លៃស្នូលរបស់យើងយើងខ្ញុំប្តេជ្ញាផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់ប្រជាជនដោយមិនគិតពីលទ្ធភាពបង់ប្រាក់របស់ពួកគេនោះឡើយ។

ការថែទាំដោយសប្បុរស និងជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ៖

ថ្លៃពេទ្យអាចមានការពិបាកក្នុងការទូទាត់។អ្នកជំងឺដែលមិនមានលទ្ធភាពទូទាត់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្លួនទាំងស្រុងឬមួយផ្នែកបានអាចដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបានដោយបំពេញទម្រង់លិខិតនេះនិងផ្ញើវាត្រលប់មកវិញ។ អ្នកជំងឺនិងក្រុមគ្រួសារដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌចំណូលមួយចំនួនអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានការថែទាំដោយមិនគិតថ្លៃឬការថែទាំក្នុងតម្លៃថោកដោយផ្អែកតាមទំហំនិងចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេទោះបីជាពួកគេមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។

ដើម្បីពិនិត្យមើលគោលនយោបាយស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនិងគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីសូចនាករតម្លៃប្រែប្រួលរបស់យើងសូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររដ្ឋ៖

https://www.providence.org/obp

តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ? ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរ៉ាប់រងចំណាយទៅលើសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តដែលផ្តល់ដោយក្រសួងមួយនៃក្រសួងទាំងឡាយរបស់យើង វាអាស្រ័យទៅតាមភាពអាចទទួលបានរបស់អ្នក។ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចនឹងមិនរ៉ាប់រងថ្លៃថែទាំសុខភាពទាំងអស់រួមទាំងសេវាដែលផ្តល់ដោយអង្គការផ្សេងៗទៀតបានឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរឬត្រូវការជំនួយដើម្បីបំពេញពាក្យសុំនេះ៖គោលនយោបាយស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី និងឯកសារពាក្យសុំ អាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងឬតាមរយៈទូរស័ព្ទ។អ្នកអាចទទួលបានជំនួយដោយសារមូលហេតុណាមួយរួមទាំងពិការភាពនិងជំនួយខាងភាសា។ខាងក្រោមនេះគឺជារបៀបទំនាក់ទំនងមកយើងខ្ញុំ៖

https://www.providence.org/obp

តំណាងសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈ៖

503-215-3030 ឬ 866-747-2455 ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់

ដើម្បីឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានចាត់ការអ្នកត្រូវតែផ្តល់៖

☐ **ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក**
សូមបំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសាររួមមានអ្នកដែលជាប់សាច់ញាតិពីកំណើត ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ឬការសុំកូន ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)
☐ **ព័ត៌មានអំពីចំណូលគ្រួសារសរុបប្រចាំខែរបស់អ្នក**(ចំណូលមុនពេលកាត់ពន្ធនិងការកាត់កងផ្សេងៗ)
☐ **ប្រកាសទ្រព្យសម្បត្តិ**(ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ)
☐ **ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់**
☐ **ចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

****ត្រូវធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រភពចំណូល****

សូមភ្ជាប់ជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នកនូវសំណៅចម្លងនៃឯកសារដូចខាងក្រោម៖

- បង្កាន់ដៃបើកប្រាក់ការងារចំនួន 3 ខែ
- លិខិតប្រកាសពន្ធដែលទើបតែដាក់ប្រកាសសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់
- សូមផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់ប្រភពចំណូលផ្សេងទៀតដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

កំណត់សម្គាល់៖អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះទេ។ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមឲ្យយើងខ្ញុំវានឹងជួយពន្លឿនដំណើរការពិនិត្យពាក្យសុំរបស់អ្នក។លេខរបបសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ។ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេសូមសរសេរថា“មិនពាក់ព័ន្ធ”ឬ“គ្មាន”។

សូមផ្ញើ**ពាក្យសុំដែលបំពេញរួច**តាមប្រៃសណីយ៍ **រួមជាមួយឯកសារទាំងអស់ទៅកាន់អាសយដ្ឋានដូចខាងក្រោមនេះ**) សូមរក្សាទុកសំណៅចម្លងមួយច្បាប់សម្រាប់ខ្លួនឯង(៖

https://www.providence.org/obp

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3299, Portland, OR 97208-3395

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំដែលបំពេញរួចរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់៖ សូមយកទៅការិយាល័យបេឡាករមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត

យើងនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយទៅលើភាពត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌនិងសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា) ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ (ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញរួមទាំងឯកសារចំណូល។

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមានន័យថាអ្នកយល់ព្រមឲ្យយើងខ្ញុំធ្វើការសាកសួរដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីកាតព្វកិច្ចនិងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

យើងចង់ជួយ។សូមដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឲ្យបានឆាប់រហ័ស!

អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្ររហូតទាល់តែយើងខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរសនិងជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ — សម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឲ្យបានពេញលេញ។បើមិនពាក់ព័ន្ធទេសូមសរសេរថា "គ្មាន" ។សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមបើចាំបាច់។

ព័ត៌មានអំពីការពិនិត្យ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ** *បើអ្នកឆ្លើយថាបាទ/ចាសសូមរៀបរាប់ភាសាដែលអ្នកចង់បាន៖*

តើអ្នកជំងឺបានស្នើសុំ Medicaid ឬទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ** *អាចនឹងតម្រូវឱ្យស្នើសុំមុនពេលត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ*

តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាសាធារណៈរបស់រដ្ឋ ដូចជា ,TANF ម្ហូបអាហារជាមូលដ្ឋាន ,ឬ WIC ដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**

តើអ្នកជំងឺបច្ចុប្បន្នជាជនអនាថាឬទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐**ទេ**

តើតម្រូវការនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ មានការទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់រថយន្តឬរបួសការងារដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**

សូមកត់សម្គាល់

- យើងខ្ញុំមិនអាចធានាបានថាអ្នកនឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយទោះបីជាអ្នកបានស្នើសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលអ្នកផ្ញើពាក្យសុំរបស់អ្នករួចយើងអាចពិនិត្យព័ត៌មានទាំងអស់និងអាចសុំព័ត៌មានបន្ថែមឬលិខិតបញ្ជាក់ចំណូល។
- ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិនក្រោយពេលយើងទទួលបានពាក្យសុំដែលបំពេញរួចនិងឯកសាររបស់អ្នកយើងនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយ។

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺនិងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ	នាមខ្លួនកណ្ដាលរបស់អ្នកជំងឺ		នាមត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ
☐ប្រុស ☐ ស្រី ☐ផ្សេងទៀត អាចបញ្ជាក់(__________________)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (*បន្ទាប់បន្សំ) **បន្ទាប់បន្សំប៉ុន្តែត្រូវការសម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភសប្បុរសបន្ថែមទៀតដែលលើសពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់រដ្ឋ*
អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (*បន្ទាប់បន្សំ) **បន្ទាប់បន្សំប៉ុន្តែត្រូវការសម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភសប្បុរសបន្ថែមទៀតដែលលើសពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់រដ្ឋ*
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ____ ____ ទីក្រុងរដ្ឋលេខ ស៊ីប កូដ			លេខទំនាក់ទំនងចម្បង ( ) ______________________ ( ) ______________________ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ __________________________

ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ

☐ **និយោជិត** (កាលបរិច្ឆេទទទួលឲ្យធ្វើការ៖ ______________________________) ☐ **អ្នកអត់ការធ្វើ** (អត់ការធ្វើយូរប៉ុណ្ណោះ៖ ______________________________)

☐ **ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង** ☐ **សិស្ស ឬនិស្សិត** ☐ **ពិការ** ☐ **ចូលនិវត្តន៍** ☐ **ផ្សេងៗ** (______________________________)

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

សូមរៀបរាប់សមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នករាប់ទាំងអ្នកផងដែរ។ "គ្រួសារ" រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកដែលជាប់សាច់ញាតិពីកំណើត ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការសុំកូន ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ__________________ *សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់*

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ៖ ឈ្មោះរបស់និយោជកឬប្រភពចំណូល	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ៖ ចំណូលប្រចាំខែដុលសរុប (មុនកាត់ពន្ធ)៖	ដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ?
					បាទ–ចាស / ទេ
					បាទ–ចាស / ទេ
					បាទ–ចាស / ទេ
					បាទ–ចាស / ទេ

ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែលាតត្រដាង។ប្រភពចំណូលរួមមានដូចជា៖

–ប្រាក់ឈ្នួល – ភាពអត់ការងារធ្វើ – ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង – ប្រាក់កម្រៃកម្មករ – ពិការភាព - SSI – ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន/ប្ដី–ប្រពន្ធ

–កម្មសិក្សាមានប្រាក់ឈ្នួល (និស្សិត) – សោធននិវត្តន៍ –ការចែកចាយគណនីចូលនិវត្តន៍ – ផ្សេងៗ (*សូមពន្យល់*____________________)

PROVIDENCE
Health & Services

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស និងជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ — សម្ងាត់

ព័ត៌មានអំពីចំណូល

ចូរចងចាំ៖ *អ្នកត្រូវភ្ជាប់លិខិតបញ្ជាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។*

អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ត្រូវធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ចំណូលដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។

សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ ត្រូវតែលាតត្រដាងចំណូលរបស់ខ្លួន។ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារបានទេអ្នកអាចដាក់សេចក្តីប្រកាសជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមានចុះហត្ថលេខាដែល ពណ៌នាពីចំណូល របស់អ្នក។ សូមផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់សម្រាប់រាល់ប្រភពចំណូលដែលបានកំណត់។ ឧទាហរណ៍នៃលិខិតបញ្ជាក់ចំណូលរួមមាន៖

- លិខិតប្រកាសពន្ធកាត់ទុក”2-W“ឬ
- បង្កាន់ដៃបើកប្រាក់បច្ចុប្បន្ន (3 ខែ)ឬ
- លិខិតប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលឆ្នាំមុនរួមទាំងបញ្ជីបន្ថែមប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធឬ
- សេចក្តីប្រកាសជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមានចុះហត្ថលេខាពីនិយោជកឬអ្នកផ្សេងៗទៀតឬ
- ការយល់ព្រម ឬការបដិសេធលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋឬ
- ការយល់ព្រម ឬការបដិសេធលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសំណងនៃភាពអត់ការធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលិខិតបញ្ជាក់ចំណូលឬមិនមានចំណូលទេសូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយដែលមានសេចក្តីពន្យល់។

ព័ត៌មានអំពីចំណាយ

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីដឹងពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកឲ្យកាន់តែពេញលេញបន្ថែមទៀត។

ចំណាយក្នុងគ្រួសារប្រចាំខែ៖

ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះឬប្រាក់បង់រំលស់ផ្ទះ ________________________________$

ចំណាយលើជំងឺ ________________________________$

បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ________________________________$

សេវាសាធារណៈ: ________________________________$

បំណុល/ចំណាយផ្សេងទៀត ________________________________$ (*ប្រាក់អាហារកិច្ចកម្ចីថ្នាំពេទ្យផ្សេងៗ*)

ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិ

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ បើចំណូលរបស់អ្នកមានច្រើនជាង 200% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។

សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន

____$

សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន

____$

តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិទាំងនេះដែរឬទេ?

សូមគូសធីកនៅលើចំណុចទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ

☐ ភាគហ៊ុន ☐ សញ្ញាបណ្ណ ☐ K401 ☐ គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព ☐ មូលនិធិទំនុកចិត្ត

☐ អចលនទ្រព្យ (លើកលែងលំនៅដ្ឋានចម្បង) ☐ អាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំដឹងដូចជាស្ថានភាពលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ចំណូលតាមរដូវឬបណ្តោះអាសន្នឬការខាតបង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

ការព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ដឹងថា Providence Health & Services អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានឥណទាននិងស្នើសុំព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀតដើម្បីជួយសម្រេចលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឬផែនការបង់ប្រាក់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើគឺត្រឹមត្រូវនិងពិតប្រាកដទៅតាមអ្វីដែលខ្ញុំបានដឹងយ៉ាងច្បាស់បំផុត។ខ្ញុំយល់ដឹងថាប្រសិនបើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ ត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិតលទ្ធផលទទួលបានគឺការបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុហើយខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវបង់ថ្លៃសេវាដែលត្រូវបានផ្តល់។

____ ______________________________

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ កាលបរិច្ឆេទ