



# សេចក្តីណែនាំពីទម្រង់បែបបទដាក់ពាក្យស្នើសុំការថែទាំដោយសប្បុរសធម៌/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ឬហៅថាជា ការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅ Providence។

ច្បាប់របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ កម្រិតខ្ពស់នៃការថែទាំអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដល់មនុស្ស និងគ្រួសារដែលត្រូវនឹងលក្ខខណ្ឌ នៃចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានការថែទាំដោយមិនគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃអាស្រ័យតាមទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូល ទោះបីជាអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ ដើម្បីមើលគោល នយោបាយជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង និងគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការរំកិលទំហំ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររដ្ឋដែល ស្ថិតនៅពី <https://www.providence.org/obp>.

**តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគ្របដណ្តប់លើអ្វីខ្លះ?** ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគ្របដណ្តប់លើការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យដែលចាំបាច់ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយមន្ទីរពេទ្យមួយក្នុងចំណោមមន្ទីរពេទ្យរបស់យើងអាស្រ័យលើលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់ អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចនឹងមិនរ៉ាប់រងចំណាយថែទាំសុខភាពទាំងអស់ទេ រួមទាំងសេវាដែលផ្តល់ដោយស្ថាប័នផ្សេងៗ ទៀតបានឡើយ។

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយដើម្បីបំពេញពាក្យសុំនេះ៖** គោលនយោបាយស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី និងឯកសារពាក្យសុំ អាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬតាមរយៈទូរសព្ទ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្រោមមូលហេតុណាមួយ រួមទាំងពិការភាព និងជំនួយការខាងភាសា។ ឯកសារសំណេរបកប្រែ ក៏អាចរកបានតាមការស្នើសុំ។

ខាងក្រោមនេះគឺជារបៀបទំនាក់ទំនងមកយើងខ្ញុំ៖ <https://www.providence.org/obp>

កំណាងសេវាបម្រើអភិវឌ្ឍនភាពរយៈពេល៖ 1-855-229-6466  
ថ្ងៃច័ន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច

## ដើម្បីឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានដំណើរការ អ្នកត្រូវតែ៖

- **ផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានពីគ្រួសាររបស់អ្នក**  
សូមបំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសាររួមមាន អ្នកដែលជាប់សាច់ញាតិដោយកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការទទួលយកមកចិញ្ចឹម ដែលរស់នៅ ជាមួយគ្នា)
- **ផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសាររបស់អ្នក (ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ និងការកាត់កងផ្សេងៗ) ដើម្បីបញ្ជូលទៅក្នុងសលាកបត្របើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ ទម្រង់ W-2 ពន្ធ គ្រលប់ លិខិតបញ្ជាក់របបសន្តិសុខសង្គមជាដើម។**  
(សូមមើលផ្នែកចំណូលក្នុងពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីមើលឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត)
- **ផ្តល់ឯកសារចំណូលគ្រួសារ និងការប្រកាសទ្រព្យសម្បត្តិ**
- **ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់**
- **ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់លេខ របបសន្តិសុខសង្គមឱ្យយើងខ្ញុំ វានឹងជួយពន្លឿនដំណើរការពិនិត្យពាក្យសុំរបស់អ្នក។ លេខរបបសន្តិសុខសង្គម ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខរបប សន្តិសុខសង្គមទេ សូមសរសេរថា "មិនពាក់ព័ន្ធ" ឬ "គ្មាន"។



ធ្វើទម្រង់បែបបទដាក់ពាក្យស្នើសុំដែលបំពេញរួចជាមួយឯកសារទាំងអស់ទៅកាន់៖ Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, ២ 97208-3395 ។ ត្រូវប្រាកដថារក្សាទុកច្បាប់ចម្លងមួយសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំដែលបំពេញរួចរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់៖ សូមយកទៅការិយាល័យបេឡាករមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត

យើងនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយទៅលើភាពត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌ និងសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ) ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ រួមទាំងឯកសារចំណូល។

តាមរយៈដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមានន័យថា អ្នកយល់ព្រមឲ្យយើងខ្ញុំធ្វើការសាកសួរដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីភាគព្វកិច្ច និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

**យើងចង់ជួយ។ សូមដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឲ្យបានឆាប់រហ័ស!**  
**អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្ររហូតទាល់តែយើងខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក។**



### ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - សម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឲ្យបានពេញលេញ។ បើមិនពាក់ព័ន្ធនោះ សូមសរសេរថា "គ្មាន"។ សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើចាំបាច់។

#### ព័ត៌មានអំពីការពិនិត្យ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើអ្នកឆ្លើយថាបាទ/ចាស សូមរៀបរាប់ភាសាដែលអ្នកចង់បាន៖

តើអ្នកជំងឺមានបានស្នើ Medicaid ទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

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

តើអ្នកជំងឺបច្ចុប្បន្នជាជនអនាថាមែនទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើតម្រូវការនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ មានការទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់វេជ្ជសាស្ត្រ ឬប្រសិទ្ធភាពការងារដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

#### សូមកត់សម្គាល់

- យើងខ្ញុំមិនអាចធានាបានថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយ ទោះបីជាអ្នកបានស្នើសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នករួច យើងអាចពិនិត្យព័ត៌មានទាំងអស់ និងអាចសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬលិខិតបញ្ជាក់ចំណូល។
- ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃក្រោយពេលយើងទទួលបានពាក្យសុំដែលបំពេញរួច និងឯកសាររបស់អ្នក យើងនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយ។

#### ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ	នាមខ្លួនកណ្តាលរបស់អ្នកជំងឺ	នាមក្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ
<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់ _____)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺ (បន្ទាប់បន្សំ*)
អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ	លេខទំនាក់ទំនងចម្បង	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ _____		

ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ

មានការងារ (កាលបរិច្ឆេទទទួលបានឲ្យធ្វើការ៖ \_\_\_\_\_)

មិនមានការងារ (មិនមានការធ្វើយូរប៉ុណ្ណោះ៖ \_\_\_\_\_)

ស្វ័យការងារ  សិស្ស/និស្សិត  ពិការ  ចូលនិវត្តន៍  ផ្សេងទៀត (\_\_\_\_\_)



**ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - សម្ងាត់**

**ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ**

សូមរៀបរាប់សមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក រាប់ទាំងអ្នកផងដែរ។ "គ្រួសារ" រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកដែលជាប់សាច់ញាតិដោយកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការទទួលមកចិញ្ចឹម ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ \_\_\_\_\_

សូមភ្ជាប់ទំព័ររបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកផង	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ៖ ឈ្មោះរបស់និយោជក ឬប្រភពចំណូល	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ៖ ចំណូលប្រចាំខែសរុប (មុនកាត់ពន្ធ)៖	ដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ?
					បាទ-ចាស / ទេ
					បាទ-ចាស / ទេ
					បាទ-ចាស / ទេ
					បាទ-ចាស / ទេ

**ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ ត្រូវតែបង្ហាញ។ ប្រភពចំណូលរួមមាន ឧទាហរណ៍៖**  
 - ប្រាក់ឈ្នួល - ភាពអត់ការងារធ្វើ - ស្វ័យការងារ - ប្រាក់កម្រៃកម្មករ - ពិការភាព - SSI - ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន/ប្តី-ប្រពន្ធ  
 - កម្មសិក្សាមានប្រាក់ឈ្នួល (និស្សិត) - ប្រាក់សោធននិរត្តន៍ - ការចែកចាយគណនីចូលនិរត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់ \_\_\_\_\_)

**ព័ត៌មានអំពីចំណូល**

**ចូរចងចាំ៖ អ្នកត្រូវភ្ជាប់លិខិតបញ្ជាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។**

**អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ត្រូវធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ចំណូលដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ត្រូវតែលាតត្រដាងចំណូលរបស់ខ្លួន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចដាក់សេចក្តីប្រកាសជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមានចុះហត្ថលេខា ដែលពណ៌នាពីចំណូលរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់សម្រាប់រាល់ប្រភពចំណូលដែលបានកំណត់។**

**ឧទាហរណ៍នៃលិខិតបញ្ជាក់ចំណូលរួមមាន៖**

- លិខិតប្រកាសពន្ធកាត់ទុក "W-2" ឬ
- សលាកបត្របើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ថ្មីៗ (3 ខែ) ឬ
- លិខិតប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលឆ្នាំមុន រួមទាំងបញ្ជីបន្ថែម ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ ឬ
- សេចក្តីប្រកាសជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមានចុះហត្ថលេខាពីនិយោជក ឬ អ្នកផ្សេងៗទៀត ឬ
- ការយល់ព្រម/ការបដិសេធលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid និង/ឬ ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋ ឬ
- ការយល់ព្រម ឬការបដិសេធលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសំណងនៃភាពអត់ការងារធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលិខិតបញ្ជាក់ចំណូល ឬមិនមានចំណូលទេ សូមភ្ជាប់ទំព័ររបន្ថែមមួយដែលមានសេចក្តីពន្យល់។



**ព័ត៌មានអំពីចំណាយ**

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីដឹងពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកឲ្យកាន់តែពេញលេញបន្ថែមទៀត។

ចំណាយក្នុងគ្រួសារប្រចាំខែ:

ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/ប្រាក់បង់រំលស់ផ្ទះ: \$ \_\_\_\_\_ ចំណាយលើជំងឺ: \$ \_\_\_\_\_

បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង: \$ \_\_\_\_\_ សេវាសាធារណៈ: \$ \_\_\_\_\_

បំណុល/ចំណាយផ្សេងទៀត: \$ \_\_\_\_\_ (ប្រាក់អាហារភិក្ខុ កម្ចី ថ្នាំពេទ្យ ផ្សេងទៀត)

**ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិ**

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ បើចំណូលរបស់អ្នកមានច្រើនជាង 101% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្រ របស់សហព័ន្ធ។

សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន

\$ \_\_\_\_\_

សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន

\$ \_\_\_\_\_

តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិទាំងនេះដែរឬទេ?

**សូមគូសជើកនៅលើប្រអប់ទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ**

- ភាគហ៊ុន  សញ្ញាបណ្ណ  401K  គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព
- មូលនិធិទំនុកចិត្ត  អចលនទ្រព្យ (លើកលែងលំនៅដ្ឋានចម្បង)
- អាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន

**ព័ត៌មានបន្ថែម**

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំដឹង ដូចជា ស្ថានភាពលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើជំងឺដែលច្រើនលើសលុប ចំណូលតាមរដូវ ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

**ការព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ**

ខ្ញុំយល់ដឹងថា Providence អាចផ្ទេរព័ត៌មានដោយពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានឥណទាន និងស្នើសុំព័ត៌មានពី ប្រភពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយសម្រេចលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬផែនការបង់ប្រាក់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដទៅតាមអ្វីដែលខ្ញុំបានដឹងយ៉ាងច្បាស់បំផុត។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាប្រសិន បើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យត្រូវបានរកឃើញថាមិនពិត នោះនឹងនាំឲ្យមានការបដិសេធលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំ អាចនឹងទទួលខុសត្រូវ ហើយរំពឹងថានឹងត្រូវចំណាយលើសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ឲ្យ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ