សេចក្តីណែនាំពីទម្រង់បែបបទដាក់ពាក្យស្នើសុំការថែទាំដោយសប្បុរសធម៌/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ឬហៅថាជា ការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅ Providence។

ច្បាប់របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ តម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដល់មនុស្ស និងគ្រួសារដែលត្រូវនឹងលក្ខខណ្ឌនៃចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានការថែទាំដោយមិនគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃអាស្រ័យតាមទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូល ទោះបីជាអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ ដើម្បីមើលគោលនយោបាយជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង និងគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការរំកិលទំហំ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររដ្ឋដែលស្ថិតនៅពី https://www.providence.org/obp.

<u>តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគ្របដណ្តប់លើអ្វីខ្លះ?</u> ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគ្របដណ្តប់លើការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានផ្តល់ឲ្យដោយមន្ទីរពេទ្យមួយក្នុងចំណោមមន្ទីរពេទ្យរបស់យើងអាស្រ័យលើលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចនឹងមិនរ៉ាប់រងចំណាយថែទាំសុខភាពទាំងអស់ទេ រួមទាំងសេវាដែលផ្តល់ដោយស្ថាប័នផ្សេងៗទៀតបានឡើយ។

<u>ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយដើម្បីបំពេញពាក្យសុំនេះ៖</u> គោលនយោបាយស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី និងឯកសារពាក្យសុំ អាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬតាមរយៈទូរសព្ទ។
អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្រោមមូលហេតុណាមួយ រួមទាំងពិការភាព និងជំនួយការខាងភាសា។
ឯកសារសំណេរបកប្រែ ក៏អាចរកបានតាមការស្នើសុំ។
ខាងក្រោមនេះគឺជារបៀបទំនាក់ទំនងមកយើងខ្ញុំ៖ https://www.providence.org/obp
តំណាងសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈ៖ 503-215-3030 ឬ 866-747-2455
ថ្ងៃច័ន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច

<u>ដើម្បីឲ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានដំណើរការ អ្នកត្រូវតែ៖</u>

- ☐ **<u>ផ្តល់ឲ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានពីគ្រួសាររបស់អ្នក</u>**
  សូមបំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសាររួមមានអ្នកដែលជាប់សាច់ញាតិដោយកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការទទួលយកមកចញ្ចឹម ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)
- ☐ **ផ្តល់ឲ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសាររបស់អ្នក (ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ និងការកាត់កងផ្សេងៗ) ដើម្បីបញ្ចូលទៅក្នុងសលាកបត្របើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ ទម្រង់ W-2 ពន្ធត្រលប់ លិខិតបញ្ជាក់របបសន្តិសុខសង្គមជាដើម។**
  (សូមមើលផ្នែកចំណូលក្នុងពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីមើលឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត)
- ☐ **ផ្តល់ឯកសារចំណូលគ្រួសារ និងការប្រកាសទ្រព្យសម្បត្តិ**
- ☐ **ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់**
- ☐ **ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមឲ្យយើងខ្ញុំ វានឹងជួយពន្លឿនដំណើរការពិនិត្យពាក្យសុំរបស់អ្នក។ លេខរបបសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ សូមសរសេរថា "មិនពាក់ព័ន្ធ" ឬ "គ្មាន"។

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

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំដែលបំពេញរួចរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់៖ សូមយកទៅការិយាល័យបេឡាករមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត

យើងនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយទៅលើភាពត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌ និងសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ) ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ រួមទាំងឯកសារចំណូល។

តាមរយៈដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមានន័យថា អ្នកយល់ព្រមឲ្យយើងខ្ញុំធ្វើការសាកសួរដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីកាតព្វកិច្ច និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

យើងចង់ជួយ។ សូមដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឲ្យបានឆាប់រហ័ស!

អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្ររហូតទាល់តែយើងខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក។

Providence

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ – សម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឲ្យបានពេញលេញ។ បើមិនពាក់ព័ន្ធទេ 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 មានការទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត ឬរបួសការងារដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**

សូមកត់សម្គាល់

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

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ	នាមខ្លួនកណ្ដាលរបស់អ្នកជំងឺ	នាមត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ
☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់ _____________)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺ (បន្ទាប់បន្សំ*) **បន្ទាប់បន្សំ ប៉ុន្តែត្រូវការសម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភសប្បុរសបន្ថែមទៀតដែលលើសពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់រដ្ឋ*

អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (បន្ទាប់បន្សំ*) **បន្ទាប់បន្សំ ប៉ុន្តែត្រូវការសម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភសប្បុរសបន្ថែមទៀតដែលលើសពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់រដ្ឋ*

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ______________________________ ______________________________ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់	លេខទំនាក់ទំនងចម្បង ( ) ________________ ( ) ________________ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ ________________________

ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ

Providence

☐ **មានការងារ** (កាលបរិច្ឆេទទទួលឲ្យធ្វើការ៖ ______________________)

☐ **មិនមានការងារ** (មិនមានការធ្វើយូរប៉ុណ្ណោះ________________________)

☐ **ស្វ័យការងារ** ☐ **សិស្ស/និស្សិត** ☐ **ពិការ** ☐ **ចូលនិវត្តន៍** ☐ **ផ្សេងទៀត** (______________________)

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ – សម្ងាត់

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

សូមរៀបរាប់សមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក រាប់ទាំងអ្នកផងដែរ។ "គ្រួសារ" រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកដែលជាប់សាច់ញាតិដោយកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការទទួលមកចិញ្ចឹម ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ___________ *សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់*

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	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/ប្ដី-ប្រពន្ធ
- កម្មសិក្សាមានប្រាក់ឈ្នួល (និស្សិត) - ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ - ការចែកចាយគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (*សូមពន្យល់*___________)

ព័ត៌មានអំពីចំណូល

***ចូរចងចាំ៖** អ្នកត្រូវភ្ជាប់លិខិតបញ្ជាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។*

អ្នកត្រូវផ្ដល់ព័ត៌មានអំពីចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ត្រូវធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ចំណូលដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ <u>សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ត្រូវតែលាតត្រដាងចំណូលរបស់ខ្លួន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្ដល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចដាក់សេចក្ដីប្រកាសជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមានចុះហត្ថលេខា ដែលពណ៌នាពីចំណូលរបស់អ្នក។ សូមផ្ដល់លិខិតបញ្ជាក់សម្រាប់រាល់ប្រភពចំណូលដែលបានកំណត់។</u>

<u>ឧទាហរណ៍នៃលិខិតបញ្ជាក់ចំណូលរួមមាន៖</u>

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

- ការយល់ព្រម ឬការបដិសេធលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសំណងនៃភាពអត់ការធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលិខិតបញ្ជាក់ចំណូល ឬមិនមានចំណូលទេ សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមមួយដែលមានសេចក្ដីពន្យល់។

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ – សម្ងាត់

ព័ត៌មានអំពីចំណាយ

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីដឹងពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកឲ្យកាន់តែពេញលេញបន្ថែមទៀត។

<u>ចំណាយក្នុងគ្រួសារប្រចាំខែ៖</u>

ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/ប្រាក់បង់រំលស់ផ្ទះ៖ $________________________ ចំណាយលើជំងឺ $________________________

បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង $________________________ សេវាសាធារណៈ $________________________

បំណុល/ចំណាយផ្សេងទៀត $________________________ (*ប្រាក់អាហារកិច្ច កម្ចី ថ្នាំពេទ្យ ផ្សេងទៀត*)

ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិ

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ បើចំណូលរបស់អ្នកមានច្រើនជាង 101% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្ដីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។

សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន $______________________________ សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន $______________________________	តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិទាំងនេះដែរឬទេ? **<u>សូមគូសធីកនៅលើប្រអប់ទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ</u>** □ ភាគហ៊ុន □ សញ្ញាបណ្ណ □ 401K □ គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព □ មូលនិធិទំនុកចិត្ត □ អចលនទ្រព្យ (លើកលែងលំនៅដ្ឋានចម្បង) □ អាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំដឹង ដូចជា ស្ថានភាពលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើជំងឺដែលច្រើនលើសលុប ចំណូលតាមរដូវ ឬបណ្ដោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

ការព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ដឹងថា Providence អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានឥណទាន និងស្នើសុំព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយសម្រេចលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬផែនការបង់ប្រាក់។

Providence

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដទៅតាមអ្វីដែលខ្ញុំបានដឹងយ៉ាងច្បាស់បំផុត។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាប្រសិនបើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យត្រូវបានរកឃើញថាមិនពិត នោះនឹងនាំឲ្យមានការបដិសេធលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំអាចនឹងទទួលខុសត្រូវ ហើយរំពឹងថានឹងត្រូវចំណាយលើសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ឲ្យ។

____ ________________________

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ កាលបរិច្ឆេទ