

សេចក្តីណែនាំពីទម្រង់បែបបទដាក់ពាក្យស្នើសុំការថែទាំដោយសប្បុរសធម៌/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ឬហៅថាជា ការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅ Providence Health and Services។

ច្បាប់របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ តម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដល់មនុស្ស និងគ្រួសារដែល ត្រូវនឹងលក្ខខណ្ឌនៃចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានការថែទាំដោយមិន គិតថ្លៃ ឬបញ្ឈប់ថ្លៃអាស្រ័យតាមទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូល ទោះបីជាអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ ដើម្បី មើលគោលនយោបាយជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង និងគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការរំកិលទំហំ សូមចូល ទៅកាន់គេហទំព័ររដ្ឋដែលស្ថិតនៅពី <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។

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

តំណងសេវាបម្រើអភិវឌ្ឍន៍តាមរយៈ៖ 503-215-3030 ឬ 866-747-2455

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 ត្រលប់ លិខិតបញ្ជាក់របបសន្តិសុខសង្គម ជាដើម។**
(សូមមើលផ្នែកចំណូលក្នុងពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីមើលឧទាហរណ៍ផ្សេងទៀត)
- **ផ្តល់ឯកសារចំណូលគ្រួសារ និងការប្រកាសទ្រព្យសម្បត្តិ**
- **ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់**
- **ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

កំណត់សម្គាល់: អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមឱ្យយើងខ្ញុំ វានឹងជួយពន្លឿនដំណើរការពិនិត្យពាក្យសុំរបស់អ្នក។ លេខរបបសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្សេងផ្ទុកព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ សូមសរសេរថា "មិនពាក់ព័ន្ធ" ឬ "គ្មាន"។

ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរសារពាក្យស្នើសុំដែលបំពេញរួចជាមួយឯកសារទាំងអស់ទៅកាន់: PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, ឬ 97208-3395 ។ ត្រូវប្រាកដថារក្សានូវច្បាប់ចម្លងមួយសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំដែលបំពេញរួចរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់: សូមយកទៅការិយាល័យបេឡាករមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត

យើងនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយទៅលើភាពត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌ និងសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ) ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ រួមទាំងឯកសារចំណូល។

តាមរយៈដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមានន័យថា អ្នកយល់ព្រមឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការសាកសួរដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីកាតព្វកិច្ច និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

យើងចង់ជួយ។ សូមដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័ស!
អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្ររហូតទាល់តែយើងខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - សម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឲ្យបានពេញលេញ។ បើមិនពាក់ព័ន្ធនោះ សូមសរសេរថា "គ្មាន"។ សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើចាំបាច់។

ព័ត៌មានអំពីការពិនិត្យ	
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើអ្នកឆ្លើយថាបាទ/ចាស សូមរៀបរាប់ភាសាដែលអ្នកចង់បាន៖	
តើអ្នកជំងឺមានបានស្នើ Medicaid ទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាសាធារណៈរបស់រដ្ឋ ដូចជា TANF, ម្ហូបអាហារជាមូលដ្ឋាន, ឬ WIC ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកជំងឺបច្ចុប្បន្នជាជនអនាថាមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើតម្រូវការនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ មានការទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត ឬប្រសិទ្ធភាពការងារដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
សូមកត់សម្គាល់	
<ul style="list-style-type: none"> យើងខ្ញុំមិនអាចធានាបានថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយ ទោះបីជាអ្នកបានស្នើសុំក៏ដោយ។ នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នករួច យើងអាចពិនិត្យព័ត៌មានទាំងអស់ និងអាចសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬលិខិតបញ្ជាក់ចំណូល។ ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃក្រោយពេលយើងទទួលបានពាក្យសុំដែលបំពេញរួច និងឯកសាររបស់អ្នក យើងនឹងជូនដំណឹងទៅអ្នកប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយ។ 	

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ		
នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ	នាមខ្លួនកណ្តាលរបស់អ្នកជំងឺ	នាមត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ
<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់ _____)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺ (បន្ទាប់បន្សំ*) <small>*បន្ទាប់បន្សំ ប៉ុន្តែត្រូវការសម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភសប្បុរសបន្ថែមទៀតដែលលើសពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់រដ្ឋ</small>
អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
		លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (បន្ទាប់បន្សំ*) <small>*បន្ទាប់បន្សំ ប៉ុន្តែត្រូវការសម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភសប្បុរសបន្ថែមទៀតដែលលើសពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់រដ្ឋ</small>
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ		លេខទំនាក់ទំនងចម្បង
_____ _____ _____		() _____ () _____ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ _____
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់វិក្កយបត្រ		
<input type="checkbox"/> មានការងារ (កាលបរិច្ឆេទទទួលបានការងារ៖ _____)		
<input type="checkbox"/> មិនមានការងារ (មិនមានការធ្វើយូរប៉ុណ្ណោះ៖ _____)		
<input type="checkbox"/> ស្វ័យការងារ <input type="checkbox"/> សិស្ស/និស្សិត <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (_____)		

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - សម្ងាត់

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

សូមរៀបរាប់សមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក រាប់ទាំងអ្នកផងដែរ។ "គ្រួសារ" រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកដែលជាប់សាច់ញាតិ ដោយកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការទទួលមកចិញ្ចឹម ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ _____

សូមភ្ជាប់ទំព័រលម្អិតប្រសិនបើចាំបាច់

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/ប្តី-ប្រពន្ធ - កម្មសិក្សាមានប្រាក់ឈ្នួល (និស្សិត) - ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ - ការចែកចាយគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់ _____)

ព័ត៌មានអំពីចំណូល

ចូរចងចាំ៖ អ្នកត្រូវភ្ជាប់លិខិតបញ្ជាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ត្រូវធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ចំណូលដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ត្រូវតែលាតត្រដាងចំណូលរបស់ខ្លួន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចដាក់សេចក្តីប្រកាសជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមានចុះហត្ថលេខា ដែលពាណិជ្ជាព័ត៌មានរបស់អ្នក។ 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 សូមភ្ជាប់ទំព័រលម្អិតមួយដែលមានសេចក្តីពន្យល់។

ទម្រង់ពាក្យសុំការថែទាំដោយសប្បុរស/ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - សម្ងាត់

ព័ត៌មានអំពីចំណាយ

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីដឹងពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកឲ្យកាន់តែពេញលេញបន្ថែមទៀត។

ចំណាយក្នុងក្រសួងសាច់ប្រាក់ខែ៖

ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/ប្រាក់បង់រំលស់ផ្ទះ	\$ _____	ចំណាយលើជំងឺ	\$ _____
បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង	\$ _____	សេវាសាធារណៈ	\$ _____
បំណុល/ចំណាយផ្សេងទៀត	\$ _____ (ប្រាក់អាហារកិច្ច កម្ចី ថ្នាំពេទ្យ ផ្សេងទៀត)		

ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិ

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ បើចំណូលរបស់អ្នកមានច្រើនជាង 101% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្រ របស់សហព័ន្ធ។

សមតុល្យកណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន \$ _____ សមតុល្យកណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន \$ _____	តើក្រសួងរបស់អ្នកមានទ្រព្យសម្បត្តិទាំងនេះដែរឬទេ? <u>សូមគូសផែក្នុងតារាងខាងក្រោមនេះ</u> <input type="checkbox"/> ភាគហ៊ុន <input type="checkbox"/> សញ្ញាបណ្ណ <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព <input type="checkbox"/> មូលនិធិទំនុកចិត្ត <input type="checkbox"/> អចលនទ្រព្យ (លើកលែងលំនៅដ្ឋានចម្បង) <input type="checkbox"/> អាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន
----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំដឹង ដូចជា ស្ថានភាពលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើជំងឺដែលច្រើនលើសលុប ចំណូលតាមរដូវ ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

ការព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ដឹងថា Providence Health and Services អាចផ្ទេរផ្ទេរព័ត៌មានដោយពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានគណនាន និង ស្នើសុំព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយសម្រេចលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬផែនការបង់ប្រាក់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដទៅតាមអ្វីដែលខ្ញុំបានដឹងយ៉ាងច្បាស់បំផុត។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាប្រសិន បើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យត្រូវបានរកឃើញថាមិនពិត នោះនឹងនាំឲ្យមានការបដិសេធលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំ អាចនឹងទទួលខុសត្រូវ ហើយរំពឹងថានឹងត្រូវចំណាយលើសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ឲ្យ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ