



ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖
លេខគណនី៖

សូមអរគុណចំពោះការអនុញ្ញាតឱ្យ Community Medical Centers បម្រើតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុត្រូវបានភ្ជាប់ជាមួយ ដើម្បីកំណត់លទ្ធភាពនៃការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ ប្រសិនបើអ្នកចាប់អារម្មណ៍ក្នុងការដាក់ពាក្យ សូមបំពេញពាក្យស្នើសុំ ហើយដាក់បញ្ជូនវាមកយើងវិញក្នុងរយៈពេល 15 (ដប់ប្រាំ) ថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ សូមភ្ជាប់មកជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារខាងក្រោមជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក៖

ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសារ៖

1. បង្កាន់បើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ចំនួនបី (3) ចុងក្រោយ, W-2 ឬឯកសារបង់ពន្ធចុងក្រោយបំផុត ឬ
2. ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការដោយខ្លួនឯង សូមផ្តល់របាយការណ៍បង់ពន្ធដែលបានដាក់ចុងក្រោយបំផុត (រួមទាំងកាលវិភាគ C) ឬ
3. ប្រសិនបើគ្មានការងារធ្វើ សូមភ្ជាប់សេចក្តីថ្លែងការណ៍អត្ថប្រយោជន៍សំណងភាពអត់ការងារធ្វើ ឬ
4. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ចូលនិវត្តន៍/សោធននិវត្តន៍ (ប្រសិនបើមាន) ឬ
5. ប្រសិនបើទទួលបានជំនួយសាធារណៈ សូមផ្តល់ភស្តុតាងនៃសិទ្ធិទទួលបាន/ការចុះឈ្មោះបច្ចុប្បន្ននៅក្នុងកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលណាមួយខាងក្រោម៖ កម្មវិធីសន្សំ Medicare, Cal WORKS, Cal Fresh (ប័ណ្ណជំនួយម្ហូបអាហារ), SSI/SSP (ប្រាក់ចំណូលបន្ថែម/ការបង់ប្រាក់បន្ថែមរបស់រដ្ឋ) ឬ WIC (ស្ត្រី ទារក និងកុមារ)

អ្នកជំងឺដែលមានធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ ក៏ត្រូវតែផ្តល់ឯកសារ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថា 10% នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារត្រូវបានបង់ ឬជំពាក់សម្រាប់ថ្លៃព្យាបាលក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះផងដែរ។ សមតុល្យបច្ចុប្បន្នទាំងអស់រឹករយបត្រ/បង្កាន់ដៃ ឱសថស្ថាន និងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះ 10% ។

Community Medical Centers ប្តេជ្ញាបម្រើសហគមន៍របស់យើង។ យើងមានសេចក្តីសោមនស្សរីករាយដែលយើងអាចជួយអ្នកក្នុងគ្រាចាំបាច់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងគណនីនេះ ឬអំពីឯកសារដែលត្រូវការ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈ (559) 459-3939 ឬ (800) 773-2223 ជម្រើស #3។ ពាក្យស្នើសុំដែលមិនពេញលេញ មិនអាចត្រូវបានដំណើរការបានទេ។

សំបុត្របានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារទៅកាន់អាសយដ្ឋានខាងក្រោម ឬទូរសារទៅកាន់ (559) 230- 8505៖

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

ទម្រង់កាលបរិច្ឆេទដែលបានផ្តល់ឱ្យ/ផ្ញើតាមសំបុត្រ _____ ប្រគល់ទម្រង់បែបបទត្រឡប់មកវិញត្រឹមថ្ងៃទី _____

ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ CMC

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	គណនីអ្នកជំងឺ #
	កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ #

I. អ្នកជំងឺ / ភាគីទទួលខុសត្រូវ

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល
អាសយដ្ឋាន ផ្លូវ	សន្តិសុខសង្គម #
	ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ
	ទូរស័ព្ទចល័ត
ឈ្មោះរបស់និយោជក	ទូរស័ព្ទអាជីវកម្ម
	ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ \$

II. ប្តីប្រពន្ធ / ដៃគូក្នុងគ្រួសារ

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	សន្តិសុខសង្គម #
	ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ
	ទូរស័ព្ទចល័ត
ឈ្មោះរបស់និយោជក	ទូរស័ព្ទអាជីវកម្ម
	ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ \$

III. ព័ត៌មានគ្រួសារ

ចូររាយឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ ដៃគូក្នុងគ្រួសារ កូនក្នុងបន្ទុកក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអនីតិជន ចូររាយឈ្មោះឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិ អ្នកថែទាំទាំងអស់ និង (បងប្អូនបង្កើតអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនង

ចំនួនសមាជិកក្នុងគ្រួសារសរុប៖

IV. ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប		
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នកជំងឺ / ភាគីទទួលខុសត្រូវ		\$
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់ប្តីប្រពន្ធ/ដៃគូក្នុងគ្រួសារ (ប្រសិនបើមាន)		\$
ប្រាក់ចំណូលចូលនិវត្តន៍		\$
សោធនអាហារកិច្ច/ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលបានទទួល		\$
ភាពអត់ការងារធ្វើ ឬ ការទូទាត់សំណងសម្រាប់បុគ្គលិក		\$
សន្តិសុខសង្គម/ពិការភាពសន្តិសុខសង្គម		\$
ចំណូលផ្សេងៗ		\$
ប្រសិនបើការទូទាត់ថ្លៃសោធនអាហារកិច្ច/ជំនួយ ត្រូវបានបង់ សូមកាត់កងនៅទីនេះ		-\$
ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ	=	\$

V. ព័ត៌មានផ្សេងៗ		
	បាទ/ចាស	ទេ
តើអ្នកមានអាយុលើស 18 ឆ្នាំហើយអះអាងថាជាអ្នកពឹងផ្អែកលើការបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់អ្នកមែនទេ?		
តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង៖ កម្មវិធី Medicare Savings, Cal WORKS, Cal Fresh (ប័ណ្ណជំនួយម្ហូបអាហារ), SSI/SSP (ប្រាក់ចំណូលបន្ថែមសុវត្ថិភាព/ការទូទាត់បន្ថែមរបស់រដ្ឋ) ឬ WIC (ស្ត្រី ទារក និងកុមារ)ដែរ ឬទេ?		
តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ?		
តើការមកសួរសុខទុក្ខនេះ បង្កឡើងដោយភាគីទីបី ដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬរអិល និងធ្លាក់/ដួលមែនទេ?		
តើអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal ឬ Medicare ដែរឬទេ?		
តើអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ Covered California ដែរឬទេ?		

ពាក្យស្នើសុំមិនពេញលេញ ឬក្លែងបន្លំនឹងត្រូវបានបដិសេធ

ក្នុងការបំពេញរបាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា សេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងលើគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ ហើយខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះការផ្ទៀងផ្ទាត់បន្ថែមដោយ COMMUNITY MEDICAL CENTERS។

ហត្ថលេខា៖ _____

ឈ្មោះ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ទំនាក់ទំនង ប្រសិនបើមិនមែនជាអ្នកជំងឺ៖ _____

ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញ និងឯកសារមកអាសយដ្ឋានខាងក្រោម ឬទូរសារទៅ (559) 230-8505៖

Patient Financial Services
 Community Medical Centers
 PO Box 1232
 Fresno, CA93715-9889