

**ការណែនាំអំពីទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌**  
នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅ Swedish។

ច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធត្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដល់ប្រជាជន និងគ្រួសារដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃប្រាក់ចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការថែទាំដែលមានការបញ្ចុះតម្លៃ (អ្នកនឹងត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ការថែទាំទាំងពីរតាមរយៈពាក្យសុំទូទៅ) ដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់មន្ទីរពេទ្យតាមអាសយដ្ឋាន <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>។

**តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរ៉ាប់រងលើអ្វីខ្លះ?** ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាប់រងលើការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ដោយមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកណាមួយរបស់យើងក្នុងគ្រួសារនៃអង្គការរបស់យើង អាស្រ័យលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិនរ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយផ្នែកថែទាំសុខភាពទាំងអស់ រួមទាំងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអង្គការផ្សេងទៀតបានទេ។

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ៖** គោលនយោបាយស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះ និងឯកសារដាក់ពាក្យស្នើសុំមានផ្តល់ជូននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬតាមរយៈទូរសព្ទ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយដោយសារហេតុផលណាមួយ រួមទាំងជំនួយផ្នែកភាសា និងពិការភាព។ ឯកសារជាអក្សរដែលបានបកប្រែមានផ្តល់ជូនតាមការស្នើសុំ។

នេះគឺជារបៀបទាក់ទងមកយើង៖ <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>។

តំណាងសេវាកម្មអតិថិជនតាមរយៈលេខទូរសព្ទ៖ 206-320-5300 ឬ +(1) 877-406-0438

ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:30 ដល់ម៉ោង 4:00 ល្ងាច

ដើម្បីឱ្យពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកអាចដំណើរការទៅបាន អ្នកត្រូវតែ៖

- ☐ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នកដល់យើង  
បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសាររួមមានសមាជិកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសាច់បង្កើត តាមរយៈអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)។ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ក្រុមគ្រួសារ ឬគ្រួសារត្រូវបានកំណត់តាមវិធីនេះ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ គ្រួសាររួមមាន ប្តី/ប្រពន្ធ ដៃគូក្នុងគ្រួសារ និងកូនក្នុងបន្ទុកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬអាយុណាមួយ ប្រសិនបើមានពិការភាព ទោះបីជារស់នៅផ្ទះឬអត់។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឬសម្រាប់កុមារក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុពី 18 ទៅ 20 ឆ្នាំ គ្រួសាររួមមានឪពុកម្តាយ អ្នកមើលថែជាសាច់ញាតិ និងអ្នកមើលថែរបស់ឪពុកម្តាយ ឬរបស់សាច់ញាតិ អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬអាយុណាមួយ ប្រសិនបើមានពិការភាព។
- ☐ ផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និងកាត់កង) ដើម្បីដាក់បញ្ចូលចុងសន្លឹកប្រាក់ខែ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ ឬព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (ឧ. ទម្រង់ W-2 លិខិតប្រគល់រង្វាន់សន្តិសុខសង្គម) និងរបាយការណ៍សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលដែលដកចេញពីទ្រព្យសកម្ម។ (សូមមើលពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ផ្នែកចំណូលសម្រាប់ឧទាហរណ៍បន្ថែម)
- ☐ ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់
- ☐ ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ  
កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក ឬប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ សូមសម្គាល់ថា “មិនអាចប្រើបាន” ឬ “មិនមាន”។ ឆ្លើយពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញជាមួយឯកសារទាំងអស់តាមសំបុត្រទៅ៖  
Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 សហរដ្ឋ អាមេរិក។  
ត្រូវប្រាកដថារក្សាច្បាប់ចម្លងសម្រាប់ខ្លួនឯង។ 507846221.4



ដើម្បីដាក់បញ្ចូលពាក្យស្នើសុំដែលអ្នកបានបំពេញដោយផ្ទាល់៖ ទៅកាន់ការិយាល័យរបស់អ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុនៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត។  
ប្រសិនបើអាច យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចុងក្រោយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន និងសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ចាប់ពី 14 ទៅ 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីទទួលបាន  
ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ រួមទាំងឯកសារនៃប្រាក់ចំណូល។

តាមរយៈការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកដើម្បីឱ្យយើងធ្វើការស្នើសុំណ្តាដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីព័ត៌មាន  
និងកាតព្វកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ។

1 លើកលែងតែអាចត្រូវបានហាមឃាត់ដោយច្បាប់រដ្ឋ Swedish នឹងប្រមូល និងពិចារណាព័ត៌មានទាក់ទងនឹងទ្រព្យសម្បត្តិ ដូចដែលតម្រូវដោយមជ្ឈមណ្ឌល

សម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) សម្រាប់របាយការណ៍អំពីតម្លៃរបស់ Medicare ។

ការនេះអនុវត្តជាពិសេសចំពោះអ្នកទទួលបាន Medicare ដែលមិនមានធានារ៉ាប់រង Medicaid ផងដែរ។ សម្រាប់ផ្សេងៗទៀត ព័ត៌មាននៃទ្រព្យសម្បត្តិជាជម្រើស។

506318055.3

យើងចង់ជួយ។ សូមដាក់បញ្ចូលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗ។ អ្នកអាចបន្តទទួលបានរបាយការណ៍អំពីការចេញវិក្កយបត្រ  
រហូតទាល់តែយើងទទួលបានពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញ និងឯកសារដែលចាំបាច់របស់អ្នក លុះត្រាតែមានការហាមឃាត់  
ដោយច្បាប់ថែទាំសប្បុរសធម៌នៅរដ្ឋរបស់អ្នក។

**ទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ – សម្ងាត់**

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើមានអនុវត្ត សូមសរសេរ “មិនមាន” ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។

| ព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                  |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីភាសាដែលចង់ប្រើ៖                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                  |                                                                       |
| តើអ្នកជំងឺបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medicaid ដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ តើអ្នកជំងឺពិការភ្នែកមែនទេ ? <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                  |                                                                       |
| បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ តើអ្នកជំងឺពិការមែនទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |                  |                                                                       |
| តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាកម្មសាធារណៈរបស់រដ្ឋដូចជា TANF អាហារមូលដ្ឋាន ឬ WIC ដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                  |                                                                       |
| បច្ចុប្បន្ន តើអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសម្បែងដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                  |                                                                       |
| តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬរបួសការងារដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |                  |                                                                       |
| សូមកត់សម្គាល់ថា                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                  |                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>យើងមិនអាចធានាថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ ទោះបីជាអ្នកស្នើសុំក៏ដោយ។</li> <li>នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក យើងអាចនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចនឹងស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬកស្មាននៃប្រាក់ចំណូល។</li> <li>ក្នុងរយៈពេល 14-30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារដែលអ្នកបានបំពេញ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចរបស់យើង។</li> </ul> |                         |                  |                                                                       |
| ព័ត៌មានអំពីអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងអ្នកជំងឺ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |                  |                                                                       |
| នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | នាមកណ្តាលរបស់អ្នកជំងឺ   |                  | នាមត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ                                                 |
| <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត ( អាចបញ្ជាក់_____ )                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត        |                  | លេខរបបសន្តិសុខសង្គមអ្នកជំងឺ ( ជាជម្រើស )                              |
| បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់វិក្កយបត្រ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | លេខរបបសន្តិសុខសង្គម ( ជាជម្រើស )                                      |
| អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបែក<br>_____<br>_____<br>_____<br>ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់ ប្រទេស                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                  | លេខទំនាក់ទំនងចម្បង<br>(    ) _____<br>(    ) _____<br>អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល |
| ស្ថានភាពការងាររបស់បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់វិក្កយបត្រ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                  |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> មានការងារធ្វើ ( កាលបរិច្ឆេទផ្តល់ ) : _____ <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ ( រយៈពេលគ្មានការងារធ្វើ ) : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                  |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> ស្វ័យនិយោជន៍ <input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> មានពិការភាព <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____                                                                                                                                                                                                                                            |                         |                  |                                                                       |

ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ – សម្ងាត់

**ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ**

រាយបញ្ជីឈ្មោះសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងអ្នក។ “គ្រួសារ” រួមមានសមាជិកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសាច់បង្កើត តាមរយៈអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ \_\_\_\_\_ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់

| ឈ្មោះ | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | ទំនាក់ទំនង<br>ជាមួយអ្នកជំងឺ | ប្រសិនបើអាយុ 18<br>ឆ្នាំឡើងទៅ៖<br>ឈ្មោះនិយោជក<br>ឬប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល | ប្រសិនបើអាយុ 18<br>ឆ្នាំឡើងទៅ៖<br>ប្រាក់ចំណូល<br>ប្រចាំខែសរុប<br>(មុនពេលកាត់ពន្ធ)៖ | ស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ<br>ផងដែរមែនទេ ? |
|-------|------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|       |                  |                             |                                                                      |                                                                                    | បាទឬចាស /ទ                              |
|       |                  |                             |                                                                      |                                                                                    | បាទឬចាស /ទ                              |
|       |                  |                             |                                                                      |                                                                                    | បាទឬចាស /ទ                              |
|       |                  |                             |                                                                      |                                                                                    | បាទឬចាស /ទ                              |
|       |                  |                             |                                                                      |                                                                                    | បាទឬចាស /ទ                              |
|       |                  |                             |                                                                      |                                                                                    | បាទឬចាស /ទ                              |
|       |                  |                             |                                                                      |                                                                                    | បាទឬចាស /ទ                              |

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបង្ហាញ។ ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរួមមាន ឧទាហរណ៍៖ ប្រាក់ឈ្នួល- គ្មានការងារ-ស្វ័យនិយោជន៍-សំណងរបស់កម្មករ-ពិការភាព-SSI-ប្រាក់ឧត្តមប្តីឬប្រពន្ធ/កូន-កម្មវិធីសិក្សាអំពីការងារ ( សិស្ស)- ប្រាក់ដែលដកចេញពីទ្រព្យសកម្ម ឧទាហរណ៍ ភាគហ៊ុន សញ្ញាប័ណ្ណកម្ចី IRAs សង្គមធន ប្រាក់ចំណូលបានមកពីការផ្ទេរ។ល។

ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ – សម្ងាត់

## ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល

*សូមចងចាំថា៖ អ្នកត្រូវរួមបញ្ចូលភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។*

កម្រិតផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក។ តម្រូវឱ្យមានការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល ដើម្បីសម្រេចលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅត្រូវតែបង្ហាញប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាច ផ្តល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចដាក់បញ្ចូលរបាយការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពណ៌នាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សូម ផ្តល់ភស្តុតាងសម្រាប់រាល់ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលដែលបានសម្គាល់ទាំងអស់។ ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលរួមមាន៖

- របាយការណ៍ពន្ធភាគទុក "W-2" ឬ
- កន្ទុយសន្លឹកប្រាក់ខែបច្ចុប្បន្ន (3 ខែ) ឬ
- ការប្រកាសពន្ធប្រាក់ចំណូលកាលពីឆ្នាំមុន រួមទាំងកាលវិភាគប្រសិនបើមាន ឬ
- របាយការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីនិយោជក ឬអ្នកដទៃ ឬ
- របាយការណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលដកចេញពីទ្រព្យសកម្ម (ភាគហ៊ុន សញ្ញាប័ណ្ណកម្ចី IRAs សង្គមធនាគារ។ល។) ឬ
- ការយល់ព្រម/ការបដិសេធនៃសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់សំណងលើភាពគ្មានការងារធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល ឬគ្មានប្រាក់ចំណូលទេ សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមដោយមានការពន្យល់។

## ព័ត៌មានអំពីការចំណាយ

*យើងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីទទួលបានរូបភាពកាន់តែពេញលេញនៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។*

ការចំណាយសំខាន់ៗប្រចាំខែសម្រាប់ការរស់នៅ៖

ការជួល/អីប៉ូតែក \$ \_\_\_\_\_ ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ \$ \_\_\_\_\_  
 បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ \$ \_\_\_\_\_ សេវាសាធារណៈ \$ \_\_\_\_\_  
 ផ្សេងទៀត បំណុល/ការចំណាយផ្សេងទៀត \$ \_\_\_\_\_ ( ឧត្តមកូន ប្រាក់កម្ចី ថ្នាំសង្កូវ ផ្សេងទៀត )

## ព័ត៌មាន និងឯកសារអំពីទ្រព្យសកម្ម

សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន ( សូមមើលខាងក្រោមនេះ ដើម្បីមើលថាតើអ្នកត្រូវការផ្តល់របាយការណ៍ធនាគារដែរទេ )

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

សមតុល្យគណនីសន្សំទូទៅ

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

តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀតទាំងនេះដែរឬទេ ? សូមធាត់ចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ

☐ គ្មានទ្រព្យសកម្ម

☐ ភាគហ៊ុន ☐ សញ្ញាប័ណ្ណកម្ចី ☐ ផែនការ 401K ☐ គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព

សម្រាប់អ្នកទទួលបានពី Medicare ដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង Medicaid, Swedish អាចស្នើសុំរបាយការណ៍ធនាគារ ឬឯកសារដែលមានប្រភពស្រដៀងគ្នាបាន។

\* ព័ត៌មាននេះត្រូវបានទាមទារតែពីអ្នកទទួលបាន Medicare ប៉ុណ្ណោះ ដែលមិនមានធានារ៉ាប់រង Medicaid ផងដែរ។ សម្រាប់ផ្សេងៗទៀត ព័ត៌មាននេះគឺជាជម្រើស។ ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអនុលោមតាមគោលនយោបាយរបស់យើង និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋដែលអ្នកបានទទួលការថែទាំ យើងត្រូវបានប្រមូល និងចាត់ទុកថាជាការតម្រូវដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid ( CMS ) សម្រាប់ការវាយតម្លៃអំពីថ្លៃចំណាយរបស់ Medicare។

## ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងដឹង ដូចជាការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើការព្យាបាលលើសកម្រិត ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវកាល ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការបាត់បង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

## កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ថា Swedish អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានឥណទាន និងទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងទូទាត់ប្រាក់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត លទ្ធផលអាចជាការបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំអាចទទួលខុសត្រូវ និងរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់។

---

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំ

---

កាលបរិច្ឆេទ