

**ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
Charity Care និងជំនួយបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃ**

ការជូនដំណឹង និងជំនួយ

ប្រើពាក្យស្នើសុំនេះ ដើម្បីស្នើសុំ Charity Care ឬជំនួយបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាត្រូវស្នើសុំកម្មវិធីណា សូមទាក់ទងការិយាល័យអាជីវកម្ម ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបានគ្រប់ពេល មុនពេល កំឡុងពេល ឬបន្ទាប់ពីទទួលសេវាមន្ទីរពេទ្យ។

លក្ខណៈសម្បត្តិអាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ និងទំហំគ្រួសារ។ ទ្រព្យសម្បត្តិជាសាច់ប្រាក់មិនត្រូវបានពិចារណាទេ។ សូមកុំផ្តល់លេខគណនីធនាគារ សមតុល្យ ការវិនិយោគ គណនីចូលនិវត្តន៍ តម្លៃផ្ទះ តម្លៃយានយន្ត ឬព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងៗ។

មានជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ និងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន រួមមានអក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ សំឡេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ដោយទូរស័ព្ទទៅ (2 1 3) 3 1 4 - 1 4 9 2 ឬទៅកាន់ការិយាល័យអាជីវកម្ម។

កម្មវិធីដែលបានស្នើសុំ

ជ្រើសរើសមួយ: Charity Care ជំនួយបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃ ទាំងពីរ / មិនប្រាកដ

សំខាន់៖ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសម្រាប់ជំនួយបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃប៉ុណ្ណោះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយតិចជាងជំនួយដែលអាចមានក្រោមកម្មវិធី Charity Care។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដ សូមជ្រើស “ទាំងពីរ / មិនប្រាកដ” ឬទាក់ទងការិយាល័យអាជីវកម្មសម្រាប់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ។

ទីតាំងមន្ទីរពេទ្យ

ជ្រើសរើសមួយ: L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

ធាតុ	ព័ត៌មាន
កាលបរិច្ឆេទសេវា	_____
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	_____
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	_____
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ	_____
ទីក្រុង / រដ្ឋ / ZIP	_____
លេខទូរស័ព្ទ	_____
ភេទ	<input type="checkbox"/> បុរស <input type="checkbox"/> ស្ត្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត / មិនចង់ឆ្លើយ
ជាតិសាសន៍ - ជាជម្រើស និងមិនប្រើសម្រាប់កំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក/អាឡាស្កា <input type="checkbox"/> អាស៊ី/កោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> មិនចង់ឆ្លើយ

កម្មវិធី ធានារ៉ាប់រង និងទំហំគ្រួសារ

ប្រភពបង់ប្រាក់ពីភាគីទីបីដែលអាចមាន: ធានារ៉ាប់រងឯកជន Medi-Cal Medicare បង់ដោយខ្លួនឯង ផ្សេងទៀត គ្មាន

ប្រភពប្រាក់ចំណូលចម្បង: ការងារ អាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន Social Security ពិការភាព គ្មានការងារ ចូលនិវត្តន៍/ប្រាក់សោធន ជំនួយសាធារណៈ: ការឌីបតម្លៃ ផ្សេងទៀត គ្មាន

អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត មុនពេលមន្ទីរពេទ្យពិនិត្យពាក្យស្នើសុំនេះសម្រាប់ជំនួយបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃទេ។

សូមវាយឈ្មោះអ្នកជំងឺ និងសមាជិកគ្រួសារដែលរាប់បញ្ចូលក្នុងទំហំគ្រួសារ។

ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	អាយុ	ភេទ

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ

សូមបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលគ្រួសារជាចំនួនប្រចាំខែ ឬប្រចាំឆ្នាំ។ ប្រសិនបើមាន អ្នកអាចភ្ជាប់ឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល។

ប្រភពប្រាក់ចំណូល	ចំនួនប្រចាំខែ	ចំនួនប្រចាំឆ្នាំ
ប្រាក់ឈ្នួល - អ្នកជំងឺ	\$	\$
ប្រាក់ឈ្នួល - ប្តី/ប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅ	\$	\$
ប្រាក់ឈ្នួល - សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត	\$	\$

ប្រភពប្រាក់ចំណូល	ចំនួនប្រចាំខែ	ចំនួនប្រចាំឆ្នាំ
អាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន / កសិកម្ម	\$	\$
ជំនួយសាធារណៈ / Social Security / ពិការភាព	\$	\$
គ្មានការងារ / សំណងកម្មករ / អត្ថប្រយោជន៍ពេលបាត់កម្ម	\$	\$
ជំនួយប្តីប្រពន្ធ / ជំនួយកូន / ប្រាក់ឧបត្ថម្ភយោធា	\$	\$
ប្រាក់សោធន / ចូលនិវត្តន៍	\$	\$
ភាគលាភ ការប្រាក់ ប្រាក់ជួល ឬផ្សេងទៀត	\$	\$

ឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល

អ្នកអាចភ្ជាប់ paystubs ថ្មីៗ ឬលិខិតបញ្ជូនពន្ធប្រាក់ចំណូលថ្មីៗ។ ប្រសិនបើឯកសារទាំងនោះមិនមាន អ្នកអាចផ្តល់ឯកសារផ្សេងៗដែលបង្ហាញប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ។ Paystubs ថ្មីៗជាទូទៅមានន័យថា paystubs ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ មុន ឬក្រោយវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យដំបូង ឬក្នុងរយៈពេល 6 ខែនៃពាក្យស្នើសុំមុនសេវា។ លិខិតបញ្ជូនពន្ធថ្មីៗជាទូទៅមានន័យថា សម្រាប់ឆ្នាំនៃវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យដំបូង ឬ 1 2 ខែមុនវិក្កយបត្រដំបូង។ ព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិមិនត្រូវការ នឹងមិនត្រូវបានប្រើទេ។

ព័ត៌មានសេវា និងគណនី

ប្រភេទសេវា	ឯកតាសេវា	ចំនួន / ការពិពណ៌នា	កាលបរិច្ឆេទ
មន្ទីរពេទ្យសម្រាកព្យាបាល	ចំនួនថ្ងៃសម្រាក	ចំនួនដែលបានចេញវិក្កយបត្រ: \$ _____	
មន្ទីរពេទ្យមិនសម្រាក	ចំនួនថ្ងៃមិនសម្រាក	ប្រាក់ដែលបានប្រមូល: \$ _____	
ផ្សេងទៀត	ការកែតម្រូវ / លុបចោល: \$ _____	ទំនួលខុសត្រូវអ្នកជំងឺ: \$ _____	

ចំណាយ - ជាជម្រើស

ព័ត៌មានចំណាយមិនត្រូវការសម្រាប់លក្ខណៈសម្បត្តិមូលដ្ឋានទេ។ វាអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ពិនិត្យលក្ខណៈសម្បត្តិថ្លៃព្យាបាលខ្ពស់ ជម្រើសផែនការបង់ប្រាក់ ឬជំនួយផ្សេងៗ។

ចំណាយ	ចំនួនប្រចាំខែ	ចំណាយ	ចំនួនប្រចាំខែ
បញ្ចាំ / ជួល	\$	ធានារ៉ាប់រងសុខភាព	\$
ទឹកភ្លើង / ទូរស័ព្ទ	\$	វិក្កយបត្រពេទ្យ / មន្ទីរពេទ្យ / គ្រូពេទ្យ	\$
អាហារ	\$	ថ្នាំ / ប្រាក់កម្ចីរថយន្ត / ផ្សេងទៀត	\$

ព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិមិនត្រូវការ

ទ្រព្យសម្បត្តិជាសាច់ប្រាក់ ឯកសារយោងធានាគារ លេខគណនី សមតុល្យគណនី សមតុល្យវិនិយោគ សមតុល្យចូលនិវត្តន៍ តម្លៃអចលនទ្រព្យ តម្លៃយានយន្ត និងព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងៗមិនត្រូវការ និងមិនត្រូវបានពិចារណាក្នុងការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។

ការគណនាប្រាក់ចំណូល - សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ ឬជំនួយអ្នកដាក់ពាក្យ

ធាតុគណនា	ចំនួន ឬតម្លៃ
ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ	\$
ដកការកាត់បន្ថយប្រចាំខែ ប្រសិនបើអនុវត្ត	\$
ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធប្រចាំខែដែលបានកែតម្រូវ	\$
ទំហំគ្រួសារ	
ភាគរយ FPL ប្រសិនបើបានគណនា	

សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់អ្នកដាក់ពាក្យ

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសនៃការផ្តល់សក្ខីកម្មក្លែងថា ចម្លើយដែលខ្ញុំបានផ្តល់គឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេលដប់ (1 0) ថ្ងៃ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ចំណាយ ទំហំគ្រួសារ សមាជិកគ្រួសារ ឬអាសយដ្ឋាន។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់នឹងត្រូវរក្សាទុកជាសម្ងាត់តាមច្បាប់។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិមិនត្រូវការ និងមិនត្រូវ

បានប្រើសម្រាប់កំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានសេវាសុខភាពដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬរបួស ខ្ញុំយល់ព្រមសងប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាប្រាក់ដែលទទួលបានពីបណ្តឹង ឬការដោះស្រាយពាក់ព័ន្ធ ដល់កម្រិតដែលច្បាប់អនុញ្ញាត។
ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ / តំណាងដែលមានសិទ្ធិ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ការពិនិត្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ និងការកំណត់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

មន្ទីរពេទ្យនឹងពិនិត្យពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញ ហើយផ្តល់ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ធាតុ	ព័ត៌មាន
សេចក្តីសម្រេច	<input type="checkbox"/> បានអនុម័ត <input type="checkbox"/> បានបដិសេធ <input type="checkbox"/> ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម
មតិយោបល់	_____
ហត្ថលេខា / កាលបរិច្ឆេទអ្នកពិនិត្យ	_____

សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ

លក្ខណៈសម្បត្តិត្រូវផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ និងទំហំគ្រួសារ។ កុំប្រើទ្រព្យសម្បត្តិជាសាច់ប្រាក់ ឬព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងៗ។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងហាក់ដូចជាមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬស្នើសុំជំនួយ សូមអនុវត្តតាមគោលនយោបាយមន្ទីរពេទ្យ មុននឹងបញ្ជូនឯកសារទៅ collections។

ព័ត៌មានសំណួរ ឬពាក្យបណ្តឹង

សម្រាប់សំណួរ ឬជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យ សូមទាក់ទងការិយាល័យអាជីវកម្មតាមលេខ (2 1 3) 3 1 4 - 1 4 9 2 ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាជំនួយហិរញ្ញវត្ថុត្រូវបានបដិសេធដោយខុស អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកម្មវិធី California State Hospital Bill Complaint Program តាម HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov។