



ប្រព័ន្ធសុខាភិបាល BON SECOURS
ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

កាលបរិច្ឆេទបញ្ជូន _____

មន្ទីរពេទ្យ _____ គណនី # _____
នាមត្រកូលអ្នកជម្ងឺ _____ នាមខ្លួន _____ MI _____
SS# _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពគ្រួសារ _____ ទូរសព្ទ # _____
អាសយដ្ឋានអ្នកជម្ងឺ _____
និយោជក _____ សហព័ទ្ធរបស់និយោជក _____

សមាជិកគ្រួសារ(សូមរាយនាមសហព័ទ្ធ និងកូនស្ថិតក្នុងបន្ទុកអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ ឬដូចមានរាយនាមនៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធរបស់អ្នក និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ពួកគេ)៖

- | ឈ្មោះ: | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | ឈ្មោះ: | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 1. _____ / _____ | _____ / _____ | 4. _____ / _____ | _____ / _____ |
| 2. _____ / _____ | _____ / _____ | 5. _____ / _____ | _____ / _____ |
| 3. _____ / _____ | _____ / _____ | 6. _____ / _____ | _____ / _____ |

អ្នកដាក់ពាក្យ ត្រូវបញ្ជូនរាល់ឯកសារដែលតម្រូវទាំងអស់នៅក្នុងអ៊ីមែលតែមួយទៅកាន់
កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Bon Secours - ប្រអប់ P.O.លេខ 742431 - Atlanta, GA 30374-2431

សូមផ្តល់ចម្លើយចំពោះសំណួរនីមួយៗ និងផ្តល់ព័ត៌មានដែលស្នើសុំ
អ្នកជម្ងឺដែលគ្មានធានារ៉ាប់រង ត្រូវសហការជាមួយនិងដៃគូផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងរបស់យើង មុនពេលទទួលជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
សេចក្តីសម្រេចចិត្តនិងត្រូវប្រកាស ក្នុងអំឡុង 60ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីបានទទួលពាក្យស្នើសុំនិងបានសហការជាមួយនិងដៃគូរបស់យើង

សូមផ្តល់ចម្លើយទៅកាន់សំណួរដូចមានរាយខាងក្រោម	ប្រសិនបើយល់ស្រប សូមផ្តល់ចំណុចដូចខាងក្រោមទៅកាន់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ ដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានមុខរបរខ្លួនឯងឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	សូមបំពេញទម្រង់ប្រកាសពន្ធ រួមមានលិខិតប្រកាសពន្ធពាណិជ្ជកម្មក្នុងឆ្នាំសារពើពន្ធចុងក្រោយបំផុត និងការរៀបចំឯកសារប្រចាំត្រីមាសចុងក្រោយទៅលើតារាងរាយចំណូលសម្រាប់ត្រីមាស
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានការងារធ្វើឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	លិខិតបញ្ជាក់ ឬលិខិតដែលមានចុះហត្ថលេខាពីនិយោជកទៅលើការបើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ រយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយ
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ ឬលិខិតបញ្ជាក់គ្មានការងារធ្វើដែលពោះពុម្ពចេញពីវេបសាយរបស់រដ្ឋ
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍បេឡាសន្តិសុខសង្គមឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍បេឡាសន្តិសុខសង្គមឬរបាយការណ៍ធនាគារ ណែនាំមានការផ្ទេរប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់គណនីធនាគារ
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្ត ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	លិខិតបញ្ជាក់ការចូលនិវត្ត ឬរបាយការណ៍ធនាគារ ករណីមានការផ្ទេរប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់គណនីធនាគារ
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍SNAP ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	លិខិតបញ្ជាក់ SNAP
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ឯកសារតម្រូវដោយតុលាការ ឬលិខិតចេញពីអាណាព្យាបាលដែលពុំជាប័ណ្ណ
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានកម្មសិទ្ធិអចលនទ្រព្យវិនិយោគ ឬអចលនទ្រព្យដែលបានជួល ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	កិច្ចសន្យាជួល/ឯកសារដែលមានរាយទំហំទឹកប្រាក់ចំណូល
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រភពចំណូលផ្សេងទៀត ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ភាគហ៊ុន សញ្ញាប័ណ្ណ អចលនទ្រព្យបន្ថែមរបស់ CD ។ល។ សូមភ្ជាប់របាយការណ៍បច្ចុប្បន្នមកជាមួយ
តើមានសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានគណនីចរន្ត, គណនីសន្សំប្រគល់នេះឬទៀត ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	សូមភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងរបាយការណ៍រយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ សម្រាប់គណនីនីមួយៗ
ពុំមានចំណូល៖ ករណីគ្រួសាររបស់អ្នកបញ្ជាក់ថាពុំមានចំណូល អ្នកត្រូវឱ្យប្រគល់ដែលផ្តល់អាហារ ទីជម្រក និងចំណាយប្រចាំថ្ងៃដល់អ្នកចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម និងបញ្ជាក់ពីប្រភេទនៃជំនួយដែលពួកគេផ្តល់ជូនផង	
ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំ (ឈ្មោះ) _____ (ទូរសព្ទលេខ) _____ បានផ្តល់អាហារ ទីជម្រក និងចំណាយប្រចាំថ្ងៃ ដល់អ្នកជម្ងឺ ដូចមានរាយនាមខាងលើ និង/ឬ ចំណូលចំនួន \$ _____ ប្រចាំខែ ជំនួយដែលផ្តល់ជូន៖ _____	
ហត្ថលេខា _____	សម្ព័ន្ធភាព _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ តាមរយៈប័ណ្ណ VISA ត្រូវផ្តល់ជាឯកសារថតចម្លងនៃគ្រប់ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រង ហិរញ្ញវត្ថុ និង/ឬអ្នកឧបត្ថម្ភដូចមានផ្តល់ជូនខាងលើ ដើម្បីទទួលបានប័ណ្ណ VISA ។

>>>បន្ត<<<

R040116



BON SECOURS HEALTH SYSTEM

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នាមត្រកូលអ្នកជម្ងឺ _____ នាមខ្លួន _____ MI _____

តារាងតម្លៃទ្រព្យសកម្មផ្ទាល់ខ្លួន

ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំ	_____	CD (គិតជាសាច់ប្រាក់)	_____
សាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ/ធនាគារ/គណនីសន្សំ	_____	ផ្ទះស្នាក់នៅជាប្រចាំ (គិតជាសាច់ប្រាក់)	_____
ចំណាយជួលផ្ទះប្រចាំខែ	_____	អចលនទ្រព្យដទៃ (គិតជាសាច់ប្រាក់)	_____
ចំណាយបង់រំលស់ផ្ទះប្រចាំខែ	_____	401k (គិតជាសាច់ប្រាក់)	_____

បានទទួលការព្យាបាលសម្រាប់សេវាកម្មនេះ ដោយសារតែគ្រោះថ្នាក់ជាយថាហេតុ?

យល់ស្រប _____ មិនយល់ស្រប _____ (កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ)

មិនត្រូវអនុវត្តចំពោះការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ការងារ ការរក្សាភារកិច្ចសម្របសម្រួល ឬនីតិវិធីស្តីពីអត្រាថេរ គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ឬការព្យាបាលដទៃទៀត ដែលអ្នកទទួលបានប្រាក់សំណងទៅលើវិក្កយបត្រចំណាយថ្នាំពេទ្យ ការទទួលបានការឈឺចាប់ និង ការខាតបង់ដទៃទៀត។

តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ ឬយល់ស្របមិនយល់ស្រប (ប្រសិនបើយល់ស្រប សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដូចខាងក្រោម)

1. ឈ្មោះអ្នកធានារ៉ាប់រង _____ ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍ _____ គោលការណ៍# _____
2. ឈ្មោះអ្នកធានារ៉ាប់រង _____ ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍ _____ គោលការណ៍# _____

អាស្រ័យហេតុនេះ ខ្ញុំសូមស្នើសុំ Bon Secours Health System Inc. កត់ត្រាទុកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានយល់ថា ករណីដែលព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានដាក់នេះ ត្រូវបានរកឃើញថាមិនត្រឹមត្រូវនោះ ការដាក់ពាក្យរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានបដិសេធ ហើយខ្ញុំនឹងជាប់កាតព្វកិច្ចលើរាល់ចំណាយសេវាកម្មទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានទទួល។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ គ្រប់គ្រាន់ និងពិតប្រាកដតាមដែលខ្ញុំបានដឹង។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ការសហការជាមួយនឹងដៃគូដែលត្រូវបានប្រគល់សិទ្ធិជាលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ពិចារណាក្នុងការស្វែងរកជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។

មតិយោបល់បន្ថែម

ហត្ថលេខាភាគីទទួលខុសត្រូវ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

Bon Secours Health System Inc. សូមរក្សាសិទ្ធិក្នុងការកែតម្រូវព័ត៌មានដែលរាយការណ៍នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អនុវត្តសកម្មភាពការងារដើម្បីបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវនៃចំណូលផ្ទាល់របស់បុគ្គលឬភាពខ្វះខាតរបស់បុគ្គល ដោយរក្សាការសម្ងាត់បំផុត និងមិនអាចទាញចេញជារបាយការណ៍ពីសំណាក់ភ្នាក់ងារការិយាល័យឥណទាន ដែលអាចជះឥទ្ធិពលអាក្រក់ទៅលើការសម្ងាត់របស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមមកជួបជាមួយនឹងអ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ នៅទីតាំងមន្ទីរពេទ្យ Bon Secours ដែលនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬទូរសព្ទមកកាន់នាយកដ្ឋានបម្រើអតិថិជនរបស់យើង។

Local Richmond 804-342-1500
សេវាឥតគិតថ្លៃ 877-342-1500
ចម្លើយ - សុក្រ 8:30 ព្រឹកដល់ 1:00 រសៀលនិង 2:00 រសៀលដល់ 7:00 ល្ងាច