



Ascension

កាលបរិច្ឆេទ៖

សូមគោរពជូនអ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យ

មន្ទីរពេទ្យ Ascension ត្រូវបានជំរុញដោយមេត្តាធម៌ និងឧទ្ទិសដល់ការផ្តល់ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់ – ជាពិសេសអ្នកដែលខ្វះខាតបំផុត។ វាគឺជាបេសកកម្ម និងឯកសិទ្ធិរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុជូនអ្នកជំងឺ របស់យើង។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមានសម្រាប់តែការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្សេងទៀតប៉ុណ្ណោះ។ សូមអរគុណអ្នកដែលជឿទុកចិត្តលើយើងខ្ញុំក្នុងការថែទាំអ្នក និងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពទាំងអស់របស់អ្នក។

យើងខ្ញុំកំពុងធ្វើលិខិតនេះ និងពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ពីព្រោះយើងខ្ញុំបានទទួលសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានធ្វើការស្នើសុំនេះទេ សូមកុំអើពើ។ សូមបំពេញទំព័រទាំងពីរ រួមទាំងហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទរបស់អ្នក មុនពេលប្រគល់វាមកវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបំពេញពាក្យសុំក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែកន្លងមក ហើយត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សូមជូនដំណឹងមកយើងខ្ញុំ – អ្នកប្រហែលជាមិនចាំបាច់បំពេញពាក្យសុំថ្មីទេ។ ជាអកុសល យើងមិនអាចពឹងផ្អែកលើពាក្យសុំមុនដែលមានរយៈពេលលើសពីប្រាំមួយខែបានទេ។

រួមជាមួយនឹងពាក្យសុំ អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិទាំងអស់ដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់សមាជិកគ្រួសារណាមួយ។

ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល និងទ្រព្យសម្បត្តិរួមមាន៖

- ច្បាប់ចម្លងនៃចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែថ្មីៗចំនួន 3 សន្លឹកពីនិយោជក
- ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំបំផុត (ប្រសិនបើជាស្វ័យនិយោជន៍ សូមរួមបញ្ចូលកាលវិភាគទាំងអស់)
- លិខិតផ្តល់រង្វាន់ចូលនិវត្តន៍សន្តិសុខសង្គម និង/ឬប្រាក់សោធននិវត្តន៍
- ការប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំថ្មីៗបំផុតរបស់មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលបានចុះនៅលើទម្រង់ប្រកាសពន្ធរបស់ពួកគេនិងអាយុក្រោម 25 ឆ្នាំ
- ច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍អ្នកអត់ការងារធ្វើ
- ការអនុម័ត/ការបដិសេធសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medicaid និង/ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋ
- ឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងនៃទ្រព្យសម្បត្តិរួមមាន៖

- របាយការណ៍ធនាគារបច្ចុប្បន្ន (គណនីចរន្ត និងគណនីសន្សំ) ពី 3 ខែចុងក្រោយ
- ការវិនិយោគ រួមទាំងភាគហ៊ុន និងមូលបត្របំណុល
- មូលនិធិបរិយាគបាលកិច្ច
- គណនីទីផ្សាររូបិយវត្ថុ
- មូលនិធិសង្គម៖

ជាចុងក្រោយ យើងប្រហែលជាអាចពិចារណាលើវិក្កយបត្រថ្ងៃពេញជំពាក់របស់អ្នក ដើម្បីធ្វើឱ្យអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងពិចារណាលើរឿងនេះ សូមផ្តល់ឯកសារអំពីការចំណាយលើការព្យាបាល និងឱសថស្ថាន/ថ្នាំពេទ្យប្រចាំខែរបស់អ្នកដែលជំពាក់ ដូចជាវិក្កយបត្របច្ចុប្បន្ន ឬរបាយការណ៍សមតុល្យគណនីជាដើម។ **សូមជ្រាបថា 1) ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច រួមជាមួយនឹង 2) ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល 3) ទ្រព្យសម្បត្តិ និង 4) វិក្កយបត្រថ្ងៃពេញជំពាក់ (ប្រសិនបើមាន) ត្រូវតែទទួលបានដើម្បីឱ្យគេពិចារណាពាក្យសុំនេះ។ យើងមិនអាចដំណើរការ ឬពិចារណាពាក្យសុំដែលមិនទាន់ពេញលេញបានទេ។**

នៅពេលដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក សូមចងចាំថាការទំនាក់ទំនងតាមរយៈអ៊ីមែលតាមអ៊ិនធឺណិតមិនមានសុវត្ថិភាពទេ។ ទោះបីជាវាប្រហែលជាមិនទំនងក៏ដោយ ក៏នៅមានលទ្ធភាពដែលព័ត៌មានដែលអ្នកបញ្ចូលក្នុងអ៊ីមែលអាចត្រូវបានស្នាក់ចាប់ និងអានដោយភាគីផ្សេងទៀតក្រៅពីអ្នកដែលត្រូវបានធ្វើឱ្យ។ យើងចង់ការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក និងធានាថាវានៅតែមានសុវត្ថិភាព។ ដោយសារតែពាក្យសុំនេះមានលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក និងព័ត៌មានឯកជនផ្សេងទៀត យើងសូមអំពាវនាវដល់អ្នកកុំធ្វើវាតាមអ៊ីមែល។

សូមបោះពុម្ព និងធ្វើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច និងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកទៅកាន់អាសយដ្ឋានដូចខាងក្រោម៖

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, GA 31193

ក្រុមគ្រូពេទ្យ Ascension
PO Box 80278
Indianapolis, IN 46240

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ ហើយចង់ធានាថាអ្នកជំងឺដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុទទួលបានជំនួយនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីពាក្យសុំនេះ ឯកសារគាំទ្រដែលត្រូវការ ឬរបៀបដើម្បីទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នកល្អបំផុត សូមទូរសព្ទទៅអ្នកតំណាងអ្នកជំងឺរបស់យើងតាមលេខ 904-308-7381

ដោយក្តីរាប់អាន

សេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺនៃមន្ទីរពេទ្យ
Ascension

ទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ



Ascension

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

(សូមសរសេរអក្សរពុម្ព ហើយត្រូវតែបំពេញគ្រប់ចន្លោះទាំងអស់។ សូមបញ្ជាក់ថាគ្មាន ប្រសិនបើមិនអាចអនុវត្តបានលើបន្ទាត់នីមួយៗក្នុងពាក្យសុំនេះ)

កាលបរិច្ឆេទ _____ លេខគណនី _____

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពគ្រួសារ _____ លេខទូរសព្ទ _____

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ _____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ _____

លេខសន្តិសុខសង្គម (ជម្រើស) _____

និយោជក _____ ស្ថានភាពការងារ _____

ចំនួនម៉ោងធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍ _____ លេខទូរសព្ទរបស់និយោជក _____

ព័ត៌មានរបស់ភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ/ព័ត៌មានរបស់អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺខាងលើគឺជាមនុស្សតែមួយជាមួយនឹងភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ សូមទុកផ្នែកនេះចោល។)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពគ្រួសារ _____ លេខទូរសព្ទ _____

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ _____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ _____

លេខសន្តិសុខសង្គម (ជម្រើស) _____

និយោជក _____ ស្ថានភាពការងារ _____

ចំនួនម៉ោងធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍ _____ លេខទូរសព្ទរបស់និយោជក _____

ព័ត៌មានអំពីសហព័ទ្ធរបស់ភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺគឺមនុស្សតែមួយជាមួយនឹងភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ សូមបំពេញព័ត៌មានសហព័ទ្ធរបស់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពគ្រួសារ _____ លេខទូរសព្ទ _____

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ _____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ _____

លេខសន្តិសុខសង្គម (ជម្រើស) _____

និយោជក _____ ស្ថានភាពការងារ _____

ចំនួនម៉ោងធ្វើការក្នុងមួយសប្តាហ៍ _____ លេខទូរសព្ទរបស់និយោជក _____

អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺគឺមនុស្សតែមួយជាមួយនឹងភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ សូមបំពេញព័ត៌មានសហព័ទ្ធរបស់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ _____

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ _____

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ _____

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងភាគីអ្នកទទួលខុសត្រូវ _____

ចំនួនមនុស្សពេញវ័យ និងកុមារដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ _____

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ

(សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ជាដុល្លារសម្រាប់ចំណុចនីមួយៗដែលរាយខាងក្រោម។ សូមផ្តល់ចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងមួយខែសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ។)

ប្រាក់ចំណូលរកបានពីការងាររបស់អ្នកដាក់ពាក្យ _____
ប្រាក់ចំណូលសហព័ទ្ធរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ _____
អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម _____
ប្រាក់ចំណូលសោធននិវត្តន៍/ចូលនិវត្តន៍ _____
ប្រាក់ចំណូលពីការភាព _____
សំណងអ្នកអត់ការងារធ្វើ _____
សំណងកម្មករ _____
ប្រាក់ចំណូលពីការប្រាក់/ភាគលាភ _____

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនដែលទទួលបាន _____
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសហព័ទ្ធដែលទទួលបាន _____
ប្រាក់ចំណូលពីការជួលអចលនទ្រព្យ _____
ប័ណ្ណអាហារ _____
ប្រាក់វិភាគទានមូលនិធិបរិយោជន៍កិច្ចដែលទទួលបាន _____
ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត _____
ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត _____
ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែគិតជា \$ _____

ការចំណាយលើការរស់នៅប្រចាំខែ

ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ/ផ្ទៃជួល _____
សេវាសាធារណៈ _____
ទូរសព្ទ (ទូរសព្ទលើតុ) _____
ទូរសព្ទដៃ _____
គ្រឿងឧបភោគបរិភោគ/អាហារ _____
ទូរទស្សន៍ខ្សែកាប/អ៊ីនធឺណិត/ផ្កាយរណប _____
ការបង់រថយន្ត _____
សេវាមើលថែកូន _____

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន/ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសហព័ទ្ធ _____
ភាគឥណទាន _____
វិក្កយបត្រគ្រូពេទ្យ/មន្ទីរពេទ្យ _____
ធានារ៉ាប់រងរថយន្ត/រថយន្ត _____
ធានារ៉ាប់រងផ្ទះ/អចលនទ្រព្យ _____
ធានារ៉ាប់រងសុខភាព/វេជ្ជសាស្ត្រ _____
ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត _____
ចំណាយប្រចាំខែផ្សេងទៀត _____
ចំណាយសរុបប្រចាំខែគិតជា \$ _____

ទ្រព្យសម្បត្តិ

គណនីសាច់ប្រាក់/គណនីសន្សំ/គណនីចរន្ត _____
ភាគហ៊ុន/មូលបត្របំណុល/ការវិនិយោគ/វិញ្ញាបនបត្របញ្ជី _____
អចលនទ្រព្យ/លំនៅឋានបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀត _____
ទូក/រថយន្ត RV/ម៉ូតូ/រថយន្តផ្ទះចល័ត _____
រថយន្តទុកជាអនុស្សាវរីយ៍/រថយន្តទុកជិះកម្សាន្ត _____
ទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀត _____

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺជាការពិត និងពេញលេញតាមដែលខ្ញុំបានដឹង។ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យមន្ទីរពេទ្យទទួលបានព័ត៌មានពីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានខាងក្រៅ ប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យយល់ឃើញចាំបាច់។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ _____
កាលបរិច្ឆេទ _____

មតិយោបល់ _____

