

ពាក្យស្នើសុំ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ



សំខាន់៖ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបាន ការថែទាំបញ្ចុះតម្លៃ ឬឥតគិតថ្លៃ ការបំពេញពាក្យនេះនឹងជួយ AMITA Health កំណត់ថាតើអ្នកអាចទទួលបាន សេវាកម្មបញ្ចុះតម្លៃ ឬឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចជួយបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឬអត់។ សូមដាក់ជូនការស្នើសុំនេះទៅកាន់អាសយដ្ឋាន ដែលមានរាយនៅលើស្រោមសំបុត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងទេ លេខសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានតម្រូវឲ្យមានដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំបញ្ចុះតម្លៃ ឬឥតគិតថ្លៃ។ ប៉ុន្តែ លេខសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានតម្រូវឲ្យមានសម្រាប់កម្មវិធីសាធារណៈខ្លះ ដែលរួមមាន Medicaid ផងដែរ។ ប្រសិនបើលេខសន្តិសុខសង្គមមិនត្រូវបានតម្រូវទេ ប៉ុន្តែនឹងជួយឲ្យ AMITA Health កំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីសាធារណៈណាមួយឬអត់។ សម្រាប់សំណួរការដាក់ពាក្យស្នើសុំណាមួយ ដែលមានសញ្ញាសម្គាល់ថា “ជាជម្រើស” ការឆ្លើយតបរបស់អ្នក (ឬមិនមានការឆ្លើយតប) នឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ណាមួយលើលទ្ធផលនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះនោះទេ។

សូមបំពេញពាក្យនេះ ហើយដាក់ជូនវាទៅកាន់ AMITA Health ដោយផ្ទាល់ តាមប្រៃសណីយ៍ តាមអ៊ីមែល ឬតាមទូរសារដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំការថែទាំបញ្ចុះតម្លៃ ឬឥតគិតថ្លៃ ឲ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម។ យើងនឹងទទួលយកការដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នករយៈពេលរហូតដល់ 240 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីរបាយការណ៍ចេញវិក្កយបត្រដំបូងសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ ដោយការដាក់ជូនការស្នើសុំនេះ អ្នកទទួលស្គាល់ថា

អ្នកបានប្រឹងប្រែងដោយសុទ្ធចិត្តដើម្បីផ្តល់ជូនគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់តាមការស្នើសុំនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ដើម្បីជួយឲ្យ AMITA Health នៅក្នុងការកំណត់ថាតើអ្នកជំងឺនេះមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឬអត់។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយស្តីពីដំណើរការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកប្រឹក្សាយោបល់របស់ AMITA Health ជាមួយនឹងសំណួរ ឬក៏ប្តារម្តរបស់អ្នកតាមលេខ 888-693-2252។

បណ្តឹង ឬក៏ប្តារម្តជាមួយនឹងដំណើរការដាក់ពាក្យស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃអ្នកជំងឺដែលមិនមានធានារ៉ាប់រង ឬដំណើរការជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យ អាចត្រូវបានរាយការណ៍ទៅកាន់ ការិយាល័យថែទាំសុខភាពរបស់អគ្គមេធាវីរដ្ឋ Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) បាន។ ខ្សែទូរសព្ទពិសេសមិនគិតថ្លៃរបស់ Health Care Bureau គឺលេខ 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)។

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

(សូមសរសេរជាអក្សរធំ ហើយគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ចាំបាច់ត្រូវបានបំពេញ។ បង្ហាញ N/A ប្រសិនបើមិនពាក់ព័ន្ធនៅលើខ្សែនីមួយៗណាមួយនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ)

កាលបរិច្ឆេទ _____ លេខគណនី _____

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ _____ លេខទូរសព្ទ _____

ជាជម្រើស - អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ - តើអ្នកគិតពីខ្លួនឯងថាជា៖ ប្រុស ស្រី បុរសប្តូរភេទ/បុរសប្តូរភេទ/ស្រីទៅប្រុស (FTM)

ស្រ្តីប្តូរភេទ/ស្រ្តីប្តូរភេទ/ប្រុសទៅស្រី (MTF) បុគ្គលមិនដឹងអត្តសញ្ញាណភេទខ្លួនឯង/ភេទដែលមិនគោរពតាមយេនឌ័រប្រុស និងយេនឌ័រស្រីឲ្យច្បាស់លាស់

ប្រភេទយេនឌ័របន្ថែម (ឬផ្សេងទៀត)

ជាជម្រើស - អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ តើភេទអ្វីដែលបានចុះនៅក្នុងសំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកពីដំបូង?៖ ប្រុស ស្រី

ជាជម្រើស - ពូជសាសន៍៖ ស ខ្មៅ ឬ អាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមកំណត់អាឡាស្កា ឥណ្ឌាអាស៊ី ចិន ហ្វីលីពីន ជប៉ុន កូរ៉េ

វៀតណាម ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត ជនជាតិដើមហាវៃ ជនជាតិដើមកោះហ្គាំ ជនជាតិសាម៉រ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

ជាជម្រើស - ជនជាតិ៖ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ, អាមេរិកឡាទីន, ឬនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ម៉ិកស៊ិក, អាមេរិកដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក

ឬដើមកំណើតនិយាយភាសាម៉ិកស៊ិក ព័រតូរីកូ គុយបា ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬនិយាយអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត

ជាជម្រើស - ភាសា - តើអ្នកនិយាយភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសនៅផ្ទះមែនទេ?៖ បាទ/ចា ទេ

បើ បាទ/ចាស, តើភាសាណាមួយ? _____

អាសយដ្ឋានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ _____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

ជាជម្រើស - លេខសន្តិសុខសង្គម _____

និយោជក _____ ស្ថានភាពការងារ _____

លេខទូរស័ព្ទនិយោជក _____

ព័ត៌មានរបស់ភាគីសាមី/ព័ត៌មានរបស់អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺខាងលើដូចគ្នានឹងភាគីសាមី ទុកផ្នែកនេះឲ្យនៅទំនេរ។)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

អាសយដ្ឋានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ _____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

លេខសន្តិសុខសង្គម (ជាជម្រើស) _____

និយោជក _____ ស្ថានភាពការងារ _____

ព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធរបស់ភាគីសាមី

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដូចគ្នានឹងភាគីសាមី បំពេញព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធសម្រាប់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

អាសយដ្ឋានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ _____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

លេខសន្តិសុខសង្គម (ជាជម្រើស) _____

និយោជក _____ ស្ថានភាពការងារ _____

លេខទូរស័ព្ទនិយោជក _____

អ្នកក្នុងបន្ទុករបស់ភាគីសាមី

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដូចគ្នានឹងភាគីសាមី បំពេញព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធសម្រាប់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ចំនួនមនុស្សធំ និងកុមារដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះ: _____

ចំណូលប្រចាំខែ

(បំពេញចំនួនជាប្រាក់ដុល្លារសម្រាប់របស់នីមួយៗខាងក្រោម។ ផ្តល់ចំនួនក្នុងមួយខែសម្រាប់របស់នីមួយៗ)

ចំណូលរកបានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

ចំណូលពីប្រពន្ធរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម _____

សោធននិវត្តន៍/ចំណូលពេលចូលនិវត្តន៍ _____

ចំណូលពិការភាព _____

សំណងការគ្មានការងារធ្វើ _____

សំណងរបស់បុគ្គលិក _____

ការប្រាក់/ចំណូលភាគលាភ _____

ជំនួយកុមារដែលបានទទួល _____

សោធនអាហារកិច្ចដែលបានទទួល _____

ចំណូលពីទ្រព្យសម្បត្តិដួល _____

ប័ណ្ណអាហារ _____

ការបែងចែកមូលនិធិអាណត្តិព្យាបាលភាពដែលបានទទួល _____

ចំណូលផ្សេងទៀត _____

ចំណូលសរុបប្រចាំខែ \$ _____

ការចំណាយលើការរស់នៅប្រចាំខែ

អ្នកជំងឺដែលសន្មត់ទុកជាមុនថាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ AMITA Health មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញផ្នែកនេះនោះទេ។

កម្ចីទិញផ្ទះ/ផ្ទៃលម្អលផ្ទះ _____

សេវាសាធារណៈ _____ ទូរសព្ទ

(មានខ្សែភ្ជាប់) _____

ទូរសព្ទដៃ _____

គ្រឿងទេស/ម្ហូបអាហារ _____

ទូរទស្សន៍ខ្សែកាប/អ៊ីនធឺណិត/ផ្កាយរណប _____

ការបង់ថ្លៃថយន្ត _____

ការថែទាំកុមារ _____

ជំនួយកុមារ/សោធនអាហារកិច្ច _____

ប័ណ្ណឥណទាន _____

វិក្កយបត្រគ្រូពេទ្យ/មន្ទីរពេទ្យ _____

ធានារ៉ាប់រងរថយន្ត _____

ធានារ៉ាប់រងផ្ទះ/អចលនទ្រព្យ _____

ធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាព _____

ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត _____

ការចំណាយប្រចាំខែផ្សេងទៀត _____

ការចំណាយសរុបប្រចាំខែ \$ _____

ទ្រព្យសម្បត្តិ

គណនីប្រាក់សុទ្ធ/ប្រាក់សន្សំ/ចរន្ត _____

ភាគហ៊ុន/សញ្ញាប័ណ្ណ/ការវិនិយោគ/មូលបត្រអាចជួញដូរបាន (CD) _____

អចលនទ្រព្យ/លំនៅដ្ឋានបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀត _____

ទូក/រថយន្តដើរកម្សាន្ត (RV)/ម៉ូតូ/រថយន្តដើរកម្សាន្ត _____

ឃានយន្តសម្រាប់អ្នកសន្សំទុក/ឃានយន្តមិនចាំបាច់ _____

ប្រាក់សន្សំសុខភាព/ឃានយន្តគណនីចំណាយតាមកាលៈទេសៈ _____

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ AMITA ទទួលបានព័ត៌មានពីទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានខាងក្រៅ។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំនឹងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយរដ្ឋ សហព័ន្ធ ឬក្នុងមូលដ្ឋានណាមួយ ដែលសម្រាប់វា ខ្ញុំអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននេះអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយ AMITA ហើយខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ AMITA ទាក់ទងភាគីទីបីដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មាន ដែលបានផ្តល់ជូននៅក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនានៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ខ្ញុំនឹងមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ ដែលបានផ្តល់ជូនដល់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបង្វិលត្រលប់វិញ ហើយខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រនេះ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ _____

កាលបរិច្ឆេទ _____

ការបញ្ចេញយោបល់ _____

លិខិតគាំទ្រ

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រអ្នកជំងឺ/លេខគណនី _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកគាំទ្រ _____

ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

អាសយដ្ឋានអ្នកគាំទ្រ _____

ជូនចំពោះ AMITA Health ៖

លិខិតនេះគឺដើម្បីណែនាំថា (ឈ្មោះអ្នកជំងឺ) _____

ទទួលបានចំណូលតិចតួច ឬគ្មានចំណូល ហើយខ្ញុំកំពុងជួយលើការចំណាយលើការរស់នៅរបស់ពួកគេ។
ពួកគេមានកាតព្វកិច្ចតិចតួច ឬគ្មានសោះចំពោះខ្ញុំ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាលើការអះអាងនេះ

ខ្ញុំយល់ស្របថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនគឺពិតទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកគាំទ្រ _____

កាលបរិច្ឆេទ _____



ជូនចំពោះអ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ៖

AMITA Health ត្រូវបានជម្រុញដោយសេចក្តីមេត្តា និងប្តេជ្ញាទៅនឹងការផ្តល់ជូនការថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់មនុស្សគ្រប់គ្នា ជាពិសេសអ្នកដែលកំពុងខ្វះខាតជាងគេ។ វាជាបេសកកម្ម និងបុព្វសិទ្ធិរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ជូនជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទៅដល់អ្នកជំងឺរបស់យើង។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមានតែសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតប៉ុណ្ណោះ។ សូមអរគុណសម្រាប់ការជឿជាក់លើយើង ដើម្បីឲ្យយើងមើលថែអ្នក និងគ្រួសារអ្នកសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

យើងផ្ញើលិខិតនេះ និងពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុភ្ជាប់មកជាមួយ ព្រោះយើងបានទទួលសំណើរបស់អ្នកហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនស្នើសុំវាទេ សូមកុំអើពើនឹងវា។ សូមបំពេញទាំងសងខាង ដែលរួមមានហត្ថលេខារបស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទ មុនពេលផ្ញើវាត្រឡប់មកវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបំពេញពាក្យស្នើសុំមួយ នៅក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ ហើយត្រូវបានយល់ព្រមសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុហើយនោះ សូមជូនដំណឹងដល់យើង។ អ្នកអាចមិនចាំបាច់ត្រូវបំពេញពាក្យស្នើសុំថ្មីណាមួយទៀតនោះទេ។ យើងនឹងមិនពិចារណាលើការស្នើសុំពីមុន ដែលមានរយៈពេលលើសពី 6 ខែហើយនោះទេ។

រួមជាមួយនឹងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ សូមផ្តល់សំណើមួយនៃរបស់ដូចតទៅនេះយ៉ាងតិចមួយ ដើម្បីធ្វើជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបានរៀបការហើយ ឬបានរស់នៅជាមួយនឹងមនុស្សសំខាន់របស់អ្នករយៈពេល 6 ខែឡើងទៅ ពួកគេក៏នឹងចាំបាច់ត្រូវផ្តល់សំណើមួយនៃរបស់ដូចតទៅនេះយ៉ាងតិចមួយ ដើម្បីធ្វើជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូលរបស់ពួកគេ មុនពេលពាក្យស្នើសុំនេះអាចត្រូវបានដំណើរការបាន។

- សំណើនៃសំបុត្របញ្ជាក់ការបង់ប្រាក់ថ្មីៗបំផុតពីនិយោជកចំនួនបី
- សំណើនៃពាក្យប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំថ្មីបំផុត (ប្រសិនបើធ្វើការដោយខ្លួនឯង ត្រូវរួមបញ្ចូលពាក្យភ្ជាប់ (schedule) ទាំងអស់)
- លិខិតផ្តល់សន្តិសុខសង្គម និង/ឬ សោធននិវត្តន៍
- ពាក្យប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំថ្មីបំផុតរបស់ឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំគឺអ្នកក្នុងបន្ទុក ដែលបានរាយឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យប្រកាសពន្ធរបស់ពួកគេ និងមានអាយុក្រោម 25 ឆ្នាំ
- ឯកសារបញ្ជាក់ចំណូលផ្សេងទៀត
- សំណើរបាយការណ៍ធនាគារចាប់ពីបីខែមុន

- សំណៅបង្កាន់ដៃប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ការគ្មានការងារ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយពី ឬរស់នៅក្នុងផ្ទះមួយ ជាមួយនឹងគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ សូមឲ្យពួកគេបំពេញពាក្យដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ ដែលមានស្លាកសម្គាល់ថា “លិខិតគាំទ្រ”។

លិខិតនេះនឹងមិនធ្វើឲ្យពួកគេទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេនោះទេ។

វានឹងជួយបង្ហាញពីរបៀបដែលអ្នកអាចដោះស្រាយការចំណាយលើការរស់នៅ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានជំនួយពីគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិទេ

អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវបំពេញពាក្យលិខិតគាំទ្រនេះនោះទេ។

ចុងក្រោយ សូមផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ផងដែរទុកជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការថ្លៃលើថ្នាំ/ឪសថស្ថាន និងវេជ្ជសាស្ត្រប្រចាំខែដែលមិនទាន់ទូទាត់ហើយ។

សូមដឹងថា ពាក្យស្នើសុំដែលពេញលេញ
រួមជាមួយនឹងភស្តុតាងបញ្ជាក់ចំណូលចាំបាច់ត្រូវតែត្រូវបានទទួលដើម្បីឲ្យពាក្យស្នើសុំត្រូវបានពិចារណា។
យើងមិនអាចដំណើរការ ឬពិចារណាលើពាក្យស្នើសុំដែលមិនពេញលេញនោះទេ។

សូមចងចាំថា ការទំនាក់ទំនងតាមរយៈអ៊ីមែលលើប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិតមិនមានសុវត្ថិភាពនោះទេ។
ទោះបីជាវាអាចមិនអាចកើតឡើងក៏ដោយ
មានលទ្ធភាពដែលថាព័ត៌មានដែលអ្នករួមបញ្ចូលនៅក្នុងអ៊ីមែលអាចត្រូវបានស្ទាក់ចាប់បាន
និងត្រូវបានអានដោយភាគីផ្សេង ក្រៅពីបុគ្គលដែលវាត្រូវបានធ្វើតាមអាសយដ្ឋានទៅកាន់។

យើងចង់ការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក និងធានាថា វានៅតែមានសុវត្ថិភាព។
ដោយសារពាក្យស្នើសុំនេះមានលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក និងព័ត៌មានឯកជនផ្សេងទៀត
យើងជម្រុញឲ្យអ្នកកុំធ្វើវាតាមអ៊ីមែល។

សូមព្រិនិតវាចេញមក ហើយធ្វើពាក្យពេញលេញរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋានដូចតទៅនេះ៖

AMITA Health PFS
ជូនដំណោះ៖ Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយស្តីពីការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកតំណាងអ្នកជំងឺម្នាក់របស់យើង
តាមលេខ 888-693-2252.

ដោយក្តីស្មោះស្ម័គ្រចិត្ត

សេវាហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺ
AMITA Health