

សំណុំបែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលបានកកសម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកនេះ។

លេខគណនី _____ កាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម _____

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____ លេខផ្ទះ និងលេខផ្លូវ _____ ទីក្រុង: ____/____/____ ខោនធី: _____

រដ្ឋរស់នៅ: _____ ហ្សឺបកូដ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: ____/____/____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍: _____

នៅលីវ រៀបការ លែងលះ

លេខទូរសព្ទចម្បង: (____) _____ រស្មីពូជ្ជ: ទូរស័ព្ទចល័ត ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ ទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: _____

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅកាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម: គ្មានការធានារ៉ាប់រង Medicare Medicaid ផ្សេងទៀត _____

ផ្នែកទី 2: ទ្រព្យសម្បត្តិ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ

ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់អ្នក និងសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ប្រសិនបើមាន)។

ប្រភេទប្រាក់ចំណូល	ចំនួនសរុបរយៈពេល 3 ខែមុនពេលផ្តល់សេវាកម្ម	ចំនួនសរុបរយៈពេល 12 ខែមុនពេលផ្តល់សេវាកម្ម
ប្រាក់ឈ្នួល/អាជីវកម្មខ្លួនឯង	\$ _____	\$ _____
ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	\$ _____	\$ _____
ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ភាគលាភ ការប្រាក់ ប្រាក់ចំណូលផ្តល់ផ្ទះ	\$ _____	\$ _____
ភាពអត់ការងារធ្វើ សំណងកម្មករ	\$ _____	\$ _____
ជំនួយកុមារ (លុះត្រាតែអ្នកជំងឺជាអ្នកទទួលបានគោលដៅ)	\$ _____	\$ _____
ផ្សេងទៀត	\$ _____	\$ _____

ទ្រព្យសកម្មសុទ្ធសរុប (ទ្រព្យសកម្ម - បំណុល) គិតត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យសុំ: \$ _____

ផ្នែកទី 3: ព័ត៌មាន និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ

រាយបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ពួកគាត់។

សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់ក្នុងគ្រួសារផ្ទាល់របស់អ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ សម្រាប់គោលបំណងនៃ HCAP គ្រួសារត្រូវបានកំណត់ថាជាអ្នកជំងឺ ប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នកជំងឺ និងកូនទាំងអស់ដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ (កូនបង្កើត ឬកូនចិញ្ចឹម) របស់អ្នកជំងឺដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជំងឺ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ គ្រួសារត្រូវរួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺឪពុកម្តាយបង្កើត ឬឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមរបស់អ្នកជំងឺ និងកូនដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ (កូនបង្កើត ឬកូនចិញ្ចឹម) របស់ឪពុកម្តាយដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជំងឺ។

ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ រួមទាំងអ្នកជំងឺ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ _____

1. អ្នកជំងឺ: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា អ្វីគ្រប់យ៉ាងដែលខ្ញុំបានលើកឡើងនៅលើពាក្យសុំនេះ និងនៅលើរាល់ឯកសារភ្ជាប់គឺជាការពិត។

ហត្ថលេខាភាគីទទួលខុសត្រូវ: x _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____