

ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ / ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 281.312.4012 ឬ 281.312.4000 -- ចុចលេខ 5

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់អ្នកជំងឺ	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់
លេខគណនី	កាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវា

សេចក្តីណែនាំ៖ ត្រូវតែឆ្លើយសំណួរទាំងអស់។ ប្រសិនបើសំណួរមិនពាក់ព័ន្ធទេ ចូរសរសេរ N/A នៅលើបន្ទាត់។

ភ្ជាប់រូបថតកម្ពុជាអត្តសញ្ញាណមួយ ដែលមានរូបភាព (ឧទាហរណ៍៖ ប័ណ្ណបើកបរដែលចេញដោយរដ្ឋ ឬលិខិតឆ្លងដែនដែលមានរូបថត ។ល។) *

ភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងនៃកម្ពុជាចំណូលថ្មីបំផុត ឬ

ភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងនៃកម្ពុជាចំណូលមួយ ក្នុងចំណោមកម្ពុជាចំណូលខាងក្រោម៖

លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ខែចំនួន 2

ប័ណ្ណបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍គ្មានការងារធ្វើ

ច្បាប់ចុងក្រោយ លិខិតត្រួតពិនិត្យឬលិខិតផ្តល់រង្វាន់ជំនួយសន្តិសុខសង្គម

លិខិតពិនិយោជកដែលបញ្ជាក់អំពីឈ្មោះ មុខរបរ ប្រាក់ម៉ោងចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការរបស់និយោជិត

* ប្រសិនបើមិនមានលិខិតបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដែលមានរូបថតទេ ឯកសារផ្សេងទៀតដែលបង្ហាញអត្តសញ្ញាណអាចប្រើបានដែរ។ សូមទាក់ទងទៅលេខខាងលើ ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

***** វាមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាពាក្យស្នើសុំពេញលេញដោយគ្មានឯកសារបញ្ជាក់នោះទេ ។ *****

ស្ថានភាព៖ និវាសនជនអចិន្ត្រៃយ៍នៅតិចសាស និវាសនជនស្របច្បាប់ ទិដ្ឋាការអន្តោប្រវេសន៍ ទិដ្ឋាការមិនមែនអន្តោប្រវេសន៍

ស្ថានភាពគ្រួសារ (ជីកមួយ)៖ រៀបការ នៅលីវ លែងលះ

មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ ផ្សេងទៀត _____

កុមារដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ (បន្តនៅលើទំព័រមួយទៀត បើចាំបាច់)

ឈ្មោះពេញ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក (ជីកមួយ)				
		កូន	កូនចុង	អាណាព្យាបាល	មនុស្សធំ/មនុស្សចាស់	មិនជាប់សាច់ឈាម

សេចក្តីសង្ខេបអំពីការងារ

អ្នកជំងឺ	ប្តីប្រពន្ធ																																																																																
និយោជក	និយោជក																																																																																
មុខរបរ	មុខរបរ																																																																																
ស្ថានភាពការងារ (ជីកមួយ) <input type="checkbox"/> ធ្វើការពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ធ្វើការក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ <input type="checkbox"/> មេផ្ទះ <input type="checkbox"/> មិនអាចត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញបាន	ស្ថានភាពការងារ (ជីកមួយ) <input type="checkbox"/> ធ្វើការពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ធ្វើការក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ <input type="checkbox"/> មេផ្ទះ <input type="checkbox"/> មិនអាចត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញបាន																																																																																
ចំណូលគ្រួសារក្នុងមួយខែ	ចំណាយក្នុងផ្ទះទាំងមូលក្នុងមួយខែ (មិនអនុវត្តសម្រាប់ FAA)																																																																																
<table border="0"> <tr><td>អ្នកជំងឺ</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ប្តីប្រពន្ធ</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>សោធនប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះនិងអាហារ</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ភាពគ្មានការងារធ្វើ</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ផ្គត់ផ្គង់កូន</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>អត្ថប្រយោជន៍អ្នករស់រានមានជីវិត</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>សំណងកម្មករ</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>មូលនិធិទុកចិត្ត</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ផ្សេងទៀត</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ចំណូលសរុប</td><td>\$ _____</td><td>/ខែ</td></tr> </table>	អ្នកជំងឺ	\$ _____	/ខែ	ប្តីប្រពន្ធ	\$ _____	/ខែ	សោធនប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះនិងអាហារ	\$ _____	/ខែ	ភាពគ្មានការងារធ្វើ	\$ _____	/ខែ	ផ្គត់ផ្គង់កូន	\$ _____	/ខែ	អត្ថប្រយោជន៍អ្នករស់រានមានជីវិត	\$ _____	/ខែ	សំណងកម្មករ	\$ _____	/ខែ	មូលនិធិទុកចិត្ត	\$ _____	/ខែ	ផ្សេងទៀត	\$ _____	/ខែ	ចំណូលសរុប	\$ _____	/ខែ	<table border="0"> <tr><td>ស្ថានភាពផ្ទះ៖</td><td>_____</td><td>ផ្ទាល់ខ្លួន/ឥណទាន</td><td>_____</td><td>ឈ្នួលផ្ទះ</td></tr> <tr><td>ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ការប្រើប្រាស់ (អគ្គិសនី, ទឹក)</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ឡាន # 1</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ឡាន # 2</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>សាំង</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ធានារ៉ាប់រង</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ទូរទស្សន៍ / ខ្សែកាប / ទូរស័ព្ទ</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>អាហារ</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ចំណាយសរុប</td><td>\$ _____</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> </table>	ស្ថានភាពផ្ទះ៖	_____	ផ្ទាល់ខ្លួន/ឥណទាន	_____	ឈ្នួលផ្ទះ	ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ	\$ _____			/ខែ	ការប្រើប្រាស់ (អគ្គិសនី, ទឹក)	\$ _____			/ខែ	ឡាន # 1	\$ _____			/ខែ	ឡាន # 2	\$ _____			/ខែ	សាំង	\$ _____			/ខែ	ធានារ៉ាប់រង	\$ _____			/ខែ	ទូរទស្សន៍ / ខ្សែកាប / ទូរស័ព្ទ	\$ _____			/ខែ	អាហារ	\$ _____			/ខែ	ចំណាយសរុប	\$ _____			/ខែ
អ្នកជំងឺ	\$ _____	/ខែ																																																																															
ប្តីប្រពន្ធ	\$ _____	/ខែ																																																																															
សោធនប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះនិងអាហារ	\$ _____	/ខែ																																																																															
ភាពគ្មានការងារធ្វើ	\$ _____	/ខែ																																																																															
ផ្គត់ផ្គង់កូន	\$ _____	/ខែ																																																																															
អត្ថប្រយោជន៍អ្នករស់រានមានជីវិត	\$ _____	/ខែ																																																																															
សំណងកម្មករ	\$ _____	/ខែ																																																																															
មូលនិធិទុកចិត្ត	\$ _____	/ខែ																																																																															
ផ្សេងទៀត	\$ _____	/ខែ																																																																															
ចំណូលសរុប	\$ _____	/ខែ																																																																															
ស្ថានភាពផ្ទះ៖	_____	ផ្ទាល់ខ្លួន/ឥណទាន	_____	ឈ្នួលផ្ទះ																																																																													
ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ	\$ _____			/ខែ																																																																													
ការប្រើប្រាស់ (អគ្គិសនី, ទឹក)	\$ _____			/ខែ																																																																													
ឡាន # 1	\$ _____			/ខែ																																																																													
ឡាន # 2	\$ _____			/ខែ																																																																													
សាំង	\$ _____			/ខែ																																																																													
ធានារ៉ាប់រង	\$ _____			/ខែ																																																																													
ទូរទស្សន៍ / ខ្សែកាប / ទូរស័ព្ទ	\$ _____			/ខែ																																																																													
អាហារ	\$ _____			/ខែ																																																																													
ចំណាយសរុប	\$ _____			/ខែ																																																																													

គណនីធនាគារ/ទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀត (ត្រូវតែឆ្លើយទាំង 3 សំណួរ)៖ **(មិនអាចអនុវត្តបានចំពោះ FAA)**

គណនីមូលប្បទានបត្រ? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	គុណភាពបច្ចុប្បន្ន	\$ _____
គណនីសន្សំ? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	គុណភាពបច្ចុប្បន្ន	\$ _____
ទ្រព្យបន្ថែម? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	\$ _____

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស ចូររៀបរាប់៖ _____

ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ / ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖

- * ខ្ញុំអះអាងក្រោមការដាក់ទោសពីបទផ្តល់សក្ខីកម្មក្លែងក្លាយថា ចម្លើយដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យគឺពិត និងត្រឹមត្រូវបំផុតតាមអ្វីដែលខ្ញុំដឹង។
- * ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យឆ្លុះបញ្ចាំងពីចំណូល និងចំណាយក្នុងគ្រួសារ។
- * ព័ត៌មាននេះក៏ដូចជារបាយការណ៍អំពីឥណទាន និងព័ត៌មានដែលមានជាសាធារណៈផ្សេងទៀតអាចប្រើដោយ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ដើម្បីបង្កើតផែនការទូទាត់ប្រាក់ និង/ឬដើម្បីចាប់ផ្តើមការដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និង/ឬដើម្បីកំណត់ការមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ការរ៉ាប់រង ឬ ជំនួយផ្សេងៗ។
- * ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពណាមួយដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សេចក្តីបញ្ជាក់ដែលខ្ញុំបានធ្វើឡើង។
- * អ្នកនឹងទទួលបានទំនាក់ទំនងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យមិនពេញលេញ ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទទួលបានទេ។ អ្នកក៏នឹងទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។
- * អ្នកជំងឺដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមានសិទ្ធិទទួលបានមូលនិធិពីកម្មវិធីតាមមូលដ្ឋាន រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ។ មានការរំពឹងថាអ្នកជំងឺដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះ មុននឹងកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood នឹងផ្តល់ជំនួយដល់បុគ្គលក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះ។ ការមិនបានដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះអាចប៉ះពាល់ដល់ការពិចារណាលើការទទួលបានយកពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជំងឺ។
- * ខ្ញុំអះអាងការពិតថា ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានទាំងអស់រួមមាន Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance និងធានារ៉ាប់រងតាមមូលដ្ឋាន រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធទាំងឡាយផ្សេងទៀតហើយ។
- * ខ្ញុំយល់ហើយថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះបន្ទុកចំណាយលើថ្លៃថែទាំទាំងឡាយ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ/អ្នកធានា កាលបរិច្ឆេទ

បន្ទាប់ពីបំពេញពាក្យស្នើសុំរួច ធ្វើពាក្យស្នើសុំនោះ និងឯកសារគាំទ្រផ្សេងទៀតទាំងអស់ទៅកាន់៖

Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance

Office Use Only
Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: _____
Name / Signature Title Date