

អ្នកជំងឺជាទីគោរព!

ខាងក្រោមគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់សាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យ **Northeast** មន្ទីរពេទ្យ **Winchester** និងក្រុមហ៊ុនសាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យគ្លីនិច **Lahey**។ សូមបំពេញឲ្យបានគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ ហើយប្រគល់មកវិញជាមួយឯកសារដែលតម្រូវទាំងអស់។ ពាក្យស្នើសុំដែលមិនបានបំពេញឲ្យបានពេញលេញ អាចនឹងមិនទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយ។

ថ្ងៃផុតកំណត់ក្នុងការប្រគល់ពាក្យស្នើសុំមកវិញគឺមានរយៈពេល ២៤០ ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រដំបូង សម្រាប់សេវាដែលត្រូវការស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។

សាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យ **Northeast** មន្ទីរពេទ្យ **Winchester** និងក្រុមហ៊ុនសាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យគ្លីនិច **Lahey**នឹងដៃគូពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ នឹងព្យាយាមឲ្យអស់ពីលទ្ធភាពក្នុងការផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដល់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលមានតម្រូវការលើការថែទាំសុខភាព ហើយគ្មានធានារ៉ាប់រង ធានារ៉ាប់រងបានតិចតួច មិនមានសិទ្ធិទទួលបានការឧបត្ថម្ភពិកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាល ឬក៏មិនអាចចំណាយប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ ដោយសារស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទាក់ទងមកអ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមលេខទូរស័ព្ទខាងក្រោម។

សូមអរគុណ។

ប្រគល់ពាក្យស្នើសុំទៅកាន់៖

ផ្នែកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ  
មន្ទីរពេទ្យ និងមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Lahey  
41 Mall Road  
Burlington MA 01803  
781-744-8815

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សម្រាប់ការព្យាបាលបែបសប្បុរសធម៌

សូមបោះពុម្ព

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ \_\_\_\_\_ លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (SSN)៖ \_\_\_\_\_

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_  
ផ្លូវ លេខផ្ទះ

\_\_\_\_\_ ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ (Zip Code)

ថ្ងៃមកទទួលសេវាមន្ទីរពេទ្យ៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃកំណើតអ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_

តើអ្នកជំងឺមានសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬ Medicaid\*\* ដែរឬទេនៅពេលប្រើប្រាស់សេវាមន្ទីរពេទ្យ?

មាន  មិនមាន

ប្រសិនបើ "មាន" សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង (ផ្នែកខាងមុខ និងខាងក្រោយ) និងបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖ \_\_\_\_\_ លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទសុពលភាព៖ \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖ \_\_\_\_\_

\*\*មុនពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកត្រូវតែធ្លាប់បានដាក់ពាក្យស្នើសុំក្នុងកម្មវិធី Medicaid ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែចុងក្រោយនេះ ហើយនឹងត្រូវបង្ហាញភស្តុតាងនៃការបដិសេធមិនឱ្យចូលរួម។

សំគាល់៖ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមិនអាចផ្តល់ជូនបានទេ ប្រសិនបើមាន គណនីសន្សំសុខភាព (HSA) គណនីសំណងសុខភាព (HRA) គណនីចំណាយដែលអាចបត់បែនបាន (FSA) ឬមូលនិធិស្រដៀងគ្នា ដែលត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ។ ការទូទាត់ប្រាក់ពីមូលនិធិទាំងនេះ ត្រូវទូទាត់ជាមុន គឺមុនពេលជំនួយត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖

រាយឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកជំងឺ ឪពុកម្តាយ កូន និង/ឬបងប្អូនបង្កើត ឬបងប្អូនចិញ្ចឹមដែលមានអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះ៖

សមាជិកគ្រួសារ	អាយុ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ប្រភពចំណូល ឬឈ្មោះនិយោជក	ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែ
1.				
2.				
3.				
4.				

បន្ថែមពីលើពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ យើងក៏ត្រូវការឯកសារដូចខាងក្រោមដែលត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះ៖

- របាយការណ៍ប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលចុងក្រោយបង្អស់
- ទម្រង់ W2 និង/ឬទម្រង់ 1099 ចុងក្រោយបង្អស់
- ចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែ ៤ខែចុងក្រោយ
- របាយការណ៍គណនីសែក និង/ឬគណនីសន្សំ ៤ខែចុងក្រោយ
- គណនីសន្សំសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព

- ការរៀបចំសំណងនៃការថែទាំសុខភាព
- គណនីចំណាយដែលអាចបត់បែនបាន

ប្រសិនបើមិនមានឯកសារទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទមកផ្នែកពិគ្រោះយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ តាមទូរស័ព្ទលេខ (៧៨១) ៧៤៤-៨៨១៥ ដើម្បីពិភាក្សាអំពីឯកសារផ្សេងទៀតដែលពួកគេអាចផ្តល់ឱ្យ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំបានអានដោយយកចិត្តទុកដាក់នូវ គោលនយោបាយ និងពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយរាល់អ្វីដែលខ្ញុំបានបំពេញ ឬឯកសារទាំងឡាយ ដែលខ្ញុំបានភ្ជាប់មកគឺសុទ្ធតែជាការពិត និងត្រឹមត្រូវបំផុត។ ខ្ញុំដឹងថា វាជាការខុសច្បាប់ក្នុងការផ្តល់ ព័ត៌មានមិនពិត ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។

ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំ: \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកត្រូវបានបន្ថែមតាមមធ្យោបាយណាមួយ ឬអ្នកបានរាយការណ៍ថាប្រាក់ ចំណូលរបស់អ្នកមានចំនួន \$ 0.00 នៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវអំណះអំណាងដែល បំពេញដោយបុគ្គលដែលផ្តល់ជំនួយដល់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។

**អំណះអំណាងនៃការផ្តល់ជំនួយ**

ខ្ញុំត្រូវបានជ្រើសរើសដោយអ្នកជំងឺ ឬភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ ជាអ្នកផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ ខាងក្រោមនេះ ជាបញ្ជីសេវាមួយ និងការផ្តល់ជំនួយដែលខ្ញុំផ្តល់ជូន។

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ និងអះអាងថា រាល់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យ គឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំដឹងថា ហត្ថ លេខារបស់ខ្ញុំនឹងមិនធ្វើឱ្យខ្ញុំក្លាយជាអ្នកទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ថ្លៃព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺទេ។

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

សូមទុកពេល ៣០ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំ សម្រាប់ការពិចារណាលើលក្ខខណ្ឌជ្រើសរើស។

ប្រសិនបើត្រូវបានជ្រើសរើស ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនឹងត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់រយៈពេលប្រាំមួយខែ គិតចាប់ពីថ្ងៃ នៃការអនុម័ត ហើយមានសុពលភាពសម្រាប់គ្រប់មន្ទីរពេទ្យដៃគូ Beth Israel Lahey Health ដែលមាន ចែងក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី ៥ នៃគោលនយោបាយជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនីមួយៗ។

- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Anna Jaques
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Addison Gilbert
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ BayRidge
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Beth Israel Deaconess-Boston
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Beth Israel Deaconess Milton
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Beth Israel Deaconess Needham
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Beth Israel Deaconess Plymouth
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Beverly
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ និងមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Lahey, Burlington
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Lahey, Peabody
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Mount Auburn
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ New England Baptist
- មជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យ Winchester

សម្រាប់បុគ្គលិក។	
ពាក្យស្នើសុំទទួលដោយ៖	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
ថ្ងៃទទួលពាក្យ៖	

