

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យ

ការអនុម័តទាំងឡាយនៃសំណើនេះគឺជាបណ្តោះអាសន្ន ហើយត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 12 ខែ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការអនុម័ត

មន្ទីរពេទ្យ៖ <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	កាលបរិច្ឆេទ៖
អ្នកជំងឺ៖	អ្នកធានា/ប្តី ឬប្រពន្ធ៖
លោក#៖	លោក#៖
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសន្តិសុខសង្គម (បើមានចេញឱ្យ)៖
លេខសន្តិសុខសង្គម (បើមានចេញឱ្យ)៖	លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ៖
លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖
លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖	ទាក់ទងនឹងអ្នកជំងឺ៖
អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖	អាសយដ្ឋាន៖
មុនបេរេ និងទីយោជក៖	
អាសយដ្ឋានទីយោជក៖	
កាលៈ ឬក៏ <input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> មិនមែនអង់គ្លេស	
ជាតិកិច្ច៖ <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> គ្មានអត្តសញ្ញាណជាតិកិច្ច	
ពូជសាសន៍៖ <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ឥណ្ឌូអាមេរិក / ដើមកំណើតអាស៊ី <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ / អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ហាវ៉ៃ/ដេលាវ៉ា/ដើម / អ្នកអារ៉ាប់/ស៊ីហ្គែត	
<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ពូជសាសន៍ផ្សេង ឬប្រព្រឹត្តិ <input type="checkbox"/> គ្មានអត្តសញ្ញាណពូជសាសន៍	

សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៃក្រុមគ្រួសារ ហើយលេខនៃអ្នកជំងឺ ឬអ្នកធានា			
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
ទីយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
ទីយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
ទីយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
ទីយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ចំណូលប្រចាំខែ		ទ្រព្យសកម្ម	
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នកជំងឺ៖	គណនីសន្សំ៖		
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ឈ្នួលរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ៖	គណនីប្រាក់បញ្ញើ៖		
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នកធានា៖	វិញ្ញាបនបត្រប្រាក់បញ្ញើ (CDs)៖		
ចំណូលពីការងារផ្សេងៗទៀត៖	គណនីទំនុករូបិយវត្ថុ៖		
ចំណូលពីការបញ្ចុះត្រូវ៖	មូលបត្រសន្សំ៖		
ចំណូលពីការរដ្ឋល្មើស៖	ភាគហ៊ុន៖		
សំណងនៃការអភិបាលកិច្ច៖	មូលបត្រ៖		
ការធានារ៉ាប់រងពីការភាពបណ្តោះអាសន្ន៖	មូលនិធិទេវវិញ្ញាបនបត្រ៖		
ការគាំទ្រកុមារ៖	IRAs៖		
សេវាធនាគារប្រាក់កម្ចី៖	401(k)s៖		
សំណងរបស់កម្មករ៖	403(b)s៖		
អត្ថប្រយោជន៍ VA៖	457៖		
ការទូទាត់សន្តិសុខសង្គម៖	ការធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតក្នុងគម្រោងសុខាភិបាល៖		
ភាគលាភ និងការប្រាក់ចំណូល៖	អចលនទ្រព្យផ្ទាល់ខ្លួន៖		
ស្នូលសារ៖	ផ្ទះទី 2 និងអចលនទ្រព្យផ្សេងៗ៖		
ប្រាក់សេវាធនាគារផ្តល់ជូន៖	យានយន្តទី 2		
ជំនួយការសាធារណៈ៖			សរុប
ផ្សេងៗទៀត៖			
ចំណូលប្រចាំខែ			
ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ			

"ខ្ញុំស្នើសុំមន្ទីរពេទ្យធ្វើការកំណត់នូវការធានាសុខុមាលភាពសុខាភិបាលសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មាននេះគឺជាការសម្ងាត់ និងអាចប្រើប្រាស់តាមការរៀបចំផ្ទាល់ខ្លួនខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់គឺមិនពិត ខ្ញុំអាចត្រូវបានបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយអាចទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការទូទាត់លើសវាយន្តីរពេទ្យដែលបានផ្តល់ឱ្យ។ ខ្ញុំសូមអះអាងថា ព័ត៌មានទាំងអស់នេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមព័ត៌មានដើមដំបូងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងពីដំណើរការ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។"

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងមន្ទីរពេទ្យ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សម្រាប់តែគោលបំណងផ្ទៃក្នុងប៉ុណ្ណោះ

បានសុទ្ធតែដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

បានបដិសេធដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ការគ្របដណ្តប់ការធានារ៉ាប់រង៖ _____ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ៖ បាទ/ចាស ទេ

សេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងការដោះស្រាយការងារ ឬប្រភេទគ្រោះថ្នាក់ដទៃ៖ បាទ/ចាស ទេ

មតិយោបល់៖ _____

ទំហំគ្រួសារ៖ _____ កម្រិត FPG៖ _____ %FPG: _____

ការបញ្ចុះតម្លៃ (%)៖ _____ ការបញ្ចុះតម្លៃ (\$)៖ _____

ទំនួលខុសត្រូវអ្នកជំនួយសិប្បកម្ម៖ _____