

ពាក្យសុំជំនួយបរិច្ឆេទ

កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម៖ \_\_\_\_\_

លេខគណនី៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ជំនួយ ឬ អ្នកឯកភាព៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_ រដ្ឋ៖ \_\_\_\_\_ លេខកូដប្រទេស៖ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ៖ \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ៖ \_\_\_\_\_

ផ្នែកនៃការសុំជំនួយ៖ ត្រូវដំបូន្មានសម្រាប់ការបរិច្ចាគសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែ ស្រូវស្រែឈ្នួល ស្រូវស្រែកសាងសង់ ឬស្រូវស្រែកសាងសង់ដោយអ្នកបរិច្ចាគសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឈ្នួល

(រាយការណ៍ប្រើប្រាស់ និងក្នុងប្រទេសអាមេរិក 18 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅក្នុងស្រុក និងធ្វើប្រតិបត្តិការនៅសម័យកាល)

Table with 6 columns: ឈ្មោះ, ទំព័រទំនងជាមួយនិងអ្នកផ្តល់ជំនួយ, ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត, ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុន, ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុន, ប្រភពចំណូល ឈ្មោះនិយោជក (សូមយកកម្រិតប្រាក់ចំណូលសរុបសរុបជាតម្លៃសរុបសរុប)

- 1. ប្រសិនបើអ្នកកំពុងសុំជំនួយសម្រាប់ខ្លួនឯង តើអ្នកទទួលបានការងារអោយបានរៀបរយ?
2. តើអ្នកស្នាក់នៅក្នុងរដ្ឋណា ទៅក្នុងរយៈពេលចំនួនប៉ុន្មានខែរៀងរាល់ឆ្នាំ?
3. តើអ្នកបានអានកម្រិតប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកសម្រាប់ Medicaid?
4. តើអ្នកមានទារកនៅក្នុងផ្ទះចំនួនប៉ុន្មាននាក់?
5. តើអ្នកមានប្រាក់ចំណូលច្រើនជាងកម្រិតប្រាក់ចំណូលដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបានទទួលសេវាសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឬទេ?
6. តើអ្នកមានសមាសភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក មានគណនីធនាគារ ឬគណនីសម្លាប់ទេ?
7. តើអ្នកមានប្រាក់ចំណូលសរុបខ្ពស់ជាងកម្រិតប្រាក់ចំណូលដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបានទទួលសេវាសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឬទេ?
8. តើអ្នកមានប្រាក់ចំណូលសរុបខ្ពស់ ឬទាបទេ?

សម្រាប់ប្រព្រឹត្តិការណ៍ដែលមានលក្ខណៈប្រកួតប្រជែងរវាងបុគ្គលិកស្រូវស្រែ និងបុគ្គលិកស្រូវស្រែឈ្នួល (សូមពិនិត្យលក្ខណៈសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឈ្នួល)

- មិនមាន = ចំណូល 3 ឬ 12 ខែ
អត់មានចំណូល = លិខិតអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបានទទួលសេវាសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែ
សន្តិសុខសង្គម = លិខិតអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបានទទួលសេវាសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែ
លោកអ្នកមានប្រាក់ចំណូលសរុបខ្ពស់ ឬទាប = លិខិតអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបានទទួលសេវាសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែ

- តើអ្នកបានដាក់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកចូលទៅក្នុងគណនីប្រាក់ចំណូលសរុបសរុប?
ការប្រាក់ប្រាក់ = ចំណូលសរុបសរុបរបស់អ្នក
អ្នកមានប្រាក់ចំណូលសរុបសរុប = ចំណូលសរុបសរុបរបស់អ្នក
គណនីប្រាក់/សម្លាប់ = រយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រចាំប្រតិបត្តិការសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឈ្នួល

ការបញ្ជាក់: តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើការបញ្ជាក់នេះ អ្នកបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យគឺត្រឹមត្រូវ និងត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយអ្នកឯកភាព តាមការស្នើសុំរបស់អ្នកស្រុកស្រែ ឬស្រុកស្រែឈ្នួល ឬស្រុកស្រែកសាងសង់ ឬស្រុកស្រែកសាងសង់ដោយអ្នកបរិច្ចាគសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឈ្នួល ឬស្រុកស្រែកសាងសង់ដោយអ្នកបរិច្ចាគសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឈ្នួល ឬស្រុកស្រែកសាងសង់ដោយអ្នកបរិច្ចាគសម្រាប់បុគ្គលិកស្រូវស្រែឈ្នួល

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់ជំនួយ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_
ហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_ ទំព័រទំនងជាមួយនិងអ្នកផ្តល់ជំនួយ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_
(ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់ឈ្មោះ)

Mercy Health Benefits Public Benefits Dept
PO Box 631774
Cincinnati, OH 45263-1774