HOUSTON Methodist LEADING MEDICINE

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

សេចក្តីណែនាំ៖ សូមបំពេញក្នុងទីកន្លែងទំនេរទាំងអស់ ជូចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើចំណុចមួយមិនអាចអនុវត្តបាន សូមសរសេរ N/A។ ភ្ជាប់ការថតចម្លងចំណុចខាងក្រោម ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពអ្នកនាពេលថ្មីៗ៖ 1. **ចម្លាស់ដែលចង់ប្រាក់តាមសែកឬមួលឬទានយ៉ាត** (paycheck stub) **នាពេលថ្មីៗចំនួន ដែលបង្ហាញឱ្យឃើញអំពីព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល** YTD; 2. **និវត្តន៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលនាពេលថ្មីៗចំនួន ដែលរួមមានឯកសារគ្រាប់នាឡា**; 3. **សែកឬមួលឬទានយ៉ាត្រនាឡាប៉ាន់ទេសទ្ធមកិច្ច ឬលិខិតផ្តល់សិទ្ធិ ឬបោយការណ៍ធនាគារ បើមានការកម្ចល់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់**; 4. **លិខិតសម្រេចពេលគ្មានការងារធ្វើ**; 5. **យ៉ណ្ណាថែទាំសុខភាព** (Harris Health System gold card)។ ប្រសិនបើគ្មានការងារធ្វើ ហើយដែលនៅក្នុងបន្ទុកអ្នកជ្ងៃចំពោះប្រាក់ចំណូល និង/ឬ ការចំណាយលើការរស់នៅនោះ សូមភ្ជាប់លិខិតឯបត្តម្ភគាំទ្រ និងឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់អំពីនិវត្តន៍ពន្ធ បើមានរៀបរាប់ពីឈ្មោះជាមនុស្សនៅក្នុងបន្ទុកចំពោះនិវត្តន៍ពន្ធ។
ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរឬត្រូវការជំនួយហិរញ្ញវត្ថុចំពោះការបំពេញពាក្យសុំនេះសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួញផ្ទាល់កណ្តាលតាមលេខ 877-493-3228 ចន្ទ-សុក្រ 7 ព្រឹក – 7 ល្ងាច, សៅរ៍ 8 ព្រឹក – 12 ល្ងាច។

សូមបញ្ជូនពាក្យសុំដែលបានបំពេញនិងឯកសារគាំទ្រជូនទៅសមាជិកក្រុមការងារ Patient Access ណាមួយឬបញ្ជូនតាមទូរសារតាមលេខ $832) 667-5995 ឬតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ទៅ Houston Methodist។ Centralized Business Office; Attn: Self Pay Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

_____ _____
ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ) លេខឌីជ្យីថលបួនខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខការធានារ៉ាប់រងសន្ទមកិច្ច

_____ _____
ឈ្មោះស្ត្រីឬប្រពន្ធ/មាតាឬបិតា/អាណាព្យាបាល (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ) លេខការធានារ៉ាប់រងសន្ទមកិច្ច

អាសយដ្ឋានផ្ទះ _____

លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍_____

សេវាកម្មដែលស្នើសុំ៖ _____

លេខគណនី៖ _____ កាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម៖_____

ចំនួនកូនអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅផ្ទះ៖ _____ ឈ្មោះ មនុស្សនៅក្នុងបន្ទុក
ទាក់ទងផ្ទាល់ _____ _____
កូនចិញ្ចឹម _____ _____
មិនទាក់ទង _____ _____
អ្នកមើលថែទាំ _____ _____

អ្នកជម្ងឺ	ស្ត្រីឬប្រពន្ធ/អ្នកជ្ងៃ
និយោជក _____	និយោជក _____
□ធ្វើការពេញម៉ោង	□ធ្វើការពេញម៉ោង
□ធ្វើការក្រៅម៉ោង	□ធ្វើការក្រៅម៉ោង
□គ្មានការងារធ្វើ/ចូលនិវត្តន៍/ពិការ	□គ្មានការងារធ្វើ/ចូលនិវត្តន៍/ពិការ
□មិនអាចវិលត្រឡប់មកធ្វើការវិញ	□មិនអាចវិលត្រឡប់មកធ្វើការវិញ
□ស្ត្រីមេផ្ទះ	□ស្ត្រីមេផ្ទះ

ប្រាក់ចំណូលត្រួសារសរុប* $_____/ខែ (**ផ្ញើលិខិតបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យសុំ**)

** រួមមាន ប្រាក់ខែទាំងអស់, កសិដ្ឋាន ឬការងារធ្វើជាម្ចាស់ខ្លួនឯង, ជំនួយរដ្ឋ, ការធានារ៉ាប់រងសន្ទមកិច្ច, សំណងគ្មានការងារធ្វើ/ជ្ងើ/សំណងកម្មករ, ការចូលនិវត្តន៍, ការធានារ៉ាប់រងកូដកម្ម, អាហារកិច្ច, ការឧបត្ថម្ភកុមារ, ការចែករំលែកប្រាក់សម្រាប់កងទ័ព, ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍, ប្រាក់ចំណូលនានាពីប្រាក់ចំណេញ, ការប្រាក់, ទ្រព្យសម្បត្តិដែលជួល និងប្រភពចំណូលបន្ថែមបន្សំផ្សេងៗទៀត។*

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញចំពោះចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំដ៏ល្អបំផុត។ បានយល់ដឹងថា ការខកខានផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំខាងលើ អាចបាត់ឧកថា គ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិត្រប់ត្រាន់ពីជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធីបន្ថែមទៀតឡើយ បើអាចអនុវត្តបានតោះ ខ្ញុំនឹងរៀបចំបាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្លោកិបាល ដើម្បីបាត់ចិត្តានការសមរម្យ ដើម្បីឧទ្ធរណ៍បានជំនួយបែបនេះ និងផ្តល់ទិន្នន័យជូន HM អំពីលទ្ធផលនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំ (យើង) ផ្តល់ជូន HM ឯកសារយល់ព្រម ដើម្បីឧទ្ធរណ៍បានព័ត៌មានពីប្រភពណាមួយ ដើម្បីជ្ងៀងផ្ទាត់របាយការណ៍ដែលខ្ញុំ (យើង) បានធ្វើ។

_____ _____
(ហត្ថលេខាមាតាឬបិតា/អ្នកដាក់ពាក្យសុំ) (កាលបរិច្ឆេទ)