

សេចក្តីណែនាំ៖ សូមបំពេញ ៥ទីកន្លែងទំនេរទាំងអស់ ដូចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើ ចំណុចមួយមិនអាចអនុវត្តបាន សូមសរសេរ/A។ ភ្ជាប់ការថតចម្លងចំណុចខាងក្រោម ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពអ្នកនាពេលថ្មី ៖ **1. បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់តាមសែកប្រមូលប្រទានបំពេញ (paycheck stub) នាពេលថ្មី ៗបំផុត ដែលបង្ហាញឱ្យឃើញអំពីព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល YTD; 2. និវត្តន៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលនាពេលថ្មី ៗបំផុត ដែលមានឯកសារភ្ជាប់នានា 3. សែកប្រមូលប្រទានបំពេញនាពេលថ្មីរបស់អ្នក ឬលិខិតផ្តល់សិទ្ធិ ឬបាយធានានា បើមានការកម្រិតប្រាក់ដោយផ្ទាល់ 4. លិខិតសម្រេចពេលគ្មានការងារធ្វើ 5. ប័ណ្ណថែទាំសុខភាព (Harris Health System gold card)។** ប្រសិនបើ គ្មានការងារធ្វើ ហើយដែលនៅក្នុង ឯបន្ទីរ កម្មករដទៃចំពោះប្រាក់ចំណូល ស្នែង ការចំណាយលើការរស់នៅនោះ សូមភ្ជាប់លិខិតឧបត្ថម្ភគាំទ្រ និងឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់អំពី និវត្តន៍ពន្ធ បើមានរៀបរាប់បញ្ជីឈ្មោះជាមនុស្សនៅក្នុង ឯបន្ទីរ កម្មករដទៃចំពោះនិវត្តន៍ពន្ធ។

ប្រសិនបើ លោកអ្នកមានសំណួរឬត្រូវការជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ចំពោះការបំពេញពាក្យសុំនេះសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយពាក់កណ្តាលតាមលេខ 7-493-3228 ច័ន្ទ-សុក្រ 7 ព្រឹក - 7 ល្ងាច, សៅរ៍ 8 ព្រឹក - 12 ល្ងាច។

សូមបញ្ជូនពាក្យសុំដែលបានបំពេញ និងឯកសារគាំទ្រជូនទៅសមាជិកក្រុមការងារ Patient Access ណាមួយឬបញ្ជូនតាមទូរសារតាមលេខ \$832) 667-5995 ឬតាមប៊ុស្តីប្រសណ័យទៅ Houston Methodist[®] Centralized Business Office; Attn: Self Pay Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ) _____ លេខឌីជីថលបូន្មងចុងក្រោយនៃលេខការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច _____

ឈ្មោះប្តី ឬប្រពន្ធអាតាប្រិ តាអាណាព្យាបាល (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ) លេខការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច _____

អាសយដ្ឋានផ្ទះ: _____

លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ _____

សេវាកម្មដែលស្នើសុំ៖ _____

លេខគណនី៖ _____ កាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម៖ _____

ចំនួនកូនអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅផ្ទះ៖ _____ ឈ្មោះមនុស្សនៅក្នុង ឯបន្ទីរ ក _____

ទាក់ទងផ្ទាល់ _____

កូនចិញ្ចឹម _____

មិនទាក់ទង _____

អ្នកមើលថែទាំ _____

ចំណាយឆ្លុះសំរុង៖ សេវាប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃ៖

ប្រចាំខែ ជួល _____ ថវិកាសិទ្ធិ _____

ការបង់ថ្លៃ _____ ប្រាក់បង់ថ្លៃប្រចាំខែ \$ _____

ថវិកាសិទ្ធិ៖ អគ្គិសនី \$ _____ ជាកម្មសិទ្ធិ# _____

ទឹក \$ _____ ជួល/# _____

ហ្វូស \$ _____ ការបង់ថ្លៃប្រចាំខែ \$ _____

អ្នកជម្ងឺ _____ **ប្តី ឬប្រពន្ធអាតាប្រិ** _____

និយោជក _____ និយោជក _____

ធ្វើការពេញម៉ោង _____ ធ្វើការពេញម៉ោង _____

ធ្វើការក្រៅម៉ោង _____ ធ្វើការក្រៅម៉ោង _____

គ្មានការងារធ្វើ/ចូលនិវត្តន៍ពិការ _____ គ្មានការងារធ្វើ/ចូលនិវត្តន៍ពិការ _____

មិនអាចរើលត្រឡប់មកធ្វើការវិញ _____ មិនអាចរើលត្រឡប់មកធ្វើការវិញ _____

ស្រ្តីមេផ្ទះ _____ ស្រ្តីមេផ្ទះ _____

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររួម \$ _____ ខែ (ធ្វើលិខិតបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យទុំ)

* រួមមានប្រាក់ខែទាំងអស់ កសិដ្ឋាន ឬការងារធ្វើជាផ្ទាល់ខ្លួន និងជំនួយផ្ទះ ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច សំណងគ្មានការងារធ្វើ ធ្វើសំណងកម្មករ ការចូលនិវត្តន៍ ការធានារ៉ាប់រងក្នុងកម្ម អាហារកិច្ច ការឧបត្ថម្ភកុមារ ការចែករំលែកប្រាក់សម្រាប់កងទ័ព ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ ប្រាក់ចំណូលនានា ប្រាក់ចំណេញ ការប្រាក់ ទ្រព្យសម្បត្តិ ដែលជួល និងប្រភពចំណូលបន្ទាប់បន្សំផ្សេងៗទៀត។

គណនីធនាគារទ្រព្យសម្បត្តិ ផ្សេងៗទៀត៖

គណនីចរន្ត បាទ/ចាស 19 តុល្យភាព \$ _____

គណនីសន្សំ បាទ/ចាស 19 តុល្យភាព \$ _____

ហ៊ុនស៊ីណិញប្រាក់រដ្ឋាភិបាល ជាដើម បាទ/ចាស 19 តុល្យភាព \$ _____

ទ្រព្យសម្បត្តិប្តីន្តែ បាទ/ចាស 19 ពណ៌នា _____

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើ គឺជាក្រឹមត្រូវ និងពេញលេញចំពោះចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ដ៏ល្អបំផុត។ បានយល់ដឹងថា ការខកខានផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើ សុំខាងលើ អាចចាត់ទុកថា គ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ពី ជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុ ដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធីបន្ថែមទៀតឡើយ បើ អាចអនុវត្តបានដើម្បី ជំរុញការងារដាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្នែក បាល ដើម្បី ចាត់វិធានការសមរម្យ ដើម្បី ទទួលបានជំនួយបែបនេះ និងផ្តល់ឱកាសដល់ អំពីលទ្ធផលនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំយល់ ផ្តល់ជូន HM នូវការយល់ព្រម ដើម្បី ទទួលបានព័ត៌មានពី ប្រភពណាមួយ ដើម្បី ផ្ទៀងផ្ទាត់របាយការណ៍ដែលខ្ញុំ បានធ្វើ ។

(ហត្ថលេខាមតាមប្រតិបត្តិការដាក់ពាក្យសុំ)
សូមបំពេញផ្នែកខាងនេះតែប៉ុណ្ណោះ។

(កាលបរិច្ឆេទ)
បានពិនិត្យឡើងវិញ ៧/2015