

# Fairfax Hospital

## ការរឹតត្បិតសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍បែបបទពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ

នៅគឺជាពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ ( ក៏ត្រូវបានស្គាល់ថាជាការរឹតត្បិតសម្រាប់ ) នៅ Fairfax Hospital ។

**អង្គការសុខភាពក្រុមគ្រូពេទ្យតំបន់អង្គការសុខភាពសុខាភិបាលស្រុកស្រីលាង** មនុស្ស និងគ្រួសារដែលបំពេញបានតាមតម្រូវការប្រាក់ចំណូលជាក់ស្តែងខាងលើ។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការរឹតត្បិតគិតថ្លៃ ឬក៏គ្មានឡើយដោយផ្អែកលើទំហំ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។

ទោះបីជាអ្នកមានទំហំបំណែងសុខភាពក៏ដោយ។ [www.FairfaxHospital.com](http://www.FairfaxHospital.com)

**អ្វីដែលបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រថ្មីនេះ?** ដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រថ្មីនេះ ជំនួយឱ្យគ្រូពេទ្យអាចធ្វើការវះកាត់ដោយប្រើប្រាស់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈសម្រាប់ការរឹតត្បិតគិតថ្លៃ Fairfax Hospital ដោយផ្អែកលើភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

ដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រថ្មីនេះអាចនាំមកនូវផលប្រយោជន៍ដល់អ្នកជំងឺដែលមានទំហំសេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយអង្គការវេជ្ជសាស្ត្រ។

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ ឬត្រូវការដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ** Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE 132<sup>nd</sup> St., Kirkland, WA 98034, 425-821-2000

អ្នកអាចទទួលបានដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រថ្មីនេះ រួមទាំងពិភាក្សា និងដំឡើងសេវា។

### ដើម្បីឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកមានសិទ្ធិបំពេញបាន អ្នកត្រូវ៖

- ផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក**  
បំពេញទិន្នន័យសមាជិកគ្រួសារក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ( គ្រួសាររួមបញ្ចូលទាំងមនុស្សដែលជាប់សាច់ណាម ដោយអាកាសចរណ៍ ឬប្រកួតស៊ុតបាល់កីឡាដែលរស់នៅជាមួយគ្នា )
- ផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ ទាំងអស់របស់គ្រួសារអ្នក ( ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និងការកាត់ចេញ )**
- ផ្តល់ទិន្នន័យសម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ និងប្រាក់ស្រុកស្រីលាង**
- ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើអ្នកមាន**
- ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់នេះ**

**កំណត់សម្គាល់៖** អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមដើម្បីដាក់ពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យពួកយើងលេខសន្តិសុខសង្គម វានឹងជួយបន្ថែមលើការវាយតម្លៃស្តីពីការរឹតត្បិតសម្រាប់អ្នក។ លេខសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្សព្វផ្សាយផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យពួកយើង។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម សូមគូសសម្គាល់ " មិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម " ឬ " មិនមាន " ។

**ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរស័ព្ទទៅពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក** Fairfax Hospital ។ ត្រូវប្រាកដថាពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នក។

ដើម្បីប្រគល់ពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ **Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE 132<sup>nd</sup> St., Kirkland, WA 98034, 425-821-2000, 7:00 AM-3:30 PM M-F.**

យើងនឹងជូនដំណឹងអ្នកក្នុងរយៈពេលប្រាំបីថ្ងៃ ឬប្រាំបីថ្ងៃ មុនពេលដែលពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ត្រូវបានពិចារណា។ ថ្ងៃប្រតិទិននៃការទទួលបានពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ដែលរួមទាំងឯកសារប្រាក់ចំណូល។

ដោយប្រគល់ពាក្យសុំដំឡើងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ របស់អ្នក អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកឱ្យយើងធ្វើការសាកសួរថា តើពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នក ឬទេ ដើម្បីបញ្ជាក់កាតព្វកិច្ច និងព័ត៌មានបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ។

**យើងចង់ជួយ។ សូមប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់!**  
**អ្នកអាចទទួលបានការប្រកួតប្រជែងយើងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក។**

# Fairfax Hospital

## ការបំពេញប្រតិបត្តិការ/ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ — ជាការសម្រេច

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើមានអ្នកគ្រួសារ "មិនមាន" ភ្ជាប់ទម្រង់ប្រតិបត្តិការ ដើម្បីបំពេញ។

**ការប្រតិបត្តិការព័ត៌មាន**

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបម្រើប្រចាំថ្ងៃ?  បាទ/ចាស  ទេ បើប្រសិនបើ ត្រូវការ ត្រូវបំពេញប្រតិបត្តិការ

តើអ្នកទទួលបានការប្រគល់សិទ្ធិ Medicaid ដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ អត្រូវបានគ្រូបង្ការឱ្យដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបានពីការសម្រេចជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

តើអ្នកទទួលបានការសំរាប់ការងាររដ្ឋ ដូចជា TANF អាហារមូលដ្ឋាន ឬ WIC ដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកទទួលបានការប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការផ្ទះសំបែង?  បាទ/ចាស  ទេ

តើសេចក្តីត្រូវការការបំពេញប្រតិបត្តិការសម្រាប់អ្នកទទួលបានការប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការផ្ទះសំបែង ឬការអនុវត្តការងារ?  បាទ/ចាស  ទេ

**សូមកត់ចំណាំ**

- យើងមិនអាចទាញបាន ឬក៏មិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ទោះបីជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រតិបត្តិការ យើងអាចត្រូវបានព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬត្រូវបានប្រាប់អំពីការប្រគល់សិទ្ធិ។
- ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិបត្តិការ បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងឯកសារ យើងនឹងទទួលបានព័ត៌មានប្រសិនបើអ្នកមានសក្តានុពលសម្រាប់ការប្រគល់សិទ្ធិ។

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំនួយ និងពាក្យសុំ**

ឈ្មោះរបស់អ្នកជំនួយ	ឈ្មោះករណីរបស់អ្នកជំនួយ	ត្រូវបានប្រគល់សិទ្ធិ
<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (អាចបញ្ជាក់ _____)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំនួយ (ប្រសិនបើមាន) * <small>* ប្រសិនបើ អ្នកបានប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការសម្រាប់អ្នកជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ</small>
បុគ្គលិកដែលទទួលខុសត្រូវលើក្រុមប្រឹក្សា	ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជំនួយ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
		លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើមាន) * <small>* ប្រសិនបើ អ្នកបានប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការសម្រាប់អ្នកជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ</small>
អាសយដ្ឋានថ្មីសំបុត្រ		លេខទំនាក់ទំនងសំខាន់ (ឆ្នាំ)
_____		( ) _____
_____		( ) _____
ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ កូដតំបន់ _____		អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល _____
ស្ថានភាពការងាររបស់បុគ្គលិកដែលទទួលខុសត្រូវលើក្រុមប្រឹក្សា		
<input type="checkbox"/> មានការងារធ្វើ (កាលបរិច្ឆេទចុងការងារ: _____) <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ (ចូលរៀនសូត្រនៅសាលា: _____)		
<input type="checkbox"/> ធ្វើការឱ្យរដ្ឋ <input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> ជនពិការ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (_____)		

**ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ**

ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារដែលអ្នក រួមជាមួយគ្នា "គ្រួសារ" រួមទាំងមនុស្សជាប់សាច់ឈាម ដោយអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬប្រពន្ធស្មោះមួយដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

**ទំហំគ្រួសារ \_\_\_\_\_** **ភ្ជាប់ទម្រង់ប្រតិបត្តិការ**

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជំនួយ	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើន: ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន (ឆ្នាំ) ឬប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការ	បើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើន: ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបទាំងអស់ (មុនពេលបង់ពន្ធ)	កំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែរ?
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ
					បាទ/ចាស / ទេ

**ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារត្រូវបានប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការ ឬប្រគល់សិទ្ធិប្រតិបត្តិការផ្ទះសំបែង ទាបបំផុត:**

- ប្រាក់ឈ្នួល - ការមិនមានការងារធ្វើ - ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង - សំណងរបស់កម្មករ - ពិការភាព - SSI - ការគាំទ្រកុមារ/ផ្តី ឬប្រពន្ធ
- កម្មវិធីសិក្សាការងារ (សិស្ស-មិនស្រី) - លោកជំនួញ - វិភាគទានគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់ \_\_\_\_\_)

# Fairfax Hospital

## ការបែងចែកប្រាក់ចំណូល/ ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ — ជាការសម្រេច

### ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល

ប្រភេទប្រាក់ចំណូល: អ្នកត្រូវតែរាយនាមប្រាក់ចំណូលដែលបានបញ្ជូនទៅក្រុមប្រឹក្សានិយោគសម្រាប់ការសម្រេច។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់នូវព័ត៌មានស្តីពីប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់អ្នក។ ការផ្សំប្រាក់ចំណូលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយប្រាក់ចំណូលសរុប។

សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ **18** ឆ្នាំឡើងទៅត្រូវតែបញ្ជូនប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានប្តីស្រី ឬប្តីស្រីមិនបានប្តឹងស្នាក់នៅរួមគ្នា អ្នកត្រូវបំពេញប្រតិបត្តិការបែបបទប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកដែលបានបញ្ជូនប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

សូមផ្តល់នូវព័ត៌មានសម្រាប់ប្រភេទប្រាក់ចំណូលនីមួយៗដែលបានកំណត់ក្នុងតារាងខាងក្រោម។

ឧទាហរណ៍នៃប្រភេទប្រាក់ចំណូលរួមមាន៖

- សេចក្តីផ្តល់ការណែនាំ "W-2" ឬ
- កម្រៃសំបុត្របង់ប្រាក់បច្ចុប្បន្ន (តំបន់ជាអប្បបរមា **មិនលើសពី 3 ខែ**) ឬ
- ប្រាក់សំណងពន្ធលើប្រាក់ចំណូលនៃឆ្នាំមុន ដែលរួមទាំងការវិភាគ មើលទុក ឬ
- សេចក្តីផ្តល់ការណែនាំដែលមានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមេធាវី ឬអ្នកដទៃ ឬ
- ការអនុម័ត/ ការបដិសេធនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid និង/ឬចំនួនប្រាក់ចំណូលដែលបានផ្តល់ជូនពីអង្គការដទៃ ឬ
- ការអនុម័ត/ ការបដិសេធនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសំណងលើការគ្រោះថ្នាក់ការងារធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកម្មវិធីប្រាក់ចំណូល ឬគ្មានប្រាក់ចំណូល សូមបញ្ជាក់ទំព័របន្ថែមមួយសន្លឹកជាមួយខ្លឹមសារពន្យល់។

### ព័ត៌មានអំពីការចំណាយ

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីទទួលបានការពេញលេញបន្ថែមទៀតនៃស្ថានភាពបរិយោគសម្រាប់អ្នក។

ការចំណាយរបស់គ្រួសារប្រចាំខែ៖

ថ្លៃជួល/ប្រាក់បញ្ចាំ	\$ _____	ការចំណាយផ្គត់ផ្គង់ស្រួន	\$ _____
បច្ចុប្បន្នភាពបំណុល	\$ _____	សេវាសាធារណៈ	\$ _____
ចំណូល/ការចំណាយផ្សេងៗ	\$ _____	(ការគាំទ្រលើកុមារ កម្ចី ការប្រើប្រាស់ ផ្សេងទៀត)	

### ព័ត៌មានអំពីប្រព្រឹត្តិការណ៍

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកគឺលើសពី **101%** នៃគោលការណ៍ណែនាំភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ។

សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន  
\$ \_\_\_\_\_

សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន  
\$ \_\_\_\_\_

តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រព្រឹត្តិការណ៍ផ្សេងៗទៀតទាំងនេះដែរទេ?

**សមតុល្យសំរាប់ប្រាក់ចំណូល**

ភាគហ៊ុន  សញ្ញាប័ណ្ណ  401K  គណនី (ធានា) សន្សំសុខភាព  គ្រីស្ទ (ធានា)

ប្រព្រឹត្តិការណ៍ (មិនរាប់បញ្ចូលទិសដៅនៃការផ្សេងៗ)  ជាម្ចាស់អាជីវកម្ម

### ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមបញ្ជាក់ទំព័របន្ថែមមួយសន្លឹក បើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពបរិយោគសម្រាប់អ្នកដែលបានចង់ឱ្យត្រូវបានដឹង ដូចជា ភាពលំបាកនៃបរិយោគសម្រាប់អ្នក ការចំណាយផ្គត់ផ្គង់ស្រួនលើសលប់ ប្រាក់ចំណូលតាមរយៈ ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ផ្ទះ។

### កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំនួយ

ខ្ញុំយល់ថា **Fairfax Hospital** អាចផ្តល់ព័ត៌មានដោយពិភាក្សាទៅវិញទៅមកអំពីការបែងចែកប្រាក់ចំណូល និងដោយទទួលបានព័ត៌មានអំពីប្រភេទផ្សេងទៀតដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងទូទាត់។

ខ្ញុំអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា បើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់គឺត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត លទ្ធផលអាចជាការបដិសេធនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ នោះខ្ញុំអាចត្រូវទទួលខុសត្រូវ និងវិវាទផ្សេងៗទៀតសម្រាប់សេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានផ្តល់ឱ្យ។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ