



មន្ទីរពេទ្យ Sonoma Valley – ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

(កម្មវិធីសង្គ្រោះអ្នកគិតថ្លៃ និង កម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃ / ផែនការបង់ប្រាក់)

ជំនួយក្នុងការបង់វិក័យប័ត្រ

មន្ទីរពេទ្យ Sonoma Valley

ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនអាចបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់បាន។

ជំនួយនេះមានសម្រាប់គ្រប់គ្នា ដោយមិនពិចារណាស្ថានភាពចំណាកស្រុក។

សូមជ្រើសរើសកម្មវិធីដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យ៖

☐ Charity Care (ថែទាំគិតថ្លៃ – លុបចោល 100%)

☐ Discount Payment / Payment Plan (បង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃ / ផែនការបង់ប្រាក់)

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកជំងឺដែលមានសិទ្ធិស្នើសុំបានទាំងពីរកម្មវិធី

ប៉ុន្តែគ្រប់កម្មវិធីមានលក្ខខណ្ឌសម្រាប់សិទ្ធិ និងឯកសារត្រូវប្រើខុសគ្នា

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____

លេខគណនី: _____

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (MRN): _____

លេខអ្នកធានា (បើមាន): _____

អាសយដ្ឋាន: _____

ទីក្រុង / រដ្ឋ / លេខកូដសំបុត្រ: _____

លេខទូរស័ព្ទ: _____

ព័ត៌មានគ្រួសារ

ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ: _____

(រួមបញ្ចូលអ្នកខ្លួនឯង គូស្នេហា/គូស្វាមី និងកូនដែលបើកពន្ធ)

សូមបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារដែលបានដាក់ក្នុងពន្ធថ្មីបំផុត៖

ឈ្មោះ: អាយុ: ទំនាក់ទំនង:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

(ភ្ជាប់ទំព័រមតិបំពេញបន្ថែមបើចាំបាច់)

ព័ត៌មានការងារ

ក្រុមហ៊ុនអ្នកជំងឺ: _____

តំណែង: _____

ក្រុមហ៊ុនគូស្នេហា / គូស្វាមី: _____

តំណែង: _____

ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ

សូមបញ្ជីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែបច្ចុប្បន្នសម្រាប់ សមាជិកពេញវ័យទាំងអស់ក្នុងគ្រួសារ:

1. ប្រាក់ខែ / ប្រាក់ឈ្នួល: _____
2. ប្រាក់ពីការធ្វើអាជីវកម្ម / ការងារឯករាជ្យ: _____
3. ប្រាក់សង្គម / ឧបករណ៍ជំនួយ / ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍: _____
4. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងៗ (បញ្ជាក់): _____

ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែគ្រួសារ: _____

ឯកសារត្រូវការនាំមក

សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យ Charity Care:

- ផ្តល់ឯកសារ មួយ សម្រាប់សមាជិកពេញវ័យទាំងអស់:
 - o Payslips ថ្មីៗ (ក្នុង 6 ខែ មុន ឬ បន្ទាប់ពីថ្ងៃរឹកយប់ត្រង់បូង)
 - o វិក្កយបត្រពន្ធចុងក្រោយសម្រាប់ឆ្នាំប្រតិទិននៃរឹកយប់ត្រង់បូង ឬ 12 ខែមុន
 - o សេចក្តីថ្លែងអត្ថាធិប្បាយបង្ហាញពីវិធីគ្រួសារទទួលបានការគាំទ្រ (ប្រសិនបើមិនបានដាក់ពន្ធ)

សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យ Discount Payment:

- ផ្តល់ឯកសារ មួយ សម្រាប់សមាជិកពេញវ័យទាំងអស់:
 - o Payslips ថ្មីៗ (ក្នុង 6 ខែ មុន ឬ បន្ទាប់ពីថ្ងៃរឹកយប់ត្រង់បូង)
 - o វិក្កយបត្រពន្ធចុងក្រោយសម្រាប់ឆ្នាំប្រតិទិននៃរឹកយប់ត្រង់បូង ឬ 12 ខែមុន

- មន្ទីរពេទ្យនឹងមិនទាមទារឯកសារច្រើន
លុះត្រាតែប្រើប្រាស់ដើម្បីច្បាស់លាស់ព័ត៌មានដែលមិនស្របគ្នា

ព័ត៌មានផែនការបង់ប្រាក់

(សម្រាប់ Discount Payment តែប៉ុណ្ណោះ)

- មន្ទីរពេទ្យនឹងចរចាផែនការបង់ប្រាក់ដោយផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ
និងការចំណាយចាំបាច់
- ប្រសិនបើមិនអាចព្រមព្រៀងបាន មន្ទីរពេទ្យនឹងផ្តល់ផែនការបង់ប្រាក់ដែលសមស្រប
ដែលការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ មិនលើស 10% នៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែគ្រួសារ
(មិនរាប់ចំណាយចាំបាច់)

ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលផ្តល់នេះគឺពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថា Sonoma Valley Hospital
អាចស្នើឯកសារបន្ថែមដើម្បីកំណត់សិទ្ធិការទទួលបាន។ ការដាក់ស្នើនេះមិនបញ្ជាក់ថា
អាចទទួលបានការអនុម័តទេ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ ឬ អ្នកធានា: _____ ថ្ងៃទី: _____
ហត្ថលេខាគូស្នេហា / គូស្វាមី: _____ ថ្ងៃទី: _____

ទីតាំងផ្ញើ

Sonoma Valley Hospital – Patient Accounting / Financial Assistance
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

ទូរស័ព្ទ: 707-935-5325 | ហ្វាក្ស: 707-935-5319