

# ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ទម្រង់ពាក្យស្នើសុំ

សំខាន់៖ អ្នកប្រហែលជាបានទទួលការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះតម្លៃ ការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះនឹងជួយឱ្យ Alexian Brothers Health System (ប្រព័ន្ធសុខភាព Alexian Brothers) ដែលធ្វើអាជីវកម្មជាបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois កំណត់ថា តើអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះតម្លៃ ឬកម្មវិធីសាធារណៈ ផ្សេងទៀតដែលអាចជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះទៅកាន់អាសយដ្ឋាន ដែលមានរាយនៅលើស្រោមសំបុត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងទេ លេខរបបសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានតម្រូវឱ្យមានដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំបញ្ចុះតម្លៃ ឬឥតគិតថ្លៃ។ ប៉ុន្តែ លេខរបបសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានតម្រូវឱ្យមានសម្រាប់កម្មវិធីសាធារណៈមួយចំនួន ដែលរួមមាន Medicaid ។ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ ប៉ុន្តែនឹងជួយ Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois កំណត់ថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធីសាធារណៈណាមួយឬទេ។ សម្រាប់រាល់សំណួរនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំ ដែលមានសញ្ញាសម្គាល់ថា “មិនតម្រូវ” ការឆ្លើយតបរបស់អ្នក (ឬមិនមានការឆ្លើយតប) នឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ណាមួយមកលើលទ្ធផលនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះនោះទេ។

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ រួចដាក់បញ្ជូនទៅ Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois ដោយផ្ទាល់ តាមអ៊ីមែល តាមសារអេឡិចត្រូនិក ឬតាមទូរសារ ដើម្បីស្នើសុំការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះតម្លៃឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបានបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវា។ យើងនឹងទទួលយកពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នករយៈពេលរហូតដល់ 240 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីរបាយការណ៍ចេញវិក្កយបត្រដំបូងសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ តាមរយៈការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ អ្នកទទួលស្គាល់ថាអ្នកបានខិតខំប្រឹងប្រែងដោយស្មោះត្រង់ក្នុងការផ្តល់នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំដើម្បីជួយ Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois ក្នុងការកំណត់ថា តើអ្នកជំងឺមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីមួយអំពីដំណើរការដាក់ពាក្យស្នើសុំ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់ Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois ពាក់ព័ន្ធនឹងសំណួរ ឬក្តីបារម្ភតាមរយៈលេខ 833-272-7581 ។

បណ្តឹង ឬក្តីបារម្ភពាក់ព័ន្ធនឹងដំណើរការដាក់ពាក្យស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃឱ្យអ្នកជំងឺដែលមិនមានធានារ៉ាប់រង ឬដំណើរការជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមិនទាន់ទទួលបានអាចត្រូវបានរាយការណ៍ទៅកាន់ Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (ការិយាល័យថែទាំសុខភាពរបស់អគ្គព្រះរាជអាជ្ញារដ្ឋ Illinois) ។ ខ្សែទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់ Health Care Bureau គឺ 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) ។

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ  
(សូមសរសេរជាអក្សរធំ ហើយគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ចាំបាច់ត្រូវបានបំពេញ។ បង្ហាញ N/A  
ប្រសិនបើមិនពាក់ព័ន្ធនៅលើខ្សែនីមួយៗណាមួយនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ)  
កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_ លេខគណនី \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) \_\_\_\_\_  
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទ \_\_\_\_\_  
មិនតម្រូវ - អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ - តើអ្នកគិតថាខ្លួនអ្នកជា៖  ប្រុស  ស្រី  បុរសប្តូរភេទ/ ប្តូរភេទ/ស្រីទៅប្រុស (FTM)  
 ស្ត្រីប្តូរភេទ/ប្តូរភេទ/ប្រុសទៅស្រី (MTF)  បុគ្គលមិនដឹងអត្តសញ្ញាណភេទខ្លួនឯង/ភេទដែលមិនគោរពតាមយេនឌ័រប្រុស  
និងយេនឌ័រឱ្យច្បាស់លាស់  ប្រភេទយេនឌ័របន្ថែម (ឬផ្សេងទៀត)  
ជាជម្រើស - អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ តើភេទអ្វីដែលបានចុះនៅក្នុងសំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកពីដំបូង?  ប្រុស  ស្រី  
មិនតម្រូវ - ជាតិសាសន៍៖  ជនជាតិអាមេរិកស្បែកស  ខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក  ជនជាតិដើមអាមេរិកាំងឥណ្ឌា ឬអាឡាស្កា  អាស៊ីឥណ្ឌា  ចិន  
 ហ្វីលីពីន  ជប៉ុន  កូរ៉េ  វៀតណាម  អាស៊ីផ្សេងទៀត  ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ  ហ្គាម៉ានី ឬចាម៉ូរី  កោះសាម៉ូ   
កោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត  
មិនតម្រូវ - ជាតិពន្ធ៖  ជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញដើម  មុកស៊ុក អាមេរិកមុកស៊ុក ឈីកាណូ/  ព័រតូរិក

គុយបា  ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ ឡាតាំង/ ឬអេស្ប៉ាញ  
ជាជម្រើស - ភាសា - តើអ្នកនិយាយភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសនៅផ្ទះមែនទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
បើ បាទ/ចាស, តើភាសាណាមួយ? \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ \_\_\_\_\_ ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ \_\_\_\_\_

មិនតម្រូវ - លេខរបបសន្តិសុខសង្គម \_\_\_\_\_

និយោជក \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពការងារ \_\_\_\_\_

លេខទូរសព្ទរបស់និយោជក \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានរបស់ភាគីសាមី/ព័ត៌មានរបស់អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់**

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺខាងលើដូចគ្នានឹងភាគីសាមី ទុកផ្នែកនេះឲ្យនៅទំនេរ។)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ \_\_\_\_\_ ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ \_\_\_\_\_

លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (មិនតម្រូវ) \_\_\_\_\_

និយោជក \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពការងារ \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានប្តីឬប្រពន្ធរបស់ភាគីសាមី**

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដូចគ្នានឹងភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ សូមបំពេញព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធសម្រាប់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល) \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ \_\_\_\_\_ ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ \_\_\_\_\_

លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (ជម្រើស) \_\_\_\_\_

និយោជក \_\_\_\_\_ ស្ថានភាពការងារ \_\_\_\_\_

លេខទូរសព្ទនិយោជក \_\_\_\_\_

**អ្នកក្នុងបន្ទុករបស់ភាគីសាមី**

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដូចគ្នានឹងភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ សូមបំពេញព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធសម្រាប់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនងជាមួយភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនងជាមួយភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនងជាមួយភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនងជាមួយភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ \_\_\_\_\_

ចំនួនមនុស្សពេញវ័យ និងកូនៗរស់នៅក្នុងគ្រួសារ \_\_\_\_\_

**ចំណូលប្រចាំខែ**

(បំពេញចំនួនប្រាក់ដុល្លារសម្រាប់របស់នីមួយៗខាងក្រោម។ ផ្តល់ចំនួនក្នុងមួយខែសម្រាប់របស់នីមួយៗ។)

ចំណូលដែលអ្នកដាក់ពាក្យទទួលបាន \_\_\_\_\_

ប្រាក់ចំណូលប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ \_\_\_\_\_

អត្ថប្រយោជន៍របបសុវត្ថិភាពសង្គម \_\_\_\_\_

ប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ \_\_\_\_\_

ពិការភាព ប្រាក់ចំណូល \_\_\_\_\_

សំណងគ្មានការងារធ្វើ \_\_\_\_\_

សំណងរបស់កម្មករ \_\_\_\_\_

ចំណូលការប្រាក់/ភាគលាភ \_\_\_\_\_

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារទទួលបាន \_\_\_\_\_

អាហារកិច្ចបានទទួល \_\_\_\_\_

ប្រាក់ចំណូលជួលអចលនទ្រព្យ \_\_\_\_\_

តែមប្តូរយកអាហារ \_\_\_\_\_

ការចែកចាយមូលធនអាណត្តិព្យាបាលភាពទទួលបាន \_\_\_\_\_

ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ \_\_\_\_\_

ការចំណាយលើការរស់នៅប្រចាំខែ

អ្នកជំងឺដែលសន្មតថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុងគោលការណ៍ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ Ascension Illinois មិនតម្រូវឱ្យបំពេញផ្នែកនេះទេ។

បញ្ជី/ជួល \_\_\_\_\_  
សេវាសាធារណៈ: \_\_\_\_\_  
ទូរសព្ទ (ទូរសព្ទលើតុ) \_\_\_\_\_  
ទូរសព្ទដៃ \_\_\_\_\_  
គ្រឿងទេស/អាហារ \_\_\_\_\_  
ទូរទស្សន៍ខ្សែកាប/អ៊ីនធឺណិត/ផ្កាយរណប \_\_\_\_\_  
ការបង់ប្រាក់ថយន្ត \_\_\_\_\_  
ការថែទាំកុមារ \_\_\_\_\_

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ/អាហារកិច្ច \_\_\_\_\_  
បណ្ណឥណទាន \_\_\_\_\_  
វិក្កយបត្រវេជ្ជបណ្ឌិត/មន្ទីរពេទ្យ \_\_\_\_\_  
ការធានារ៉ាប់រងលើរថយន្ត \_\_\_\_\_  
ការធានារ៉ាប់រងផ្ទះ/ទ្រព្យសម្បត្តិ \_\_\_\_\_  
ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាព \_\_\_\_\_  
ការធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត \_\_\_\_\_  
ការចំណាយប្រចាំខែផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_  
ការចំណាយប្រចាំខែសរុប \_\_\_\_\_

ទ្រព្យសកម្ម

សាច់ប្រាក់/ការសន្សំ/គណនីចរន្ត \_\_\_\_\_  
ភាគហ៊ុន/បណ្ណ/ការវិនិយោគ/CD(s) \_\_\_\_\_  
អចលនទ្រព្យ/លំនៅឋានបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_  
ទូក/RV/ម៉ូតូ/យានជំនិះកម្សាន្ត \_\_\_\_\_  
រថយន្តអ្នកប្រមូល/រថយន្តមិនសំខាន់ \_\_\_\_\_  
រថយន្តគណនីសន្សំផ្នែកសុខភាព/គណនីចំណាយដែលអាចប្រែប្រួល \_\_\_\_\_

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois ទទួលបានព័ត៌មានពីទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានខាងក្រៅ។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា

ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំនឹងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយរដ្ឋ សហព័ន្ធ ឬមូលដ្ឋានណាមួយ ដែល

ខ្ញុំអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីឱ្យជួយបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះដែលបានផ្តល់អាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយ Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois ហើយខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois ទាក់ទងភាគីទីបីដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃ

ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងកម្មវិធីនេះ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនានៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ខ្ញុំនឹងមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះ រាល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដែលបានផ្តល់ជូនដល់ខ្ញុំ អាចត្រូវបានបង្វិលត្រលប់វិញ ហើយខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រនេះ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ \_\_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

មតិ \_\_\_\_\_

# លិខិតគាំទ្រ

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រអ្នកជំងឺ/លេខគណនី \_\_\_\_\_

ឈ្មោះរបស់អ្នកគាំទ្រ \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកគាំទ្រ \_\_\_\_\_

ទៅ Ascension Illinois:

លិខិតនេះគឺដើម្បីណែនាំថា (ឈ្មោះអ្នកជំងឺ) \_\_\_\_\_ ទទួលបានចំណូលតិចតួច  
ឬគ្មានចំណូល ហើយខ្ញុំជួយលើការចំណាយលើការរស់នៅរបស់ពួកគេ។  
ពួកគេមានកាតព្វកិច្ចតិចតួច ឬគ្មានសោះចំពោះខ្ញុំ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាលើការអះអាងនេះ  
ខ្ញុំយល់ស្របថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនគឺពិតទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកគាំទ្រ \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

ជូនចំពោះអ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

Alexian Brothers Health System ដែលធ្វើអាជីវកម្មប្រើឈ្មោះក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Ascension Illinois ត្រូវបានជំរុញដោយសេចក្តីមេត្តា និងសម្រាប់ផ្តល់ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដល់ទាំងអស់គ្នា ជាពិសេសអ្នកដែលត្រូវការបំផុត។ វាជាបេសកកម្ម និងបុព្វសិទ្ធិរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ជូនជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទៅដល់អ្នកជំងឺរបស់យើង។ ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុមានសម្រាប់តែការសង្រ្គោះបន្ទាន់ និងការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត។ អរគុណសម្រាប់ការជឿជាក់លើពួកយើងដើម្បីថែទាំអ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នកសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

យើងផ្ញើលិខិតនេះ និងពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុភ្ជាប់មកជាមួយ ព្រោះយើងបានទទួលសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនស្នើសុំវាទេ សូមកុំអើពើនឹងវា។ សូមបំពេញទាំងសងខាង ដែលរួមមានហត្ថលេខារបស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទ មុនពេលផ្ញើវាត្រឡប់មកវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបំពេញពាក្យស្នើសុំ ក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែចុងក្រោយនេះ ហើយត្រូវបានយល់ព្រមសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុហើយនោះ សូមជូនដំណឹងដល់យើង។

អ្នកអាចមិនចាំបាច់ត្រូវបំពេញពាក្យស្នើសុំថ្មីណាមួយទៀតនោះទេ។ យើងនឹងមិនពិចារណាលើការស្នើសុំពីមុន ដែលមានរយៈពេលលើសពីប្រាំមួយខែហើយនោះទេ។

រួមជាមួយនឹងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ សូមផ្តល់សំណើមួយនៃរបស់ដូចតទៅនេះយ៉ាងតិចមួយ ដើម្បីធ្វើជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបានរៀបការហើយ ឬបានរស់នៅជាមួយនឹងមនុស្សសំខាន់របស់អ្នករយៈពេល 6 ខែឡើងទៅ ពួកគេក៏នឹងចាំបាច់ត្រូវផ្តល់សំណើមួយនៃរបស់ដូចតទៅនេះយ៉ាងតិចមួយ ដើម្បីធ្វើជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូលរបស់ពួកគេ មុនពេលពាក្យស្នើសុំនេះអាចត្រូវបានដំណើរការបាន។

- សំណៅនៃសំបុត្របញ្ជាក់ការបង់ប្រាក់ថ្មីៗបំផុតពីនិយោជកចំនួន 3
- សំណៅនៃពាក្យប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំថ្មីបំផុត (ប្រសិនបើធ្វើការដោយខ្លួនឯង ត្រូវរួមបញ្ចូលពាក្យភ្ជាប់ទាំងអស់)
- លិខិតផ្តល់សន្តិសុខសង្គម និង/ឬ សោធននិវត្តន៍
- ពាក្យប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំថ្មីបំផុតរបស់ឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំគឺអ្នកក្នុងបន្ទុក ដែលបានរាយឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យប្រកាសពន្ធរបស់ពួកគេ និងមានអាយុក្រោម 25 ឆ្នាំ
- ឯកសារបញ្ជាក់ចំណូលផ្សេងទៀត
- សំណៅរបាយការណ៍ធនាគារចាប់ពី 3 ខែមុន
- សំណៅបង្កាន់ដៃប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ការគ្មានការងារ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយពី ឬរស់នៅក្នុងផ្ទះមួយ ជាមួយនឹងគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ សូមឲ្យពួកគេបំពេញពាក្យដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ ដែលមានស្លាកសម្គាល់ថា “លិខិតគាំទ្រ”។ លិខិតនេះនឹងមិនធ្វើឲ្យពួកគេទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេនោះទេ។ វានឹងជួយបង្ហាញពីរបៀបដែលអ្នកអាចដោះស្រាយការចំណាយលើការរស់នៅ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានជំនួយពីគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិទេ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវបំពេញពាក្យលិខិតគាំទ្រនេះនោះទេ។

ចុងក្រោយ សូមផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ផងដែរទុកជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការថ្លៃលើថ្នាំ/ឌីសថស្ថាន

និងវេជ្ជសាស្ត្រប្រចាំខែដែលមិនទាន់ទូទាត់ហើយ។

សូមដឹងថា ពាក្យស្នើសុំដែលពេញលេញ រួមជាមួយនឹងភស្តុតាងបញ្ជាក់ចំណូលចាំបាច់ត្រូវតែត្រូវបានទទួលដើម្បីឲ្យពាក្យស្នើសុំត្រូវបានពិចារណា។ យើងមិនអាចដំណើរការ ឬពិចារណាលើពាក្យស្នើសុំដែលមិនពេញលេញនោះទេ។

សូមចងចាំថា ការទំនាក់ទំនងតាមរយៈអ៊ីមែលលើប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិតមិនមានសុវត្ថិភាពនោះទេ។ ទោះបីជាវាអាចមិនអាចកើតឡើងក៏ដោយ មានលទ្ធភាពដែលព័ត៌មានដែលអ្នករួមបញ្ចូលនៅក្នុងអ៊ីមែលអាចត្រូវបានស្នាក់ចាប់បាន និងត្រូវបានអានដោយភាគីផ្សេង ក្រៅពីបុគ្គលដែលវាត្រូវបានផ្ញើតាមអាសយដ្ឋានទៅកាន់។

យើងចង់ការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក និងធានាថា វានៅតែមានសុវត្ថិភាព។ ដោយសារពាក្យស្នើសុំនេះមានលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក និងព័ត៌មានឯកជនផ្សេងទៀត យើងជម្រុញឲ្យអ្នកកុំផ្ញើវាតាមអ៊ីមែល។

សូមព្រិនវាចេញមក ហើយផ្ញើពាក្យពេញលេញរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋានដូចតទៅនេះ៖

Ascension Illinois PFS  
ជូនដល់៖ Financial Assistance Department (នាយកដ្ឋានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ)  
PO Box 74008855  
Chicago, IL 60674-8855

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយស្តីពីការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកតំណាងអ្នកជំងឺម្នាក់របស់យើង តាមរយៈ 833-272-7581 ។

ដោយក្តីស្មោះស្ម័គ្រចិត្ត

សេវាហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺ  
Ascension Illinois