

រក្សាការសម្ងាត់នៃពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

[សម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យ និងវិជ្ជាជីវៈដែលផ្តល់ដោយមណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមគ្រូពេទ្យនៃ Trinity Health]

ឯកជន និងសម្ងាត់

សូមអរគុណអ្នកដែលបានជ្រើសរើស Saint Agnes Medical Center ជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
សូមបំពេញពាក្យសុំដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ហើយ ផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋានខាងក្រោមវិញ
ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់យើងតាមលេខ 800-494-5797 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ
ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច តាមតំបន់ម៉ោងខាងកើត។

ដោយក្តីគោរព

សេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ Trinity Health Enterprise
តាងនាមឱ្យ Saint Agnes Medical Center
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

រក្សាការសម្ងាត់នៃពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

[សម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យ និងវិជ្ជាជីវៈដែលផ្តល់ដោយមណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមគ្រូពេទ្យនៃ Trinity Health]

[សូមបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ ហើយផ្ញើមកវិញក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ ដោយរួមបញ្ចូលទាំងច្បាប់ចម្លងខាងក្រោម៖]

[ការផ្ទៀងផ្ទាត់ចាំបាច់]

[ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលសរុបកាលពីមួយខែមុន]

[របាយការណ៍ពេញលេញរបស់ធនាគារកាលពីខែមុនសម្រាប់គណនីធនាគារទាំងអស់ ដោយមានបញ្ជីលទ្ធផលទំព័រទាំងអស់ (ការពន្យល់សម្រាប់ការដាក់ប្រាក់កើតមានដដែលៗ)]

[លិខិតប្រកាសពន្ធផ្ទុំ (ទម្រង់ 1040 ដែលមានតារាង C, E ឬ F) ឬរបាយការណ៍ចំណេញខាតបីខែ (សម្រាប់បុគ្គលស្វ័យនិយោជន៍/អ្នកនៅក្នុងបន្តក)]

[សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម បើមាន]

[ទម្រង់ W2 ថ្មីសម្រាប់ប្រាក់ចំណូលរកបាន តាមរដូវកាល] [អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើ/លិខិតបដិសេធ] [ប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភ/អាហារកិច្ចចិញ្ចឹមកូន]

[គ្មានប្រាក់ចំណូល - លិខិតពេញលេញនៃចំណែកជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៃពាក្យសុំនេះ]

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

[ឈ្មោះអ្នកជំងឺ]	[ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត]
-----------------	--------------------

[លេខរបបសន្តិសុខសង្គម/លេខ EIN (ជាជម្រើស)]	[ទូរសព្ទចល័ត]	[ទូរសព្ទផ្សេងទៀត]
--	---------------	-------------------

[អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ]	[ទីក្រុង]	[រដ្ឋ]	[ហ្សឺបកូដ]
------------------------	-----------	--------	------------

[អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល]	[តើអ្នកជាពលរដ្ឋរស់នៅរដ្ឋណា?]
-------------------	------------------------------

[ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍] [នៅលីវ] [រៀបការ] [លែងលះ] [ផ្សេងទៀត] _____

[តើអ្នកដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធសហព័ន្ធដែរឬទេ?] <input type="checkbox"/> [បាទ/ចាស] <input type="checkbox"/> [ទេ] [បើឆ្លើយទេ ហេតុអ្វី?]	[តើអ្នកអាចត្រូវបានទាមទារដោយពឹងផ្អែកលើលិខិតប្រកាសពន្ធរបស់អ្នកផ្សេងទៀតដែរទេ?] <input type="checkbox"/> [បាទ/ចាស] <input type="checkbox"/> [ទេ]
--	--

[តើអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្តករបស់អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅពេលផ្តល់សេវាកម្មដែរឬទេ?
 [បាទ/ចាស] [ទេ] [(សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង)]

[តើអ្នកជាពលរដ្ឋដែលមានឯកសារស្នាមនៅសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ? [បាទ/ចាស] [ទេ] [មិនចង់ឆ្លើយ]

[សមាជិកគ្រួសារ រួមទាំងខ្លួនអ្នកផងដែរ ដោយផ្អែកលើលិខិតប្រកាសពន្ធផ្ទុំរបស់អ្នក]	[ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត]	[ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ]	[បានទាមទារលើលិខិតប្រកាសពន្ធ(បាទ/ចាស-ទេ)]
--	--------------------	---------------------------	--

--	--	--	--

រក្សាការសម្ងាត់នៃពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

[សម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យ និងវិជ្ជាជីវៈដែលផ្តល់ដោយមណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមគ្រូពេទ្យនៃ Trinity Health]

[ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់]					
[ប្រភពចំណូលប្រចាំខែ]	[តើអ្នកណាបានទទួល?]	[ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ (មុនបង់ពន្ធ)]	[ប្រភពចំណូលប្រចាំខែ]	[តើអ្នកណាបានទទួល?]	[ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែ (មុនបង់ពន្ធ)]
[ប្រាក់ឈ្នួល]			[សំណងកម្មករ]		
[របបសន្តិសុខសង្គម/ពិការភាព]			[ភាពអត់ការងារធ្វើ]		
[ប្រាក់សោធននិវត្តន៍]			[ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ/អាហារកិច្ចចិញ្ចឹមកូន]		
[ស្វ័យនិយោជន៍]			[ចំណូលពិការជួលដី]		
[ជំនួយសាធារណៈ]			[ផ្សេងទៀត]		

[លិខិតគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ - គួរតែបំពេញដោយអ្នកផ្តល់ជំនួយតែប៉ុណ្ណោះ]

- [ខ្ញុំផ្តល់ជំនួយគាំទ្រច្រើនជាង 50% សម្រាប់ការចំណាយលើការរស់នៅរបស់អ្នកជំងឺ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចជួយបង់វិក្កយបត្រថ្លៃពេទ្យបានទេ។]
- [តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើលិខិតនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ចម្លើយខាងលើគឺត្រឹមត្រូវ ហើយខ្ញុំនឹងមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះវិក្កយបត្ររបស់អ្នកជំងឺទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទាក់ទងមកខ្ញុំតាមរយៈ _____ (លេខទូរសព្ទ)]

[ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ជំនួយ]	[ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ]
[ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់ជំនួយ]	[កាលបរិច្ឆេទ]

[ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល និងអត្តសញ្ញាណកម្ម]

រក្សាការសម្ងាត់នៃពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

[សម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យ និងវិជ្ជាជីវៈដែលផ្តល់ដោយមណ្ឌលសុខភាព និងក្រុមគ្រូពេទ្យនៃ Trinity Health]

[ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា រាល់ព័ត៌មានដែលបានរាយក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិតប្រាកដនិងពេញលេញតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា រាល់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់គឺជាកម្មវត្ថុនៃការផ្ទៀងផ្ទាត់។
ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងប្រាក់វិញដល់សេវាកម្មណាមួយដែលផ្តល់ជូននៅសាខា Trinity Health ប្រសិនបើព័ត៌មានខាងលើត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយក្លែងបន្លំ។]

[ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ]៖ _____ [កាលបរិច្ឆេទ]៖ _____

[ឬហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (បើមាន)]៖ _____ [កាលបរិច្ឆេទ]៖ _____

[ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ]៖ _____ [កាលបរិច្ឆេទ]៖ _____

[សូមផ្ញើពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់អាសយដ្ឋានខាងលើ ទូរសារទៅលេខ 312-871-3350 និងឬបង្ហាញឯកសារតាមរយៈ MyChart (ផតចលអ្នកជំងឺ) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់យើងតាមរយៈលេខ 800-494-5797 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច តាមតំបន់ម៉ោងខាងកើត។]