

**ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ / ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ**

**សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 281-243-1073**

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ៖	លេខទូរស័ព្ទ ៖
អាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់អ្នកជំងឺ ៖	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដប៊ូប៉ូ ៖
លេខគណនី ៖	កាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវា ៖

សេចក្តីណែនាំ ៖ ត្រូវតែឆ្លើយសំណួរទាំងអស់។ ប្រសិនបើសំណួរមិនពាក់ព័ន្ធទេ ចូរសរសេរ N/A នៅលើបន្ទាត់។

**ភ្ជាប់រូបថតស្តុកស្តុកអត្តសញ្ញាណ មួយ ដែលមានរូបភាព (ឧទាហរណ៍ ៖ ប័ណ្ណបើកបរដែលចេញដោយរដ្ឋ ឬលិខិតឆ្លងដែនដែលមានរូបភាព ។ល។) \***

**ភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងនៃលិខិតបញ្ជាក់ចំណូលថ្មីបំផុត ឬ**

**ភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងនៃកម្រៃចំណូល មួយ ក្នុងចំណោមកម្រៃចំណូលខាងក្រោម ៖**

<input type="checkbox"/> លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ខែចំនួន 2	<input type="checkbox"/> ច្បាប់ចុងក្រោយ លិខិតត្រួតពិនិត្យឬលិខិតផ្តល់រង្វាន់របបសន្តិសុខសង្គម
<input type="checkbox"/> ប័ណ្ណបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍គ្មានការងារធ្វើ	<input type="checkbox"/> លិខិតពិន័យណែនាំដែលបញ្ជាក់អំពីឈ្មោះ មុខរបរ ប្រាក់ម៉ោងចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការរបស់និយោជិត

\* ប្រសិនបើអ្នកមានលិខិតបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដែលមានរូបថតទេ ឯកសារផ្សេងទៀតដែលបង្ហាញអត្តសញ្ញាណក៏អាចប្រើបានដែរ។ សូមទាក់ទងទៅលេខខាងលើ ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

**\*\*\* វាមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាពាក្យស្នើសុំពេញលេញដោយគ្មានឯកសារបញ្ជាក់នោះទេ។ \*\*\***

ស្ថានភាព ៖	<input type="checkbox"/> និវាសនជនអចិន្ត្រៃយ៍នៅតិចសាស	<input type="checkbox"/> និវាសនជនស្របច្បាប់	<input type="checkbox"/> ទិដ្ឋាការអន្តោប្រវេសន៍	<input type="checkbox"/> ទិដ្ឋាការមិនមែនអន្តោប្រវេសន៍
ស្ថានភាពគ្រួសារ (ធីកមួយ) ៖	<input type="checkbox"/> រៀបការ	<input type="checkbox"/> នៅលីវ	<input type="checkbox"/> លែងលះ	
	<input type="checkbox"/> មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត		

កុមារដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ (បន្តនៅលើទំព័រមួយទៀត បើចាំបាច់)

ឈ្មោះពេញ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក (ធីកមួយ)				
		កូន	កូនចុង	អាណាព្យាបាល	មនុស្សជំរុំ/មនុស្សចាស់	មិនជាប់សាច់ឈាម

សេចក្តីសង្ខេបអំពីការងារ																																																																																	
អ្នកជំងឺ	ប្តីប្រពន្ធ																																																																																
និយោជក	និយោជក																																																																																
មុខរបរ	មុខរបរ																																																																																
ស្ថានភាពការងារ (ធីកមួយ) <input type="checkbox"/> ធ្វើការពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ធ្វើការក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ <input type="checkbox"/> មេផ្ទះ <input type="checkbox"/> មិនអាចត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញបាន	ស្ថានភាពការងារ (ធីកមួយ) <input type="checkbox"/> ធ្វើការពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ធ្វើការក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ <input type="checkbox"/> មេផ្ទះ <input type="checkbox"/> មិនអាចត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញបាន																																																																																
ចំណូលគ្រួសារក្នុងមួយខែ	ចំណាយក្នុងផ្ទះទាំងមូលក្នុងមួយខែ <b>(មិនអនុវត្តសម្រាប់ FAA)</b>																																																																																
<table style="width:100%;"> <tr><td>អ្នកជំងឺ</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ប្តីប្រពន្ធ</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>សោធនប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះនិងអាហារ</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ភាពអត់ការងារធ្វើ</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ផ្គត់ផ្គង់កូន</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>អត្ថប្រយោជន៍អ្នករស់រានមានជីវិត</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>សំណងកម្មករ</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>មូលនិធិទុកចិត្ត</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ផ្សេងទៀត</td><td>\$</td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td><b>ចំណូលសរុប</b></td><td><b>\$</b></td><td><b>/ខែ</b></td></tr> </table>	អ្នកជំងឺ	\$	/ខែ	ប្តីប្រពន្ធ	\$	/ខែ	សោធនប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះនិងអាហារ	\$	/ខែ	ភាពអត់ការងារធ្វើ	\$	/ខែ	ផ្គត់ផ្គង់កូន	\$	/ខែ	អត្ថប្រយោជន៍អ្នករស់រានមានជីវិត	\$	/ខែ	សំណងកម្មករ	\$	/ខែ	មូលនិធិទុកចិត្ត	\$	/ខែ	ផ្សេងទៀត	\$	/ខែ	<b>ចំណូលសរុប</b>	<b>\$</b>	<b>/ខែ</b>	<table style="width:100%;"> <tr><td>ស្ថានភាពផ្ទះ ៖</td><td>_____</td><td>ផ្ទាល់ខ្លួន/ឥណទាន</td><td>_____</td><td>ឈ្នួលផ្ទះ</td></tr> <tr><td>ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ការប្រើប្រាស់ (អគ្គិសនី, ទឹក)</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ឡាន # 1</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ឡាន # 2</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>សាំង</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ធានារ៉ាប់រង</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>ទូរទស្សន៍ / ខ្សែកាប / ទូរស័ព្ទ</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td>អាហារ</td><td>\$</td><td></td><td></td><td>/ខែ</td></tr> <tr><td><b>ចំណាយសរុប</b></td><td><b>\$</b></td><td></td><td></td><td><b>/ខែ</b></td></tr> </table>	ស្ថានភាពផ្ទះ ៖	_____	ផ្ទាល់ខ្លួន/ឥណទាន	_____	ឈ្នួលផ្ទះ	ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ	\$			/ខែ	ការប្រើប្រាស់ (អគ្គិសនី, ទឹក)	\$			/ខែ	ឡាន # 1	\$			/ខែ	ឡាន # 2	\$			/ខែ	សាំង	\$			/ខែ	ធានារ៉ាប់រង	\$			/ខែ	ទូរទស្សន៍ / ខ្សែកាប / ទូរស័ព្ទ	\$			/ខែ	អាហារ	\$			/ខែ	<b>ចំណាយសរុប</b>	<b>\$</b>			<b>/ខែ</b>
អ្នកជំងឺ	\$	/ខែ																																																																															
ប្តីប្រពន្ធ	\$	/ខែ																																																																															
សោធនប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះនិងអាហារ	\$	/ខែ																																																																															
ភាពអត់ការងារធ្វើ	\$	/ខែ																																																																															
ផ្គត់ផ្គង់កូន	\$	/ខែ																																																																															
អត្ថប្រយោជន៍អ្នករស់រានមានជីវិត	\$	/ខែ																																																																															
សំណងកម្មករ	\$	/ខែ																																																																															
មូលនិធិទុកចិត្ត	\$	/ខែ																																																																															
ផ្សេងទៀត	\$	/ខែ																																																																															
<b>ចំណូលសរុប</b>	<b>\$</b>	<b>/ខែ</b>																																																																															
ស្ថានភាពផ្ទះ ៖	_____	ផ្ទាល់ខ្លួន/ឥណទាន	_____	ឈ្នួលផ្ទះ																																																																													
ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ	\$			/ខែ																																																																													
ការប្រើប្រាស់ (អគ្គិសនី, ទឹក)	\$			/ខែ																																																																													
ឡាន # 1	\$			/ខែ																																																																													
ឡាន # 2	\$			/ខែ																																																																													
សាំង	\$			/ខែ																																																																													
ធានារ៉ាប់រង	\$			/ខែ																																																																													
ទូរទស្សន៍ / ខ្សែកាប / ទូរស័ព្ទ	\$			/ខែ																																																																													
អាហារ	\$			/ខែ																																																																													
<b>ចំណាយសរុប</b>	<b>\$</b>			<b>/ខែ</b>																																																																													

គណនីធនាគារ/ទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀត (ត្រូវតែឆ្លើយទាំង 3 សំណួរ) ៖				<b>(មិនអាចអនុវត្តចំពោះ FAA)</b>	
គណនីមូលប្បទានបត្រ? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	តុល្យភាពបច្ចុប្បន្ន	\$	_____
គណនីសន្សំ? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	តុល្យភាពបច្ចុប្បន្ន	\$	_____
ទ្រព្យបន្ថែម? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	\$	_____
ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស ចូររៀបរាប់ ៖ _____					

ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ / ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ:

- \* ខ្ញុំអះអាងក្រោមការដាក់ទោសពីបទផ្តល់សក្ខីកម្មក្លែងក្លាយថា ចម្លើយដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យគឺពិត និងត្រឹមត្រូវបំផុតតាមអ្វីដែលខ្ញុំជឿ។
- \* ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យឆ្លុះបញ្ចាំងពីចំណូល និងចំណាយក្នុងគ្រួសារ។
- \* ព័ត៌មាននេះក៏ដូចជាការបាយការណ៍អំពីឥណទាន និងព័ត៌មានដែលមានជាសាធារណៈផ្សេងទៀតអាចប្រើដោយ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ដើម្បីបង្កើតផែនការទូទាត់ប្រាក់ និង/ឬដើម្បីចាប់ផ្តើមការដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និង/ឬដើម្បីកំណត់ការមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ការរ៉ាប់រង ឬជំនួយផ្សេងៗ។
- \* ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពណាមួយដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សេចក្តីបញ្ជាក់ដែលខ្ញុំបានធ្វើឡើង។
- \* អ្នកនឹងទទួលបានទំនាក់ទំនងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យមិនពេញលេញ ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទទួលបានទេ។ អ្នកក៏នឹងទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។
- \* អ្នកជំងឺដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមានសិទ្ធិទទួលបានមូលនិធិកម្មវិធីតាមមូលដ្ឋាន រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ។ មានការរំពឹងថាអ្នកជំងឺដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះ មុននឹងកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony នឹងផ្តល់ជំនួយដល់បុគ្គលក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះ។ ការមិនបានដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះអាចប៉ះពាល់ដល់ការពិចារណាលើការទទួលបានយកពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជំងឺ។
- \* ខ្ញុំអះអាងការពិតថា ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានទាំងអស់រួមមាន Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance និងធានារ៉ាប់រងតាមមូលដ្ឋាន រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធទាំងឡាយផ្សេងទៀតរួចហើយ។
- \* ខ្ញុំយល់ហើយថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះបន្ទុកចំណាយលើថ្លៃថែទាំទាំងឡាយ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ/អ្នកធានា

កាលបរិច្ឆេទ

បន្ទាប់ពីបំពេញពាក្យស្នើសុំរួច ផ្ញើពាក្យស្នើសុំនោះ និងឯកសារគាំទ្រផ្សេងទៀតទាំងអស់ទៅកាន់៖

**Patient Business Office**  
**16906 Southwest Freeway**  
**Sugar Land, Texas 77479**  
**Attention: Financial Assistance**

Office Use Only  
 Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: \_\_\_\_\_  
 Name / Signature Title Date

មើលផ្នែកខាងខ្នង



មើលផ្នែកខាងខ្នង