



# ការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

Form content not retained in medical record.  
For local storage only.

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)	ទីតាំងសេវាកម្ម
---	----------------

### សេចក្តីណែនាំ: បំពេញពាក្យសុំ និងភ្ជាប់មកជាមួយច្បាប់ចម្លង:

- របាយការណ៍បង់ពន្ធ និងរបាយការណ៍កាលវិភាគហិរញ្ញវត្ថុ (2 ឆ្នាំមុន)
- របាយការណ៍ប្រាក់ខែ\* (3 ខែចុងក្រោយ)
- អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម\* (ប្រសិនបើមាន)
- របាយការណ៍ធនាគារ\* (3 ខែចុងក្រោយសម្រាប់គណនីទាំងអស់)
- ពិពណ៌នាអំពីតម្រូវការរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅលើទំព័រដាច់ដោយឡែក \*
- W-2 ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍អ្នកអត់ការងារធ្វើ\*

ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬនឹងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់សហព័ន្ធ ឬរដ្ឋ ឬបានបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបានផែនការផ្លាស់ប្តូរការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។ <input type="checkbox"/> យល់ព្រម <input type="checkbox"/> មិនយល់ព្រម មូលហេតុ _____	
ខ្ញុំមានការប្តឹងគវ៉ា ការដោះស្រាយ ការរងរបួសផ្ទាល់ខ្លួន ឬការទាមទារការទទួលខុសត្រូវដែលមិនទាន់សម្រេច។ <input type="checkbox"/> យល់ព្រម <input type="checkbox"/> មិនយល់ព្រម មូលហេតុ _____	
ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈនិយោជករបស់ខ្ញុំ ឬនិយោជករបស់ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ។ <input type="checkbox"/> យល់ព្រម <input type="checkbox"/> មិនយល់ព្រម មូលហេតុ _____	
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំរបស់គ្រួសារ (ដូចដែលបានរាយការណ៍លើឯកសារបង់ពន្ធប្រាក់ចំណូល)	ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ (អ្នកជំងឺ ប្តី/ប្រពន្ធ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដូចដែលបានរាយការណ៍លើឯកសារបង់ពន្ធប្រាក់ចំណូល)

### អ្នកជំងឺ ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ)	
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដហ្សឺប
ទូរសព្ទ	ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍*		
ស្ថានភាពការងារ <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> មានការងារខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> គ្មានការងារ <input type="checkbox"/> សិស្ស		ឈ្មោះនិយោជក	
រយៈពេលបំពេញការងារ	កាលបរិច្ឆេទ/រយៈពេលអត់ការងារធ្វើ (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ)	តើអ្នកត្រូវបានទាមទារលើរបាយការណ៍បង់ពន្ធផ្សេងទៀតឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" ផ្តល់របាយការណ៍បង់ពន្ធ។)	

### ប្តី/ប្រពន្ធ ឬដៃគូ (ប្រើដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ)

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ)	
ស្ថានភាពការងារ <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្រៅម៉ោង <input type="checkbox"/> មានការងារខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> គ្មានការងារ <input type="checkbox"/> សិស្ស		ឈ្មោះនិយោជក	
រយៈពេលបំពេញការងារ	កាលបរិច្ឆេទ/រយៈពេលអត់ការងារធ្វើ (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ)		

\*មិនមានសម្រាប់ទីតាំង NHSC រួមមាន Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI, ឬ Albert Lea MN Behavioral Health (រួមទាំង Fountain Centers)។

# ការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (បន្ត)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

## អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក (ប្រសិនបើមានអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកច្រើនជាង 4 ប្រើទំព័រដាច់ដោយឡែក)

ឈ្មោះពេញ	ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ)
1.		
2.		
3.		
4.		

## ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

ការពិពណ៌នា	ចំនួនប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ

## បំណុលវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រភេទ	ទៅអ្នកណា	សមតុល្យដែលមិនបានបង់	ការចំណាយប្រចាំខែ
វេជ្ជបណ្ឌិតវេជ្ជសាស្ត្រ			
មន្ទីរពេទ្យវេជ្ជសាស្ត្រ			
ផ្សេងទៀត			

## ហត្ថលេខាបញ្ជាក់

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានរាយការណ៍គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មាននេះ ត្រូវបានប្រើដើម្បីបញ្ជាក់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយ Mayo Clinic ឬអង្គការព្យាបាលសុខភាព ហើយ ខ្ញុំសូមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យ Mayo Clinic និងគ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ និងអង្គការព្យាបាលសុខភាពទាំងអស់ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានតាម ភាពចាំបាច់ ដើម្បីពិចារណាលើសំណើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំសូមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យ Mayo Clinic បុគ្គលិក និងអ្នកគំណាង Mayo Clinic ទាំងអស់ ឬភ្នាក់ងារដើម្បីធ្វើការស៊ើបអង្កេតព័ត៌មានដែលមាននៅទីនេះ។

អ្នកជំងឺ ឬ ហត្ថលេខាភាគីទទួលខុសត្រូវ ▶	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ)
ភាគីទទួលខុសត្រូវ បានត្រឹម ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)	
ហត្ថលេខាប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ដៃគូ ▶	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ)
ឈ្មោះជាអក្សរធំរបស់ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ដៃគូ (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)	