



Saint Agnes Medical Center

សូមអរគុណចំពោះចំណាប់អារម្មណ៍របស់អ្នកចំពោះកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកនិង / ឬសមាជិកគ្រួសារបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅឯមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Saint Agnes ក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយ (៦) ខែកន្លងមកសូមទំនាក់ទំនងមកការិយាល័យរបស់យើងតាមរយៈលេខ (៥៥៩) ៤៥០-៣១៤៥ ឬ (៨៥៥) ២២៤- មុនពេលបំពេញពាក្យសុំនេះ។ ៥៩៩៨ ។

បញ្ជូនពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចនិងឯកសារចាំបាច់ទាំងអស់ដែលមានរាយនៅខាងក្រោមក្នុងរយៈពេលសាមសប (៣០) ថ្ងៃ៖

របាយការណ៍ធនាគាររយៈពេលបី (3) ខែពេញលេញសម្រាប់គណនីចរន្តសន្សំ និង/ឬគណនីវិនិយោគដែលបង្ហាញពីប្រតិបត្តិការដាក់និងដកសាច់ប្រាក់។ សូមផ្តល់ការពន្យល់សម្រាប់ការដាក់ប្រាក់។ (តម្រូវ)

ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន និង/ឬមិនរកបាន ដូចមានក្នុងឯកសារខាងក្រោម។ (តម្រូវ)

1. ក្រដាសបើកប្រាក់ចំនួន (3) បីសម្រាប់ខ្លួនឯង ប្តី/ប្រពន្ធ និងអ្នកក្នុងបន្ទុកទាំងអស់ ដែលបង្ហាញពីអត្រាប្រាក់បញ្ញើ និងចំនួនម៉ោង ដែលបានធ្វើ ឬ
2. របាយការណ៍ពន្ធសហព័ន្ធបច្ចុប្បន្ន ឬទើបបំពេញចុងក្រោយ សម្រាប់ខ្លួនឯង និងប្តី/ប្រពន្ធ ឬ
3. របាយការណ៍វិភាគទានពីគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ ដែលនិយាយពីចំណាយសម្រាប់ជីវភាព និង
4. ឯកសារណាមួយក្នុងចំណោមឯកសារខាងក្រោម ដែលទាក់ទងនឹងអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធ និងអ្នកក្រោមបន្ទុកទាំងអស់៖
 - o របាយការណ៍ពន្ធចំណូល រួមមានរបាយការណ៍ចំណេញ/ខាត បើសិនធ្វើការខ្លួនឯង
 - o របាយការណ៍ពន្ធចំណូល សម្រាប់ការបញ្ជាក់ពីអ្នកក្នុងបន្ទុក
 - o របាយការណ៍ការលើកសម្រាប់ភាពគ្មានការងារធ្វើ
 - o លិខិតផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់សិស្ស
 - o លិខិតកំណត់អំពីជំនួយសាធារណៈ (ឧ. CalFresh, Medi-Cal, ។ល។)
 - o របបសន្តិសុខសង្គម និង/ឬ លិខិត/សែកផ្តល់របបសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ពិការភាព
 - o ភាគលាភ ការប្រាក់ និងប្រាក់ចំណូលពីប្រភពដទៃណាមួយ (ឧ. ប្រាក់ចំណូលពីថ្លៃជួល ចំណូលពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ការលើកសម្រាប់ចូលនិវត្តន៍ ។ល។)

បើសិនអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារណាមួយក្នុងចំណោមឯកសារទាំងនេះ សូមផ្តល់លិខិតពន្យល់ ពីមូលហេតុ ដែលមិនធ្វើឯកសារទាំងនេះមកវិញ។

សូមផ្ញើត្រឡប់មកវិញនូវពាក្យសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និងឯកសារគាំទ្រនានា ទៅកាន់៖

**Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Rd
Farmington Hills, MI 48331**

ផ្ញើត្រឡប់ត្រឹមថ្ងៃ៖ _____

សូមទុករយៈពេលប្រហែល 30 ថ្ងៃ សម្រាប់ដំណើរការ ពេលយើងបានទទួលពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួច។ បើសិនអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការព័ត៌មានជាក់លាក់ស្តីទៅទៀត សូមទាក់ទងមកការិយាល័យរបស់យើង តាមលេខទូរស័ព្ទខាងក្រោម។

សូមទទួលនូវការគោរពរាប់អានដ៏ស្មោះពីយើងខ្ញុំ។

ផ្នែកបម្រើសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Saint Agnes Medical Center
(599) 450-3145 ឬ (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

សេចក្តីជូនដំណឹងដល់ឯកត្តជនអំពីការមិនរើសអើង និង លក្ខខណ្ឌទទួលយក

Saint Agnes Medical Center ផ្តល់កិត្តិយសចំពោះភាពបរិសុទ្ធ និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូររបស់មនុស្សគ្រប់រូប ហើយគោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធ ហើយមិនរើសអើង ដោយឈរលើរូប:ដែលទទួលបានការពារ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។

Saint Agnes Medical Center: ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ ដល់ជនពិការ ក្នុងការទំនាក់ទំនងជាមួយយើងដោយប្រសិទ្ធភាព ដូចជា

- សេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និងភាសាសញ្ញា តាមរយៈវីដេអូ និងបណ្តាញប្រព័ន្ធអ្នកបកប្រែអូឌីយ៉ូ។
- ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាន់ជ្រុងជ្រោយ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ សំលេង អេឡិចត្រូនិក និងទម្រង់ដទៃទៀត។

ផ្តល់សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ដល់មនុស្ស ដែលភាសាទីមួយរបស់ពួកគេ មិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា:

- សេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានគុណវុឌ្ឍិ
- ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាដទៃ

បើសិនអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ តាមលេខទូរស័ព្ទ (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233 សម្រាប់ជំនួយ។

បើសិនអ្នកជឿថា Saint Agnes Medical Center បានខកខានមិនបានផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងតាមរបៀបណាមួយ ដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ ដោយផ្ទាល់ តាមសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីម៉ែល:

**Saint Agnes Medical Center,
Attn: Risk Management
1303 E. Herndon Ave.,
Fresno, CA 93720
559-450-7475,
អ៊ីម៉ែល: Information@samc.com**

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិមនុស្ស តាមសារអេឡិចត្រូនិក សំបុត្រ ឬទូរស័ព្ទ:

**Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
Web <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
ទូរស័ព្ទ 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697**



Saint Agnes Medical Center

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.) 번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यानदः यदआपहदबोलतेह तोआपकेिलएमुफ्तमभाषासहायतासेवाएंउपलब्धह।परकॉल कर1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Panjabi

ਿਯਆਨ ਿਦਠਿ: ਜੇ ਤੁਸਮ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਮ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



Saint Agnes Medical Center

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: លើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ឈឺចាប់គិតលេខ គឺធរសំប៉បំណែងអ្នក។ ចូរ
ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1- هاتف الصم والبكم- 11 :
559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.
Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai
fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho'opuka 'oe i ka 'ōlelo [ho'okomo 'ōlelo], loa'a ke kōkua manuahi iā 'oe.
E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

ការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុជាសម្ងាត់

សេវាកម្មប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ ដែលផ្តល់ជូនដោយគ្រូពេទ្យសាខា ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀត អាចចេញវិក្កយបត្រដាច់ដោយឡែក។ ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ គឺអាស្រ័យទៅតាមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មទាំងនោះ ដោយស្របតាមគោលការណ៍ នីតិវិធី និងបទបញ្ជារបស់ពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលផ្តល់ក្នុងពាក្យស្នើសុំ អាចត្រូវបានគេផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀត ដើម្បីជួយដល់អ្នកជម្ងឺ។ Saint Agnes Medical Center ផ្តល់កិត្យិយសចំពោះភាពបរិសុទ្ធ និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូររបស់មនុស្សគ្រប់រូប ហើយគោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធ ហើយមិនរើសអើង ដោយឈរលើរណ្តោះដែលទទួលបានការពារ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		
ផ្លូវ	លេខទូរស័ព្ទ	ទូរស័ព្ទសម្រាប់សារជាអក្សរ	
ទីក្រុង /រដ្ឋ /ហ្សឺប	លេខរបបសន្តិសុខសង្គម		
អសយដ្ឋានសំបុត្រ (បើខុសខាងលើ) ឬអសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល បើចង់បាន			

សម្តែងព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីខ្លួនអ្នក (បើសិន មិនមែនជាអ្នកជម្ងឺ) ប្តី/ប្រពន្ធ និងអ្នកក្នុងបន្ទុក:

ឈ្មោះ:	SSN	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ត្រូវជាយ៉ាងម៉េចជាមួយអ្នកជម្ងឺ

សូមរាយលេខគណនីទាំងអស់ និង/ឬកាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម ដើម្បីឲ្យគេពិចារណាសម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ:

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ	គណនី #	កាលបរិច្ឆេទសេវាកម្ម	សមតុល្យផ្នែកសុខភាព

ស្ថានភាពទីផ្សារសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព

តើអ្នកធ្លាប់ដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងទេ?	<input type="checkbox"/> មិនធ្លាប់	<input type="checkbox"/> ធ្លាប់	បើធ្លាប់ ឈ្មោះ/ ID
បើធ្លាប់ តើអ្នកដាក់ពាក្យតាមរយៈ:			<input type="checkbox"/> Medicaid - រដ្ឋ <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត _____
តើគេបានឯកភាពយល់ព្រមលើគម្រោងធានារ៉ាប់រងទេ?	<input type="checkbox"/> បាន	<input type="checkbox"/> អត់បាន	
តើអ្នកបានចុះឈ្មោះនិងទូទាត់ថ្លៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងទេ?	<input type="checkbox"/> អត់បាន	<input type="checkbox"/> បាន	

ទ្រព្យសកម្មជាសាច់ប្រាក់

សមតុល្យគណនីចរន្ត	ធនាគារ:	\$
សមតុល្យគណនីសន្សំ	ធនាគារ:	\$

ការងារ

បុគ្គលដែលគេជ្រើសជាបុគ្គលិក	និយោជក	រយៈពេលបានប្រាក់ឈ្នួលដុល	# ចំនួនរយៈពេលបានប្រាក់ឈ្នួល	ប្រាក់ឈ្នួលដុលប្រចាំឆ្នាំ
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

ប្រភពប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត

	ប្រចាំខែ	ប្រចាំឆ្នាំ
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ	\$	\$
កម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ប្រភេទ _____ (ឧ. សាច់ប្រាក់សុទ្ធ តែមសម្រាប់អាហារ ។ល។)	\$	\$
ការទូទាត់ពិភាក្សាចូលនិវត្តន៍	\$	\$
របបសន្តិសុខសង្គម / របបសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ពិការភាព	\$	\$
អត្ថប្រយោជន៍នៃភាពអត់ការងារធ្វើឬការទូទាត់ប្រាក់បំណាច់ ចំនួនសប្តាហ៍: _____ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម: _____ កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់: _____ ត្រូវបានបង់ \$: _____	\$	\$
ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត (សន្និធិ/ប័ណ្ណបំណុល/ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ឱ្យប្រចាំឆ្នាំ/ ការប្រាក់/ការផ្តល់អចលនទ្រព្យ)	\$	\$
ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត (ពិគ្រួសារ មិត្តភក្តិ ព្រះវិហារ ។ល។)	\$	\$

ការបញ្ជាក់នៃប្រាក់ចំណូល និងអត្តសញ្ញាណ

បើសិនយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកនឹងត្រូវបានគេជូនដំណឹងតាមទូរស័ព្ទ US Mail ឬអ៊ីម៉ែល។

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ គឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ នឹងត្រូវគេបញ្ជាក់ ហើយចាត់ទុកថាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងសម្ងាត់។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងអស់ ពីក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ការបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល ការចំណាយ អ្នកក្នុងបន្ទុក របាយការណ៍ធនាគារ សក្ខីប័ត្រប្រាក់ឈ្នួល របាយការណ៍ពន្ធ បើមាន។ ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះសំណងថ្លៃសេវាកម្មនៅ Saint Agnes Medical Center បើសិនព័ត៌មានខាងលើ ត្រូវបានគេផ្តល់ ដោយចេតនាក្លែងបន្លំ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុពី Saint Agnes Medical Center តែមួយប៉ុណ្ណោះ មិនមែនពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀតឡើយ។

ហត្ថលេខា:

កាលបរិច្ឆេទ:

ហត្ថលេខារបស់ប្តី/ប្រពន្ធ (បើមាន)

កាលបរិច្ឆេទ:
