

ប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ MaineHealth

ការស្នើសុំការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃឬផែនការបង់ប្រាក់រយៈពេលវែង

ឌុំកំពុងស្នើសុំ: ការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ផែនការបង់ប្រាក់រយៈពេលវែង ទាំងពីរ

ព័ត៌មានអ្នកស្នើសុំ

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	SSN (ប្រើខ្ទង់ចុងក្រោយ)
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង/រដ្ឋ/ស្រុក	ទូរស័ព្ទ #
ស្ថានភាពគ្រួសារ	និយោជក (រាយឈ្មោះរយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយ)	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមនឹងប្រាក់ខែ
ធនាគារបង់ប្រាក់ (ប្រសិនបើអត់, សរសេរ N/A)	គោលការណ៍# (ប្រសិនបើអនុវត្ត)	ថ្ងៃមានប្រសិទ្ធភាព

ព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធ / ដៃគូដាក់ពាក្យសុំ (ប្តីប្រពន្ធស្របច្បាប់ ឬដៃគូរួមរស់ជាមួយគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ)

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	SSN (ប្រើខ្ទង់ចុងក្រោយ)
ទូរស័ព្ទ #	និយោជក (រាយឈ្មោះរយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយ)	ថ្ងៃចាប់ផ្តើម

ករណីដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវបានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍តែបានបែកបាក់ពីប្តីប្រពន្ធ យើងទាមទារអោយមានការថតចម្លងឯកសារផ្នែកច្បាប់នៃបែកបាក់ប្តីប្រពន្ធនេះ។

អ្នកក្រោមបន្ទុក (អ្នកស្នើសុំរាយក្រោម 18 ឆ្នាំ ហើយបច្ចុប្បន្នកំពុងរស់នៅជាមួយបេក្ខជន)

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ	MaineCare ID #

សូមត្រឡប់ទៅផ្នែកម្ខាងទៀតនៃទម្រង់ឯកសារ

ចំណូលគ្រួសាររយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយ

អ្នកដាក់ពាក្យសុំនឹងត្រូវការរាយការណ៍ពន្ធសហព័ន្ធពេញលេញមួយឆ្នាំកន្លងទៅ (previous year's complete federal tax return) ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍បង្ហាញថាមិនមានប្រាក់ចំណូល។

ប្រសិនបើគ្រួសារទទួលបាន:	ចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងមួយខែ:	អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់:
ប្រាក់ចំណូល / ប្រាក់កំរៃនិយោជក	\$	13 សប្តាហ៍ចុងក្រោយឬ 12 ខែចុងក្រោយ នៃ

		paystubs ឬ របាយការណ៍បង់ប្រាក់លម្អិតពីការងារនីមួយៗបង្ហាញប្រាក់ចំណូលនិងការបំពេញ federal tax return កាលពីឆ្នាំមុន។
ការងារដោយឯករាជ្យ/ចំណូលពីការផ្តល់អចលនទ្រព្យ	\$	របាយការណ៍ 1099 ឬ 12 ខែចុងក្រោយនៃប្រាក់ចំណេញនិងការខាតបង់ និង ការបំពេញ federal tax return កាលពីឆ្នាំមុន។
អត្ថមានការងារធ្វើ, STD, LTD ឬអត្ថប្រយោជន៍ពី workers' comp	\$	របាយការណ៍ទាមទារប្រចាំសប្តាហ៍បង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុប 13 សប្តាហ៍ឬ 12 ខែឬបង្ហាញពីនិយោជកដែលបង្ហាញពីការបង់ប្រាក់ពីការងារ។
សន្តិសុខសង្គម(Social Security) ឬ SSDI	\$	លិខិតបញ្ជាក់ពីគុណប្រយោជន៍(benefit) ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ថតចម្លងនៃលិខិតគុណប្រយោជន៍លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-405-1448 ឬ ចូលទៅគេហទំព័រ www.ssa.gov ។ មិនទទួលយកទម្រង់ 1099។
ការចូលនិវត្តន៍ឬប្រាក់ចូលនិវត្តន៍	\$	លិខិតគុណប្រយោជន៍ឬសេចក្តីផ្តេងការណ៍ (401k, IRA ។ ល។) ដែលបង្ហាញពីចំណូលសរុបដែលបានចែកចាយ។ មិនទទួលយកទម្រង់ 1099។
ជំនួយទូទៅ	\$	លិខិតគុណប្រយោជន៍(benefit)ជំនួយទូទៅប្រចាំខែ។
មិនមានប្រាក់ចំណូលសម្រាប់រយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយ។	\$	សេចក្តីវាយការណ៍បញ្ជាក់អំពីការឧបត្ថម្ភដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន, ត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលជួយឧបត្ថម្ភ។ ប្រសិនបើនៅគ្មានប្រាក់សន្សំ អ្នកក៏ត្រូវផ្តល់របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុពីធនាគាររយៈពេល 3 ខែផងដែរ។
ការឧបត្ថម្ភឬប្រពន្ធក្រោយការលែងលះឧបត្ថម្ភភូត	\$	ថតចម្លងការបញ្ជាក់របស់គុណការប្រឹកស្តីសុទ្ធតែមូលប្បទានប្រគល់/បង្គាន់រយៈពេល 3 ខែ។
ប្រាក់ចំណេញភាគហ៊ុន/ ការប្រាក់	\$	របាយការណ៍ភាគលាភប្រចាំត្រីមាសឬរបាយការណ៍ធនាគាររយៈពេល 3 ខែ។
ផ្សេងទៀត	\$	ល្អៗឆ្នោត, កំរៃមិនជាប្រាក់ឈ្នួល, កំរៃមកពីការងារតូចតាច។ល។ សំរាប់ 3 ខែចុងក្រោយ។

តម្រូវការឯកសារផ្សេងទៀត

ក្នុងករណីដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ (Free Care):

- មានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំឬលើសពី 65 ឆ្នាំ។
- ពិការភ្នែកឬពិការ (ឬលក្ខខណ្ឌរាងកាយមិនអាចធ្វើការបានកាលពីកន្លងទៅ) ។
- បច្ចុប្បន្នមានផ្ទៃពោះឬដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់អ្នកនៅក្រោមបន្ទុកគ្រួសារ។

អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំអាចដាក់ពាក្យសំរាប់ **MaineCare** នៅនាយកដ្ឋានសុខភាពនិងសេវាមនុស្សក្នុងតំបន់។ ការដាក់ពាក្យសុំទូរស័ព្ទទៅ

លេខ 1-800-442-6003 ឬចូលទៅ <https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

កំណត់សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ MaineCare ថ្មីៗនេះ សូមធ្វើច្បាប់ថតចម្លងនៃស្នើសុំជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ។ អ្នកជំងឺដែលចុះឈ្មោះចូលសំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវរាយការណ៍មានការសំរេចពី MaineCare ។

ផែនការបង់ប្រាក់រយៈពេលវែង

ការស្នើបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ \$_____

ក្នុងការបង្ហាញអំពីភាពត្រឹមត្រូវនៃផែនការបង់ប្រាក់រយៈពេលវែង សូមសរសេរព័ត៌មានដូចខាងក្រោមដែលទាក់ទងទៅនឹងការចំណាយរបស់គ្រួសារ

សូមរាយនាមការចំណាយប្រចាំខែទាំងអស់សំរាប់គ្រួសារអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ:

ចំណាយ:	ការចំណាយប្រចាំខែ:	ចំណាយ:	ការចំណាយប្រចាំខែ:
ផ្ទះ (ប្រាក់កម្ចី/ជួលផ្ទះ)	\$	ប្រាក់កម្ចីផ្ទាល់ខ្លួន/Home Equity	\$
ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ	\$	ចំណាយថែទាំកូន	\$
ធានារ៉ាប់រង ម្ចាស់ផ្ទះ/អ្នកជួល	\$	401K/403B	\$
Utilities:	-	កម្ចីទិញឃានយន្ត	\$
ទូរស័ព្ទផ្ទះ / ទូរស័ព្ទដៃ	\$	ធានារ៉ាប់រងរថយន្ត	\$
អគ្គិសនី	\$	សំងសម្រាប់ឃានយន្ត	\$
ទឹក / លូ	\$	អាហារ	\$
ខ្សែកាប / ផ្កាយរណប	\$	ចំណាយចិញ្ចឹមសត្វ	\$
អ៊ីនធឺណិត	\$	ជំពាក់លុយពេទ្យ	\$
ឧស្ម័ន / ប្រេង (កំដៅ)	\$	កាត់គណនាន	\$

សូមផ្ញើទម្រង់ពាក្យសុំនិងឯកសារ	MaineHealth Patient Financial Services Attn: Financial	Fax: (207) 661-8042
--------------------------------------	---	---------------------

ដែលបានបំពេញរួចទៅ:	<p style="text-align: center;">Counseling 301 Route 1, Suite C Scarborough, ME 04074-9701</p>	
-------------------	--	--

សូមចងចាំភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងជាកម្មស្តីតាងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនរួមទាំងប្រាក់ចំណូលគឺជាការពិតនិងត្រឹមត្រូវតាមចំនេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំទទួលដឹងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំដាក់ស្នើ ទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលនិងទំហំគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺស្ថិតនៅក្រោមការត្រួតពិនិត្យដោយ MaineHealth ។ ខ្ញុំក៏យល់ដឹងថាប្រសិនបើព័ត៌មានណាដែលខ្ញុំដាក់ស្នើត្រូវបានកំណត់មិនពិតនោះ ខ្ញុំនឹងប្រឈមមុខនឹងការបដិសេធចំពោះការផ្តល់សេវាកម្មនៃការថែរក្សាឥតគិតថ្លៃ ហើយខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការគិតថ្លៃសេវាកម្មព្យាបាលដែលបានផ្តល់ឱ្យ។

ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____ ហត្ថលេខាដៃគូស្នើសុំ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

(ឬគំណាងអ្នកជំងឺ)

សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹងពាក្យសុំនេះសូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍របស់យើងខ្ញុំតាមលេខ (207) 887-5100 ឬលេខឥតគិតថ្លៃ (866) 804-2499