

អាសយដ្ឋានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ _____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

ឈ្មោះ - លេខសន្តិសុខសង្គម _____

ទីស្នាក់នៅ _____ ស្ថានភាពការងារ _____

លេខទូរស័ព្ទទីស្នាក់នៅ _____

ព័ត៌មានរបស់ភាគីសាមី/ព័ត៌មានរបស់អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានលិខិតឆ្លងព្រំដែនភាគីសាមី ឬក៏អ្នកនេះឱ្យដាក់ទៅទេ?)

ឈ្មោះ (តាមខ្លួន និងតាមគ្រូពេទ្យ) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____ អាសយដ្ឋានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ _____

_____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____ លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើមាន) _____

_____ ទីស្នាក់នៅ _____

_____ ស្ថានភាពការងារ _____

ព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធរបស់ភាគីសាមី

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានលិខិតឆ្លងព្រំដែនភាគីសាមី បំពេញព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធសម្រាប់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ (តាមខ្លួន និងតាមគ្រូពេទ្យ) _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____ អាសយដ្ឋានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ _____

_____ ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____ លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើមាន) _____

_____ ទីស្នាក់នៅ _____

_____ ស្ថានភាពការងារ _____ លេខទូរស័ព្ទទីស្នាក់នៅ _____

អ្នកក្នុងគ្រួសាររបស់ភាគីសាមី

(ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានលិខិតឆ្លងព្រំដែនភាគីសាមី បំពេញព័ត៌មានប្តីប្រពន្ធសម្រាប់អ្នកជំងឺ។)

ឈ្មោះ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ឈ្មោះ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ឈ្មោះ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ឈ្មោះ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ទំនាក់ទំនងទៅនឹងភាគីសាមី _____

ចំនួនមនុស្សធំ និងកុមារដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះ _____



លិខិតគាំទ្រ

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រអ្នកជំងឺ/លេខគណនី _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកគាំទ្រ _____

ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យរដ្ឋប្បវេណី _____

អាសយដ្ឋានអ្នកគាំទ្រ _____

ជូនចំពោះ: AdventHealth *

លិខិតនេះគឺដើម្បីណែនាំថា (ឈ្មោះអ្នកជំងឺ) _____

ទទួលបានចំណូលតិចតួច ឬគ្មានចំណូល ហើយខ្ញុំកំពុងជួយលើកលែងលើការអស់ទៅរបស់ពួកគេ។ ពួកគេមានកាតព្វកិច្ចតិចតួច ឬគ្មានសារៈចំពោះខ្ញុំ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាលើការអះអាងនេះ ខ្ញុំយល់ស្របថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនគឺពិតទៅកាមចំណេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកគាំទ្រ_ កាលបរិច្ឆេទ _____



ជូនចំពោះអ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ៖

AdventHealth ត្រូវបានជម្រុញដោយសេចក្តីមេត្តា និងប្តេជ្ញាទៅនឹងការផ្តល់ជូនការថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់មនុស្សគ្រប់គ្នា ជាពិសេសអ្នកដែលកំពុងខ្វះខាតជាងគេ។ វាជាបេសកកម្ម

និងប្រសិទ្ធិរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ជូនជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទៅដល់អ្នកជំងឺរបស់យើង។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមានតែសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតប៉ុណ្ណោះ។ សូមអរគុណសម្រាប់ការជឿជាក់លើយើង ដើម្បីឱ្យយើងមើលថែអ្នក និងគ្រួសារអ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

យើងផ្ញើលិខិតនេះ និងពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរាប់មកជាមួយ ព្រោះយើងបានទទួលសំណើរបស់អ្នកហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនស្នើសុំវិញទេ សូមកុំអើពើនឹងវា។ សូមបំពេញទាំងសងខាង ដែលរួមមានហត្ថលេខារបស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទ មុនពេលផ្ញើវាត្រឡប់មកវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកចាំបាច់ពេញពាក្យស្នើសុំមួយ ទៅក្នុងរយៈពេល **6** ខែចុងក្រោយនេះ ហើយត្រូវបានយល់ព្រមសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុហើយនោះ សូមជូនដំណឹងដល់យើង។

អ្នកអាចមិនចាំបាច់ត្រូវបំពេញពាក្យស្នើសុំថ្មីណាមួយទៀតនោះទេ។ យើងនឹងមិនពិចារណាលើការស្នើសុំថ្មីមុន ដែលមានរយៈពេលលើសពី **6** ខែហើយនោះទេ។

រួមជាមួយនឹងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ សូមផ្តល់សំណើមួយនៃរបស់រដ្ឋធានាទាំងយ៉ាងតិចមួយ ដើម្បីធ្វើជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបានរៀបការហើយ ឬបានរស់នៅជាមួយនឹងមនុស្សសំខាន់របស់អ្នករយៈពេល **6** ខែឡើងទៅ ពួកគេក៏នឹងចាំបាច់ត្រូវផ្តល់សំណើមួយនៃរបស់រដ្ឋធានាទាំងយ៉ាងតិចមួយ ដើម្បីធ្វើជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំណូលរបស់ពួកគេ មុនពេលពាក្យស្នើសុំនេះអាចត្រូវបានដំណើរការបាន។

- សំណើនៃសំបុត្របញ្ជាក់ការបង់ប្រាក់ថ្លៃបំផុតពីនិយោជកចំនួនបី
- សំណើនៃពាក្យប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំថ្មីបំផុត (ប្រសិនបើអ្នករាយការណ៍ខ្លួនឯង ត្រូវរួមបញ្ចូលពាក្យភ្ជាប់ (schedule) ទាំងអស់)
- លិខិតផ្តល់សន្តិសុខសង្គម និង/ឬ ហោធននិវត្តន៍
- ពាក្យប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំថ្មីបំផុតរបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំអ្នកក្នុងបន្ទុក ដែលបានរាយនាមនៅក្នុងពាក្យប្រកាសពន្ធរបស់ពួកគេ និងមានអាយុក្រោម **25** ឆ្នាំ
- ឯកសារបញ្ជាក់ចំណូលផ្សេងទៀត
- សំណើរបាយការណ៍ធានាគម្របបំបែកមុន
- សំណើបង្កាន់ដៃប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ការគ្មានការងារ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយពី ម្ចាស់នៅក្នុងផ្ទះមួយ ជាមួយនឹងគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ សូមឱ្យពួកគេបំពេញពាក្យដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ ដែលមានស្លាកសម្គាល់ថា “លិខិតគាំទ្រ”។

លិខិតនេះនឹងមិនធ្វើឱ្យពួកគេទទួលខុសត្រូវលើកិច្ចបញ្ជីវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេនោះទេ។ វានឹងជួយបង្ហាញពីរបៀបដែលអ្នកអាចដោះស្រាយការចំណាយលើការសំរេច។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានជំនួយពីគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិទេ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវបំពេញពាក្យលិខិតគាំទ្រនេះនោះទេ។

ចុងក្រោយ សូមផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់ផងដែរទុកជាភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការផ្ញើលើស្តី/ឱសថស្ថាន និងវេជ្ជសាស្ត្រប្រចាំខែដែលមិនទាន់ទូទាត់ហើយ។

សូមដឹងថា ពាក្យស្នើសុំដែលពេញលេញ រួមជាមួយនឹងភស្តុតាងបញ្ជាក់ចំណូលចាំបាច់ត្រូវបានទទួលដើម្បីឱ្យពាក្យស្នើសុំត្រូវបានពិចារណា។ យើងមិនអាចដំណើរការ ឬពិចារណាលើពាក្យស្នើសុំដែលមិនពេញលេញនោះទេ។

សូមចងចាំថា ការទំនាក់ទំនងតាមរយៈអ៊ីមែលលើប្រព័ន្ធអ៊ីមែលដែលបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនឹងមិនមានសុវត្ថិភាពនោះទេ។ ទោះបីជាអាចមិនអាចកើតឡើងក៏ដោយ មានលទ្ធភាពដែលព័ត៌មានដែលអ្នករួមបញ្ចូលនៅក្នុងអ៊ីមែលអាចត្រូវបានស្តាប់ចាប់បាន និងត្រូវបានអានដោយភាគីផ្សេង ក្រៅពីបុគ្គលដែលត្រូវបានធ្វើតាមអសយដ្ឋានទៅកាន់។

យើងចង់ការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក និងធានាថា វានៅតែមានសុវត្ថិភាព។ ដោយសារពាក្យស្នើសុំនេះមានលេខស្តីសុខសង្គមរបស់អ្នក និងព័ត៌មានឯកជនផ្សេងទៀត យើងជម្រុញឱ្យអ្នកកុំធ្វើវាតាមអ៊ីមែល។

សូមព្រមព្រៀងទទួលខុសត្រូវ ហើយធ្វើពាក្យពេញលេញរបស់អ្នកតាមរូបសណ្ឋីយ៍ទៅកាន់អសយដ្ឋានដូចតទៅនេះ៖

AdventHealth PFS
ជូនចំពោះ៖ Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយស្តីពីការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកតំណាងអ្នកជំងឺម្នាក់របស់យើង

តាមលេខ 888-693-2252.

ដោយក្តីស្មោះស្ម័គ្រចិត្ត

សេវាហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺ

AdventHealth