



# ការដាក់ពាក្យសុំ HCP

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ: \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : \_\_\_\_\_

ប្តី/ប្រពន្ធ : \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន : \_\_\_\_\_ ទីក្រុង/ក្រុង : \_\_\_\_\_

ប្រាក់ចំណូល (ចូរកុំបំភ្លេចប្រាក់ចំណូល សំរាប់អតិថិជន MassHealth)	អ្នកដាក់ពាក្យ		ប្តី/ប្រពន្ធ	
	ប្រចាំខែ	ប្រចាំឆ្នាំ	ប្រចាំខែ	ប្រចាំឆ្នាំ
a. សន្និធិយសប្រឡោះ (Social Security)				
Medicare/Part B (ផ្នែក ខ)				
b. ប្រាក់ផ្ទៃជួលផ្ទះ (ក្រដាសប្រាក់ផ្ទៃជួលផ្ទះ)				
c. ការប្រាក់				
d. ប្រាក់ចំណេញ/ប្រាក់បើកឲ្យជាអាជីវកម្ម				
e. ប្រាក់រ៉ូប៊ីត				
f. ផ្សេងទៀត :				
g. ផ្សេងទៀត :				
សរុបជាប្រចាំខែ		x 12 =		x 12 =
សរុបជាប្រចាំឆ្នាំ				
h. សរុបទាំងអស់				

សូមអានសេចក្តីនៅខាងក្រោម រួចចុះហត្ថលេខា ដើម្បីបញ្ជាក់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះថា :

- ព័ត៌មាននៅខាងលើគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ ទៅតាមជីវិត និងជំនឿដែលបំផុតរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_ ។
- បើមានសិទ្ធិទទួល នោះខ្ញុំយល់ព្រមបង់ថ្លៃ ការរួម-បង់ប្រាក់ ជាប្រចាំខែ សំរាប់ការបំរើទាំងឡាយដោយមិនលើសពីនេះទេ ។
- បើខ្ញុំមិនបង់ថ្លៃ ការរួម-បង់ប្រាក់ ជាប្រចាំខែទេ ការបំរើទាំងឡាយសំរាប់ខ្ញុំអាចនឹងបានបញ្ឈប់ ។
- ខ្ញុំយល់ថា ការរួម-បង់ប្រាក់ ជាប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំ អាចនឹងបានបង្កើនជាម្យ៉ាងណា ។ គេនឹងជំរាបខ្ញុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយយ៉ាងហោចណាស់ក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃជាមុន អំពីថ្លៃឈ្នួលត្រូវបានបង្កើន។

**ហត្ថលេខា :**

អ្នកដាក់ពាក្យ : \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : \_\_\_\_\_

ប្តី/ប្រពន្ធ : \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : \_\_\_\_\_

សាក្សី/អ្នកតំណាង : \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : \_\_\_\_\_

CM/RN: \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : \_\_\_\_\_

ខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការអនុម័ត : \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការជំរាប : \_\_\_\_\_

ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ		
ឈ្មោះ	អាសយដ្ឋាន	ចំនួន
		\$
		\$
		\$

ការបញ្ជាក់ប្រយោជន៍ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

សំរាប់ ASAP ប្រើ (FOR ASAP USE)			
<u>Eligibility</u>			
<u>Financial</u>		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
<input type="checkbox"/> 1. Voluntary/nonMedicaid	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 2. Cost sharing/fixed		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 3. Cost sharing/utilization	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 4. Respite/over income		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 5. Over income	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
Comments: _____			
_____			
_____			
_____			
_____			