

## ពាក្យស្នើសុំការថែទាំដែលមិនមានសំណង

<b>ផ្នែកទី I.- ព័ត៌មានគ្រួសារ/អ្នកធានា</b>		<b>ផ្នែកទី IV.- ទ្រព្យសកម្មដែលមិនអាចប្តូរទៅជាសាច់ប្រាក់</b>																																			
ចំនួនសរុបក្នុងគ្រួសារ:		បង្កើត	ឆ្នាំ	ចំនួនដេញដាក់	ការទូទាត់ប្រចាំខែ	តម្លៃ																															
# នៃអ្នកនៅក្នុងបន្ទប់ អាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ:		ឡានទី 1				\$ _____																															
ឈ្មោះអ្នកធានា:		ឡានទី 2				\$ _____																															
ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ:		ផ្សេងទៀត				\$ _____																															
ស្ថានភាពសញ្ជាតិ		សរុប																																			
		តើអ្នកជាម្ចាស់ ឬជួលលំនៅដ្ឋាន?	ជាម្ចាស់	ជួល																																	
<b>ផ្នែកទី II.- ប្រាក់ចំណូលដល់ប្រចាំខែ</b>		តើអ្នកជាម្ចាស់ទ្រព្យផ្សេងទៀតទេ?		បាទ ឬបាទ	ទេ																																
ម្តាយ:		អាសយដ្ឋាន/ទីតាំង:																																			
<input type="checkbox"/> ការងារ	\$ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td>តម្លៃ</td> <td>ចំនួនដេញដាក់</td> <td>សមធម៌</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ពិការភាព</td> <td>\$ _____</td> <td colspan="4" rowspan="2" style="text-align: center;">ទ្រព្យសកម្មដែលមិនអាចប្តូរទៅជាសាច់ប្រាក់សរុប: \$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> មិនមានការងារធ្វើ</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ការចូលនិវត្តន៍</td> <td>\$ _____</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ទ្រព្យផ្សេងទៀត</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medi-cal</td> <td>\$ _____</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:</td> <td>\$ _____</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>						តម្លៃ	ចំនួនដេញដាក់	សមធម៌		<input type="checkbox"/> ពិការភាព	\$ _____	ទ្រព្យសកម្មដែលមិនអាចប្តូរទៅជាសាច់ប្រាក់សរុប: \$ _____				<input type="checkbox"/> មិនមានការងារធ្វើ	\$ _____	<input type="checkbox"/> ការចូលនិវត្តន៍	\$ _____	ទ្រព្យផ្សេងទៀត				<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____					<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	\$ _____				
	តម្លៃ						ចំនួនដេញដាក់	សមធម៌																													
<input type="checkbox"/> ពិការភាព	\$ _____						ទ្រព្យសកម្មដែលមិនអាចប្តូរទៅជាសាច់ប្រាក់សរុប: \$ _____																														
<input type="checkbox"/> មិនមានការងារធ្វើ	\$ _____																																				
<input type="checkbox"/> ការចូលនិវត្តន៍	\$ _____						ទ្រព្យផ្សេងទៀត																														
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____																																				
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	\$ _____																																				
<input type="checkbox"/> ការចូលនិវត្តន៍	\$ _____																																				
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____																																				
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	\$ _____																																				
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលសរុប:	\$ _____																																				
<b>ឪពុក</b>		<b>ផ្នែកទី V.- ការចំណាយប្រចាំខែ</b>																																			
<input type="checkbox"/> ការងារ	\$ _____		ម្តាយ	ឪពុក																																	
<input type="checkbox"/> ពិការភាព	\$ _____	អាហារកិច្ច និង/ឬ ការឧបត្ថម្ភកុមារ	\$ _____	\$ _____																																	
<input type="checkbox"/> មិនមានការងារធ្វើ	\$ _____	ថ្លៃថែទាំពេលថ្ងៃសម្រាប់កុមារ	\$ _____	\$ _____																																	
<input type="checkbox"/> ការចូលនិវត្តន៍	\$ _____	បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព	\$ _____	\$ _____																																	
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	ការចំណាយលើការងារ (អតិបរមា 75 ដុល្លារសម្រាប់មនុស្សម្នាក់)	\$ _____	\$ _____																																	
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	\$ _____	ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ/ធុញសរុប	\$ _____	\$ _____																																	
	\$ _____	គណនីទូទាត់/កម្ចី/បណ្តុំធានា:	\$ _____	\$ _____																																	
		ឈ្មោះ:	\$ _____	\$ _____																																	
		ឈ្មោះ:	\$ _____	\$ _____																																	
<b>ផ្នែកទី III.- ទ្រព្យសកម្មងាយនឹងប្តូរទៅជាសាច់ប្រាក់</b>		ឈ្មោះ:		\$ _____	\$ _____																																
គណនីចរន្ត #	\$ _____	ដែនកំណត់របស់ MasterCard		\$ _____	\$ _____																																
ឈ្មោះធនាគារ:		ដែនកំណត់របស់ Visa :		\$ _____	\$ _____																																
សាខា:		ការចំណាយសរុប		\$ _____	\$ _____																																
គណនីសន្សំ#:	\$ _____	<b>ឯកសារដែលទាមទារ:</b>																																			
ឈ្មោះធនាគារ:		<input type="checkbox"/> ការប្រកាសពន្ធភាពពីឆ្នាំមុន ឬចុងសន្លឹកប្រាក់ខែចំនួន 3 ខែ																																			
សាខា:		<input type="checkbox"/> ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ធនាគារ (2 ខែ)																																			
ផ្សេងទៀត:	\$ _____	<input type="checkbox"/> បង្កាន់ដៃជួល ឬការទូទាត់ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ (3 ខែ)																																			
បញ្ជាក់		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត: (សូមបញ្ជាក់)																																			
ទ្រព្យសកម្មងាយនឹងប្តូរទៅជាសាច់ប្រាក់សរុប	\$ _____																																				

គោលបំណង: គោលបំណងនៃព័ត៌មាននេះគឺដើម្បីកំណត់លទ្ធភាពរបស់អ្នកក្នុងការទូទាត់ថ្លៃសេវានៅមន្ទីរពេទ្យកុមារ LA ឬសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ព័ត៌មាននេះមិនមែនជាការដាក់ពាក្យសុំ Medi-cal និងសេវាកម្មកុមាររដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ានោះទេ កម្មវិធីសេវាកម្មអ្នកខ្សែយថ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខោនធី ឬកម្មវិធីជំនួយរបស់ខោនធីណាមួយឡើយ។ អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋាននៃសេវាសង្គមនៅក្នុងខោនធីនៃលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ព័ត៌មានខាងលើនេះពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ហើយថាមន្ទីរពេទ្យកុមារសិទ្ធិក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានទាំងអស់។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានដល់សេវាអាជីវកម្មអ្នកជំងឺអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរ។

ខ្ញុំយល់ហើយថាខ្ញុំនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះការគិតថ្លៃចំនួនពេញលេញរបស់ខ្ញុំនៅមន្ទីរពេទ្យកុមារនៅទីក្រុងឡូសអែនធីលេស។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/ អាណាព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ
សាក្សី/ អ្នកបកប្រែ	តំណាងមន្ទីរពេទ្យ