

អ្នកជំងឺជាទីគោរព!

ខាងក្រោមគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់សាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យ **Northeast** មន្ទីរពេទ្យ **Winchester** និងក្រុមហ៊ុនសាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យគ្លីនិច **Lahey**។ សូមបំពេញឲ្យបានគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ ហើយប្រគល់មកវិញជាមួយឯកសារដែលតម្រូវទាំងអស់។ ពាក្យស្នើសុំដែលមិនបានបំពេញឲ្យបានពេញលេញ អាចនឹងមិនទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុឡើយ។

ថ្ងៃផុតកំណត់ក្នុងការប្រគល់ពាក្យស្នើសុំមកវិញគឺមានរយៈពេល ២៤០ ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃចេញវិក្កយបត្រ ដំបូង សម្រាប់សេវាដែលត្រូវការស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។

សាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យ **Northeast** មន្ទីរពេទ្យ **Winchester** និងក្រុមហ៊ុនសាជីវកម្មមន្ទីរពេទ្យគ្លីនិច **Lahey**នឹងដៃគូពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ នឹងព្យាយាមឲ្យអស់ពីលទ្ធភាពក្នុងការផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដល់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលមានតម្រូវការលើការថែទាំសុខភាព ហើយគ្មានធានារ៉ាប់រង ធានារ៉ាប់រងបានតិចតួច មិនមានសិទ្ធិទទួលបានការឧបត្ថម្ភពិកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាល ឬក៏មិនអាចចំណាយប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ ដោយសារស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទាក់ទងមកអ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមលេខទូរស័ព្ទខាងក្រោម។

សូមអរគុណ។

ប្រគល់ពាក្យស្នើសុំទៅកាន់៖

ផ្នែកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ  
មន្ទីរពេទ្យ និងមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Lahey  
41 Mall Road  
Burlington MA 01803  
781-744-8815

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការលំបាកទូទាត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

សូមបោះពុម្ព

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ: \_\_\_\_\_ លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (SSN): \_\_\_\_\_

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_

ថ្ងៃកំណើតអ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_  
ផ្លូវ លេខផ្ទះ

\_\_\_\_\_ ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ (Zip Code)

តើអ្នកជំងឺមានសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬ Medicaid\*\* ដែរឬទេនៅពេលប្រើប្រាស់សេវាមន្ទីរពេទ្យ?

មាន  មិនមាន

ប្រសិនបើ "មាន" សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង (ផ្នែកខាងមុខ និងខាងក្រោយ) និងបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម:

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង: \_\_\_\_\_ លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង: \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទសុពលភាព: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង: \_\_\_\_\_

សំគាល់: ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដោយសារការលំបាកក្នុងការទូទាត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនអាចផ្តល់ជូនបានទេ ប្រសិនបើមាន គណនីសន្សំសុខភាព (HSA) គណនីសំណងសុខភាព (HRA) គណនីចំណាយដែលអាចបត់បែនបាន (FSA) ឬមូលនិធិស្រដៀងគ្នា ដែលត្រូវបានរៀបចំឡើងសម្រាប់ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារ។ ការទូទាត់ប្រាក់ពីមូលនិធិទាំងនេះ ត្រូវទូទាត់ជាមុន គឺមុនពេលជំនួយត្រូវបានផ្តល់ឲ្យ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយការលំបាកទូទាត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម: រាយឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកជំងឺ ឪពុកម្តាយ កូន និង/ឬបងប្អូនបង្កើត ឬបងប្អូនចិញ្ចឹមដែលមានអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះ។

សមាជិកគ្រួសារ	អាយុ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ប្រភពចំណូល ឬឈ្មោះនិយោជក	ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែ
1.				
2.				
3.				
4.				

បន្ថែមពីលើពាក្យស្នើសុំជំនួយការលំបាកទូទាត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ យើងក៏ត្រូវការឯកសារដូចខាងក្រោម ដែលត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះ:

- របាយការណ៍ប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលចុងក្រោយបង្អស់
- ទម្រង់ W2 និង/ឬទម្រង់ 1099 ចុងក្រោយបង្អស់
- ចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែ ៤ខែចុងក្រោយ
- របាយការណ៍គណនីសែក និង/ឬគណនីសន្សំ ៤ខែចុងក្រោយ
- គណនីសន្សំសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព
- ការរៀបចំសំណងនៃការថែទាំសុខភាព

- គណនីចំណាយដែលអាចបត់បែនបាន
- ច្បាប់ចម្លងនៃរាល់វិក្កយបត្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើមិនមានឯកសារទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទមកផ្នែកពិគ្រោះយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ តាមទូរស័ព្ទលេខ (៧៨១)៧៤៤-៨៨១៥ ដើម្បីពិភាក្សាអំពីឯកសារផ្សេងទៀតដែលពួកគេអាចផ្តល់ឱ្យ។

រៀបរាប់បំណុលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្តល់ច្បាប់ចម្លងវិក្កយបត្រទាំងអស់ ដែលបង្កក្នុងរយៈពេលដប់ពីរខែ ចុងក្រោយ៖

កាលបរិច្ឆេទសេវា	កន្លែងទទួលសេវា	ចំនួនជំពាក់
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

សូមផ្តល់ការពន្យល់ខ្លីៗអំពីមូលហេតុដែលការទូទាត់វិក្កយបត្រសេវាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះគឺជាការលំបាក៖

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

តាមរយៈហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថារាល់ព័ត៌មានដែលបានបំពេញក្នុងពាក្យស្នើសុំ គឺពិតជាត្រឹមត្រូវបំផុត។

ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំ៖ \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

សូមទុកពេល ៣០ ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំ សម្រាប់ការពិចារណាលើលក្ខខណ្ឌជ្រើសរើស។

ប្រសិនបើត្រូវបានជ្រើសរើស ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនឹងត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់រយៈពេលប្រាំមួយខែ គិតចាប់ពីថ្ងៃនៃការអនុម័ត ហើយមានសុពលភាពសម្រាប់គ្រប់មន្ទីរពេទ្យដៃគូ Beth Israel Lahey Health ដែលមានចែងក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី ៥ នៃគោលនយោបាយជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនីមួយៗ។

- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Anna Jaques
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Addison Gilbert
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ BayRidge
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Beth Israel Deaconess-Boston
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Beth Israel Deaconess Milton
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Beth Israel Deaconess Needham
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Beth Israel Deaconess Plymouth
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Beverly
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ និងមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Lahey, Burlington
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Lahey, Peabody
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Mount Auburn
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ New England Baptist
- មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Winchester

សម្រាប់បុគ្គលិក។	
ពាក្យស្នើសុំទទួលដោយ៖	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
ថ្ងៃទទួលពាក្យ៖	

