



0332C

សេចក្តីណែនាំចំពោះការដាក់ពាក្យសុំជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុ

1. សូមបំពេញ **ត្រង់កន្លែង** ទាំងអស់ដែលបានដាក់ភ្ជាប់នឹងទម្រង់នៃការដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិន បើកន្លែងណាមួយមិនពាក់ព័ន្ធ នឹងលោកអ្នកសូមសរសេរមិន ទាក់ទង (N/A) ក្នុងកន្លែងចំហដែលបានផ្តល់ឲ្យ។
2. សូមដាក់ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចំហបន្ថែម ឆ្លើយនឹងសំណួរណាមួយ។
3. លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងឯកសារប្រាក់ចំណូល នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំជំនួយនេះ។ ឯកសារដូចតទៅនេះ គឺជាឯកសារដែលត្រូវបានរាប់ទុកជាភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល៖

ប្រសិនបើលោកអ្នកបានដាក់ពាក្យសម្រាប់និវត្តន៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ លោកអ្នកត្រូវដាក់បញ្ចូលសំណៅចំឡងមួយ សន្លឹក៖

- a. និវត្តន៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (ទម្រង់លេខ 1040) នៃឆ្នាំបច្ចុប្បន្នបំផុត។ លោកអ្នកត្រូវតែរួមបញ្ចូលទាំងកាលវិ ភាគនិងឯកសារតំណទាំងអស់ ដូចដែលបានដាក់បញ្ចូលទៅសេវាដឹកជញ្ជូន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានដាក់ពាក្យសម្រាប់និវត្តន៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធមួយ សូមផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

- a. កន្ទុយសែកថ្មីច្រោងបំផុតពីរ (2); និង
- b. លិខិតពន្យល់អំពីមូលហេតុដែលលោកអ្នកមិនបានដាក់ពាក្យសម្រាប់និវត្តន៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានប្រាក់ចំណូល ឬភស្តុតាងឯកសារនៃប្រាក់ចំណូលទេ សូមផ្តល់លិខិតមួយច្បាប់ពន្យល់អំពីរបៀប លោកអ្នកគាំទ្រខ្លួនឯង/គ្រួសារ។

4. ការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ជំនួយមិនត្រូវអាចដំណើរការបាន រហូតទាល់តែព័ត៌មានទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជាមុ នសិន។
5. វាសំខាន់ណាស់ដែលលោកអ្នកបំពេញនិងដាក់បញ្ចូលពាក្យដាក់សុំជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុ រួមជាមួយនឹងឯកសារតំណាងម្រូវ ទាំងអស់ **ក្នុងអំឡុងពេលដប់បួន (14) ថ្ងៃ**។
6. លោកអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទពាក្យដាក់សុំជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុ។ ប្រសិនអ្នកជម្ងឺ/ភាគីទទួលខុសត្រូវនិងប្តី ឬប្រពន្ធផ្តល់ព័ត៌មាន ទាំងពីរត្រូវចុះហត្ថលេខានៅលើពាក្យដាក់សុំ។
7. ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទ Patient Business Office លេខ (909) 651-4177, រវាងម៉ោង 9:00 ព្រឹកនិងម៉ោង 5:00 ល្ងាចថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ និងម៉ោង 9:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 2:00 ថ្ងៃរសៀល នៅថ្ងៃសុក្រ(មិនរាប់បញ្ចូលចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃបុណ្យឡើយ)។ សូមទាក់ទងអ្នកតំណាងចុះឈ្មោះសម្រាប់ជំនួយ ក្នុងចុងសប្តាហ៍ ថ្ងៃបុណ្យ និងពេលក្រោយពីម៉ោងធ្វើការ។
8. ផ្ញើរពាក្យដាក់សុំជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុបញ្ចប់របស់លោកអ្នក និងឯកសារតម្រូវទាំងអស់ទៅ៖

Loma Linda University Children's Hospital
 Patient Business Office
 P.O. Box 907
 Loma Linda, CA 92354



សេចក្តីណែនាំចំពោះការដាក់ពាក្យសុំជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុ

គោលបំណងនៃទម្រង់នេះគឺដើម្បីសម្រេចថា តើ អ្នកជម្ងឺ/ភាគីទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ជំនួយខាងហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការអនុលោមជាមួយនឹងការព្យាបាលដោយសប្បុរស/គោលនយោបាយការបញ្ចុះតម្លៃបង់ប្រាក់ Loma Linda University Children's Hospital ។

អ្នកជម្ងឺ/ភាគីទទួលខុសត្រូវ
ឈ្មោះរបស់ _____

ឈ្មោះរបស់
ប្តី/ប្រពន្ធ _____

អាសយដ្ឋាន

លេខទូរស័ព្ទ
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ៖ _____
លេខទូរស័ព្ទការងារ៖ _____

លេខសន្តិសុខសង្គម
អ្នកជម្ងឺ/ភាគីទទួលខុសត្រូវ _____

ប្តី/ប្រពន្ធ _____

ស្ថានភាពគ្រួសារ (ដាក់ឈ្មោះអ្នកទីពីងគ្រប់រូបដែលលោកអ្នកគាំទ្រ)

ឈ្មោះ	អាយុ	ទំនាក់ទំនង

ស្ថានភាពការងារ អ្នកជម្ងឺ/ភាគីទទួលខុសត្រូវ និយោជក

អ្នកជម្ងឺ/ភាគីទទួលខុសត្រូវ _____
 មុខងារ _____
 និយោជក _____
 អ្នកទំនាក់ទំនង _____
 និយោជកទំនាក់ទំនង _____
 លេខទូរស័ព្ទ _____

និយោជករបស់ប្តី/ប្រពន្ធ មុខងាររបស់ប្តី/ប្រពន្ធ និយោជក

អ្នកទំនាក់ទំនង _____
 និយោជកទំនាក់ទំនង _____
 លេខទូរស័ព្ទ _____



ប្រាក់ចំណូល

	អ្នកជម្ងឺ/អ្នកធានា	ប្តី/ប្រពន្ធ
1. ប្រាក់ឈ្នួលដុល និង ប្រាក់ខែ/ឆ្នាំ (មុនដកពន្ធ)	\$	\$
2. ប្រាក់ចំណូលពីការងាររបស់ខ្លួន/ឆ្នាំ	\$	\$
3. ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត៖		
a. ប្រាក់ការនិងប្រាក់ចំណេញក្នុងនាមជាកូនហ៊ុន	\$	\$
b. អចលនទ្រព្យ និង ភតិសន្យា	\$	\$
c. សន្តិសុខសង្គម	\$	\$
d. សោធនអាហារកិច្ច	\$	\$
e. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន	\$	\$
f. ប្រាក់គ្មានការងារធ្វើ/ប្រាក់ពិការ	\$	\$
g. ប្រាក់ជំនួយសាធារណៈ	\$	\$
h. ធនធានប្រាក់ទាំងអស់ដទៃទៀត (ដាក់បញ្ជីតភ្ជាប់)	\$	\$
ចំនួនប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ (បូកបន្ទាត់ 1 - 3h ខាងលើ)	\$	\$

ការចាយវាយខុសពីធម្មតា

សូមផ្តល់ព័ត៌មានចំពោះការចាយវាយខុសពីធម្មតាណាមួយ ដូចជាតម្លៃកែប្រែយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ការក្ស័យធន ការវិនិច្ឆ័យតុលាការឬការទូទាត់ (ដាក់ភ្ជាប់បញ្ជីតាមតម្រូវការ)។

ពិពណ៌នា	ចំនួន

ដោយចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំ/យើងសូមប្រកាសថាព័ត៌មានទាំងអស់គឺពិត និងត្រឹមត្រូវ យ៉ាងអស់ពីសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំ/យើង។ ខ្ញុំ/យើងអនុញ្ញាតឱ្យ LLUCH ដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មានណាមួយ ដែលបានរាយការណ៍នៅលើពាក្យដាក់សុំនេះ។ ខ្ញុំ/យើងសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់ ដើម្បីទាក់ទងនិយោជករបស់ខ្ញុំ/យើង។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ/ភាគីទទួលខុសត្រូវ ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកជម្ងឺ កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់ប្តី/ប្រពន្ធ កាលបរិច្ឆេទ

