

សេចក្តីណែនាំបន្ថែមរបស់កម្មវិធី MyChart អំពីពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅមជ្ឈមណ្ឌលជំងឺមហារីក Fred Hutchinson Cancer Center ។

នេះគឺជាកំណែប្រែបន្ថែមរបស់កម្មវិធី MyChart ។

សូមប្រើប្រាស់កំណែប្រែបន្ថែមនេះតែក្នុងករណីដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យតាមរយៈគណនី MyChart របស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។

សូមបង្ហាញកំណែប្រែបន្ថែមនេះតាមរយៈម៉ូឌុល MyChart ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការបំពេញពាក្យស្នើសុំទាំងមូល

សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងដើម្បីទាញយកពាក្យស្នើសុំទាំងមូលតាមរយៈ fredhutch.org/financialassistance ។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំពាក្យស្នើសុំ ឬព័ត៌មានពិសេសដែលអ្នកកំពុងស្វែងរកការថែទាំផងដែរ។

រដ្ឋាស៊ីនតោនតម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដល់ប្រជាពលរដ្ឋ និងក្រុមគ្រួសារដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ

ប្រាក់ចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានបញ្ចុះតម្លៃ

ដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារនិងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។

យើងផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដល់អ្នកជំងឺ/អ្នកធានាណាមួយដែលប្រាក់ចំណូលដុលររបស់គ្រួសារមានរហូតដល់ 300%

នៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ (Federal Poverty Level, FPL) សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ 100% ។ សម្រាប់កាលបរិច្ឆេទបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 1

ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2022 កម្រិតកំណត់ដំបូងរបស់យើងគឺពង្រីកដល់៖

- 301-350% នៃ FPL សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ 75% និង 25% ជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺ
- 351-400% នៃ FPL សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ 50% និង 50% ជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងទៅកាន់សេវាពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (Financial Counseling) តាមរយៈលេខ

(206) 606-6226 ឬទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ (800) 304-1763 ជ្រើសរើសជម្រើសលេខ 2 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ

វេលាម៉ោង 7:30 ព្រឹក – 4 រសៀល (ម៉ោងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក)។

តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរ៉ាប់រងលើអ្វីខ្លះ?

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់មន្ទីរពេទ្យ រ៉ាប់រងលើសេវាសមស្របតាមមន្ទីរពេទ្យដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលជំងឺមហារីក

Fred Hutchinson Cancer Center អាស្រ័យទៅលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិនរ៉ាប់រងលើការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពទាំងអស់

រួមមានសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអង្គការផ្សេងទៀតផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ៖

សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈលេខ (206) 606-6226 ឬទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ

(800) 304-1763 ជ្រើសរើសជម្រើសលេខ 2 ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយដោយសារហេតុផលណាមួយ រួមទាំងពិការភាព

និងជំនួយផ្នែកភាសា។

កំណត់ចំណាំ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងនូវ

លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក វានឹងជួយបង្កើនល្បឿនដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

លេខរបបសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ សូមសរសេរ “not applicable (មិនមាន)” ឬ “NA (គ្មាន)”។

សូមប្រាកដថាបានរក្សាច្បាប់ចម្លងនៃពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយទៅលើសិទ្ធិទទួលបាន និងសិទ្ធិលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ
រួមទាំងឯកសារនៃប្រាក់ចំណូលផងដែរ។

តាមរយៈការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកមកកាន់ពួកយើងដើម្បីធ្វើការសាកសួរចាំបាច់
ដើម្បីបញ្ជាក់ពីភាពពិត និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

យើងចង់ជួយដល់អ្នក។ សូមដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យបានឆាប់រហ័ស

**អ្នកអាចទទួលបានក្តីយបត្រ ខណៈពេលដែលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកកំពុងរង់ចាំ។ មជ្ឈមណ្ឌលជំងឺមហារីក Fred Hutchinson Cancer
Center និង UW Medicine អាចចែករំលែកព័ត៌មានប្រសិនបើចាំបាច់ ដើម្បីជួយអ្នកជំងឺក្នុងការស្វែងរកការថែទាំនៅស្ថាប័នទាំងពីរ**

(ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការបំពេញពាក្យស្នើសុំ) ។

រយៈពេលអនុម័តសម្រាប់ស្ថាប័ននីមួយៗអាចខុសគ្នា។

ទម្រង់បែបបទបន្ថែមរបស់កម្មវិធី MyChart អំពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាកំណែបែបបទបន្ថែមរបស់កម្មវិធី MyChart ។ សូមប្រើប្រាស់កំណែបែបបទនេះតែក្នុងករណីដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យតាមរយៈគណនី MyChart របស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ សូមបង្ហាញកំណែបែបបទនេះតាមរយៈម៉ូឌុល MyChart ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការបំពេញពាក្យស្នើសុំទាំងមូល សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងដើម្បីទាញយកពាក្យស្នើសុំពេញលេញ។ fredhutch.org/financialassistance ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំពាក្យស្នើសុំ ឬព័ត៌មានពិធីការដែលអ្នកកំពុងស្វែងរកការថែទាំផងដែរ។

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើមានអនុវត្តទេ សូមសរសេរ "NA (គ្មាន)" ។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់។

ការត្រួតពិនិត្យព័ត៌មាន
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមសរសេរភាសាដែលចង់បាន៖
តើអ្នកជំងឺបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medicaid ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ អាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំមុនពេលត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាសាធារណៈរបស់រដ្ឋដូចជា ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) អាហារមូលដ្ឋាន (Basic Food) ឬកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើបច្ចុប្បន្នអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសំបែងមែនឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ ទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ថយន្ត ឬការងារបួសនៅកន្លែងការងារដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ និងអ្នកដាក់ពាក្យ		
នាមខ្លួនអ្នកជំងឺ	នាមកណ្តាលអ្នកជំងឺ	នាមត្រកូលអ្នកជំងឺ
<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់ _____)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺ* <small>*សូមមើលកំណត់ចំណាំនៅទំព័រ 1 ទាក់ទងនឹងលេខរបបសន្តិសុខសង្គម</small>
ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	លេខទំនាក់ទំនងសំខាន់ៗ៖	លេខផ្ទះ៖ _____ លេខទូរសព្ទដៃ៖ _____ ផ្សេងទៀត៖ _____
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖ _____		

ព័ត៌មានគ្រួសារ
រាយនាមសមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកផងដែរ។ "គ្រួសារ" រួមបញ្ចូលមនុស្សដែលជាប់ទាក់ទងគ្នាពីកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ម័គ្រចិត្ត ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។ ទំហំគ្រួសារ _____ អ្នកក្នុងបន្ទុក _____
ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះនិយោជក ឬប្រភពចំណូល	ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ប្រាក់ចំណូល ដុលសរុបប្រចាំខែ (មុនពេលបង់ពន្ធ)៖	កំពុងដាក់ពាក្យ ស្នើសុំ ជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុដូច គ្នាដែរមែនទេ?
					បាទ/ទេ
					បាទ/ទេ
					បាទ/ទេ
					បាទ/ទេ
					បាទ/ទេ
					បាទ/ទេ
					បាទ/ទេ
					បាទ/ទេ

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបង្ហាញ។ ប្រភពចំណូលរួមមាន ឧទាហរណ៍៖

- ប្រាក់ឈ្នួល - មិនមានការងារធ្វើ - ប្រកបអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន - សំណងរបស់កម្មករ - ពិការភាព
- ចំណូលរបបសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI) - អាហារកិច្ចកូន/សហព័ទ្ធ
- កម្មវិធីដែលផ្តល់ការងារក្រៅម៉ោងដល់ (សិស្សនិស្សិត) - ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ - បំណែងចែកពីគណនីចូលនិវត្តន៍
- ផ្សេងទៀត (សូមរៀបរាប់ _____)