គម្រាងបញ្ចុះតម្លៃផ្អែកលើប្រាក់ចំណូល

neighborcare health

កម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃផ្អែកលើប្រាក់ចំណូល របស់នេប៊ែរឃៀរហេលេ អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់សហព័ន្ធដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូល។ អ្នកជំងឺត្រូវការ៖

- ■ ធ្វើការណាត់ជួបជាមួយអ្នកឯកទេសផ្តល់សិទ្ធិឲ្យ ដើម្បីបំពេញពាក្យស្នើសុំ។
- ■ ផ្តល់ភស្តុតាងនៃព័ត៌មានទាក់ទងនឹងទំហំគ្រួសារ ប្រាក់ចំណូលសរុបមុនបង់ពន្ធ ក្នុងគ្រួសារ និងព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់ដែលរួមចំណែកដល់ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ ។

ពាក្យស្នើសុំ និងច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគាំទ្រត្រូវតែផ្តល់ឱ្យដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកឯកទេសផ្តល់សិទ្ធិឲ្យ ឬបុគ្គលិកអ្នកទទួលភ្ញៀវនៅគ្លីនិករបស់អ្នក។ ពួកគេមិនអាចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារបានទេ។

ឧទាហរណ៍ឯកសារស្តីពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ៖

- ☐ **ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលមុនបង់ពន្ធសរុប 30 ថ្ងៃសម្រាប់សមាជិកគ្រប់រូបនៃគ្រួសារដែលរួមចំណែកដល់ប្រាក់ចំណូល។** ជាពិសេស គ្រប់ប្រភេទនៃចំណូលដែលរកបាន និងចំណូលបានដោយមិនធ្វើការ។ ឧទាហរណ៍រួមមាន៖ ទម្រង់បែបបទពន្ធសហព័ន្ធ 1040 វិក័យប័ត្រប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ខែ និងលុយធីភ/ប្រាក់រង្វាន់ ប្រាក់សំណង ប្រាក់រង្វាន់បន្ថែម ប្រាក់បំណាច់យោធា ការងារដោយខ្លួនឯង ចំណូលបានពីការធ្វើការពេលទំនេរ សំណងសម្រាប់សេវាកម្មផ្ទាល់ខ្លួន ប្រាក់ចំណូលពីការប្រាក់ ឬប្រាក់បំណាច់ឆ្នាំ ភាគលាភ ប្រាក់ចំណេញដោយដើមទុន សាធននិវត្តន៍ ការជួល ថ្លៃកម្មសិទ្ធិបញ្ញា និងចំណូលពីបរទេស វិក័យប័ត្រសកេពីរចុងក្រោយសំរាប់អ្នកអត់ធ្វើការ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីការលែងលះ ការចែកចាយដោយអាយអរអេ ជាដើម។
- ☐ **ប្រសិនបើអ្នកមិនមានប្រាក់ចំណូល** សូមផ្តល់លិខិតគាំទ្រ ឬឯកសារយោងពីអង្គការ/បុគ្គល និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខានៃប្រាក់ចំណូលសូន្យ។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណ៖

- ☐ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលមានរូបថតបច្ចុប្បន្ន ដូចជាប័ណ្ណបើកបរ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណយោធា។ល។

សូមផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ (ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលត្រូវការដោយ នេប៊ែរឃៀរហេលេ តាមករណីនីមួយៗ) ក្នុងរយៈពេលសែសិបប្រាំ (45) ថ្ងៃនៃការទៅជួបជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនពេញលេញសម្រាប់ការគិតថ្លៃទាំងនោះ។

- ☐ ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល ហើយខ្ញុំយល់ព្រមថា ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់ពេញលេញនៃសេវាកម្មដែលបានបង្ហាញ។

រាយបញ្ជីខ្លួនអ្នក និងសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសាររបស់អ្នក៖

ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖		ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	
ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖		ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	
ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖		ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	
ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖		ឈ្មោះ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	

ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមបំពេញផ្នែកនេះ៖

ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង៖		អ្នកចុះឈ្មោះចម្បង/ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ		
លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖		លេខក្រុម៖		
ទូរស័ព្ទធានារ៉ាប់រង៖		លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖		
ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះចម្បង៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកចុះឈ្មោះចម្បង៖	/ /	(ភេទ) ☐ ប្រុស ☐ ស្រី

ខ្ញុំយល់ពីព័ត៌មានខាងលើ ហើយយល់ព្រមថាខ្ញុំនឹងផ្តល់ភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ទំហំគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់គ្រួសារ និងអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិកគ្រួសារដែលរួមចំណែករកប្រាក់ចំណូល

។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនផ្តល់ព័ត៌មាននេះក្នុងរយៈពេលសែសិបប្រាំ (45) ថ្ងៃនៃការមកជួបជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំទេ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេគិតថ្លៃពេញ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់ដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។

កម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃផ្អែកលើប្រាក់ចំណូល របស់នេប៊ែរឃៀរហេលេ មិនគ្របដណ្តប់លើការចាក់ថ្នាំបង្ការ ថ្នាំពន្យារកំណើតដែលមានតម្លៃខ្ពស់ (ឧទាហរណ៍ ការពន្យារកំណើតដោយដាក់កង) និងសេវាកម្មវិធីព្យាបាលរោគស្ត្រីទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ សូមធ្វើការណាត់ជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សិទ្ធិឲ្យ ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋ ឬ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពមេឌីខេដដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទេ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងរៀបចំផែនការសម្រាប់ការបង់ប្រាក់។ សូមទាក់ទងអ្នកឯកទេសខាងគណនីរបស់អ្នកជំងឺ (២០៦-៥៤៨-៣១០០) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ហត្ថលេខា		Date Requested:			Date Verified:		
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ		Expiration Date:			MRN/ Account #:		
ទូរស័ព្ទចម្បង		Household Size:		Yearly Income:		Scale:	
អ៊ីមែលផ្ទាល់ខ្លួន		Entered in system by:				Date:	

KHMER — REV 03-2022

* ព័ត៌មានទាំងអស់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីៗជារៀងរាល់ឆ្នាំ/តាមការស្នើស *

TOP COPY TO CLINIC | BOTTOM COPY TO PATIENT | PAD-104 – SLIDING FEE APPLICATION – REV. **03-2022**