

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្រោយការលះលែង	\$	/ខែ
ភាពគ្មានការងារធ្វើ	\$	/ខែ
ការចិញ្ចឹមកូន	\$	/ខែ
អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកនៅរស់រាន	\$	/ខែ
សំណងការងារ	\$	/ខែ
មូលនិធិក្នុងការគ្រប់គ្រង	\$	/ខែ
ផ្សេងទៀត	\$	/ខែ
ចំណូលសរុប	\$	/ខែ

ថ្លៃទឹកភ្លៀង	\$	/ខែ
រថយន្ត # 1	\$	/ខែ
រថយន្ត # 2	\$	/ខែ
សាំង	\$	/ខែ
ធានារ៉ាប់រង	\$	/ខែ
ទូរទស្សន៍ / ខ្សែកាប / ទូរស័ព្ទ	\$	/ខែ
អាហារ	\$	/ខែ
ចំណាយសរុប	\$	/ខែ

គណនីធានារ/ទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀត (ត្រូវតែឆ្លើយទាំង 3 សំណួរ)៖			(មិនអាចអនុវត្តបានចំពោះ FAA)	
គណនីមូលប្បទានបុត្រ? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន	\$
គណនីសន្សំ? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន	\$
ទ្រព្យបន្ថែម? (គូសរង្វង់មួយ)	បាទ/ចាស	ទេ	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	\$
	ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស			
	ចូររៀបរាប់រើ			

មើលផ្នែកខាងខ្នង



មើលផ្នែកខាងខ្នង

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ:

- ខ្ញុំអះអាងក្រោមការដាក់ទោសពីបទផ្តល់សក្ខីកម្មក្លែងក្លាយថា ចម្លើយដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យគឺពិត និងត្រឹមត្រូវបំផុតតាមអ្វីដែលខ្ញុំដឹង។
- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យឆ្លុះបញ្ចាំងពីចំណូល និងចំណាយក្នុងគ្រួសារ។
- ព័ត៌មាននេះក៏ដូចជាបាយការណ៍អំពីឥណទាន និងព័ត៌មានដែលមានជាសាធារណៈផ្សេងទៀតអាចប្រើដោយ **Memorial Hermann** ដើម្បីបង្កើតផែនការទូទាត់ប្រាក់ និង/ឬដើម្បីចាប់ផ្តើមការដាក់ពាក្យស្នើសុំប្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និង/ឬដើម្បីកំណត់ការមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ការវាស់រង ឬជំនួយផ្សេងៗ។
- ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំឱ្យ **Memorial Hermann** ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពណាមួយ ដើម្បីផ្សេងគ្នាផ្តល់សេចក្តីបញ្ជាក់ដែលខ្ញុំបានធ្វើឡើង។
- អ្នកនឹងទទួលបានទំនាក់ទំនងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី **Memorial Hermann** ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យមិនពេញលេញ ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទទួលបានទេ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។
- អ្នកជំងឺដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមានសិទ្ធិទទួលបានមូលនិធិពីកម្មវិធីតាមមូលដ្ឋាន រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ។ មានការរំពឹងថា អ្នកជំងឺដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះ មុននឹងកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ **Memorial Hermann** នឹងផ្តល់ជំនួយដល់បុគ្គលក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះ។ ការមិនបានដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីបែបនេះអាចប៉ះពាល់ដល់ការពិចារណាលើការទទួលបានពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជំងឺ។
- ខ្ញុំអះអាងការពិតថា ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានទាំងអស់រួមមាន **Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance** និងធានារ៉ាប់រងតាមមូលដ្ឋាន រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធទាំងឡាយផ្សេងទៀតហើយ។
- ខ្ញុំយល់ហើយថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះបន្ទុកចំណាយលើថ្លៃថែទាំទាំងឡាយ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ/អ្នកធានា

កាលបរិច្ឆេទ

បន្ទាប់ពីបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះរួចហើយ សូមផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែលដោយភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារសម្បូរទាំងអស់មកកាន់៖

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attention: PBS Financial Assistance
ទូរសារ៖713-338-4261
អ៊ីមែល៖ MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Office Use Only
Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: _____

Name / Signature Title Date

