



GUIDELINES FOR FILING OF COMMUNITY FREE SERVICE APPLICATION — Khmer

គោលការណ៍ណែនាំសំរាប់បំពេញពាក្យសុំសំរាប់សេវាសហគមន៍ឥតគិតថ្លៃ។

ពេលណាបំពេញពាក្យសុំសំរាប់សេវាសហគមន៍ឥតគិតថ្លៃ សូមមេត្តាបំពេញគ្រប់ប្រការទាំងអស់នៅក្នុងទម្រង់ពាក្យសុំនេះ រួមទាំង៖

- ❖ ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត
- ❖ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬលេខអត្តសញ្ញាណកម្មពន្ធដារ
- ❖ ចំនួនអ្នកនៅក្រោមបន្ទុក (រួមទាំងរូបអ្នក, ប្តីប្រពន្ធអ្នក, និងកូនៗទាំងឡាយរស់នៅជាមួយអ្នក, ជីដូនជីតា, សាច់ថ្លៃ, ជាដើម ។ល។ ដែលអ្នកទាមទារនៅក្នុងពន្ធដារប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នក)
- ❖ ប្រាក់ចំណូលដុលររបស់គ្រួសារប្រចាំឆ្នាំ (រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធ្វើការ, និងប្រាក់ចំណូល ពីប្រភពនានា ដូចជាប្រាក់សំណងពេលឥតការងារធ្វើ, TDI, ជាដើម ។ល។) បើសិនជាលោកអ្នកមិនធ្វើការ ហើយ មិន មានប្រាក់ចំណូល សូមបញ្ជាក់ប្រាប់យើងនៅក្នុងលិខិតដោយមានការពន្យល់អំពីរបៀបដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃលើការចំណាយផ្សេងៗ ហើយតើនរណាផ្តល់ការឧបត្ថម្ភទាំងនោះ។ បើសិនជាមាននរណាផ្តល់ជូនអ្នកម្ហូបអាហារ និងទីជម្រក សូមឱ្យជននោះ ធ្វើលិខិតមួយមកយើងបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

សូមផ្តល់សំណើចំឡងមួយច្បាប់នៃវត្តមានខាងក្រោមដែលអនុវត្តន៍៖

- ❖ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ - ប្រការណាមួយខាងក្រោម៖ ប័ណ្ណបើកបរចេញដោយរដ្ឋ, អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណចេញដោយរដ្ឋ, កាតសំគាល់អណិកជន, លិខិតឆ្លងដែន U.S., ជាដើម ។ល។)
- ❖ ភ័ស្តុតាងជាគេហជន - ពន្ធដារមូលដ្ឋាន ឬវិក្កយប័ត្រគ្រឿងប្រើប្រាស់សាធារណ (ទ្រសំព្វ, អគ្គិសនី, ហ្គាស ឬខ្សែកាប) ដាក់អាសយដ្ឋានមកអ្នក ហើយបង្ហាញនូវអាសយដ្ឋានមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ បើលោកអ្នកមិនមានផ្ទះសំបែងលោកអ្នក អាចផ្តល់សេចក្តីថ្លែងបញ្ជាក់នៃការឧបត្ថម្ភពីកន្លែងទីជម្រកដែលមាន, ព្រះវិហារគ្រិស្តសាសនា, ឬ អង្គការសង្គមស៊ីវិល ដែលដឹងរឿងអ្នក និងស្ថានភាពរបស់អ្នក។
- ❖ សេចក្តីជូនដំណឹងនៃជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬលិខិតបដិសេធ ឬយល់ព្រមនៃជំនួយសាធារណទូទៅ។
- ❖ សំណើចំឡងនៃកន្ទុយសែកបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក (សំរាប់រយៈពេលបើកប្រាក់ពីរដងជាប់ៗគ្នា) សំរាប់គ្រប់សមាជិក គ្រួសារដែលធ្វើការទាំងអស់។ សូមរួមទាំងប្រាក់ប្រាក់សំណងពេលឥតការងារធ្វើ, TDI, សន្តិសុខសង្គម ជាដើម ។ល។
- ❖ សំណើចំឡងនៃពន្ធដារបំពេញប្រចាំឆ្នាំសំរាប់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ និងក្រដាសស្នូមគាំទ្រដូចជាទម្រង់ W-2។ បើសិនជាលោក អ្នកមិនបំពេញពន្ធដារប្រចាំឆ្នាំកាលពីឆ្នាំទៅទេ លោកអ្នកត្រូវការទទួលសេចក្តីបញ្ជាក់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៃការមិនបាន បំពេញពន្ធដារនោះពីក្រសួង IRS ដោយទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-829-1040 ។
- ❖ សំណើចំឡងនៃរបាយការណ៍គណនេយ្យសន្សំ និង/ឬគណនេយ្យចាយបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ឬ សំណើចំឡងនៃសៀវ ភៅគណនាអំពីតុល្យភាពនៃគណនេយ្យ។ សូមកុំភ្លេចដាក់បញ្ចូលនូវទឹកប្រាក់ពី IRAs, ទីផ្សាររូបិយវត្ថុ, CD's, ជា ដើម ។ល។

បើសិនជាប្រការទាំងឡាយខាងលើមិនអនុវត្តន៍ចំពោះអ្នកទេ សូមផ្តល់លិខិតមានចុះហត្ថលេខាពន្យល់អំពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

សូមធ្វើពាក្យសុំ និងសំណុំឯកសារគាំទ្រទាំងឡាយដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ការិយាល័យគាំទ្រហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺតាមអាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរ ពេទ្យណាមួយដូចខាងក្រោម៖

Rhode Island Hospital
Hasbro Children's Hospital
593 Eddy Street
Providence, R.I. 02903
Attn: Patient Advocate
Main Admitting

The Miriam Hospital
164 Summit Avenue
Providence, R.I. 02906
Attn: Patient Advocate

Newport Hospital
11 Friendship Street
Newport, R.I. 02840
Attn: Patient Advocate

Emma Pendleton Bradley Hospital
1011 Veterans Memorial Parkway
Riverside, R.I. 02915

ក្រសួងពាក្យសុំ ជាធម្មតាត្រូវបានគេពិចារណាក្នុងរវាង 14 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃបានទទួលមក។

អរគុណចំពោះកិច្ចសហប្រតិបត្តិការដ៏ល្អរបស់លោកអ្នក។

LIFESPAN'S APPLICATION FOR HOSPITAL FINANCIAL-AID — Khmer

ការដាក់ពាក្យសុំរបស់ឱ្យហ្វូស៊ីស្តរសំរាប់ការផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីមន្ទីរពេទ្យ
សេចក្តីយល់ព្រមណាមួយនៃសំណើសុំនេះគឺបណ្តោះអាសន្ន និងផុតកំណត់រយៈពេល 12 ខែចាប់ពីថ្ងៃបានយល់ព្រម

មន្ទីរពេទ្យ:	កាលបរិច្ឆេទ:
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ:	អ្នកធានា:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:	លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើមាន)
លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើមាន):	លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ:
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ:	លេខទូរស័ព្ទធ្វើការ:
លេខទូរស័ព្ទធ្វើការ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ:
អាសយដ្ឋានផ្ទះ: កម្មសិទ្ធិផ្ទាល់/ជួល	អាសយដ្ឋានផ្ទះ: កម្មសិទ្ធិផ្ទាល់/ជួល
មុខរបរ និង និយោជក:	មុខរបរ និង និយោជក
អាសយដ្ឋាននិយោជក:	អាសយដ្ឋាននិយោជក:
ប្រភេទប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួន និងលេខ:	ប្រភេទប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួន និងលេខ:
តើការមកជួបនេះទាក់ទងនឹងរបួស ឬគ្រោះថ្នាក់កន្លែងការងារឬ? បាទ/ចុះ ទេ - ប្រសិនបើមែន សូមជួយផ្តល់នូវ ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រង។ (ប្រសិនបើមែន សូមជួយភ្ជាប់មកជាមួយនូវការពន្យល់)	
តើអ្នកកំពុងត្រូវបានគេអះអាងថាជាអ្នកក្រោមបន្ទុកគេដែរឬទេ? បាទ/ចុះ ទេ	
ចំនួនអ្នកក្រោមបន្ទុក (រួមបញ្ចូលខ្លួនអ្នកផង) :	
តើអ្នកមានប្រមូល SNAP (ប័ណ្ណអ្នកអាហារ) ដែរឬទេ? បាទ/ចុះ ទេ ប្រសិនបើមែន សូមផ្តល់សំបុត្របច្ចុប្បន្ន	
តើអ្នកសព្វថ្ងៃស្នាក់នៅក្នុងទីជម្រកណាមួយដែរឬទេ? បាទ/ចុះ ទេ ប្រសិនបើមែន សូមផ្តល់សំបុត្រពីទីជម្រក។	
តើអ្នកធ្លាប់បានដាក់ពាក្យសុំរបស់ជំនួយ GPA/ជំនួយផ្នែកពេទ្យដែរឬទេ? បាទ/ចុះ ទេ ប្រសិនបើមែន ពេលណាដែរ:	
តើអ្នកធ្លាប់បានដាក់ពាក្យសុំរបស់ការភាពសន្តិសុខសង្គម (Social Security Disability) ដែរឬទេ? (SSDI) បាទ/ចុះ ទេ ប្រសិនបើមែន ពេលណាដែរ:	
តើអ្នកមានកូនជាអនិតិជនដែរឬទេ បាទ/ចុះ ទេ ប្រសិនបើមែនតើអ្នករស់នៅជាមួយពួកគេឬទេ? បាទ/ចុះ ទេ	
សូមផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសំរាប់សមាជិកទាំងអស់របស់គ្រួសារ(ប្រសិនបើពួកគេមិនត្រូវបានកត់បញ្ចូល នៅលើទំរង់ព័ត៌មានប្រចាំឆ្នាំរបស់សហព័ន្ធ)។	
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ:	លេខសន្តិសុខសង្គម (SS#) (ប្រសិនបើមាន) និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:
និយោជក លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ និងអាសយដ្ឋាន:	អាសយដ្ឋានផ្ទះ:
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ:	លេខសន្តិសុខសង្គម (SS#) (ប្រសិនបើមាន) និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:
និយោជក លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ និងអាសយដ្ឋាន:	អាសយដ្ឋានផ្ទះ:
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	ទ្រព្យសម្បត្តិ
ប្រាក់ខែនិងប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នកជំងឺ:	ប្រាក់សន្សំ:
ប្រាក់ខែនិងប្រាក់ឈ្នួលរបស់គ្រួសារ:	ប្រាក់ក្នុងគណនេយ្យ មានចលនា:
ប្រាក់ខែនិងប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នកធានា:	លិខិតធ្វើប្រាក់ (CDs):
ប្រាក់ចំណូលពីការមើលថែទាំកូន:	គណនេយ្យទីផ្សាររូបិយវត្ថុ:
ប្រាក់ចំណូលពីការជួល:	ប័ណ្ណបំណុលជាប្រាក់សន្សំ:
សំណងនិកម្មភាព (ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពេលគ្មានការងារ):	ភាគហ៊ុន:
ការធានារ៉ាប់រងពិការភាពបណ្តោះអាសន្ន:	ប័ណ្ណបំណុល:
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន:	ប្រាក់ពី Mutual Funds:
ប្រាក់សោធនអាហារកិច្ច:	ប្រាក់ IRAs:
ប្រាក់សំណងសំរាប់អ្នកធ្វើការ:	ប្រាក់ 401(k)s:
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ VA:	ប្រាក់ 403(b)s:
ប្រាក់ទទួលបានពីសន្តិសុខភាពសង្គម:	ប្រាក់ 457s:
ប្រាក់ចំណេញ និងប្រាក់ចំណូលពីការប្រាក់:	ការធានារ៉ាប់រងជីវិតដែលមានតម្លៃជាទឹកប្រាក់:
ប្រាក់កំរៃ:	ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន:
ប្រាក់ចូលនិវត្ត:	ផ្ទះទីពីរ និងទ្រព្យសម្បត្តិជួល:

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ ជាបន្ត:	ទ្រព្យសម្បត្តិ ជាបន្ត:
ជំនួយសាធារណៈ :	រថយន្តទី២:
ផ្សេងៗ:	សរុប:
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ:	
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ:	ចំណាយប្រចាំខែសរុប:
ប្រសិនបើអ្នកដាក់ថាមិនមានប្រាក់ចំណូល តើអ្វីទៅជាប្រភពនៃការផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នក? សូមប្រើសន្លឹកក្រដាសដោយឡែកបើត្រូវការ។	

សូមឱ្យច្បាស់ថាបានភ្ជាប់ជាមួយនូវការធ្វើពន្ធចំណូលប្រចាំឆ្នាំរបស់សហព័ន្ធ និងចុងសន្លឹកប្រាក់ខែ សំរាប់រយៈពេលពីរឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។

“ខ្ញុំសូមស្នើឱ្យមន្ទីរពេទ្យធ្វើការកំណត់នូវលក្ខណៈសមស្របសំរាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះ គឺរក្សាការសំងាត់ និងត្រូវពិនិត្យបញ្ជាក់ដោយមន្ទីរពេទ្យ។ ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យនេះខុស នោះខ្ញុំអាចត្រូវបាន បដិសេធនូវជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និងប្រឈមនឹងការបង់ប្រាក់សំរាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យដែលបានផ្តល់ជូន។ ខ្ញុំសូមព្យាករណ៍ថាព័ត៌មាន នៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវ ទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ពីដំណើរការនិងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។”

ហត្ថលេខា:	កាលបរិច្ឆេទ:
-----------	--------------

សកម្មភាពនឹងធ្វើដោយមន្ទីរពេទ្យ

សូមគូសនៅលើបញ្ជីខាងក្រោម

កន្ទុយសែកប្រាក់ខែ _____	សំបុត្រហ្វូតស្តែម _____	សំបុត្រពន្ធដារប្រចាំឆ្នាំ _____
របាយការណ៍ក្រេឌីត _____	ឯកសារផ្សេងៗ _____	កាលបរិច្ឆេទបញ្ជាក់ជាមួយ E.D.S/GPA _____
ប្រសិនបើមិនមែនជាគេហជនអចិន្ត្រៃយ៍ ត្រូវមានឯកសារ: _____		
កាលបរិច្ឆេទ: _____	មិនបានយល់ព្រម: _____	មូលហេតុ: _____
បានយល់ព្រម: _____	លេខគណនេយ្យ: _____	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់: _____
មតិយោបល់: _____		

ហត្ថលេខាអ្នកយល់ព្រម

ការយល់ព្រមផ្នែករដ្ឋបាល