

ទម្រង់ពាក្យសុំ ជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុ (Financial Aid Application)

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលពោតសុដន់ Carol Milgard សូមបំពេញទម្រង់ពាក្យនេះ ហើយបញ្ជូនត្រឡប់មកវិញជាមួយឯកសារគាំទ្រ មកកាន់ការិយាល័យរបស់យើង។

1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ (Patient information)

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (Patient name) _____
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (Birthdate) _____
 លេខទូរស័ព្ទក្នុងផ្ទះ (Home phone) _____ ចល័ត (Cell phone) _____
 អាសយដ្ឋាន (Address) _____

2. តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយហិរញ្ញវត្ថុណាមួយពីអង្គការ MultiCare ឬFranciscan Health System ដែរឬទេ? បាទ (yes) ចាសទេ (no) (owner/grant)
 ប្រសិនបើបាទ សូមរំលងទៅជំហានទី ២ ដើម្បីចុះហត្ថលេខាលើសំណុំពាក្យនេះ។ ជាការបន្ថែមលើសំណុំពាក្យដែលចុះហត្ថលេខា រួមផ្តល់នូវលិខិតបញ្ជាក់មួយច្បាប់ពីអង្គការផ្សេងទៀត ភ្ជាប់ជាមួយសំណុំពាក្យ។

3. ស្វាមី ភរិយា ឬមាតាបិតា (បើសិនជាលក្ខណៈ គឺជាអ្នកជំងឺ/អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

ឈ្មោះ (Name) _____
 លេខទូរស័ព្ទក្នុងផ្ទះ (Home phone) _____ Cell Phone (Cell phone) _____
 អាសយដ្ឋាន (Address) _____

4. សូមផ្តល់នូវលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់បៀវត្សរ៍ចុងក្រោយបំផុត លិខិតបង់ពន្ធ (W2) និងរបាយការណ៍ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត។

ប្រាក់ចំណូល (សរុបប្រចាំខែ) (Income (monthly totals))	អ្នកជំងឺ (Patient)	ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតក្នុងគ្រួសារ (Other family income)
ប្រាក់ខែ (Wages)		
ការងារផ្ទាល់ខ្លួន (Self-employment)		
ជំនួយការសាធារណៈ (Public assistance)		
សំណងនិកម្មភាព (Unemployment compensation)		
សំណងរបស់បុគ្គលិក (Workers' compensation)		
សោធនអាហារកិច្ច (Alimony)		
ការឧបត្ថម្ភកុមារ (Child support)		
សោធននិវត្តន៍ ឬប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ (Pension or retirement)		
ចំណូលការប្រាក់ (Interest income)		
ចំណូលផ្ទៃល្អលទ្ធផលទ្រព្យសម្បត្តិ (Rental property income)		
ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (លម្អិត) (Other income (detail))		
ប្រាក់ចំណូលសរុប (Total income)		

បើគ្មានប្រាក់ចំណូល សូមពន្យល់ឲ្យបានពិស្តារ (If there was no income, please explain in detail) _____

5. រៀបរាប់អ្នកក្នុងបន្ទុកក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទាំងអស់ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងស្វាមី ភរិយាផងដែរ (dependents)

ឈ្មោះ (Name)	ទំនាក់ទំនង (Relationship)	អាយុ (Age)	ឈ្មោះ (Name)	ទំនាក់ទំនង (Relationship)	អាយុ (Age)

6. សូមអះអាងថាព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំឯកភាពថា ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬមិនពេញលេញ អាចពន្យារពេល ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។ វាក៏អាចបណ្តាលឲ្យមានការបង់ប្រាក់លើសនៃអត្ថប្រយោជន៍ ដែលខ្ញុំត្រូវតែបង់ឡើងវិញ ហើយអាចធ្វើឲ្យមានការដាក់ពិន័យ។ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលពោតសុដន់ Carol Milgard Breast Center ដើម្បីធ្វើការបញ្ជាក់លើព័ត៌មានខាងលើ និងមានសិទ្ធិក្នុងការបញ្ជូនទៅឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលពោតសុដន់ Carol Milgard Breast Center ក្នុងគោលបំណងដើម្បីធ្វើការកំណត់ភាពអាចទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ ខ្ញុំសូមសុំចុះហត្ថលេខាថា ខ្ញុំបានផ្តល់នូវព័ត៌មានពិត និងពេញលេញ។

ហត្ថលេខា (បុគ្គលដែលធ្វើសំណើ)(SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST)) កាលបរិច្ឆេទ (DATE)
 ព័ត៌មាននេះ គឺជាការសម្ងាត់ ទូរសារទៅកាន់ **CMBC Billing Department, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401**។ សម្រាប់សំណួរ ឬការសុំជំនួយ សូមទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃមកលេខ (855) 824-2622 ជម្រើសទី ១។