

# គម្រោងបញ្ចុះតម្លៃអ្នកកែលម្អប្រាក់ចំណូល

SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM



កម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃអ្នកកែលម្អប្រាក់ចំណូល របស់ (និប័យៀវហាលេ) Neighborcare Health អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់សហព័ន្ធដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូល។ អ្នកក្នុងគ្រួសារ៖

- ធ្វើការណាត់ជួបជាមួយអ្នកដាក់ទុនសេដ្ឋកិច្ចដល់សិទ្ធិផ្ទាល់ ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំស្នើសុំ។
- ផ្គត់ផ្គង់សេវាកម្មដែលមានទំហំប្រាក់ចំណូលសម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ ក្នុងគ្រួសារ និងព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់ដែលរួមចំណែកដល់ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ។

ពាក្យសុំស្នើសុំ និងច្បាប់ចម្លងអង្កេតសារគាំទ្រត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយោងគ្នាជាមួយការដាក់ទុនសេដ្ឋកិច្ចដល់សិទ្ធិផ្ទាល់ ឬបុគ្គលិកអនុវត្តទទួលបានបញ្ជីនៅគុណីនិករបស់អ្នក។ ពួកគេមិនអាចផ្តល់ប្រសិទ្ធិសន្យា ឬទ្រព្យសម្ភារៈបានទេ។

## ឧទាហរណ៍ឯកសារសុំប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ៖

- ❑ កត់ត្រាបញ្ជីប្រាក់ចំណូលអន្តរកាលប្រចាំខែ 30 ថ្ងៃសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលរួមចំណែកដល់ប្រាក់ចំណូល។ ជាពិសេស គ្រប់ប្រភេទនៃចំណូលដលៃរកហាន និងចំណូលមានជាយូរមករួមមាន៖ ទម្ងន់បែបទពន្ធដារសហព័ន្ធ 1040 វិក្កយបត្រប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ខែ និងលុយធីក/ប្រាក់រង្វាន់ ប្រាក់សំណង ប្រាក់រង្វាន់បន្តថែម ប្រាក់បំណុលយោធា ការងារដោយខ្លួនឯង ចំណូលបានពីការធ្វើការពេលទំនេរ សំណងសម្រាប់សេវាថែទាំមុនៗខ្លួន ប្រាក់ចំណូលពីការប្រាក់ ឬប្រាក់បំណាច់ឆ្នាំ ភាគលាភ ប្រាក់ចំណេញដោយដើមទុន សាធារណៈនិវត្តន៍ ការផ្តល់ ថ្នល់កែមុខសិទ្ធិបញ្ញត្តិ និងចំណូលពីបរទេស វិក្កយបត្រសំរែកចុងក្រោយសម្រាប់អ្នកអត់ធ្មត់ការប្រាក់ខ្ទប់ត្រូវតែផ្តល់ការលេងលះ ការចែកចាយដោយអាយុអីរ ជាដើម។
- ❑ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានប្រាក់ចំណូល សូមផ្តល់លិខិតគាំទ្រ ឬឯកសារយោងពីអង្គការ/បុគ្គល និងសេចក្តីថ្កុលថ្កងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខានៃប្រាក់ចំណូលសូន្យ។

## ការផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណ៖

- ❑ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលមានរូបថតបច្ចុប្បន្ន ដូចជាប័ណ្ណលើកបរ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណយោធា។

សូមផ្តល់ព័ត៌មានដែលមានរាយបញ្ជីខាងលើ (ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលត្រូវការដោយ (និប័យៀវហាលេ) Neighborcare Health តាមករណីនីមួយៗ) ក្នុងរយៈពេលសំរឹបប្រាក់ (45) ថ្ងៃនៃការទាញយកជាមួយគ្នាទៅយោងរបស់អ្នក ឬអ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនពេញលេញសម្រាប់ការគិតថ្លៃទាំងនោះ។

- ❑ ខ្សែផ្លូវស៊ីវិលមិនផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល ហើយខ្សែយល់ព្រមថា ខ្សែនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់ពេញលេញនៃសេវាកម្មដែលមានបង្កបញ្ហា។

## រាយបញ្ជីខ្លួនអ្នក និងសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសាររបស់អ្នក៖

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

## ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមបំពេញផ្នែកនេះ៖

ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង៖		អ្នកចុះឈ្មោះ/ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	
លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖		លេខកុម្មុះ	
ទូរស័ព្ទធានារ៉ាប់រង៖		លេខទូរស័ព្ទទកនូលវែងធ្វើការ	
ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ/ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ/ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖	/ / (ភាទ) <input type="checkbox"/> បុរស <input type="checkbox"/> ស្ត្រី

ខ្ញុំយល់ពីព័ត៌មានខាងលើ ហើយយល់ព្រមថាខ្ញុំនឹងផ្តល់កត់ត្រាបញ្ជីប្រាក់ចំណូលដែលមានព័ត៌មានដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ទំហំគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់គ្រួសារ និងអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិកគ្រួសារដែលរួមចំណែកក្នុងគ្រួសារ។

ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនផ្តល់ព័ត៌មាននេះក្នុងរយៈពេលសំរឹបប្រាក់ (45) ថ្ងៃនៃការទាញយកជាមួយគ្នាទៅយោងរបស់អ្នក ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេគិតថ្លៃពេញ។ ខ្ញុំយល់ព្រមថាខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ទុនសេដ្ឋកិច្ចដល់សិទ្ធិផ្ទាល់ ឬបុគ្គលិកអនុវត្តទទួលបានបញ្ជីនៅគុណីនិករបស់អ្នក។

កម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃអ្នកកែលម្អប្រាក់ចំណូល របស់ (និប័យៀវហាលេ) Neighborcare Health មិនចេញលុយឱ្យលើ សេវាកម្មវិជ្ជាជីវៈយោធាសាធារណៈសុខភាព និង នីតិវិធីជាថ្មីនៃការពិនិត្យព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺរោគចិត្ត ឬសមាជិកគ្រួសារដែលមានជំងឺរោគចិត្ត ដើម្បីកំណត់ថាអ្នកមានលក្ខណៈសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលខ្ពស់បំផុត ដោយរដ្ឋ ឬ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពមួយខ្លះដើម្បីទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យសុខភាពសុខភាពស្នាក់នៅ អ្នកនឹងត្រូវបានសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងពេលមានជំងឺរោគចិត្ត និងរៀបចំផែនការសម្រាប់ការបង់ប្រាក់។ សូមទាក់ទងអ្នកដាក់ទុនសេដ្ឋកិច្ចដល់សិទ្ធិផ្ទាល់និងប្រតិបត្តិការ (២០៦-៥៤៨-៣១០០) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ហត្ថលេខា		កាលបរិច្ឆេទលេខស្នើសុំ៖		កាលបរិច្ឆេទផ្សេងៗទៀត៖	
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ		កាលបរិច្ឆេទផ្តល់ព័ត៌មាន៖		លេខករណីអ៊ីមអ៊ិនដ៖	
ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ		ទំហំសមាជិកក្នុងគ្រួសារ៖	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ៖	មាតុភូមិ៖	
អ៊ីមលេខផ្ទាល់ខ្លួន		ដាក់ទុននិយមន័យក្នុងប្រព័ន្ធដោយ៖		កាលបរិច្ឆេទ៖	

\* ព័ត៌មានទាំងអស់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីៗជាដាច់ខាត/តាមការសុំស្នើសុំ \* TOP COPY TO CLINIC | BOTTOM COPY TO PATIENT | PAD-104 - SLIDING FEE APPLICATION - REV. 04-2023

KHMER - REV 04-2023