

មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ សេចក្តីសង្ខេបភាសាសមញ្ញនៃគោលការណ៍ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (FAP)

កម្មវិធីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

**** សូមមើលខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ពាក្យស្នើសុំ ****

មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិផ្តល់ការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដល់បុគ្គលទាំងឡាយណាដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យ (HCAP)។ អ្នកជំងឺត្រូវប្រើធនធានផ្សេងទៀតទាំងអស់ រួមទាំងការដាក់ពាក្យស្នើសុំទៅនាយកដ្ឋានប្រចាំតំបន់នៃសេវាការងារ និងគ្រួសារ មុនពេលមន្ទីរពេទ្យពិចារណាផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ សិទ្ធិទទួលបានជំនួយ គឺផ្អែកទៅលើប្រាក់ចំណូលសរុប (ចំនួនដែលអ្នកក៏បានមុនពេលបង់ពន្ធ) និងចំនួនមនុស្សនៅក្នុងបន្តិកគ្រួសារ។ អ្នកជំងឺដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននឹងមិនត្រូវបានកាត់ប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតលើសពីចំនួនប្រាក់ដែលបានចេញវិក្កយបត្រទូទៅ (AGB) ដល់អ្នកជំងឺដែលមានធានារ៉ាប់រងឡើយ។ សិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺទាំងអស់ដោយមិនគិតពីពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជំនឿ ជាតិសាសន៍ សញ្ជាតិដើម អាយុ ភេទ និន្នាការភេទ អត្តសញ្ញាណភេទ សាសនា ឬពិការភាព។

គណនាមុខត្រឹម

ត្រឹម ឬក្រោម 400% នៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ មិនអាចជាអ្នកទទួលបានជំនួយ Medicaid - អ្នកទទួលបានជំនួយ Medicaid ដែលទទួលបានការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនរ៉ាប់រង Medicaid នឹងត្រូវរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ រស់នៅក្នុងរដ្ឋ Ohio - ប្រជាជនដែលមិនរស់នៅក្នុងរដ្ឋ Ohio ដែលស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលមិនបន្ទាន់ត្រូវតែមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុមុនពេលទទួលបានការថែទាំសុខភាព។

តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុមែនទេ?

សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 614-722-2055

សូមជួបជាមួយអ្នកគំណាងខាងទំនាក់ទំនងអ្នកជំងឺណាមួយនៅ 700 Children's Drive ឬនៅទីតាំងដទៃទៀតរបស់យើងដើម្បីសុំជំនួយ ឬដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង FAP សេចក្តីសង្ខេបភាសាសមញ្ញនៃ FAP និងពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុជាភាសាអង់គ្លេស ឬភាសាផ្សេងទៀត។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance ដើម្បីស្វែងរកឯកសារទាំងនេះ។

កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរបស់មន្ទីរពេទ្យ (HCAP)

**** សូមមើលខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ពាក្យស្នើសុំ ****

HCAP ជាការបកស្រាយនៃសហព័ន្ធរបស់រដ្ឋ Ohio ដែលតម្រូវឱ្យមានកម្មវិធីភាគហ៊ុនវិសមាមាត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យ។ កម្មវិធីនេះ គឺសម្រាប់តែវិក្កយបត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យប៉ុណ្ណោះ។ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ នឹងអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីត្រូវចេញវិក្កយបត្រមុនពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំ HCAP។ ជំនួយអាចផ្តល់ជូនសម្រាប់តែផ្នែកខ្លះនៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកជំងឺត្រូវបង់ប៉ុណ្ណោះ។

គណនាមុខត្រឹម
ត្រឹម ឬក្រោមនៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ មិនអាចជាអ្នកទទួលបានជំនួយ Medicaid 19 រស់នៅក្នុងរដ្ឋ Ohio

ចាប់ផ្តើមមានសុខភាពល្អ និងគ្រួសារមានសុខភាពល្អ (HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES)

សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 614-722-2070 ឬ 1-800-324-8680
ចាប់ផ្តើមមានសុខភាពល្អ និងគ្រួសារមានសុខភាពល្អ (HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES) ផ្តល់ជូននូវការថែទាំសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ និងមានតម្លៃទាបដែលរ៉ាប់រងសម្រាប់គ្រួសារ កុមារ (រហូតដល់អាយុ 19 ឆ្នាំ) និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ ការរ៉ាប់រងនេះរួមមានទាំងការស្តុសទុក្ខរបស់គ្រូពេទ្យ ការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យ សេវាទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ ថ្នាំពេទ្យ ច្បាប់ពិការភាព ធ្មេញ ការប្រើសារធាតុញៀន សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងមានច្រើនទៀត។

គណនាមុខត្រឹម
ចាប់ផ្តើមមានសុខភាពល្អ (Healthy Start) សម្រាប់កុមារដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគ្រួសារដែលមានចំណូលរហូតដល់ 206% នៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ (FPL)។
ចាប់ផ្តើមមានសុខភាពល្អ (Healthy Start) សម្រាប់កុមារដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគ្រួសារដែលមានចំណូលរហូតដល់ 156% នៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ (FPL)។

គោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូលដើម្បីកំណត់ភាពក្រីក្រឆ្នាំ 2021

ទំហំគ្រួសារ	ប្រាក់ចំណូល 100% FPL	ប្រាក់ចំណូល 150% FPL	ប្រាក់ចំណូល 200% FPL	ប្រាក់ចំណូល 300% FPL	ប្រាក់ចំណូល 400% FPL
1	\$12,880	\$19,320	\$25,760	\$38,640	\$51,520
2	\$17,420	\$26,130	\$34,840	\$52,260	\$69,680
3	\$21,960	\$32,940	\$43,920	\$65,880	\$87,840
4	\$26,500	\$39,750	\$53,000	\$79,500	\$106,000
5	\$31,040	\$46,560	\$62,080	\$93,120	\$124,160
6	\$35,580	\$53,370	\$71,160	\$106,740	\$142,320
ចំពោះការបន្ថែមមនុស្សថ្មីនីមួយៗ សូមបន្ថែមចំនួន	\$4,540	\$6,810	\$9,080	\$13,620	\$18,160

**មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
HCAP និងពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ**

ត្រូវតែដាក់ពាក្យស្នើសុំដាច់ដោយឡែកសម្រាប់អ្នកជំងឺនីមួយៗ

សូមបិទស្លឹករចុះឈ្មោះនៅទីនេះ
ឬ
កាលបរិច្ឆេទផ្តល់ការព្យាបាលដល់អ្នកជំងឺ: _____

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ:	ឈ្មោះអ្នកធានា:
អាសយដ្ឋាន ក្រុង និងរដ្ឋ:	លេខទូរស័ព្ទ:

- | | | |
|---|------------------------|--|
| 1) ពេលអ្នកជំងឺទទួលសេវា តើគាត់កំពុងរស់នៅរដ្ឋ Ohio ឬទេ? | បាទ/ចាស _____ ទេ _____ | |
| 2) ពេលអ្នកជំងឺទទួលសេវា តើគាត់ជាពលរដ្ឋរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? | បាទ/ចាស _____ ទេ _____ | បើអ្នកបានឆ្លើយបាទ/ចាសចំពោះសំណួរទី 3, 4 ឬ 5 |
| 3) ពេលអ្នកជំងឺទទួលសេវា តើគាត់មានបណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? | បាទ/ចាស _____ ទេ _____ | សូមភ្ជាប់ច្បាប់ថវិកាផ្ទះរបស់អ្នក |
| 4) ពេលអ្នកជំងឺទទួលសេវា តើគាត់ជាអ្នកទទួលបាន Medicaid យ៉ាងសកម្មឬទេ? | បាទ/ចាស _____ ទេ _____ | ឬ Medicaid ឬ បណ្ណ DA |
| 5) ពេលអ្នកជំងឺទទួលសេវា តើគាត់ជាអ្នកទទួលបានជំនួយផ្នែកពិការភាពយ៉ាងសកម្មឬទេ? | បាទ/ចាស _____ ទេ _____ | មកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះផង។ |

**ប្រាក់ចំណូលរួមមានប្រាក់ឈ្នួលសរុប (មុនបង់ពន្ធ) ចំណូលពីការជួលផ្ទះ សំណងពីភាពគ្មានការងារធ្វើ អត្ថប្រយោជន៍ពីសន្តិសុខសង្គម ជំនួយសាធារណៈ ។ល។
សមាជិកគ្រួសាររួមបញ្ចូលទាំងអស់ដែលបានរាយបញ្ជីដូចខាងក្រោមនេះ ដោយមិនខ្វល់ថាពួកគេរស់នៅទីណានោះទេ។**

ឈ្មោះរបស់សមាជិកគ្រួសារ	អាយុ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកជំងឺ	ប្រភពប្រាក់ចំណូល ឬឈ្មោះរបស់នាយោជិត	ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ 3 ខែ មុនកាលបរិច្ឆេទផ្តល់ការព្យាបាលដល់អ្នកជំងឺ	ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ 12 ខែ មុនកាលបរិច្ឆេទផ្តល់ការព្យាបាលដល់អ្នកជំងឺ
			អ្នកជំងឺ			
			ឪពុកម្តាយ			
			ឪពុកម្តាយ			

សូមពិនិត្យរឿងផ្ទះលើប្រាក់ចំណូលដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយផង:

- ច្បាប់ថវិកាផ្ទះអំពីប្រាក់ឈ្នួល លិខិតបញ្ជាក់ពីនិយោជក
- មិនអាចផ្តល់បាន

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមនេះបញ្ជាក់ថា អ្វីៗដែលខ្ញុំបាននិយាយនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ និងក្នុងឯកសាររបស់ខ្ញុំដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយសុទ្ធតែជាការពិតទាំងអស់។

បើអ្នកបានរាយការណ៍ថា មានប្រាក់ចំណូល 0\$ សូមផ្តល់សេចក្តីពន្យល់សង្ខេបនៃរបៀបដែលអ្នក (ឬអ្នកជំងឺ) កំពុងមានប្រសម្រាប់ចិញ្ចឹមជីវិត។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

សូមបញ្ជូនទម្រង់នេះរួមជាមួយឯកសារភ្ជាប់មកជាមួយទៅកាន់:

**មន្ទីរពេទ្យកុមារជាតិ
គណនីរបស់អ្នកជំងឺ - F.A. នាយកដ្ឋាន
700 Children's Drive
Columbus, OH 43205
614-722-2055
Fax to: 614-355-2266
អ៊ីម៉ែលមកយើង:**

Children'sPatientAccounts@NationwideChildrens.org