



កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

Financial Assistance Application (Khmer)

Form content not retained in medical record.

For local storage only.

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

ទីតាំងសេវាកម្ម

Service Location

ការណែនាំ: បំពេញពាក្យសុំ និងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃ:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- ឯកសារប្រកាសពន្ធពិធីឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន ឬឆ្នាំមុន (ឬទម្រង់បែបបទ W-2 ប្រសិនបើមិនមានពន្ធ)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- របាយការណ៍បញ្ជាក់ភាពអត់ការងារធ្វើ (ប្រសិនបើមាន)
Unemployment statements (if applicable)
- បង្កាន់ដៃបើកប្រាក់បៀវត្សរ៍ (ខែចុងក្រោយបំផុត)
Pay stubs (most recent month)
- របបសន្តិសុខសង្គម ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ អត្ថប្រយោជន៍ចូលនិវត្តន៍ (ប្រសិនបើមាន)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- របាយការណ៍ធនាគារ (ខែចុងក្រោយបំផុតសម្រាប់គណនីទាំងអស់)
Bank statements (most recent month for all accounts)

ប្រសិនបើមិនមានច្បាប់ចម្លងខាងលើ សូមផ្តល់ទំព័រដាច់ដោយឡែកក្នុងមួយទំព័រពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

ចំពោះអ្នកជំងឺដែលជួបពិនិត្យនៅតែ Oakridge ក្នុង Mondovi, Wisconsin ឬ Albert Lea ប៉ុណ្ណោះ Minnesota Behavioral Health ត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញពាក្យសុំ និងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារណាមួយក្នុងចំណោមឯកសារដូចខាងក្រោម៖
Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health are only required to complete the application and attach copies of **one** of the following:

- ទម្រង់បែបបទ W-2 ឆ្នាំមុន (ឬទម្រង់បែបបទ 4506-T ប្រសិនបើមិនបានដាក់ទម្រង់បែបបទ W-2 ទេនោះ)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- បង្កាន់ដៃបើកប្រាក់ឈ្នួលថ្មីៗបំផុតពីរ
Two most recent pay stubs
- ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលពីនិយោជក
Income verification from employer

អ្នកជំងឺ ឬភាគីទទួលខុសត្រូវបំពេញពាក្យសុំនេះ:

Patient or Responsible Party Completing This Application

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល ត្រកូល) Patient Name (First Middle Last)		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
អាសយដ្ឋាន Address	ទីក្រុង City	រដ្ឋ State	លេខកូដតំបន់ ZIP Code
ភាគីទទួលខុសត្រូវដែលកំពុងបំពេញពាក្យសុំ (បើមិនមែនជាអ្នកជំងឺ) (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល ត្រកូល) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ (ប្រសិនបើមិនមែនអ្នកជំងឺ) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំរបស់គ្រួសារ (ដូចដែលបានរាយការណ៍ក្នុងឯកសារប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូល) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		ទំហំគ្រួសារ (អ្នកជំងឺ ប្តីឬប្រពន្ធ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដូចដែលបានរាយការណ៍ក្នុងឯកសារប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូល) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
លេខទូរសព្ទ Phone	ឈ្មោះ និងលេខគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Insurance Name and Policy Number		

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (បន្ត)
Financial Assistance Application (Khmer) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

ស្ថានភាពការងារ Employment Status ☐ ពេញម៉ោង Full time ☐ គ្មានការងារ Unemployed ☐ ក្រៅម៉ោង Part time ☐ សិស្ស Student ☐ ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង Self employed ☐ ចូលនិវត្តន៍ Retired		ឈ្មោះនិយោជក Employer Name
រយៈពេលការងារ Employment Length	កាលបរិច្ឆេទ/រយៈពេលគ្មានការងារធ្វើ (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	តើអ្នកត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតដែរឬទេ? Are you claimed on another tax return? ☐ បាទ/ចាស Yes ☐ ទេ (ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" សូមផ្តល់ឯកសារប្រកាសពន្ធ។) No (If "Yes," provide tax return.)

អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក (ប្រសិនបើមានអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកច្រើនជាង 6 នាក់ សូមប្រើទំព័រដាច់ដោយឡែក)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

ឈ្មោះពេញ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល ត្រកូល) Full Name (First Middle Last)	ទំនាក់ទំនង Relationship	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ចំពោះអ្នកជំងឺដែលជួបពិនិត្យនៅ Oakridge ក្នុង Mondovi, Wisconsin ឬ Albert Lea, Minnesota Behavioral Health មិនចាំបាច់បំពេញផ្នែកនេះ
Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

ប្តីឬប្រពន្ធ (ត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណគណនីអ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ Marital Status	
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល ត្រកូល) Name (First Middle Last)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ) Birth Date (mm-dd-yyyy)
ស្ថានភាពការងារ Employment Status ☐ ពេញម៉ោង Full time ☐ គ្មានការងារ Unemployed ☐ ក្រៅម៉ោង Part time ☐ សិស្ស Student ☐ ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង Self employed ☐ ចូលនិវត្តន៍ Retired	
រយៈពេលការងារ Employment Length	កាលបរិច្ឆេទ/រយៈពេលគ្មានការងារធ្វើ (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (បន្ត)
Financial Assistance Application (Khmer) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

ហត្ថលេខាបញ្ជាក់
Certification Signatures

ខ្ញុំយល់ព្រមថាព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានរាយបញ្ជីគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងអស់ពីសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រើដើម្បី បញ្ជាក់ពីសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគ្លីនិក Mayo Clinic ឬអង្គភាពជាសាខា ហើយខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់គ្លីនិក Mayo Clinic និងគ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ និងអង្គភាពជាសាខាទាំងអស់ឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានតាមការចាំបាច់ដើម្បីពិចារណាសំណើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។ យោងតាមសេចក្តីនេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់គ្លីនិក Mayo Clinic សាខាគ្លីនិក Mayo Clinic និងអ្នកតំណាង ឬភ្នាក់ងារទាំងអស់ឱ្យស៊ើបអង្កេតព័ត៌មានដែលមាននៅទីនេះ។

I certify that all information listed is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information is to be used to ascertain my ability to pay for services provided by Mayo Clinic or an affiliated entity and I give permission to Mayo Clinic and all affiliated clinics, hospitals and entities to share the information as necessary to consider my financial assistance request. I hereby grant permission to Mayo Clinic, all Mayo Clinic affiliates and representatives or agents to investigate the information contained herein.

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ Patient or Responsible Party Signature	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ) Date (mm-dd-yyyy)
ឈ្មោះភាគីទទួលខុសត្រូវជាអក្សរធំឈ្មោះ(នាមខ្លួន នាមកណ្តាល ត្រកូល) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	