## កិច្ចព្រមព្រៀងអំពីកាតព្វកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ

**ឈ្មោះអតិថិជន៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ លេខសម្គាល់អតិថិជន DMH#៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ក្រមច្បាប់ស្តីអំពីសង្គមកិច្ច និងស្ថាប័នរបស់រដ្ឋ California ផ្នែក 5709 បញ្ជាក់ថាបុគ្គលដែលទទួល  
បានសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅក្នុងខោនធី Los Angeles ដែលដំណើការដោយ ឬនៅមជ្ឈមណ្ឌល  
ដែលបានចុះកិច្ចសន្យា អាចទទួល​ខុស​ត្រូវ​ចំពោះ​ថ្លៃ​សេវា​ទាំង​នោះ​ទៅ​តាម​លទ្ធភាព​ក្នុង​ការ​បង់​ប្រាក់​របស់​ពួកគេ។ បន្ទាប់ពីការវាយតម្លៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកហើយ មានសេចក្ដីសម្រេចទៅលើការ  
ទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក ដូចបានបង្ហាញនៅទីនេះ។

 ការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំឆ្នាំ = **$0.00** ផ្អែកលើចំណូល និង/ឬ Medi-Cal ដោយមិនមាន  
ចំណែកនៃការចំណាយ

**- ឬ -**

 ផ្អែកលើតារាង​ថ្លៃសេវា​ដែលកំណត់ដោយរដ្ឋ California ការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំឆ្នាំ  
របស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេលចាប់ផ្ដើមពី \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ទៅដល់ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ គឺចំនួន $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ឬតម្លៃសេវាថែទាំជាក់ស្ដែង មួយណាដែលតិចជាង។

**ការផ្លាស់ប្ដូរស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ៖** អ្នកត្រូវបានទាមទារឱ្យជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់ភ្លាមៗ នៅ  
ពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពការងារ ប្រាក់ចំណូល ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ (ឧទាហរណ៍៖ ប្រាក់ចំណូលបន្ថែមពីរបបសន្ដិសុខសង្គម [SSI] ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់  
ពិការភាពពីរបបសន្ដិសុខសង្គម [SSDI] ជំនួយសង្គ្រោះទូទៅ [GR] ជាដើម) ឬនៅពេលដែលមានការផ្លាស់  
ប្ដូរការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal, Medicare ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត។ នៅពេលមានការផ្លាស់  
ប្ដូរស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ ឬការធានារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវតែធ្វើការវាយតម្លៃឡើងវិញ ដើម្បីកំណត់ថាតើ  
កាតព្វកិច្ចផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃរយៈពេលការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញ  
វត្ថុប្រចាំឆ្នាំនេះបានផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ។ ការខកខានមិនបានផ្ដល់ដំណឹងដល់អ្នកផ្ដល់សេវាអំពីការផ្លាស់ប្ដូរ  
ស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុ ឬការធានារ៉ាប់រង អាចធ្វើឱ្យអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃសេវា ដែលអ្នកបានទទួលទាំងស្រុង។

* នៅក្នុងករណីការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នកលើសពីតម្លៃសេវាថែទាំជាក់ស្ដែង អ្នកអាចនឹងឈប់បង់ប្រាក់ប្រចាំខែរបស់អ្នក នៅពេលដែលការចំណាយលើការថែទាំជាក់  
  ស្ដែងត្រូវបានបង់ពេញ។

***ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ  
សម្រាប់ការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំឆ្នាំ ហើយរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរហិរញ្ញវត្ថុ និង/ឬការធានារ៉ាប់រង  
សុខភាពរបស់ខ្ញុំភ្លាម។***

កិច្ចព្រមព្រៀងបង់ប្រាក់៖ យើងបានយល់ព្រមឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់ប្រចាំខែដើម្បីសងបំណុលនេះ។ អ្នកបានយល់ព្រមបង់ប្រាក់ចំនួន $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយខែសម្រាប់រយៈពេល \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ខែ។

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន/ភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ |  | កាលបរិច្ឆេទ |
|  |  |  |
| ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងកម្មវិធី |  | កាលបរិច្ឆេទ |