

ហេតុអ្វីជ្រើសយកមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលធាតុដុន Breast Center?

ជាមួយគម្រោងបង់ថ្លៃតាមតម្រូវការ និងត្រូវពេទ្យមានសមត្ថភាព និងជំនាញខាងជំងឺសុដន់ មជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលធាតុដុន Carol Milgard សូមប្តេជ្ញាក្នុងការផ្តល់លោកអ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុត ក្នុងតម្លៃដ៏សមរម្យ។ យើងដឹងថា គោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងមួយចំនួនមិនបានគ្របដណ្តប់លើប្រភេទសេវាកម្មទាំងអស់នោះទេ។ ដើម្បីប្រាកដ អ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ មជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលធាតុដុន មានផ្តល់ជូននូវ៖

- តម្លៃប្រកួតប្រជែង
- ការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យថ្ងៃដដែល
- គម្រោងបង់ថ្លៃ ១២ ខែ ដោយគ្មានថ្លៃហិរញ្ញវត្ថុ ឬការគិតការប្រាក់
- វិក្កយបត្រតែមួយ ជាមួយថ្លៃទាំងអស់ ត្រូវបានស្រង់បង្ហាញយ៉ាងច្បាស់
- ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលស័ក្តិសម
- ផ្តល់ជូនការផ្សំផ្គុំពីស្ថាប័នគ្រប់គ្រងរបស់យើង

ការថតឆ្លុះសរីរាង្គខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាភាពចាំបាច់មិនមែនសម្រាប់ប្រណីតភាពនោះទេ

មជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលធាតុដុន Carol Milgard ប្តេជ្ញាក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលដល់អ្នកជំងឺទាំងអស់ដោយមិនគិតពីលទ្ធភាពថវិកា។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សូមបំពេញទម្រង់ពាក្យសុំដែលផ្តល់ជូនក្នុងសៀវភៅព័ត៌មាននេះ រួចផ្ញើ ឬទូរសារទម្រង់ពាក្យនោះជាមួយឯកសារគាំទ្រមកកាន់៖

TRA Medical Imaging/CMBC, Attention: Financial Aid
 PO Box 1535
 Tacoma, WA 98401
 (253) 680-3558

"ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ សូមបំពេញពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនេះ ហើយប្រគល់វាទៅមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺមហារីកសុដន់ រួមជាមួយនឹងឯកសារគាំទ្រណាមួយ យ៉ាងហោចណាស់ 48 ម៉ោងមុនការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សូមចំណាំថាពាក្យសុំទាំងមូលត្រូវតែបំពេញឲ្យហើយ។ ការបំពេញពាក្យសុំមិនពេញលេញនឹងនាំឱ្យមានការពន្យារពេលនៃការទទួលបានសិទ្ធិ។"

មជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលធាតុដុន Carol Milgard ទទួលបានជំនួយមកពី *MultiCare and Franciscan Health Systems*។

អ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើងរង់ចាំជួយលោកអ្នកចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 ល្ងាច។ សូមទាក់ទងទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ (253) 680-3485

ប្រសិនបើលោកអ្នក មិនទាន់មានការធានារ៉ាប់រង ហើយសម្រាប់បុរសគ្រប់វ័យ ឬស្ត្រីវ័យ ៣៤ ឆ្នាំ និងក្មេងជាងនេះ ដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺសុដន់ សូមស្វាគមន៍ព័ត៌មានពីកម្មវិធី *First Look Voucher Program* របស់យើង។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមសូមទាក់ទងទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ (253) 680-3485 ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង។



អ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើងរង់ចាំជួយលោកអ្នកចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ការពិនិត្យសូមទាក់ទងទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ (253) 680-3485

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬទម្រង់ពាក្យដែលអាចទាញយកបានជា PDF សូមចូលទៅកាន់ www.carolmilgardbreastcenter.org

ជម្រើសជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ



បើអ្នកបានត្រៀមខ្លួន ទើបជាញឹកញយ

ទម្រង់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (Financial Aid Application)

នៅទីដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលរោគសុដន់ Carol Milgard សូមបំពេញ ទម្រង់ពាក្យនេះ ហើយបញ្ជូនត្រឡប់មកកិច្ចដាក់មួយដល់សាលាការី មកកាន់ ការិយាល័យរបស់យើង។

1. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ (Patient information)

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

2. តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយហិរញ្ញវត្ថុណាមួយពីអង្គការ MultiCare ឬ Franciscan Health System ដែរឬទេ? _____ បាទ (Yes) _____ ចាស ទេ (no) (ownergrant)

ប្រសិនបើធ្លាប់ សូមរាយនាមអង្គការទាំងឡាយនោះ។ ដាក់ការបន្ថែមលើសំណុំពាក្យនេះ។ ដាក់ការបន្ថែមលើសំណុំពាក្យដែលចុះហត្ថលេខា ឬសូមផ្តល់នូវលិខិតបញ្ជាក់មួយច្បាប់ពីអង្គការផ្សេងទៀត ភ្ជាប់ជាមួយសំណុំពាក្យ។

3. ស្វាមី ភរិយា ឬអាពាហ៍ពិពាហ៍ (បើសិនជាមាន) គឺជាអ្នកជំងឺនេះអ្នកនូវក្នុងបន្ទុក (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

ឈ្មោះ (Name) _____
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ (Home phone) _____ ចល័ត (Cell phone) _____
អាសយដ្ឋាន (Address) _____

4. សូមផ្តល់នូវលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់បៀវត្សរ៍ 3 ខែចុងក្រោយបំផុត លិខិតចំណូល (W2) និងរបាយការណ៍ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត។

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

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

5. រឿងរ៉ាវអ្នកក្នុងបន្ទុកក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទាំងអស់ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងស្វាមី ភរិយានៅក្នុងផ្ទះ (dependents)

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

6. សូមអះអាងថាព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំដឹងថាវាជា ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬមិនពេញលេញ អាចពន្យារពេល បញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។ ភារកិច្ចរបស់ខ្ញុំគឺធានាថាព័ត៌មានខាងលើនេះត្រឹមត្រូវ និងលម្អិតបំផុតទៅវិញ ហើយអាចធ្វើបានការដាក់ពិន័យ។ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលរោគសុដន់ Carol Milgard Breast Center ផ្តោលលើការបញ្ជាក់ព័ត៌មានខាងលើ និងមានសិទ្ធិផ្តោលលើការទៅឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលរោគសុដន់ Carol Milgard Breast Center ក្នុងគោលបំណងដើម្បីធ្វើការកំណត់ភាពអាចទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ ខ្ញុំសូមសន្យាថាព័ត៌មានខាងលើនេះត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។

ហត្ថលេខា (បង្កើតឡើងលើឃ្លីបសញ្ញា) (SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST))

កាលបរិច្ឆេទ (DATE)

ព័ត៌មាននេះ គឺជាការសម្ងាត់ ទូរសារទៅកាន់ **TRA Medical Imaging/CMBC, Attention: Financial Aid, PO Box 1535 Tacoma, WA**។ សូមរាប់សំណួរ ឬការស្នើសុំជំនួយ សូមទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យព្យាបាលរោគសុដន់ Carol Milgard ទៅលេខ (253) 680-3485។