



ការណែនាំអំពីទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌
នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅ Kadlec។

ច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធគ្រូឡីង្ស៊ីនីពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដល់ប្រជាជន និងគ្រួសារដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃប្រាក់ចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការថែទាំដែលមានការបញ្ចុះតម្លៃ (អ្នកនឹងត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ការថែទាំទាំងពីរតាមរយៈពាក្យសុំទូទៅ) ដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ ដើម្បីមើលគោលនយោបាយស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង និងគោលការណ៍ណែនាំកម្រិតកិល សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់មន្ទីរពេទ្យតាមអាសយដ្ឋាន www.kadlec.org។

តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរ៉ាប់រងលើអ្វីខ្លះ? ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាប់រងលើការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ដោយមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកណាមួយរបស់យើង ក្នុងគ្រួសារនៃអង្គការរបស់យើង អាស្រ័យលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិនរ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយផ្នែកថែទាំសុខភាពទាំងអស់ រួមទាំងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអង្គការផ្សេងទៀតបានទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ គោលនយោបាយស្តីពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះ និងឯកសារដាក់ពាក្យស្នើសុំមានផ្តល់ជូននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬតាមរយៈទូរសព្ទ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយដោយសារហេតុផលណាមួយ រួមទាំងជំនួយផ្នែកភាសា និងពិការភាព។ ឯកសារជាអក្សរដែលបានបកប្រែមានផ្តល់ជូនតាមការស្នើសុំ។

នេះគឺជារបៀបទាក់ទងមកយើង៖ www.kadlec.org.

តំណាងសេវាកម្មអតិថិជនតាមរយៈលេខទូរសព្ទ៖ 855-367-1343 ឬ 509-942-2626

ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច

ដើម្បីឱ្យពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកអាចដំណើរការទៅបាន អ្នកត្រូវតែ៖

❑ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នកដល់យើង

បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសាររួមមានសមាជិកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសាច់បង្កើត តាមរយៈអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា)។ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ក្រុមគ្រួសារ ឬគ្រួសារត្រូវបានកំណត់តាមវិធីនេះ *ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុ 18 ឆ្នាំ* ឡើងទៅ គ្រួសាររួមមានប្តី/ប្រពន្ធ ដៃគូក្នុងគ្រួសារ និងកូនក្នុងបន្ទុកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬអាយុណាមួយ ប្រសិនបើមានពិការភាព ទោះបីជាជំងឺនៅផ្ទះឬអត់។ *ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ* ឬសម្រាប់កុមារក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុពី 18 ទៅ 20 ឆ្នាំ គ្រួសាររួមមានឪពុកម្តាយ អ្នកមើលថែជាសាច់ញាតិ និងអ្នកមើលថែរបស់ឪពុកម្តាយ ឬរបស់សាច់ញាតិ អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬអាយុណាមួយ បើសិនមានពិការភាព។

❑ ផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និងកាត់កង) ដើម្បីដាក់បញ្ចូលចុងសន្លឹកប្រាក់ខែ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ ឬព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (ឧ. ទម្រង់ W-2 លិខិតប្រគល់រង្វាន់សន្តិសុខសង្គម) និងរបាយការណ៍សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលដែលដកចេញពីទ្រព្យសកម្ម។ (សូមមើលពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ផ្នែកចំណូលសម្រាប់ឧទាហរណ៍បន្ថែម)

❑ ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់

❑ ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក ឬប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ សូមសម្គាល់ថា “មិនអាចប្រើបាន” ឬ “មិនមាន”។ Kadlec Regional Medical Center, Attn: Patient Financial Services, 888 Swift Boulevard, Richland, WA 99352 សហរដ្ឋអាមេរិក។ ត្រូវប្រាកដថាការច្បាប់ចម្លងសម្រាប់ខ្លួនឯង។ 1507846221.4



ដើម្បីដាក់បញ្ចូលពាក្យស្នើសុំដែលអ្នកបានបំពេញដោយផ្ទាល់៖ ទៅកាន់ការិយាល័យរបស់អ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុនៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត។
ប្រសិនបើអាច យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចុងក្រោយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន និងសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃគិតចាប់ពីទទួលបាន
ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ រួមទាំងឯកសារនៃប្រាក់ចំណូល។

តាមរយៈការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកដើម្បីឱ្យយើងធ្វើការស្នើសុំណាមួយដែលចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីព័ត៌មាន
និងកាតព្វកិច្ចហិរញ្ញវត្ថុ។

1 លើកលែងតែអាចត្រូវបានហាមឃាត់ដោយច្បាប់រដ្ឋ Kadlec នឹងប្រមូល និងពិចារណាព័ត៌មានទាក់ទងនឹងទ្រព្យសកម្ម ដូចដែលតម្រូវដោយមជ្ឈមណ្ឌលស
ម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) សម្រាប់របាយការណ៍អំពីតម្លៃរបស់ Medicare ។

ការនេះអនុវត្តជាពិសេសចំពោះអ្នកទទួលបាន Medicare ដែលមិនមានធានារ៉ាប់រង Medicaid ផងដែរ។ សម្រាប់ផ្សេងៗទៀត
ព័ត៌មាននៃទ្រព្យសកម្មគឺជាជម្រើស។

506318055.3

S

ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ – សម្ងាត់

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើមានអនុវត្ត សូមសរសេរ “មិនមាន” ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។

ព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យ			
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីភាសាដែលចង់ប្រើ៖			
តើអ្នកជំងឺបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medicaid ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ តើអ្នកជំងឺពិការភ្នែកមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ តើអ្នកជំងឺពិការមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ			
តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាកម្មសាធារណៈរបស់រដ្ឋដូចជា TANF អាហារមូលដ្ឋាន ឬ WIC ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ			
បច្ចុប្បន្ន តើអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសម្បែងដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ			
តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬប្រសិទ្ធភាពការងារដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ			
សូមកត់សម្គាល់ថា			
- យើងមិនអាចធានាថា អ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ ទោះបីជាអ្នកស្នើសុំក៏ដោយ។ - នៅពេលអ្នកធ្វើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក យើងអាចនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចនឹងស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល។ - ក្នុងរយៈពេល 14-30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារដែលអ្នកបានបំពេញ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចរបស់យើង។			
ព័ត៌មានអំពីអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងអ្នកជំងឺ			
នាមខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ	នាមកណ្តាលរបស់អ្នកជំងឺ		នាមត្រកូលរបស់អ្នកជំងឺ
☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ ផ្សេងទៀត (អាចបញ្ជាក់_____)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខរបបសន្តិសុខសង្គមអ្នកជំងឺ (ជាជម្រើស)
បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់វិក្កយបត្រ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (ជាជម្រើស)
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ _____ _____ _____			លេខទំនាក់ទំនងចម្បង () _____ () _____ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
ទីក្រុង	រដ្ឋ ប្រទេស	លេខកូដតំបន់	
ស្ថានភាពការងាររបស់បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់វិក្កយបត្រ			
☐ មានការងារធ្វើ (កាលបរិច្ឆេទផ្តល់)៖ _____ ☐ គ្មានការងារធ្វើ (រយៈពេលគ្មានការងារធ្វើ៖) _____			
☐ ស្វ័យនិយោជន៍	☐ សិស្ស	☐ មានពិការភាព	☐ ចូលនិវត្តន៍
☐ ផ្សេងទៀត			

ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ – សម្ងាត់

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

រាយបញ្ជីឈ្មោះសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងអ្នក។ “គ្រួសារ” រួមមានសមាជិកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសាច់បង្កើត តាមរយៈអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ _____ *ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់*

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនង ជាមួយអ្នកជំងឺ	ប្រសិនបើអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះនិយោជក ឬប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល	ប្រសិនបើអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ប្រាក់ចំណូល ប្រចាំខែសរុប (មុនពេលកាត់ពន្ធ)៖	ស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ផងដែរដែរមែនទេ ?
					បាទឬចាស /ទ
					បាទឬចាស /ទ
					បាទឬចាស /ទ
					បាទឬចាស /ទ
					បាទឬចាស /ទ
					បាទឬចាស /ទ
					បាទឬចាស /ទ

ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបង្ហាញ។ ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលរួមមាន ឧទាហរណ៍៖

ប្រាក់ឈ្នួល- គ្មានការងារ-ស្វ័យនិយោជន៍-សំណងរបស់កម្មករ-ពិការភាព-SSI-ប្រាក់ឧត្តមប្តីឬប្រពន្ធកូន-កម្មវិធីសិក្សាអំពីការងារ (សិស្ស)- ប្រាក់ដែលដកចេញពីទ្រព្យសកម្ម ឧទាហរណ៍ ភាគហ៊ុន សញ្ញាប័ណ្ណកម្ចី IRAs សង្គមធន ប្រាក់ចំណូលបានមកពីការជួល។ល។



ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ/ការថែទាំសប្បុរសធម៌ – សម្ងាត់

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល

សូមចងចាំថា៖ អ្នកត្រូវរួមបញ្ចូលកត្តាទាំងនៃប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក។ តម្រូវឱ្យមានការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល ដើម្បីសម្រេចលើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។ **សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅត្រូវតែបង្ហាញប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។** ប្រសិនបើអ្នកមិនអាច ផ្តល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចដាក់បញ្ជូនរបាយការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពណ៌នាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ **សូម ផ្តល់កត្តាទាំងនៃប្រាក់ចំណូលដែលបានសម្គាល់ទាំងអស់។ ឧទាហរណ៍នៃកត្តាទាំងនៃប្រាក់ចំណូលរួមមាន៖**

- របាយការណ៍ពន្ធកាត់ទុក "W-2" ឬ
- កន្ទុយសន្លឹកប្រាក់ខែបច្ចុប្បន្ន (3 ខែ) ឬ
- ការប្រកាសពន្ធប្រាក់ចំណូលកាលពីឆ្នាំមុន រួមទាំងកាលវិភាគប្រសិនបើមាន ឬ
- របាយការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីនិយោជក ឬអ្នកដទៃ ឬ
- របាយការណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលដកចេញពីទ្រព្យសកម្ម (ភាគហ៊ុន សញ្ញាប័ណ្ណកម្ចី IRAs សង្គមធានា។ល។) ឬ
- ការយល់ព្រម/ការបដិសេធនៃសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់សំណងលើការគ្មានការងារធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកត្តាទាំងនៃប្រាក់ចំណូល ឬគ្មានប្រាក់ចំណូលទេ សូមភ្ជាប់ទំព័រនៃមេដាយមានការពន្យល់។

ព័ត៌មានអំពីការចំណាយ

យើងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីទទួលបានរូបភាពកាន់តែពេញលេញនៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ការចំណាយសំខាន់ៗប្រចាំខែសម្រាប់ការរស់នៅ៖

ការជួល/អីប៉ូតែក \$ _____ ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ \$ _____
 បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ \$ _____ សេវាសាធារណៈ \$ _____
 ផ្សេងទៀត បំណុល/ការចំណាយ \$ _____ (ប្រាក់ឧត្តមកូន ប្រាក់កម្ចី ថ្នាំសង្កូវ ផ្សេងទៀត)

ព័ត៌មាន និងឯកសារអំពីទ្រព្យសកម្ម

សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន (សូមមើលខាងក្រោមនេះ ដើម្បីមើលថាតើអ្នក

ត្រូវការផ្តល់របាយការណ៍ធនាគារដែរទេ *)

\$ _____

សមតុល្យគណនីសន្សំទូទៅ

\$ _____

តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀតទាំងនេះដែរឬទេ? សូមផ្គត់ផ្គង់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ

☐ គ្មានទ្រព្យសកម្ម

☐ ភាគហ៊ុន

☐ សញ្ញាប័ណ្ណកម្ចី

☐ ផែនការ 401K

☐ គណនីចរន្តសម្រាប់សុខភាព

សម្រាប់អ្នកទទួលបាន Medicare ដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង Medicaid, Kadlec អាចស្នើសុំរបាយការណ៍ធនាគារ ឬឯកសារដែលមានប្រភពស្រដៀងគ្នាបាន។

* ព័ត៌មាននេះត្រូវបានទាមទារតែពីអ្នកទទួលបាន Medicare ប៉ុណ្ណោះ ដែលមិនមានធានារ៉ាប់រង Medicaid ផងដែរ។ សម្រាប់ផ្សេងៗទៀត ព័ត៌មាននេះគឺជាជម្រើស។ ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអនុលោមតាមគោលនយោបាយរបស់យើង និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋដែលអ្នកបានទទួលការថែទាំ ហើយត្រូវបានប្រមូល និងចាត់ទុកថាជាការតម្រូវដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) សម្រាប់ការរាយការណ៍អំពីថ្លៃចំណាយរបស់ Medicare។

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងដឹង ដូចជាការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើការព្យាបាលលើសកម្រិត ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវកាល ឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការបាត់បង់ផ្ទាល់ខ្លួន។

កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ថា Kadlec អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានឥណទាន និងទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយក្នុងការសម្រេចសិទ្ធិទទួលបាន ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬគម្រោងទូទាត់ប្រាក់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត លទ្ធផលអាចជាការបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំអាចទទួលខុសត្រូវ និងរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំ

កាលបរិច្ឆេទ