

ទម្រង់ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

Tufts Medicine មានមោទនភាពក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពប្រកបដោយគុណភាពល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកជំងឺគ្រប់រូប។ Tufts Medicine ផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈគោលការណ៍ផ្តល់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដល់អ្នកជំងឺដែលមិនមានលទ្ធភាពចំណាយសម្រាប់សេវាសុខភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងឱសថចាំបាច់សម្រាប់ការថែទាំព្យាបាល។ ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ Tufts Medicine មិនទទួលខុសត្រូវលើការថែទាំចាំបាច់ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងវិស័យសុខាភិបាលទេ។ យើងក៏មិនផ្តល់ជូននូវការបញ្ចុះតម្លៃលើការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ចំណាយបដិភាគ ធានារ៉ាប់រងបដិភាគ ឬចំណែកធានារ៉ាប់រងណាមួយឡើយ។

អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធភាព គួរតែរ៉ាប់រង ចំណាយលើសេវាកម្មដែលទទួលបាននៅ Tufts Medicine ។ ទោះយ៉ាងណា អ្នកនៅតែសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺ ឱ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំ ជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាលណាមួយដូចជា Masshealth, Connectorcare, ឬ Health Safety Net មុនពេលដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ចំពោះសេវាសុខាភិបាលរបស់ Tufts Medicine ។ **ការខកខានមិនបានដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលអ្នកមានឱកាស ទទួលបានអាចបង្កឱ្យមានការពន្យារពេលឬការបដិសេធពាក្យសុំរបស់អ្នក។** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាល បុគ្គលិកសម្របសម្រួលផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ Tufts Medicine របស់យើងអាចជួយអ្នកបាន។

គុណវុឌ្ឍិរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ អាស្រ័យទៅលើការបំពេញពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនេះឱ្យបានត្រឹមត្រូវនិង ពេញលេញ។

សេចក្តីណែនាំ

បេក្ខជនទាំងអស់ត្រូវបំពេញពាក្យសុំជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុឱ្យបានពេញលេញនិងរួមបញ្ចូលទាំងច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារខាងក្រោម។ ការខកខានមិនបានប្រគល់រាល់ឯកសារចាំបាច់ទាំងអស់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនឹងធ្វើឱ្យពាក្យសុំរបស់អ្នកក្លាយជាមួយៈ។ សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារ ដែលត្រូវដាក់ស្នើ ដោយព្រោះយើងនឹងមិនប្រគល់ឯកសារទាំងនោះ ត្រលប់ទៅវិញឡើយ។

- សូមបំពេញ គ្រប់ផ្នែកដែលអ្នកអាចបំពេញបានក្នុងទម្រង់ពាក្យសុំនេះ ហើយត្រូវ **ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបញ្ជាក់នៅទំព័រទី 4**
- ភ្ជាប់ជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃ **ប័ណ្ណបើកបរ ឯកសារដែលភ្ជាប់ជាមួយរូបថតឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលបញ្ជាក់ពីទីលំនៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។** ឯកសារដែលដាក់ស្នើត្រូវតែមានភ្ជាប់ជាមួយឈ្មោះរបស់អ្នក។
- ភ្ជាប់ជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃ**កាតធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក**
- ភ្ជាប់ជាមួយទម្រង់បែបបទ**ផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល៖**
 - ភ្ជាប់ជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃ **W-2** ថ្មីបំផុតរបស់អ្នក
 - ប្រសិនបើមាន**ការផ្លាស់ប្តូរ ប្រាក់ចំណូលអ្នកក្នុងពេលថ្មីៗនេះ** សូមភ្ជាប់ជាមួយឯកសារបញ្ជាក់ដូចជាលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ខែ (យ៉ាងហោចណាស់ចំនួន 4សន្លឹក) លិខិតបញ្ជាក់ភាពអត់ការងារធ្វើរបាយការណ៍ធនាគារ / ការវិនិយោគនិង / ឬរបាយការណ៍សន្តិសុខសង្គម
- ប្រសិនបើអ្នកជំងឺ **ទទួលមរណភាព** សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃវិញ្ញាបនបត្រមរណភាព និងលិខិតមួយដែលបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពទ្រព្យសម្បត្តិ

សម្រាប់សំណួរបន្ថែម សូមទាក់ទងនាយកដ្ឋានសំរួលសំរួលហិរញ្ញវត្ថុ Tufts Medicine តាមរយៈ

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
978-973-6700

ឬដោយផ្ទាល់នៅទីតាំង Tufts Medicine ដូចខាងក្រោម៖

- មជ្ឈមណ្ឌលTufts Medicine អគារ Binwerd ជាន់ទី 1
260 Tremont Street
Boston, MA 02111
- មជ្ឈមណ្ឌលTufts Medicine អគារ Proger ជាន់ទី 1
800 វ៉ានស៊ីនតោន Street
Boston, MA 02111
- មន្ទីរពេទ្យទូទៅ Lowell អគារ Dahod ជាន់ផ្ទាល់ដី
295 Varnum Avenue
Lowell, MA 01854
- មន្ទីរពេទ្យទូទៅ Lowell សាខា Saints
1 Hospital Drive ជាន់ផ្ទាល់ដី
Lowell, MA 01852
- មន្ទីរពេទ្យ MelroseWakefield
585 Lebanon Street, Suite 101
Melrose, MA 02176
- មន្ទីរពេទ្យ Lawrence Memorial ជាន់ផ្ទាល់ដីជិតផ្នែកថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

សូមផ្ញើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅ៖

មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Tufts
ផ្នែកសម្របសម្រួលហិរញ្ញវត្ថុ
800 Washington Street, Box 475
បូស្តុន, MA 02111

1 អំពីអ្នកជំងឺ / អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

សូមបំពេញព័ត៌មាននៅផ្នែកនេះស្តីអំពីអ្នកជំងឺ និង / ឬ អំពីអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

ឯកសារចាំបាច់៖ សូមភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ទឹកនៃឯកសារនោះ ប័ណ្ណបើកបរ ឯកសារដែលភ្ជាប់ជាមួយរូបថតឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលបញ្ជាក់ពីទីលំនៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ឯកសារដែលដាក់ស្នើត្រូវតែមានភ្ជាប់ជាមួយឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ។

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ: _____

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជំងឺ: LL / LL / LLLL

Soc. Sec. No. អ្នកជំងឺអ្នកជំងឺ: LLLL / LL / LLLL

Rec. No. វេជ្ជសាស្ត្រអ្នកជំងឺ _____

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

ទូរស័ព្ទអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ត្រូវតែជាអ្នកជម្ងឺផ្ទាល់ ឬអ្នកដែលទទួលបន្ទុកហិរញ្ញវត្ថុចំពោះអ្នកជំងឺ។

ទម្រង់ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ MM / DD / YYYY

អំពីគ្រួសាររបស់អ្នក

រាយនាមសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ រួមជាមួយថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតនិងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

សមាជិកគ្រួសារទី 1 _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: LL / LL / LLLL

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ _____

សមាជិកគ្រួសារទី 2 _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: LL / LL / LLLL

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ _____

សមាជិកគ្រួសារទី 3 _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: LL / LL / LLLL

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ _____

សមាជិកគ្រួសារទី 4 _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: LL / LL / LLLL

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ _____

សមាជិកគ្រួសារទី 5 _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: LL / LL / LLLL

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ _____

- បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិកមែនទេ?
 - បាទ/ចាស ទេ បើមិនមែនទេ តើអ្នកជាអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ ស្នាក់នៅដោយស្របច្បាប់នៅអាមេរិកឬទេ?
- *ប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ សូមផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារផ្លូវការមួយច្បាប់។

2 ព័ត៌មានផ្នែកធានារ៉ាប់រង

សូមបំពេញព័ត៌មានផ្នែកនេះ ស្តីអំពីធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជំងឺ។

ឯកសារចាំបាច់៖ បើអាចប្រើបាន សូមភ្ជាប់ជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃកាតធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជំងឺ ព័ត៌មានពី Medicaid ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងទទួលខុសត្រូវ ឯកសារនៃដែនកំណត់បណ្តាញ។ ឯកសារដែលបានដាក់ស្នើត្រូវតែភ្ជាប់ជាមួយឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ។

- បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ ក្នុងកម្មវិធី Medicaid ក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះឬទេ?
- បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកមានពាក្យស្នើសុំ ដែលមិនទាន់សម្រេចឬអនុម័តដោយកម្មវិធី Medicaid ឬទេ?
- បាទ/ចាស ទេ តើពាក្យស្នើសុំ Medicaid របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធមែនឬទេ?
- បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ?
- បាទ/ចាស ទេ តើគម្រោងកញ្ចប់របស់អ្នក មានរួមបញ្ចូលទាំងសេវាកម្មនៅចំ Tufts Medicine ឬទេ?
- បាទ/ចាស ទេ តើមានសេវាកម្មជាក់លាក់ណាមួយដែល ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវឬទេ?

ប្រសិនបើមានសូមបញ្ជាក់ _____

ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងបឋម

ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង _____

អាសយដ្ឋានធានារ៉ាប់រង _____

គោលការណ៍ / លេខសម្គាល់ _____

លេខក្រុម _____

អតិថិជន _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអតិថិជន / /

ទំនាក់ទំនងជាមួយអតិថិជន _____

និយោជករបស់អតិថិជន _____

កាលបរិច្ឆេទសុពលភាព / /

ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងបន្ទាប់បន្សំ

ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង _____

អាសយដ្ឋានធានារ៉ាប់រង _____

គោលការណ៍ / លេខសម្គាល់ _____

លេខក្រុម _____

អតិថិជន _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអតិថិជន / /

ទំនាក់ទំនងជាមួយអតិថិជន _____

និយោជករបស់អតិថិជន _____

កាលបរិច្ឆេទសុពលភាព / /

3 ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែ និងទ្រព្យសម្បត្តិ

សូមបំពេញព័ត៌មានផ្នែកនេះ ស្តីអំពីប្រាក់ចំណូលនិងទ្រព្យសម្បត្តិដែលទទួលបាន របស់អ្នកជំងឺនិងសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលបានចុះបញ្ជីនៅក្នុងផ្នែកទី 1 ដែលមានការងារធ្វើ។ សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលដុលដែលជាប្រាក់ចំណូលមុនពេលបង់ពន្ធ និង កាត់ពន្ធ។

ឯកសារចាំបាច់: សូមភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលនេះ: លិខិតទូទាត់ប្រាក់ខែ ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល របាយការណ៍ W2 របាយការណ៍ធនាគារ របាយការណ៍វិនិយោគ ឬឯកសារស្តុតាងផ្សេងទៀត។

ផ្នែកទី 3 ពុំចាំបាច់បំពេញទេប្រសិនបើអ្នកជំងឺនិងសមាជិកគ្រួសាររបស់គាត់មិនមានប្រាក់ចំណូលឬទ្រព្យសម្បត្តិ។

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ

	អ្នកជំងឺ	សមាជិកគ្រួសារទី 1	សមាជិកគ្រួសារទី 2	សមាជិកគ្រួសារទី 3	សមាជិកគ្រួសារទី 4	(សម្រាប់តែស្ថាប័នយើងប៉ុណ្ណោះ)
ប្រាក់ឈ្នួល / ប្រាក់ខែ / គន្លឹះ						
សំណងសម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ						
សន្តិសុខសង្គម						
តំទ្រកុមារ + អាហារូបត្ថម្ភ						
ប្រាក់ចំណូលពីមុខរបរផ្ទាល់						
ចំណូលពីការប្រាក់ / ភាគលាភ						
ប្រាក់សោធននិវត្តន៍						
IRA / ភាគហ៊ុន / មូលបត្របំណុល						
ប្រាក់ចំណូលពីការជួល						
Trust Payments						
សំណងសម្រាប់កម្មករ						
អត្ថប្រយោជន៍របស់អតីតយុទ្ធជន						

កង្វះរបាយការណ៍ប្រាក់ចំណូល

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានប្រាក់ចំណូលហើយត្រូវស្ថិតក្រោមបន្ទុក ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដោយមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត សូមឱ្យបុគ្គលទទួលបន្ទុកបំពេញនិងចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបញ្ជាក់ខាងក្រោម។

អ្នកជំងឺ ឈ្មោះ: _____

បច្ចុប្បន្នគ្មានប្រាក់ចំណូលទេ។ បច្ចុប្បន្នខ្ញុំទទួលបានបន្ទុកផ្តល់ជាអាហារ, ទីជម្រកនិងសម្លៀកបំពាក់ដែលគាត់ត្រូវការ។ ខ្ញុំក៏ទទួលបានបន្ទុកផ្តល់ផ្គត់ផ្គង់ ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដល់គាត់ក្នុងទំហំទឹកប្រាក់

\$ _____ ជាមធ្យមក្នុងមួយខែ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកទទួលបន្ទុក _____

កាលបរិច្ឆេទ _____

ទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារ - ត្រួតពិនិត្យគណនីចរន្ត និង គណនីសន្សំ

ប្រភេទគណនី	ធនាគារ / ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ	សមតុល្យ

ប្រភេទគណនី: ចរន្ត ឬសន្សំ។

ទ្រព្យសម្បត្តិគ្រួសារដែលអាចរាប់បញ្ចូលផ្សេងទៀត

ប្រភេទគណនី	ធនាគារ / ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ	សមតុល្យ
ភាគហ៊ុន / មូលបត្របំណុល		
វិញ្ញាបនប័ត្រនៃប្រាក់បញ្ញើ		
មូលបត្របំណុលសន្សំរបស់អាមេរិក		
គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព (HSA)		
វិញ្ញាបនប័ត្រសន្សំប្រាក់		
ក្លឹបសម្រាប់ណែនាំវិស្វកម្ម		
ផ្សេងទៀត		

4 ភាពលំបាកផ្នែកសុខាភិបាល

អ្នកអាចនឹងមិនចាំបាច់បំពេញព័ត៌មានផ្នែកនេះ។ សូមបំពេញផ្នែកនេះប្រសិនបើអ្នកមានវិក័យប័ត្រព្យាបាលក្នុងទំហំទឹកប្រាក់ច្រើន។ សូមបញ្ជាក់ការចំណាយលើសុខភាពពី Tufts Medicine និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្សេងទៀត។ យើងអាចនឹងស្នើសុំ ឯកសារបន្ថែម ពេលក្រោយ។

ការចំណាយលើផ្នែកសុខាភិបាល	ទំហំទឹកប្រាក់សរុប	តើត្រូវចំណាយញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?	(សម្រាប់តែស្ថាប័នយើងប៉ុណ្ណោះ)
		<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
		<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
		<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
		<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
		<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	
		<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ	

លិខិតបញ្ជាក់ - អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំទាំងអស់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា

អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំទាំងអស់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើ លិខិតបញ្ជាក់ ទើបយើងពិនិត្យពាក្យស្នើសុំ។

ខ្ញុំស្នើបញ្ជាក់ (ឬអះអាង) ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះគឺពិតត្រង់ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញបំផុតទៅតាមព័ត៌មានដែលខ្ញុំមាន និងដឹង។ ខ្ញុំយល់ព្រមរាយការណ៍ទៅកាន់ Tufts Medicine ក្នុងរយៈពេលមួយសប្តាហ៍ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ធនធានហិរញ្ញវត្ថុ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលបានបង្ហាញលើទម្រង់បែបបទនេះដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅ Tufts Medicine ។ ខ្ញុំយល់ និងដឹងថាធនធានរបស់ខ្ញុំនឹងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុផ្សេងទៀតអាចត្រូវ ប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សេចក្តីបញ្ជាក់ និងសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ នៅក្នុងកម្មវិធីនេះ។ ខ្ញុំយល់ និងដឹងថាខ្ញុំមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីប្រគល់ឯកសារគាំទ្រនានា ដែលត្រឹមត្រូវនិងចាំបាច់ ដើម្បីទទួលបានការបញ្ជុះតម្លៃ។

សេចក្តីបញ្ជាក់ដែលក្លែងបន្លំដោយអ្នកជំងឺក្នុងគោលបំណងទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនឹងត្រូវបញ្ជូនបន្តទៅការិយាល័យអគ្គព្រះរាជអាជ្ញា រដ្ឋ Massachusetts ។ អ្នកជំងឺដែលក្លែងបន្លំ នៅក្នុងកម្មវិធីកម្មវិធីនេះនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានបានជំនួយទៀតទេហើយនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការចោទប្រកាន់ទាំងអស់ខណៈដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីនេះមានសុពលភាពគិតដល់ ថ្ងៃទី 1 ដែលការចោទប្រកាន់នេះបានកើតឡើងក្រោមកម្មវិធីនេះ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

កាលបរិច្ឆេទ LL/LL/LLLL