

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យ

ការអនុម័តទាំងឡាយនៃសំណើនេះគឺជាបណ្តោះអាសន្ន ហើយត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 12 ខែ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការអនុម័ត

មន្ទីរពេទ្យ៖ <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	កាលបរិច្ឆេទ៖
អ្នកជំងឺ៖	អ្នកគ្រូពេទ្យ/ប្តី ឬប្រពន្ធ៖
លោក#៖	លោក#៖
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសន្តិសុខសង្គម (បើមានចេញឱ្យ)៖
លេខសន្តិសុខសង្គម (បើមានចេញឱ្យ)៖	លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ៖
លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖
លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖	ទាក់ទងនឹងអ្នកជំងឺ៖
អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖	អាសយដ្ឋាន៖
មុនបេរេ និងនិយោជក៖	
អាសយដ្ឋាននិយោជក៖	
កាលៈ ធាតុភូមិ៖ <input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> មិនមែនអង់គ្លេស	
ជាតិពន្ធនាគារ៖ <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> គ្មានអត្តសញ្ញាណជាតិពន្ធនាគារ	
ពូជសាសន៍៖ <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ឥណ្ឌូអាមេរិក / ដើមកំណើតអាស៊ី <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ / អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ហាវ៉ៃ/ដេលាវ៉ា/ដើម / អ្នកអារ៉ាប់/ស៊ីហ្វិក	
<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ពូជសាសន៍ផ្សេង ឬប្រព្រឹត្តិ <input type="checkbox"/> គ្មានអត្តសញ្ញាណពូជសាសន៍	

សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៃក្រុមគ្រួសារ ហើយលេខនៃអ្នកជំងឺ ឬអ្នកគ្រូពេទ្យ			
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ៖	SS# (បើមានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន៖	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ចំណូលប្រចាំខែ		ទ្រព្យសកម្ម	
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នកជំងឺ៖	គណនីសន្សំ៖		
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ឈ្នួលរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ៖	គណនីប្តី/ប្រពន្ធ៖		
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នកគ្រូពេទ្យ៖	វិញ្ញាបនបត្រទ្រព្យកម្រិត (CDs)៖		
ចំណូលពីការងារផ្សេងៗទៀត៖	គណនីទំនុករូបិយវត្ថុ៖		
ចំណូលពីការបញ្ចុះតម្លៃ៖	មូលបត្រសន្សំ៖		
ចំណូលពីការរដ្ឋល្មើស៖	ភាគហ៊ុន៖		
សំណងនៃការអភិបាលកិច្ច៖	មូលបត្រ៖		
ការគ្រប់គ្រងពីការភាពបណ្តោះអាសន្ន៖	មូលនិធិទេវវិញ្ញាណកម្ម៖		
ការគ្រប់គ្រងតម្លៃ៖	IRAs៖		
សំណងបេរេ/កិច្ចការ	401(k)s៖		
សំណងរបស់កម្មករ	403(b)s៖		
អត្ថប្រយោជន៍ VA៖	457៖		
ការទូទាត់សន្តិសុខសង្គម៖	ការគ្រប់គ្រងប្រាក់បញ្ញើក្នុងឈ្មោះប្តី/ប្រពន្ធ៖		
ភាគលាភ និងការប្រាក់ចំណូល៖	អចលនទ្រព្យផ្ទាល់ខ្លួន៖		
ស្នូលសារ៖	ផ្ទះទី 2 និងអចលនទ្រព្យផ្សេងៗ៖		
ប្រាក់សោធន៍ទឹកដី៖	យានយន្តទី 2		
ជំនួយការសាធារណៈ៖			សរុប
ផ្សេងៗទៀត៖			
ចំណូលប្រចាំខែ			
ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ			

"ខ្ញុំស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីទូទាត់ការថែទាំសុខភាពខ្លួនខ្ញុំ ដែលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មាននេះគឺជាការសម្ងាត់ និងអាចប្រើប្រាស់តាមការរៀបចំដោយមន្ទីរពេទ្យ។ ខ្ញុំក៏យល់ថា ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់គឺមិនពិត ខ្ញុំអាចត្រូវបានបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយអាចទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការទូទាត់លើសវាយន្តីរពេទ្យដែលបានផ្តល់ឱ្យ។ ខ្ញុំសូមអះអាងថា ព័ត៌មានទាំងអស់នេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមព័ត៌មានដើមដំបូងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងពីដំណើរការ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។"

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងមន្ទីរពេទ្យ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សម្រាប់តែគោលបំណងផ្ទៃក្នុងប៉ុណ្ណោះ

បានសុទ្ធតែដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

បានបដិសេធដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ការគ្របដណ្តប់ការធានារ៉ាប់រង៖ _____ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ៖ បាទ/ចាស ទេ

សេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងការដោះស្រាយការងារ ឬប្រភេទគ្រោះថ្នាក់ដទៃ៖ បាទ/ចាស ទេ

មតិយោបល់៖ _____

ទំហំគ្រួសារ៖ _____ កម្រិត FPG៖ _____ %FPG: _____

ការបញ្ចុះតម្លៃ (%)៖ _____ ការបញ្ចុះតម្លៃ (\$)៖ _____

ទំនួលខុសត្រូវអ្នកជំនួយសេវា៖ _____

កម្មវិធីសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យ ស្ថិតក្រោមការគាំទ្ររបស់

ការអនុវត្តទាំងឡាយនៃសំណើនេះគឺជាបណ្តោះអាសន្ន ហើយត្រូវផ្គត់ផ្គង់ក្នុងរយៈពេល 12 ខែ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការអនុវត្ត

មន្ទីរពេទ្យ៖ <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
អ្នកជំងឺ៖ _____	អ្នកគ្រូពេទ្យ/ប្តី ឬប្រពន្ធ៖ _____
លោក#៖ _____	លោក#៖ _____
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____	លេខសន្តិសុខសង្គម (បើមានចេញឱ្យ)៖ _____
លេខសន្តិសុខសង្គម (បើបានចេញឱ្យ)៖ _____	លេខទូរស័ព្ទទៅផ្ទះ៖ _____
លេខទូរស័ព្ទទៅការ៖ _____	លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖ _____
លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖ _____	ទាក់ទងនឹងអ្នកជំងឺ៖ _____
អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖ _____	អាសយដ្ឋាន៖ _____
មុខរបរ និងនិយោជក៖ _____	
អាសយដ្ឋាននិយោជក៖ _____	
ភាសា៖ <input type="checkbox"/> អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> មិនមែនអង់គ្លេស	
ភាគីពាក់ព័ន្ធ៖ <input type="checkbox"/> អស្ស័យ <input type="checkbox"/> មិនមែនអស្ស័យ <input type="checkbox"/> គ្មានអ្នកសម្របសម្រួលពាក់ព័ន្ធ	
ពូជសាសន៍៖ <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> គណៈអាមេរិក / ដើមកំណើតអាស៊ី <input type="checkbox"/> អាមេរិកឡាទីណូ / អាមេរិកឡាទីណូ	
<input type="checkbox"/> ហាវ៉ៃ/ធនធានដើម / អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ឥណ្ឌូ <input type="checkbox"/> ពូជសាសន៍ផ្សេង ឬប្រទេស <input type="checkbox"/> គ្មានអ្នកសម្របសម្រួលពាក់ព័ន្ធ	

សូមបញ្ជាក់ពីទិន្នន័យទាក់ទងនឹងការងាររបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកគ្រូពេទ្យ			
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ	SS# (បើបានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ	SS# (បើបានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ	SS# (បើបានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		
ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកជំងឺ	SS# (បើបានចេញឱ្យ)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លោក#៖
និយោជករបស់, ទូរស័ព្ទនិងអាសយដ្ឋាន	អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖		

ចំណូលប្រចាំខែ	ចំនួន	ប្រភេទប្រាក់	ចំនួន	ការចំណាយប្រចាំខែ / ចំណូល	ចំនួន
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ប្រចាំខែរបស់អ្នកជំងឺ		គណនីសង្ខេប		ការទូទាត់ប្រាក់ប្រចាំខែចំណូល ឬថ្លៃជួល	
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ប្រចាំខែរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ		គណនីទុន		សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន _____	
ប្រាក់ខែ និងប្រាក់ប្រចាំខែរបស់អ្នកគ្រូពេទ្យ		វិញ្ញាបនបត្រប្រាក់បញ្ញើ (CDs)		ពន្ធអចន្ទកិច្ច បើមានចាប់បញ្ចូលក្នុងការទូទាត់ប្រាក់ប្រចាំខែចំណូល	
ចំណូលពីការងារធ្វើឱ្យខ្លួនឯង		គណនីទុនប្រើប្រាស់		ថ្លៃទឹកភ្លៀង/ ហ្វាន/អគ្គិសនី/ប្រុង _____	
ចំណូលពីការវិនិយោគ		មូលបត្រសង្ខេប		ថ្លៃការបង់/អ៊ីនធឺណិត _____	
ចំណូលពីការជួល		ភាគហ៊ុន		ទូរស័ព្ទ _____	
សំណងនៃការអត់ការងារធ្វើ		មូលបត្រ		ការទូទាត់ស្វ័យប្រវត្តិ ឬការទូទាត់លើកិច្ចសន្យាជួល	
ការគាំទ្រពីភាគីទីបី		មូលបត្រ		សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន _____	
ការគាំទ្រពីភាគីទីបី		IRAs		ការទូទាត់ភាគីទីបី	
សោធនភាពហោតិច		401(k)s		សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន _____	
អត្ថប្រយោជន៍ VA		403(b)s		ប្រាក់កម្ចីងអំណោយ	
ការទូទាត់សន្តិសុខសង្គម		457s		សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន _____	
ភាគលាភ និងការប្រាក់ចំណូល		ការគាំទ្រពីភាគីទីបី		ស្វ័យគ្រប់គ្រង	
សួយសារ		អចលនទ្រព្យផ្ទាល់ខ្លួន		ការគាំទ្រពីភាគីទីបី	
ប្រាក់សោធនភាព		ផ្ទះទី 2 និងអចលនទ្រព្យផ្សេង		ថ្លៃចំណាយផ្សេងៗ	
ចំណូលពីការងារសាងសង់		ធានាប្រាក់បញ្ញើ		ប្រើប្រាស់	
ផ្សេងទៀត				ការចំណាយផ្សេងៗទៀត	
ចំណូលប្រចាំខែ					
ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ			សរុប		សរុប

"ខ្ញុំស្នើសុំអនុវត្តកម្មវិធីសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុមន្ទីរពេទ្យ ស្ថិតក្រោមការគាំទ្ររបស់ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មាននេះគឺជាការសម្រាប់ និងអាចប្រើប្រាស់តាមការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមន្ទីរពេទ្យ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់គឺមិនពិត ខ្ញុំអាចត្រូវបានបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយអាចទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ប្រចាំខែចំណូលខ្ញុំ។ ខ្ញុំសូមអះអាងថា ព័ត៌មានទាំងឡាយនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងប្រចាំខ្លួនខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ពីសំណើការ និងចំណូលខ្ញុំសម្រាប់ខ្ញុំ។"

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកគ្រូពេទ្យ/ប្តី ឬប្រពន្ធ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សម្រាប់តែគោលបំណងផ្ទៃក្នុងប៉ុណ្ណោះ

បានសុទ្ធតែដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

បានបដិសេធដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ការគ្របដណ្តប់ការធានារ៉ាប់រង៖ _____ ជំនួយឥតសំណង៖ បាទ/ចាស ទេ

សេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងការអនុវត្តការងារ ឬប្រភេទគ្រោះថ្នាក់ដទៃ៖ បាទ/ចាស ទេ

មតិយោបល់៖ _____

ទំហំគ្រួសារ៖ _____ កម្រិត FPG៖ _____ %FPG: _____

ការបញ្ចុះតម្លៃ (%)៖ _____ ការបញ្ចុះតម្លៃ (\$)៖ _____

ទំនួលខុសត្រូវអ្នកជំនួយសេវា៖ _____

Financial Assistance Policy

Exhibit 3

CNE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM 2023 FINANCIAL ELIGIBILITY GUIDELINES

Effective 3/1/2023

Percent of Poverty Level:		200%	210%	220%	230%	240%	250%	260%	270%	280%	290%	300%
Family Size	FPG											
2023 Patient liability		0%	20%	40%	60%	80%	90%	90%	90%	95%	95%	95%
1	14,580	29,160	30,618	32,076	33,534	34,992	36,450	37,908	39,366	40,824	42,282	43,740
Max Liability Per Year			3,062	3,208	3,353	3,499	3,645	3,791	3,937	4,082	4,228	4,374
2	19,720	39,440	41,412	43,384	45,356	47,328	49,300	51,272	53,244	55,216	57,188	59,160
Max Liability Per Year			4,141	4,338	4,536	4,733	4,930	5,127	5,324	5,522	5,719	5,916
3	24,860	49,720	52,206	54,692	57,178	59,664	62,150	64,636	67,122	69,608	72,094	74,580
Max Liability Per Year			5,221	5,469	5,718	5,966	6,215	6,464	6,712	6,961	7,209	7,458
4	30,000	60,000	63,000	66,000	69,000	72,000	75,000	78,000	81,000	84,000	87,000	90,000
Max Liability Per Year			6,300	6,600	6,900	7,200	7,500	7,800	8,100	8,400	8,700	9,000
5	35,140	70,280	73,794	77,308	80,822	84,336	87,850	91,364	94,878	98,392	101,906	105,420
Max Liability Per Year			7,379	7,731	8,082	8,434	8,785	9,136	9,488	9,839	10,191	10,542
6	40,280	80,560	84,588	88,616	92,644	96,672	100,700	104,728	108,756	112,784	116,812	120,840
Max Liability Per Year			8,459	8,862	9,264	9,667	10,070	10,473	10,876	11,278	11,681	12,084
7	45,420	90,840	95,382	99,924	104,466	109,008	113,550	118,092	122,634	127,176	131,718	136,260
Max Liability Per Year			9,538	9,992	10,447	10,901	11,355	11,809	12,263	12,718	13,172	13,626
8	50,560	101,120	106,176	111,232	116,288	121,344	126,400	131,456	136,512	141,568	146,624	151,680
Max Liability Per Year			10,618	11,123	11,629	12,134	12,640	13,146	13,651	14,157	14,662	15,168

*For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

*Asset protection threshold; Individual \$9,400, Family \$14,100

AGB
 FY 23 Butler 31%, Kent 28%, W/II 35%
 FY 22 Butler 30%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 21 Butler 46%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 20 Butler 47%, Kent 31%, W/II 35%

RI Medicaid GL \$ 18,075

គោលនយោបាយស្តីពីជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ

វត្ថុតាងទី 4

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រជាទូទៅ (AGB)

ដោយអនុលោមតាម IRC §501(r) (5) CNE ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រមើលបកទៅក្រោយ (Look-Back Method) ដើម្បីគណនាភាគរយ AGB របស់ខ្លួន។ % AGB ត្រូវបានគណនាជាដាច់ខាតរាល់ឆ្នាំ ហើយផ្អែកលើការទាមទារសំណងទាំងអស់ ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ Medicare ប្រភេទគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម + ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនទាំងអស់ក្នុងរយៈពេល 12 ខែ ចែកនឹងការគិតថ្លៃដុល ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារសំណងទាំងនោះ។ % AGB ដែលអាចអនុវត្តបាននឹងត្រូវបានអនុវត្តចំពោះការគិតថ្លៃដុល ដើម្បីកំណត់ AGB។

បុគ្គលណាម្នាក់ដែលត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនៅក្រោម FAP នេះនឹងមិនត្រូវបានគិតប្រាក់លើសពី AGB សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតណាមួយនោះឡើយ។ បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន FAP ណាក៏ដោយនឹងតែងតែត្រូវបានគិតប្រាក់តិចជាង AGB ឬការបញ្ចុះតម្លៃណាមួយ ដែលមាននៅក្រោមគោលនយោបាយនេះ។

ចូលជាធរមាននៅថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ឆ្នាំ 2022៖

- Butler Hospital 31%
- Kent County Memorial Hospital 28%
- Women and Infants Hospital 35%

គោលនយោបាយជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

ការបង្ហាញ 2

តម្រូវការសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ - គ្មានការធានារ៉ាប់រង

ឯកសារខាងក្រោម ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន ត្រូវតែរួមជាមួយពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញ Care New England ។

- 1) ចំណូលពន្ធជាមួយឯកសារគាំទ្រសម្រាប់ឆ្នាំថ្មីបំផុតដែលបានដាក់។
- 2) កំណត់ត្រាប្រាក់ចំណូល* (សូមមើលការពន្យល់លម្អិតខាងក្រោម)
 - a) បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់បញ្ញើប្រាក់ (អប្បបរមា 4 សប្តាហ៍)
 - b) លិខិតផ្តល់រង្វាន់ជនពិការ
 - c) លិខិតផ្តល់រង្វាន់សន្តិសុខសង្គម (លះបង់សិទ្ធិ បើការដាក់ប្រាក់ផ្ទាល់ និងរបាយការណ៍ធនាគារត្រូវបានផ្តល់ជូន)
 - d) ប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុក ឬម្តាយ (ចំណូលពន្ធ) នៅពេលបុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគឺជាសិស្ស
- 3) កំណត់ត្រាទ្រព្យសកម្ម** (សូមមើលការពន្យល់លម្អិតខាងក្រោម)
 - a) របាយការណ៍ធនាគារ រួមទាំង របាយការណ៍គណនីសន្សំ ចរន្ត របាយការណ៍ការវិនិយោគ ធនលាភប្រចាំឆ្នាំ វិញ្ញាបនបត្របញ្ជើប្រាក់ គណនីទិវង្សប្រាក់ ភាគហ៊ុន មូលប័ត្រ សោធននិវត្តន៍ និង IRAs
 - b) តម្លៃសាច់ប្រាក់នៃគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងជីវិត។
 - c) ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន (ក្រៅពីលំនៅដ្ឋានចម្បង និងយានយន្តសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួន)
- 4) ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ និង / ឬការអនុម័ត / ការបដិសេធលើ HealthSource RI
- 5) ច្បាប់ចម្លងនៃសំបុត្រមរណៈ បើអាចអនុវត្តបាន។
- 6) ភស្តុតាងនៃស្ថានភាពសិស្ស បើអាចអនុវត្តបាន។
- 7) លិខិតគាំទ្រ បើអាចអនុវត្តបាន។

*កំណត់ត្រាប្រាក់ចំណូល៖ ប្រាក់ចំណូលមានន័យថាការទទួលបានសាច់ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំសរុបដាក់ស្តែង ឬដែលបានប្រមូលមុនពេលបង់ពន្ធ ពីប្រាក់បៀវត្សរ៍ ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ចំណូលធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង ប្រាក់ចំណូលថែទាំកុមារ ប្រាក់ចំណូលពីការជួល សំណងនៃភាពគ្មានការងារធ្វើ ការធានារ៉ាប់រងលើពិការភាពបណ្តោះអាសន្ន ជំនួយកុមារ សោធនអាហារកិច្ច សំណងកម្មករ អត្ថប្រយោជន៍របស់អភិគយទូទូ ការបង់ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម ភាគលាភ និងប្រាក់ចំណូលការប្រាក់ កម្រៃអ្នកនិពន្ធ សោធននិវត្តន៍ឯកជន និងសាធារណៈ និងជំនួយសាធារណៈ។ ក៏បានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលផងដែរ គឺអត្ថប្រយោជន៍ពីកូដកម្ម ទឹកប្រាក់ឈ្នះឆ្នោត និងល្បែងទូទាត់រួច និងការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងមួយពេល ឬសំណងលើការរងរបួសដែលបានទទួលក្នុងឆ្នាំនៃប្រតិទិន ដែលជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ត្រូវបានស្វែងរកសម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យផ្សេងៗ។

**កំណត់ត្រាទ្រព្យសកម្ម៖ ទ្រព្យសកម្មមានន័យថា សាច់ប្រាក់ ទ្រព្យសកម្មដែលមានតម្លៃស្មើនឹងសាច់ប្រាក់ និងទ្រព្យសកម្មរឹងផ្សេងទៀត ដែលអាចបម្លែងបានទៅជាសាច់ប្រាក់ រួមទាំងសាច់ប្រាក់នៅក្នុងដៃ គណនីសន្សំ គណនីចរន្ត វិញ្ញាបនបត្រប្រាក់បញ្ជើ (Cds) គណនីទិវង្សប្រាក់ ភាគហ៊ុន (ទូទៅ និងតាមចំណូលចិត្ត) មូលប័ត្រ មូលនិធិទៅវិញទៅមក IRAs, 401(k) s, 403(b) s, 457s, តម្លៃសាច់ប្រាក់ចូលនៃ គោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន យានយន្តក្រៅពីសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួន លំនៅដ្ឋានទីពីរ និងទ្រព្យសម្បត្តិដាក់ជួល។ អ្វីដែលលើកលែងពីទ្រព្យសកម្មគឺ លំនៅដ្ឋានចម្បង និងយានយន្តសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួន។