

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ មន្ត្រីត្រួតពិនិត្យសត្វ (ACO)/អ្នកផ្តល់សេវា:	មានអាទិភាព? មាន <input type="checkbox"/> ឬ មិនមាន <input type="checkbox"/>
អ៊ីមែលអ្នកស្នើសុំ:	មូលហេតុមានអាទិភាព:

ថ្ងៃស្នើសុំ: \_\_\_\_\_  
 # ប័ណ្ណ \_\_\_\_\_



**មូលនិធិសត្វ MASS (MAF) ក្រៀម / អលិដ្ឋ / សំណើសុំជំនួយថ្នាំបង្ការ**  
 \* ពាក្យសុំដែលបានបំពេញ ត្រូវតែដាក់ជូនមន្ត្រីគ្រប់គ្រងសត្វក្នុងតំបន់ ឬអ្នកផ្តល់សេវាពេទ្យសត្វ។  
 ពាក្យស្នើសុំ និងពាក្យស្នើសុំមិនបានបំពេញ ដែលបានដាក់ជូនដោយផ្ទាល់ទៅ Mass គឺមិនអាចដំណើរការបានទេ។

តម្រូវការព័ត៌មានអំពីម្ចាស់		
ឈ្មោះ:		
អាសយដ្ឋាន:		
ក្រុង	លេខកូដតំបន់:	
ទូរស័ព្ទ:	អ៊ីមែល:	
សិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូល	តើអ្នកទទួលបានជំនួយសាធារណៈទេ? មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន <input type="checkbox"/>	បើ មាន តើកម្មវិធីអ្វី?
ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ សូមពាណិជ្ជកម្មអំពីតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកខាងក្រោម (រាប់បញ្ចូលទាំងប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ចំនួនមនុស្ស)		
ហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់:		

តម្រូវការព័ត៌មានអំពីសត្វ			
ឈ្មោះ:	ថ្ងៃ <input type="checkbox"/>	ឆ្នាំ <input type="checkbox"/>	
ពូជ:	អាយុ:	ឈ្មោល <input type="checkbox"/>	ស្តី <input type="checkbox"/>
ការពិពណ៌នា:			
តើអ្នកទទួលសត្វ	<input type="checkbox"/> អង្គការជម្រក/សង្គ្រោះ:	<input type="checkbox"/> បុគ្គលឯកជន	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____
ចិញ្ចឹមនេះនៅឯណា?	<input type="checkbox"/> អ្នកបង្កាត់ពូជ	<input type="checkbox"/> បង្កាត់នៅផ្ទះ:	<input type="checkbox"/> _____
ប្រសិនបើមកពី ទីជម្រក/សង្គ្រោះ ឬ ហាងលក់សត្វចិញ្ចឹម សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម:			
ឈ្មោះអង្គការ	តើអ្នកទទួលបានសត្វចិញ្ចឹមនេះនៅ MA ឬ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/>	
និងកាលបរិច្ឆេទចិញ្ចឹម	អត់ទេ <input type="checkbox"/>		
តើសត្វរបស់អ្នកត្រូវបានពិនិត្យដោយពេទ្យសត្វចុងក្រោយនៅពេលណា?			
តើអ្នកមានសត្វបន្ថែមដែលត្រូវការជំនួយទេ? សូមរាយ។			

**សម្រាប់ ACO ឬអ្នកផ្តល់សេវាតែប៉ុណ្ណោះ:**  
 អ៊ីមែលទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញទៅ [Kyle.Baron@Mass.gov](mailto:Kyle.Baron@Mass.gov) ឬ [Sheri.Gustafson@mass.gov](mailto:Sheri.Gustafson@mass.gov)  
 ទូរសារ: 617-626-1733

ស៊ីហ្គេណេអ្នកអនុម័តរបស់ MAF:	បញ្ចូលក្នុងបញ្ជីរដ្ឋ:	ចុះ:
------------------------------	-----------------------	------