នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ
ការិយាល័យសេវាកម្មពាណិជ្ជកម្ម
411 West Ocean Boulevard, Lobby, Long Beach, CA 90802
(562) 570-7600 • ទូរសារ៖ (562) 570-6783 • AmbulanceBilling@LongBeach.gov

ទម្រង់បែបបទនៃសេចក្តីប្រកាសស្នើសុំលើកលែងដោយសារការលំបាក

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះដោយបញ្ជាក់រាល់មូលហេតុដែលធ្វើឱ្យអ្នកមិនអាចបង់ថ្លៃសេវាដែលអ្នកជំពាក់ដល់ទីក្រុងឡុងប៊ិច។ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតឱ្យបានច្រើនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីពន្យល់ថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនអាចបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជំពាក់ ដូចជាការបាត់បង់ការងារ ស្ថានភាពសុខភាព ឬស្ថានការណ៍ស្រដៀងគ្នានានា។ ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកអាចបង់បាន។ សូមចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទលើការប្រកាសនេះនៅកន្លែងដែលបានកំណត់ខាងក្រោម។

សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះជាមួយនឹងច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទ IRS W2 ចុងក្រោយរបស់អ្នក និងរបាយការណ៍គណនីធនាគារចុងក្រោយបំផុតត្រឡប់មកកាន់ការិយាល័យរបស់យើង។
សូមលាក់លេខសន្តិសុខសង្គមនិង/ឬលេខគណនីធនាគាររបស់អ្នកចេញពីឯកសារទាំងអស់ដែលដាក់បញ្ជូន។
ការលាក់ព័ត៌មានទាំងនេះនឹងមិនប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់ការពិចារណារបស់យើងលើសំណើរបស់អ្នកឡើយ។

សូមផ្ញើសេចក្តីប្រកាសនេះទៅកាន់ City of Long Beach, Attn: Ambulance Billing, P.O. Box 22600, Long Beach, CA 90801, តាមទូរសារ៖ (562) 570-6783, ឬតាមអ៊ីមែលទៅកាន់ AmbulanceBilling@LongBeach.gov។

ខ្ញុំ, ____, សូមប្រកាសថា៖

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

(អ្នកអាចបន្តការប្រកាសនៅលើឯកសារដាច់ដោយឡែកប្រសិនបើចាំបាច់)

ខ្ញុំសូមប្រកាសដោយស្ថិតក្រោមទោសពិន័យពីបទផ្តល់សក្ខីកម្មមិនពិត តាមច្បាប់នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ថាខ្លឹមសារខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ហើយសេចក្តីប្រកាសនេះត្រូវបានធ្វើឡើងនៅថ្ងៃទី _________________________ នៅទីក្រុង _________________________ រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

កាលបរិច្ឆេទ — ទីក្រុង

____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ អ្នកធានា ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល

លេខយោង (ស្ថិតនៅលើវិក្កយបត្រ ខាងក្រោមឈ្មោះអ្នកជំងឺ)៖ ____________________