

កំណត់ចំណាំ ៖ ប្រើតែទម្រង់បែបទមនេះប៉ុណ្ណោះសម្រាប់អតិថិជនដែលផ្អែកលើ MCS និង MAGI ដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋក្នុងបរិយាកាសលំនៅដ្ឋាន។

ឈ្មោះអតិថិជន	លេខ ID អតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ	
<p>ក្នុងនាមជាអ្នករស់នៅនៃមណ្ឌលដែលបានប្រតិបត្តិដោយ _____, អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវបង់ ឱ្យទឹកប្រាក់ខាងក្រោមដល់អ្នកផ្តល់របស់អ្នក ៖ _____ ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា</p>			
<p>ការទូទាត់បន្ទប់ និងម្ហូបអាហារបរិភោគរបស់អ្នក</p>			
<p>អ្នកនឹងបង់ចំនួនទឹកប្រាក់នេះរៀងរាល់ខែចាប់ពី ៖ _____ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះនឹងផ្លាស់ប្តូរ លុះត្រាតែអ្នកទទួលបានលិខិតមួយផ្សេងពី HCS ជាមួយចំនួនទឹកប្រាក់ថ្មីមួយ។ នេះផ្អែកលើព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់ខែ ៖ _____</p>			
ប្រភពចំណូល	ចំនួនទឹកប្រាក់	ការចំណាយ	ចំនួនទឹកប្រាក់
ចំណូល VA		អ្នកចំណាយ / ថ្លៃសេវាអាណាព្យាបាល	
ចំណូលមិនបានរក		ថ្លៃអាណាព្យាបាលផ្សេងទៀត	
ចំណូលបានរក		ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រមិនបានធានារ៉ាប់រង	
សរុប		ការចំណាយផ្សេងៗ	
		សរុប	
<p>មតិយោបល់/ព័ត៌មានបន្ថែម</p>			
<p>ប្រសិនបើអ្នកចង់ត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានចំណូល ឬចំណាយ ឬការគណនាដែលយើងប្រើដើម្បីកំណត់ចំនួនទូទាត់របស់អ្នក សូមទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ អាជ្ញាធរសម្រាប់សកម្មភាពនេះអាចរកឃើញនៅក្នុង WAC 388-106-0225 និង 388-106-0285។</p>			
ឈ្មោះអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង	លេខទូរស័ព្ទអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង	អ៊ីម៉ែលអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង	

ច្បាប់ចម្លងបានធ្វើទៅតំណាង / អាណាព្យាបាល / អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយការពារ។