

សេចក្តីណែនាំ អំពីបែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថា ការថែទាំសប្បុរសធម៌) នៅមជ្ឈមណ្ឌលជំងឺមហារីក Fred Hutchinson Cancer Center។

រដ្ឋាភិបាលបានតម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ដល់ប្រជាពលរដ្ឋ និងក្រុមគ្រួសារដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ ប្រាក់ចំណូលជាក់លាក់។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការថែទាំដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានបញ្ចុះតម្លៃដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារនិងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។ FHCC ផ្តល់ជូនជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺ/អ្នកធានាណាមួយដែលប្រាក់ចំណូលដុលររបស់គ្រួសារមានរហូតដល់ 300% នៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ (Federal Poverty Level, FPL) សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ 100%។ សម្រាប់កាលបរិច្ឆេទក្រោយថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2022 កម្រិតដំបូងរបស់ FHCC គឺពង្រីកដល់៖

- 301-350% នៃ FPL សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ 75% និង 25% ជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺ
- 351-400% នៃ FPL សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ 50% និង 50% ជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងទៅកាន់សេវាពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (Financial Counseling) តាមរយៈលេខ (206) 606-6226 ឬទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ (800) 304-1763 ជ្រើសរើសជម្រើសលេខ 2 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ វេលាម៉ោង 7:30 ព្រឹក – 4 រសៀល (ម៉ោងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក)។

តើជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរ៉ាប់រងលើអ្វីខ្លះ? ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់មន្ទីរពេទ្យរ៉ាប់រងលើសេវាសម្របតាមមន្ទីរពេទ្យដែលផ្តល់ជូនដោយ FHCC អាស្រ័យទៅលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអាចមិនរ៉ាប់រងលើការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពទាំងអស់ រួមមានសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអង្គការផ្សេងទៀតផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ៖

សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈលេខ (206) 606-6226 ឬទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ (800) 304-1763 ជ្រើសរើសជម្រើសលេខ 2។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយដោយសារហេតុផលណាមួយ រួមទាំងពិការភាព និងជំនួយផ្នែកភាសា។

ដើម្បីឱ្យគេដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែ៖

- ផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក
បំពេញចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (គ្រួសាររួមបញ្ចូលមនុស្សដែលជាប់ទាក់ទងគ្នាពីកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្នាក់នៅ ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។)
- ផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មាន និងឯកសារអំពីប្រាក់ចំណូលដុលររបស់គ្រួសារប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនពន្ធ និងការកាត់កង)
- ប្រកាសទ្រព្យសម្បត្តិ
- ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់
- ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៃទម្រង់បែបបទ

កំណត់ចំណាំ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះទេ។
ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងនូវលេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក វានឹងជួយបង្កើនល្បឿនដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។
លេខរបបសន្តិសុខសង្គម ត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង។
ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ សូមសរសេរ “not applicable (មិនមាន)” ឬ “NA (គ្មាន)”។

បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួច ជាមួយនឹងឯកសារទាំងអស់របស់អ្នកទៅកាន់អ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុនោះ៖

FRED HUTCHINSON CANCER CENTER
Financial Counseling
825 Eastlake Ave E
MS G3-650
Seattle, WA 98109
អ៊ីម៉ែល៖ Fincounsel@fredhutch.org
ទូរស័ព្ទ៖ (206) 606-1271

សូមប្រាកដថាបានរក្សាច្បាប់ចម្លងនៃពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។

យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយទៅលើសិទ្ធិទទួលបាន និងសិទ្ធិលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
ប្រសិនបើអាចធ្វើបានក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពេញលេញ
រួមទាំងឯកសារនៃប្រាក់ចំណូលផងដែរ។

តាមរយៈការដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នកឱ្យពួកយើងដើម្បីធ្វើការសាកសួរចាំបាច់
ដើម្បីបញ្ជាក់ពីភាពពិត និងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ។

យើងចង់ជួយដល់អ្នក។ សូមដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យបានឆាប់រហ័ស!
អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រ ខណៈពេលដែលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកកំពុងរង់ចាំ។ មជ្ឈមណ្ឌលជំងឺមហារីក
Fred Hutchinson Cancer Center និង UW Medicine អាចចែករំលែកព័ត៌មានប្រសិនបើចាំបាច់
ដើម្បីជួយអ្នកជំងឺក្នុងការស្វែងរកការថែទាំនៅស្ថាប័នទាំងពីរ (ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការបំពេញពាក្យស្នើសុំ)។
រយៈពេលអនុម័តសម្រាប់ស្ថាប័ននីមួយៗអាចខុសគ្នា។

ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

*សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់ឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើវាមិនអនុវត្តទេ សូមសរសេរ "NA (គ្មាន)"។
ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់។*

ការត្រួតពិនិត្យព័ត៌មាន

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមសរសេរភាសាដែលចង់បាន៖

តើអ្នកជំងឺបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medicaid ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ អាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំ
មុនពេលត្រូវបានពិចារណាសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាសាធារណៈរបស់រដ្ឋដូចជា ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត (Temporary Assistance for
Needy Families, TANF) អាហារមូលដ្ឋាន (Basic Food) ឬកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ស្ត្រី ទារក និងកុមារ
(Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសំបែងមែនដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ ទាក់ទងនឹងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ថយចុះ ឬការរងរបួសនៅកន្លែងការងារដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ

សូមចំណាំ

- យើងមិនអាចធានាថាអ្នកនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនោះទេ ទោះបីជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំក៏ដោយ។
- នៅពេលដែលអ្នកធ្វើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកមក យើងអាចនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ឬភស្តុតាងបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល។
- ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួច និងឯកសាររបស់អ្នក យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានជំនួយដែរឬទេ។

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ និងអ្នកដាក់ពាក្យ

| នាមខ្លួនអ្នកជំងឺ | នាមកណ្តាលអ្នកជំងឺ | នាមត្រកូលអ្នកជំងឺ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់ _____) | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺ* <small>*សូមមើលកំណត់ចំណាំនៅទំព័រ 1 ទាក់ទងនឹងលេខរបបសន្តិសុខសង្គម</small> |
| អ្នកទទួលខុសត្រូវលើការទូទាត់វិក្កយបត្រ | ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | លេខរបបសន្តិសុខសង្គម* <small>*សូមមើលកំណត់ចំណាំនៅទំព័រ 1 ទាក់ទងនឹងលេខរបបសន្តិសុខសង្គម</small> |



ស្ថានភាពការងាររបស់អ្នកទទួលខុសត្រូវលើការទូទាត់វិក្កយបត្រ

មានការងារធ្វើ (កាលបរិច្ឆេទជួល: _____)

មិនមានការងារធ្វើ (រយៈពេលអត់ការងារធ្វើ: _____) ប្រកបអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន សិស្ស

មានពិការភាព ចូលនិវត្តន៍ ផ្សេងៗ (_____)

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ _____ _____ ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺបកូដ _____ ប្រទេស | អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍) _____ _____ ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺបកូដ _____ ប្រទេស |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង
 អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: _____

លេខទំនាក់ទំនងសំខាន់ៗ:
 ផ្ទះ () _____ ទូរសព្ទដៃ () _____ កន្លែងធ្វើការ () _____

ព័ត៌មានគ្រួសារ

រាយនាមសមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកផងដែរ។ “គ្រួសារ” រួមបញ្ចូលមនុស្សដែលជាប់ទាក់ទងគ្នាពីកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្នាក់នៅ ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។

ទំហំគ្រួសារ _____ អ្នកក្នុងបន្ទុក _____ ភ្ជាប់ទំព័ររបស់ប្រសិនបើចាំបាច់

| ឈ្មោះ | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ | ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ឈ្មោះនិយោជក ឬប្រភពចំណូល | ប្រសិនបើមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ ប្រាក់ចំណូលដុលសរុបប្រចាំខែ (មុនពេលបង់ពន្ធ)៖ | កំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដូចគ្នាមែនទេ? |
|-------|------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| | | | | | បាទ/ចាស / ទេ |
| | | | | | បាទ/ចាស / ទេ |
| | | | | | បាទ/ចាស / ទេ |
| | | | | | បាទ/ចាស / ទេ |
| | | | | | បាទ/ចាស / ទេ |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------------|
| | | | | | ៣១/៣៧ / ១៩ |
| <p>ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យទាំងអស់ត្រូវតែបង្ហាញ។ ប្រភពចំណូលរួមមាន ឧទាហរណ៍៖</p> <ul style="list-style-type: none"> - ប្រាក់ឈ្នួល - មិនមានការងារធ្វើ - ប្រកបអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួន - សំណងរបស់កម្មករ - ពិការភាព - ចំណូលរបបសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI) - អាហារកិច្ចកូន/សហព័ទ្ធ - កម្មវិធីដែលផ្តល់ការងារក្រៅម៉ោងដល់ (សិស្សនិស្សិត) - ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ - បំណែងចែកពីគណនីចូលនិវត្តន៍ - ផ្សេងៗ (សូមរៀបរាប់ _____) | | | | | |

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល
សូមចងចាំ៖ អ្នកត្រូវតែរួមបញ្ចូលភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលជាមួយពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលបានរាយនាមនៅខាងលើ។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលត្រូវបានតម្រូវដើម្បីកំណត់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ។

សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ត្រូវតែបង្ហាញប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារបានទេ អ្នកអាចបញ្ជូនសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានចុះហត្ថលេខា ដែលពិពណ៌នាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់ភស្តុតាងសម្រាប់រាល់ប្រភពចំណូលដែលបានកំណត់។

ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលរួមមាន៖

- សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីការកាត់ទុក "w-2" ឬ
- កន្ទុយប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែថ្មីៗនេះ (3 ខែ) ឬ
- របាយការណ៍ធនាគារ (3 ខែ) ឬ
- ការប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលកាលពីឆ្នាំមុន រួមទាំងកាលវិភាគប្រសិនបើមាន ឬ
- សេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ចុះហត្ថលេខាពីនិយោជក ឬអ្នកផ្សេងទៀត ឬ
- ការយល់ព្រម/ការបដិសេធសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid និង/ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋ ឬ
- ការយល់ព្រម/ការបដិសេធសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់សំណងពេលគ្មានការងារធ្វើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល ឬគ្មានប្រាក់ចំណូល សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែមជាមួយនឹងការពន្យល់។

ព័ត៌មានអំពីការចំណាយ

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីទទួលបានរូបភាពពេញលេញនៃស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ការចំណាយក្នុងគ្រួសារជាប្រចាំខែ៖

| | | | |
|---------------------|------------------------------------------------------|-------------|----------|
| ជួល/បញ្ចាំ | \$ _____ | ថ្លៃព្យាបាល | \$ _____ |
| បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង | \$ _____ | សេវាសាធារណៈ | \$ _____ |
| បំណុល/ចំណាយផ្សេងៗ | \$ _____ (អាហារកិច្ចកូន ប្រាក់កម្ចី ឱសថ និងផ្សេងទៀត) | | |

ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសកម្ម

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកលើសពី 400% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ (Federal Poverty Guidelines) ។

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| សមតុល្យគណនីចរន្តបច្ចុប្បន្ន \$ _____ សមតុល្យគណនីសន្សំបច្ចុប្បន្ន \$ _____ | តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានទ្រព្យសកម្មផ្សេងទៀតដែរឬទេ? សូមគូសដឹកចម្លើយទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ និងផ្តល់ឯកសារគាំទ្រ <input type="checkbox"/> ភាគហ៊ុន <input type="checkbox"/> មូលបត្របំណុល <input type="checkbox"/> គណនី 401K <input type="checkbox"/> គណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព <input type="checkbox"/> គណនី Trust <input type="checkbox"/> អចលនទ្រព្យ (មិនរាប់បញ្ចូលលំនៅឋានចម្បង) <input type="checkbox"/> មានអាជីវកម្ម |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងដឹងដូចជា ការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ការចំណាយលើការព្យាបាលលើសកម្រិត ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវកាលឬបណ្តោះអាសន្ន ឬការខាតបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួន។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា Fred Hutchinson Cancer Center និង UW Medicine អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មាន ឥណទាន និងទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពផ្សេងទៀតដើម្បីជួយកំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬផែនការទូទាត់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺពិតប្រាកដនិងត្រឹមត្រូវតាមការដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ប្រសិនបើព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យត្រូវបានកំណត់ថាមិនពិត នោះលទ្ធផលអាចនាំមកនូវការបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយខ្ញុំអាចនឹងទទួលខុសត្រូវ និងរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ឱ្យ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

កាលបរិច្ឆេទ