



# កម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលធ្វើអោយមាន កំដៅដល់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ

## តើវាគឺជាអ្វី?

យូធីលីធីឡងប៊ិចនៅទីនេះ ដើម្បីជួយអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។  
កម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្នែកធ្វើអោយមានកំដៅផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ  
អនុញ្ញាតឱ្យប្រើលក្ខខណ្ឌបន្ថែមក្នុងអត្រាទាបជាងកម្រិតទី 1  
សម្រាប់បុគ្គលដែលមានលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន។

អ្នកដែលត្រូវការឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះជីវិតដែលប្រើឧស្ម័នធម្មជាតិ  
ក៏អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភធ្វើអោយមានកំដៅ  
បូករួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗទៀត។

សំណួរ? ទូរស័ព្ទមកយើង (562) 570-5700 ។

## របៀបដែលអាចទទួលបាន

លក្ខខណ្ឌដែលអាចទទួលបាន៖

- ខ្លួនផ្នែកខាងក្រោម
- ខ្លួនចាប់ពីកញ្ជឹងកចុះក្រោម
- ខ្លួនមួយចំហៀងខ្ពស់
- ជំងឺគ្រិនស្បែកច្រើនកន្លែង
- ជំងឺដំបៅស្បែក
- ជំងឺគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត
- ប្រព័ន្ធភាពស្តាំចុះខ្សោយ
- ជំងឺរលាកបំពង់តូចបំផុតនៃសួត ដែលត្រូវការឧបករណ៍ដកដង្ហើមសម្រាប់វិជ្ជមាន
- មានជំងឺរលាកសួត 3 ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុងរយៈពេល 12 ខែដែលជាលទ្ធផលនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ
- ខ្លួនពីរផ្នែកខាងក្រោម ឬច្រើនជាងនេះ
- ត្រូវការឧបករណ៍ជំនួយជីវិត

ចំណាំ៖ បរិក្ខារទ្រទ្រង់ជីវិតមិនរាប់បញ្ចូលបរិក្ខារ ឬឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកវេជ្ជសាស្ត្រ  
ហើយក៏មិនរួមបញ្ចូលឧបករណ៍ព្យាបាល ដូចជាអាងទឹក ឬធុងទឹក, សូណា, ឬអាងទឹកក្តៅផងដែរ។

## របៀបដាក់ពាក្យសុំ

សូមបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនៅទំព័របន្ទាប់ ហើយផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់  
[billing@butilities.org](mailto:billing@butilities.org) ឬផ្ញើតាមប្រៃសនីយ៍ ឬទូរស័ព្ទ៖

Long Beach Utilities Billing  
2400 E. Spring St.  
Long Beach, CA 90806

បេក្ខជនត្រូវតែដាក់មកជាមួយនូវលិខិតបញ្ជាក់ត្រូវពេទ្យ ដែលមានហត្ថលេខាជាមួយពាក្យសុំ។

**លេខដាក់ពាក្យសុំ**

លេខគណនីយូទីលីធី: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអតិថិជន: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (ប្រសិនបើខុសគ្នា): \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានសេវាកម្ម: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍: \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_ អ៊ីមែល: \_\_\_\_\_

ខ្ញុំជាអតិថិជនរបស់យូទីលីធីឡងប៊ិច ហើយខ្ញុំប្រកាសថាអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលមានឈ្មោះខាងលើ  
ជាអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍នៅអាសយដ្ឋានសេវាកម្មខាងលើ  
ដោយធ្វើអោយខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះខ្ញុំ  
ក្នុងការទទួលបាននូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែមប្រចាំខែនៃខ្លួនតាមអត្រាមូលដ្ឋាន។

ខ្ញុំយល់ថាសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ  
ត្រូវបានដាក់កម្រិតចំពោះអាសយដ្ឋានសេវាកម្មលំនៅដ្ឋានខាងលើ  
ហើយខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ទីក្រុងក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ នៃការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាព  
មិនចំពោះតែទៅលើ: Ang kwalipikadong tao ay hindi nakatira sa direksyon na ito

1. អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់លែងស្នាក់នៅតាមអាសយដ្ឋាននេះទៀតហើយ
2. បរិក្ខារទ្រទ្រង់ជីវិតលែងប្រើហើយ ឬត្រូវដកចេញពីកន្លែងរស់នៅ
3. អ្នកជំងឺលែងមានជំងឺ និង/ឬស្ថានភាពជំងឺទៀតហើយ

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែបន្តការប្រកាសអំពីសិទ្ធិទទួលបានក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ  
នៃការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីទីក្រុង ដើម្បីរក្សាប្រាក់ឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋានបន្ថែមនេះ។  
ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមការជាកតិន័យពីការភូតកុហក  
ពីត័មានដែលបានដាក់នៅលើពាក្យសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_



# កម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលធ្វើអោយមាន កំដៅដល់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ

## ការផ្ទៀងផ្ទាត់គ្រូពេទ្យ

ត្រូវតែបំពេញដោយអ្នកជំងឺ

លេខគណនីសេវាយូធីលីធី: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_

អ្នកជំងឺនេះមានលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ពីបញ្ជីខាងក្រោម:

បាទបាស / ទេ

- ឱនផ្នែកខាងក្រោម
- ឱនចាប់ពីកញ្ជឹងកចុះក្រោម
- ឱនមួយចំហៀងខ្លួន
- ជំងឺក្រិនស្បែកច្រើនកន្លែង
- ជំងឺដំបៅស្បែក
- ជំងឺគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត
- ប្រព័ន្ធភាពសុំចុះខ្សោយ
- ជំងឺរលាកបំពង់តូចបំផុតនៃសួត ដែលត្រូវការឧបករណ៍ដកដង្ហើមសម្រាប់វិជ្ជមាន
- មានជំងឺរលាកសួត 3 ដងឬច្រើនជាងនេះក្នុងរយៈពេល 12 ខែដែលជាលទ្ធផលនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ
- ឱនពីរផ្នែកខាងក្រោម ឬច្រើនជាងនេះ
- ត្រូវការឧបករណ៍ជំនួយជីវិត

អ្នកជំងឺនេះ ត្រូវការឧបករណ៍ជំនួយជីវិតដែលដំណើរការដោយឧស្ម័នធម្មជាតិ៖ បាទបាស / ទេ

ត្រូវតែបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ (បោះពុម្ព): \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានការិយាល័យ: \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_ លេខចុះឈ្មោះ: CA: \_\_\_\_\_