



**កម្មវិធីគាំទ្រកុមារនិងទារកចាប់ផ្តើមដំបូង (ESIT)**

លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុន ការយល់ព្រមចំពោះការធានារ៉ាប់រងរដ្ឋ និង/ឬ  
ឯកជន សំណុំបែបបទផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិងការចំណាយ

កាលបរិច្ឆេទ:		កម្មវិធីអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង - LLA ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម:	
ឈ្មោះ FRC:		ទូរស័ព្ទ FRC:	

**ផ្នែក A: ព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណ**

ឈ្មោះផ្លូវការរបស់កូន:	នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	ឈ្មោះកណ្តាល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតកូន:	xx/xx/xxxx
	ឈ្មោះមាតាឬបិតា/អាណាព្យាបាល:				

**ផ្នែក B: លិខិតជូនដំណឹងនិងការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុននៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ  
និងឯកជនចំពោះសេវាកម្មដែលកំណត់ការចូលរួមចំណាយសេរីស្រប (បំពេញដោយមាតាឬបិតា -  
សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ ដែលត្រូវអនុវត្ត)**

**B.1. កម្មវិធីថែទាំសុខភាព Apple Health for Kids/ Medicaid (ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរដ្ឋ)**

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ESIT ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារទៅកម្មវិធី Apple Health for Kids/Medicaid (ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) សម្រាប់សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង IDEA ផ្នែក C ដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជូនស្របតាមកម្មវិធី IFSP របស់កូនខ្ញុំ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ESIT បញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនទៅកម្មវិធី Apple Health/Medicaid ដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជននោះ កម្មវិធី Apple Health/Medicaid មានសិទ្ធិធ្វើសំណងវិញលើការចំណាយនានាពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាមួយក៏បាន ដោយជូនដំណឹងដល់អ្នកសម្របសម្រួលធនធានគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង នឹងទទួលបានការយល់ព្រមពីខ្ញុំ ប្រសិនបើការទទួលបានកម្មវិធី Apple Health for Kids/Medicaid នឹងមានលទ្ធផលដូចខាងក្រោម៖
  - ការថយចុះការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងពេញមួយជីវិតដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបាន ឬអត្ថប្រយោជន៍នៃអ្នកដែលត្រូវធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតសម្រាប់កូនខ្ញុំ ឬសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត
  - លទ្ធផលនៅក្នុងការបង់ប្រាក់សេវាកម្ម ដែលត្រូវបង់ប្រាក់តាមរបៀបផ្សេងទៀតដោយកម្មវិធី Medicaid
  - លទ្ធផលកើនឡើងណាមួយចំពោះបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឬការលុបចោលកម្មវិធី Medicaid សម្រាប់កូនខ្ញុំ ឬសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត
  - ហានិភ័យបាត់បង់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់សម្រាប់កូនខ្ញុំ ឬសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត និងការយប់ទាមទារសិទ្ធិអាស្រ័យលើសហគមន៍និងលំនៅដ្ឋាន ដោយផ្អែកលើការចំណាយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពសរុប។
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ESIT ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារទៅកម្មវិធី Apple Health for Kids/Medicaid សម្រាប់សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង IDEA ផ្នែក C ដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជូនស្របតាមកម្មវិធី IFSP របស់កូនខ្ញុំ។ ដោយសារការសម្រេចចិត្តនេះ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវតែបំពេញផ្នែក C និង D នៃសំណុំបែបបទនេះ ដើម្បីបង្កើតថ្លៃសេវាប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំមិនបំពេញផ្នែក C និង D នៃសំណុំបែបបទនេះ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេកំណត់កម្រិតខ្ពស់បំផុតលើការកំណត់ពេលវេលាថ្លៃសេវាប្រចាំខែដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារ។

<b>ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះលក្ខខណ្ឌជម្រើសបងប្រាក់ដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើស និងទទួលស្គាល់ចំពោះការទទួលយកប្រព័ន្ធទូទាត់ប្រាក់ និងគោលនយោបាយថ្លៃសេវា ហត្ថលេខាមតាប្តិកា/អាណាព្យាបាល៖</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទ៖</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

លិខិតជូនដំណឹងជាមុន SOPAF FCP, ការយល់ព្រម និងសំណុំបែបបទផ្សេងទៀតផ្ទៃក្នុងប្រាក់ចំណូល/ចំណាយ

**B.2. ការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជន**

<b>ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទីមួយ៖</b>	<b>គោលនយោបាយ #៖</b>	<b>ក្រុម #៖</b>
<b>ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទីពីរ៖</b>	<b>គោលនយោបាយ #៖</b>	<b>ក្រុម #៖</b>

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំត្រូវបានគេជូនដំណឹងអំពីប្រភេទទូទៅនៃការចំណាយដែលត្រូវបានអនុវត្តដោយសារលទ្ធផលនៃការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ IDEA ផ្នែក C ដូចជា៖**
  - ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង និងការដកហូតយកប្រាក់
  - ការចំណាយរយៈពេលវែង
    - ដូចជាការបាក់បង់ធានារ៉ាប់រងដោយសារតែការកំណត់កម្រិតធានារ៉ាប់រងពេលវេលាសំនៅឬប្រចាំឆ្នាំ ក្រោមគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងរបស់គ្រួសារ
  - លទ្ធភាពដែលថាការប្រើប្រាស់ធានារ៉ាប់រង
    - អាចមានផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមានចំពោះភាពអាចមានលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គ្រួសារ
  - លទ្ធភាពដែលថាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង អាចត្រូវបញ្ឈប់ដំណើរការដោយសារការទូទាត់ប្រាក់នៅផ្នែក C សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង
  - ភាពអាចកើតមានដែលថាបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង
    - អាចត្រូវទទួលបានផលប៉ះពាល់ពីការប្រើប្រាស់ធានារ៉ាប់រងឯកជនដើម្បីទូទាត់ប្រាក់សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង
  
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំផ្តល់ជូនការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ESIT**  
 ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារទៅការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជនសម្រាប់សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង IDEA ផ្នែក C ដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជូនស្របតាមកម្មវិធី IFSP របស់កូនខ្ញុំ។  
 ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ESIT  
 បញ្ជាក់ពីមានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនទៅការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជនរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រង។  
 ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតដល់ការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជនរបស់ខ្ញុំ  
 ដើម្បីរៀបចំការទូទាត់ប្រាក់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ESIT។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា  
 ខ្ញុំអាចលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាមួយក៏បាន  
 ដោយជូនដំណឹងដល់អ្នកសម្របសម្រួលធនធានគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
  
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំមិនផ្តល់ជូនការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ESIT**  
 ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារទៅការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជនសម្រាប់សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង IDEA ផ្នែក C ដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជូនស្របតាមកម្មវិធី IFSP របស់កូនខ្ញុំឡើយ។  
 ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃសេវាកម្មទាំងនេះ  
 ដោយផ្អែកលើការកំណត់ពេលវេលានិងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យថ្លៃសេវាប្រចាំខែ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវតែបំពេញផ្នែក C និង D នៃសំណុំបែបបទនេះ ដើម្បីបង្កើតថ្លៃសេវាប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំមិនបំពេញផ្នែក C និង D នៃសំណុំបែបបទនេះ  
 ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេកំណត់កម្រិតខ្ពស់បំផុតលើការកំណត់ពេលវេលាថ្លៃសេវាប្រចាំខែដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារ។
  
- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបដិសេធចំពោះការបំពេញផ្នែក C និង D នៃសំណុំបែបបទនេះ ហើយយល់អត្ថន័យនោះថា**  
 ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង និងការដកហូតយកប្រាក់  
 ដែលបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជនរបស់ខ្ញុំ។

<b>ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះលក្ខខណ្ឌជម្រើសបងប្រាក់ដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើស និងទទួលស្គាល់ចំពោះការទទួលយកប្រព័ន្ធទូទាត់ប្រាក់ និងគោលនយោបាយថ្លៃសេវា</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទ៖</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

ហត្ថលេខាមាតាឬបិតា/អាណាព្យាបាល៖

**B.3. គ្មានការធានារ៉ាប់រង/ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឯកជន**

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទទួលបានដំណឹងថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេគិតថ្លៃសេវាប្រចាំខែដោយផ្អែកលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូល ដោយសារតែខ្ញុំមិនមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឯកជនឬរដ្ឋ (Apple Health for Kids/Medicaid) ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃសេវាកម្ម IDEA ផ្នែក C សេវាកម្មអន្តរាគមន៍ចាប់ផ្តើមដំបូង ដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យស្របតាមកម្មវិធី IFSP របស់កូនខ្ញុំ។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះលក្ខខណ្ឌជម្រើសបង់ប្រាក់ដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើស កាលបរិច្ឆេទ៖  
 និងទទួលស្គាល់ចំពោះការទទួលយកប្រព័ន្ធទូទាត់ប្រាក់ និងគោលនយោបាយថ្លៃសេវា  
 ហត្ថលេខាមាតាឬបិតា/អាណាព្យាបាល៖

លិខិតជូនដំណឹងជាមុន SOPAF FCP, ការយល់ព្រម និងសំណុំបែបបទផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល/ចំណាយ

**ផ្នែក C: ឯកសារដែលបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ (បំពេញដោយមាតាឬបិតា)**

ក្រុមគ្រួសារទាំងអស់ដែលស្នើសុំថា គ្មានលទ្ធភាពចំពោះការកំណត់បង់ប្រាក់ ឬក្រុមគ្រួសារទាំងអស់ដែលស្នើសុំការកំណត់ពេលវេលាផ្ទៃសេវាប្រចាំខែអាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំដែលបានកែតម្រូវ នឹងត្រូវការផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូល។ (សូមចំណាំថាមានតែឯកសារមួយប្រភេទប៉ុណ្ណោះ ដែលត្រូវការបង្ហាញលិខិតបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូល។)

ប្រភេទឯកសារ៖ ជ្រើសរើសយកមួយតែប៉ុណ្ណោះ		ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុបរបស់គ្រួសារ៖
<input type="checkbox"/>	អ្នកប្រកបកិច្ចការជំនួញខ្លួនឯង គ្មានប្រាក់ឈ្នួល។ សូមដាក់បញ្ចូលសំណុំបែបបទពន្ធ IRS 1040 ថ្មីបំផុត។	
<input type="checkbox"/>	បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់ដែលជាប់បន្តគ្នាចំនួនពីរ (2) ចុងក្រោយ (ប្រាក់ចំណូលដុល)	
	<input type="checkbox"/>	ចំនួនប្រាក់រាល់សប្តាហ៍
	<input type="checkbox"/>	ចំនួនប្រាក់រាល់ពីរសប្តាហ៍
	<input type="checkbox"/>	ចំនួនទឹកប្រាក់ប្រចាំខែ
<input type="checkbox"/>	W2 ថ្មីបំផុត និង/ឬ 1099 (សំណុំបែបបទ W2 = បន្ទាត់ 1; 1099 = ចំនួនបន្ទាត់សរុប 1, 2 & 3)	
<input type="checkbox"/>	របាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីប្រាក់ខែ ឬប្រាក់ឈ្នួលដែលបានភ្ជាប់ជូន (ត្រូវរាប់បញ្ចូលឈ្មោះក្រុមហ៊ុន ឬឈ្មោះនិយោជកអាស័យដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ និងហត្ថលេខាអ្នកត្រួតពិនិត្យការងារ ឬបុគ្គលិកធនធានមនុស្ស) ។	

**ផ្នែក D: ការចំណាយប្រចាំឆ្នាំដែលអាចអនុញ្ញាត (បំពេញដោយមាតាឬបិតា)**

លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនឯកសារដែលមានសំណុំបែបបទនេះ សម្រាប់ការចំណាយដោយមិនចេញសងវិញ ដែលកើតមានឡើងចំពោះកុមារ និង/ឬ សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតនៅអំឡុងពេលដប់ពីរខែកន្លងមក ឬឆ្នាំបង់ពន្ធពីមុន។

ប្រភេទការចំណាយប្រចាំឆ្នាំដោយមិនចេញសងវិញដែលអាចអនុញ្ញាត	ចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយ
ការចំណាយផ្នែកសុខភាព វេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញ ដែលរួមមានបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង និងការដកហូតយកប្រាក់ និងសេវាកម្មដែលមិនចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង	
ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះដែលផ្តល់ជូនដោយភ្នាក់ងារសុខាភិបាលតាមផ្ទះដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ	
ការជួយឧបត្ថម្ភកុមារ/ការបង់ប្រាក់សោធន៍អាហារកិច្ច	
ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពកុមារ ដែលកើតមានឡើងនៅពេលធ្វើការ ឬទៅសាលារៀន	
<b>ការចំណាយប្រចាំឆ្នាំសរុបដែលអាចអនុញ្ញាត</b>	

ចំនួនមនុស្សសរុបក្នុងគ្រួសារ (ទំហំគ្រួសារ)៖

លិខិតជូនដំណឹងជាមុន SOPAF FCP, ការយល់ព្រម និងសំណុំបែបបទផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល/ចំណាយ

**ផ្នែក E: ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំដែលបានលៃសម្រួល និងគ្មានលទ្ធភាពទូទាត់ប្រាក់ (បំពេញដោយបុគ្គលិក FRC ឬ EIS)**

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល ការចំណាយ និងថ្លៃសេវាប្រចាំខែ	
1	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុប (ដូចមានឯកសារនៅផ្នែក C)៖
2	ការចំណាយប្រចាំឆ្នាំសរុប (ដូចមានឯកសារនៅផ្នែក D)៖
3	ការលើកលែងការចំណាយប្រចាំឆ្នាំ (បន្ទាត់ 1 - ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុបគុណនឹង 0.10 ឬ 10%)៖
4	ការចំណាយប្រចាំឆ្នាំសរុបដែលអាចអនុញ្ញាត (បន្ទាត់ 2 ដក 3; ប្រសិនបើបន្ទាត់ 3 ច្រើនជាងបន្ទាត់ 2 សូមបញ្ចូល 0 នៅបន្ទាត់ 4)៖
5	ប្រាក់ចំណូលដែលបានលៃសម្រួលសម្រាប់ការកំណត់ពេលវេលាថ្លៃសេវាប្រចាំខែ (បន្ទាត់ 1 ដក 4)៖

បំពេញតាមកម្រិតគ្មានលទ្ធភាពតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ប្រសិនបើបន្ទាត់ 5 មានកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធសម្រាប់ទំហំគ្រួសារតិចជាង 200% ភាគរយ	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស - ចំពោះក្រុមគ្រួសារដែលមាន ឬមិនមានការធានារ៉ាប់រងនោះ គ្រួសារនេះមិនតម្រូវឱ្យមានការបង់ប្រាក់រួមគ្នា សហធានារ៉ាប់រង និងការដកហូតយកប្រាក់ ឬថ្លៃសេវាប្រចាំខែឡើយ។ ផ្នែក IDEA ផ្នែក C ឬមូលនិធិគ្នាកង់រដ្ឋផ្សេងទៀតអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីចេញថ្លៃចំណាយទាំងនេះ។	<input type="checkbox"/> ទេ - ចំពោះក្រុមគ្រួសារដែលមានការធានារ៉ាប់រង ការដកហូតយកប្រាក់គ្រួសារ <input type="checkbox"/> ទេ - ចំពោះក្រុមគ្រួសារដែលគ្មានការធានារ៉ាប់រង ឬក្រុមគ្រួសារដែលបដិសេធទទួលយកការធានារ៉ាប់រង របស់ពួកគេនោះ គ្រួសារនេះត្រូវបានកំណត់ពេលវេលាថ្លៃសេវាប្រចាំខែ។  ថ្លៃសេវាប្រចាំខែ៖ _____

**ផ្នែក F: ការបញ្ជាក់ពីមាតាឬបិតា**

តាមន័យនេះ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ បានពិនិត្យឡើងវិញ និងបានចងក្រងជាឯកសារ នៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ គឺត្រឹមត្រូវនិងពេញលេញទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាមាតាឬបិតា/អាណាព្យាបាល៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
--------------------------------	--------------

**ផ្នែក G: ការពិនិត្យឡើងវិញសំណុំបែបបទផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិងការចំណាយបុគ្គលិក**

ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ៖

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក FRC ឬ EIS៖	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
-----------------------------	-------------------------	--------------

លិខិតជូនដំណឹងជាមុន SOPAF FCP, ការយល់ព្រម និងសំណុំបែបបទផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល/ចំណាយ