

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham

សូមបោះពុម្ព និងបំពេញផ្នែកទាំងអស់នៃពាក្យនេះដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ពាក្យនេះមិនអាចត្រូវបានបញ្ចប់តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។
សូមអានសេចក្តីណែនាំទាំងអស់មុនពេលបំពេញពាក្យនេះ។

ពាក្យនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីវាយតម្លៃសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកលើក្រុមប្រឹក្សាផ្ទៃពេទ្យពីអ្នកផ្តល់សេវា Mass General Brigham។
អ្នកអាចប្រើប្រាស់ពាក្យនេះ ដើម្បីស្នើសុំជំនួយទូទាត់ក្រុមប្រឹក្សាផ្ទៃពេទ្យសុខភាពពីស្ថាប័ន Mass General Brigham ដូចខាងក្រោម៖

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការជំនួសការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬផែនការជំនួយណាមួយដែលមានស្រាប់។
ខណៈពេលដែលកម្មវិធីនេះរ៉ាប់រងលើសេវាពេទ្យចាំបាច់ទាំងអស់ ការបញ្ជូនកម្មវិធីប្រែប្រួលអាស្រ័យលើប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន
និងទីតាំងដែលផ្តល់ជូនសេវាថែទាំ។ សូមមើលគោលនយោបាយពេញលេញនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្វីដែលបានរ៉ាប់រង។
បញ្ជីសេវាកម្មខ្លះដែលជាធម្មតាត្រូវបានដកចេញមានដូចខាងក្រោម៖

- ការបដិសេធសេវាក្រៅបណ្តាញគម្រោង
- ការវះកាត់កែសម្ផស្ស
- សេវាព្យាបាលផង់ក្លានតូន (ART & IVF)
- សេវាថែទាំចាំបាច់កាតច្រើនក្រៅពីវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងសេវាព្យាបាលគ្រុក
- សម្ភារៈងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកជំងឺរួមទាំងការស្នាក់នៅលំដាប់ខ្ពស់ផងដែរ។
- សេវាកម្មដែលកំណត់ថាជា "ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯងតែប៉ុណ្ណោះ"

**ការខកខានក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីជំនួយរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់អាចបណ្តាលឱ្យមានការពន្យារពេល
ឬការបដិសេធពាក្យរបស់អ្នក។** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំជំនួយពីរដ្ឋាភិបាល អ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham របស់យើងម្នាក់
អាចជួយបាន។

អ្នកត្រូវតែបញ្ចេញឱ្យបានពេញលេញនូវការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ការទាមទារបំណុលដោយភាគីទីបី ការធានារ៉ាប់រងលើរថយន្ត
ឬការធានារ៉ាប់រងលើសំណងកម្មករដែលត្រូវយកមកពិចារណា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីពាក្យនេះ សូមទាក់ទង [សេវាហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ](#) នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬទូរស័ព្ទទៅ (617) 726-3884 ។
បញ្ជីគ្រួសារនីត្យពាក្យសុំ

- ☐ បំពេញផ្នែក ទាំងអស់ដែលអាចអនុវត្តបាន នៃពាក្យនេះ៖ ផ្នែកនឹងបង្ហាញថា តើអាចត្រូវបានទុកចោលឬអត់។
- ☐ រួមបញ្ចូលច្បាប់ចម្លងនៃប័ណ្ណបើកបររបស់អ្នក អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថតផ្សេងទៀត ឬឯកសារដែលបញ្ជាក់កន្លែងស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
រាល់អ្វីដែលដាក់ស្នើត្រូវតែបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក (ផ្នែកទី 1)។
- ☐ រួមបញ្ចូលលិខិតផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល (ផ្នែកទី 3 និងផ្នែកទី 4) ។
 - រួមបញ្ចូលច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់លេខ IRS 1040 ឬ 1040A ថ្មីបំផុតរបស់អ្នក។
 - បើមានការផ្លាស់ប្តូរថ្មីនេះនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក រួមបញ្ចូលឯកសារដូចជាចុងសន្លឹកមូលប្បទានប័ត្រថ្មី (អប្បបរមា 4 សន្លឹក)
លិខិតបញ្ជាក់ពីភាពអត់ការងារធ្វើ របាយការណ៍ធនាគារ/ការវិនិយោគ និង/ឬរបាយការណ៍សន្តិសុខសង្គម។
- ☐ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកមានលើសពី 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្រនៃប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (FPL) របស់សហរដ្ឋអាមេរិក
អ្នកត្រូវបំពេញផ្នែកទី 5 ផងដែរ។ អ្នកលើសពី 300% FPL បើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកលើសពីដែនកំណត់ខាងក្រោម៖
 - សូមពិនិត្យមើលផ្នែកផ្ទាំងបច្ចុប្បន្ន ឬ ទំហំគ្រួសារបន្ថែមនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំអំពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធនៅគេហទំព័រដូចតទៅនេះ៖
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ☐ ទ្រព្យសម្បត្តិអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់សក្តានុពលរបស់អ្នកក្នុងការទូទាត់ក្រុមប្រឹក្សាផ្ទៃពេទ្យរបស់អ្នក។
អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកបើចំណុច ណាមួយខាងក្រោមអនុវត្តចំពោះអ្នក (ផ្នែកទី 6)៖
 - លំនៅដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកស្ថិតនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក
 - អ្នកសូមស្នើសុំការបញ្ជូនកម្មសម្រាប់សេវាកម្មដែលជាទូទៅមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន (ឧ. សេវាថែទាំដែលទាក់ទងនឹងសេវាមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់
ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា នឹងប្រាក់កាត់កង)
 - អ្នកស្នើសុំការបញ្ជូនកម្មពីមន្ទីរពេទ្យ McLean Hospital, មន្ទីរព្យាបាល Mass General Brigham HealthCare នៅផ្ទះ ឬមន្ទីរព្យាបាល Spaulding
Network។

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham

☐ ប្រគល់ពាក្យដែលបានបំពេញទៅកាន់ [អ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជម្ងឺ MGB ណាមួយដោយផ្ទាល់](#) ឬផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅ៖

Mass General Brigham
ដំណោះស្រាយទូទាត់វិក្កយបត្រអ្នកជម្ងឺ
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

**ដើម្បីធានាបាននូវការពិនិត្យឡើងវិញតាមៗនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក សូមបំពេញគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់លើកលែងតែបញ្ជាក់ផ្សេងពីនេះ។
ដំណើរការនៃពាក្យសុំនឹងត្រូវពិន្យារពេលបើអ្នកបាត់ព័ត៌មាន ឬឯកសារចាំបាច់។**

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham

1. ព័ត៌មានមូលដ្ឋាន

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ អ្នកស្នើសុំគឺជាអ្នកជំងឺ ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកជំងឺ។

ឯកសារចាំបាច់៖ សូមបញ្ចូលឯកសារដែលបញ្ជាក់កន្លែងស្នាក់នៅ៖ ប័ណ្ណបើកបរ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថតផ្សេងទៀត ឬឯកសារដែលបញ្ជាក់ពីកន្លែងស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ អ្វីក៏ដោយដែលបានដាក់ស្នើត្រូវតែបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក។

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ ប្រុស ☐ ស្រី ☐	
លេខទូរស័ព្ទ នៅផ្ទះ៖ () នៅកន្លែងធ្វើការ៖ () ទូរស័ព្ទចល័ត៖ ()	អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (រួមបញ្ចូលទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដតំបន់)	
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (បើខុសពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ)		កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្តល់សេវារបស់អ្នកជំងឺ (រួមបញ្ចូលទីតាំងដែល ផ្តល់ជូនសេវាកម្ម)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកជំងឺ (បើខុសពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ)		
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺ (MRN) និងលេខកំណត់ (វាយកាត់)		

2. ព័ត៌មានគ្រួសារ

បើអាច សូមរាយឈ្មោះប្តីឬប្រពន្ធ និងកូនអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកខ្សែនៅទំនេរបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនរស់នៅជាមួយប្តីឬប្រពន្ធឬកូន។

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham

ឈ្មោះ នៃសមាជិកគ្រួសារ	ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

3. ប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាន

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបានសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលរាយក្នុងផ្នែកទី 2 ដែលជាអ្នកធ្វើការ។ **សូមរាយបញ្ជីចំណូលសរុប ដែលជាចំណូល មុន បង់ពន្ធ និងកាត់កង។** ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកឱ្យនៅទំនេរ បើអ្នកស្នើសុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់គាត់មិនមានប្រាក់ចំណូលណាមួយដែលទទួលបាន។

ឯកសារចាំបាច់៖ សូមបញ្ចូលឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនេះ៖ ចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែ ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល របាយការណ៍ W2 របាយការណ៍ធនាគារ ឬកម្រៃការងារផ្សេងទៀត។

ឈ្មោះគ្រួសារធ្វើការសមាជិក	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប រកបាន	ភាពញឹកញាប់ គ្រួសារជីកមួយ	ការប្រើប្រាស់មណ្ឌលសុខភាព តែមួយគត់
			☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ	
			☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ	
			☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ	
			☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ	

4. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

សូមបំពេញផ្នែកនេះអំពីប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលមានរាយក្នុងផ្នែកទី 2 ដែលទទួលបានប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត។ ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបានដែលមិនមែនមកពីនិយោជក។ **សូមរាយបញ្ជីចំណូលសរុប ដែលជាចំណូល មុន បង់ពន្ធ និងកាត់កង។** ផ្នែកនេះអាចទុកនៅទំនេរ បើអ្នកដាក់ពាក្យ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់គាត់មិនមានប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតទេ។

ឯកសារចាំបាច់៖ សូមបញ្ចូលឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនេះ៖ ចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែ ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល របាយការណ៍ W2 របាយការណ៍ធនាគារ ឬកម្រៃការងារផ្សេងទៀត។

ប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូល	សមាជិកគ្រួសារ កំពុងទទួលបានប្រាក់ចំណូល	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប បានទទួល	ភាពញឹកញាប់ គ្រួសារជីកមួយ។	ការប្រើប្រាស់មណ្ឌលសុខភាព តែមួយគត់
ភាពអត់ការងារធ្វើ			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
សន្តិសុខសង្គម			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
អត្ថប្រយោជន៍របស់អតីតយុទ្ធជន			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	

ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ Mass General Brigham

ប្រាក់បំណាច់ប្រចាំឆ្នាំ និងប្រាក់សោធននិរត្តន៍			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភចិញ្ចឹមកូន និងអាហារកិច្ច			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ចំណូលពីការជួល			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ប្រាក់សំណងកម្មករ			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ភាគលាភ និងចំណូលពីការប្រាក់			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
ផ្សេងទៀត			ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	

5. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពផ្សេងៗ

ផ្នែកនេះ ប្រហែលជាមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក។ សូមបំពេញផ្នែកនេះលុះត្រាតែប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកលើស 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្រនៃប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (ដូចបានរៀបរាប់នៅទំព័រ 2)។

បើអ្នកមានលើសពី 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្រនៃប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ អ្នកត្រូវរាយបញ្ជីការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពពីទីតាំង ដែលមិនរាយក្នុងទំព័រទី 1 (ឧ. មណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលមិនមែននៅក្នុង Mass General Brigham HealthCare)។ ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកចោលបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកមិនកើនជាង 300% ឬប្រសិនបើអ្នកមិនមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពពីមណ្ឌលនានានៅក្រៅ MGB HealthCare ។ ឯកសារអាចត្រូវបានស្នើសុំ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានទាមទារនៅពេលនេះទេ។

ផ្នែកព្យាបាល	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប	ភាពញឹកញាប់	សម្រាប់ប្រើតែមណ្ឌលសុខភាព ការចំណាយសរុប
វិគ្គយបត្រផ្លូវពេទ្យ		ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	
វិគ្គយបត្រឱសថស្ថាន		ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ	

6. ព័ត៌មានទ្រព្យសម្បត្តិ

ផ្នែកនេះ ប្រហែលជាមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក។ សូមបំពេញផ្នែកនេះតែក្នុងករណី៖

- ទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ
- អ្នកកំពុងស្នើសុំការបញ្ជាក់ម្តងម្កាលសម្រាប់ការថែទាំដែលទាក់ទងនឹងសេវាមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ការធានារ៉ាប់រង ឬប្រាក់កាត់កង។ អ្នកជំងឺដែលស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ការថែទាំដែលទាក់ទងនឹងសេវាមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលផ្តល់នៅស្ថាប័ន Spaulding Network ឬមន្ទីរពេទ្យ McLean Hospital មិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិនោះទេ។

ផ្នែកនេះអាចត្រូវបានទុកឱ្យនៅទំនេរ បើអ្នកមិនមែនជាប្រភេទណាមួយដែលបានរាយខាងលើ។

ឯកសារចាំបាច់៖ សូមបញ្ជូលឯកសារដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនេះ របាយការណ៍ធនាគារ ឬក្រសួងផ្សេងទៀត។

អ្នកមិនចាំបាច់បញ្ជូលទីលំនៅចម្បងរបស់អ្នក (កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ)

ទ្រព្យសម្បត្តិ	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ឈ្មោះធនាគារ ឬក្រុមហ៊ុន	តម្លៃជាសាច់ប្រាក់
គណនីសន្សំ			
គណនីចរន្ត			
គណនីសហគមន៍ធានា			
មូលនិធិបរិច្ចាគ			
ភាគហ៊ុន/សញ្ញាប័ណ្ណ			
គណនីទីផ្សាររូបិយវត្ថុ			
សង្គមធន			
អចលនទ្រព្យពាណិជ្ជកម្ម ឬវិនិយោគ			
ផ្សេងទៀត			

7. ការអនុញ្ញាត

សូមអានផ្នែកនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។

ព័ត៌មានទាំងអស់លើពាក្យនេះគឺពិតប្រាកដតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ឯកសារបន្ថែមតាមការស្នើសុំ។
ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសម្ងាត់នេះមិនអាចត្រូវបានបញ្ចេញទៅភាគីណាមួយក្រៅពី Mass General Brigham ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុនពីខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

បើចុះហត្ថលេខាភ្នំនាមអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ព័ត៌មានទាំងអស់លើពាក្យនេះគឺពិតប្រាកដតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង

មុនពេលដាក់ស្នើសុំ សូមប្រាកដថាអ្នកបានបំពេញផ្នែកដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់នៃពាក្យសុំនេះ ហើយបានបញ្ចូលឯកសារដែលបានស្នើសុំទាំងអស់។
ពាក្យដែលមិនមានព័ត៌មានពេញលេញនឹងមិនត្រូវបានអនុម័តទេ។