

I. ចំណូលគ្រួសារ

រាយទំហំចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នកពីគ្រប់ប្រភពទាំងអស់។ អ្នកមានកាតព្វកិច្ចផ្តល់ភស្តុតាងបង្ហាញចំណូល ទ្រព្យសកម្ម និងចំណាយ។ ករណីដែលអ្នកគ្មានចំណូលណាមួយទេនោះ សូមផ្តល់លិខិតគាំទ្រពីសំណាក់បុគ្គលដែលផ្តល់ទីលំនៅ និង អាហារជូនដល់អ្នក។

ទំហំទឹកប្រាក់ប្រចាំខែ

ប្រាក់បៀវត្សរ៍ _____
 ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ _____
 អត្ថប្រយោជន៍បេឡាស្ត្រីសុខសង្គម _____
 អត្ថប្រយោជន៍ពិជន្យសាធារណៈ _____
 អត្ថប្រយោជន៍ពីការបាត់បង់សមត្ថភាពពលកម្ម _____
 អត្ថប្រយោជន៍ពីការគ្រាន់ការងារធ្វើ _____
 អត្ថប្រយោជន៍ពីអតីតយុទ្ធជន _____
 អត្ថប្រយោជន៍ពីកាតព្វកិច្ចក្រោយការលែងលះ _____
 ចំណូលពីការជួលអចលនទ្រព្យ _____
 អត្ថប្រយោជន៍ពីកូដកម្ម _____
 ទំហំចំណែកយោធន៍ _____
 កសិដ្ឋាន ឬ មុខរបរផ្ទាល់ខ្លួន _____
 ប្រភពចំណូលដទៃទៀត _____

សរុប _____

II. ទ្រព្យបង្វែរជាសាច់ប្រាក់រហ័ស

គណនីចរន្ត _____
 គណនីសន្សំ _____
 ភាគហ៊ុន សញ្ញាប័ណ្ណ វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់ប្រាក់តម្កល់ ឬទីផ្សារសាច់ប្រាក់ _____
 គណនីដទៃទៀត _____

សរុប _____

សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន

III. ទ្រព្យសកម្មដទៃទៀត

ប្រសិនបើអ្នកមានឧបករណ៍សម្ភារៈដូចខាងក្រោម សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទ និងតម្លៃប៉ាន់ស្មានរបស់វា។

គេហដ្ឋាន	សមតុល្យវត្ថុធានា	_____	តម្លៃប៉ាន់ស្មាន	_____
យានយន្ត	ផលិតដោយ	_____ ឆ្នាំ	តម្លៃប៉ាន់ស្មាន	_____
យានយន្តបន្ថែមទៀត	ផលិតដោយ	_____ ឆ្នាំ	តម្លៃប៉ាន់ស្មាន	_____
យានយន្តបន្ថែមទៀត	ផលិតដោយ	_____ ឆ្នាំ	តម្លៃប៉ាន់ស្មាន	_____
អចលនទ្រព្យដទៃទៀត			តម្លៃប៉ាន់ស្មាន	_____

សរុប _____

IV. ចំណាយប្រចាំខែ

ចំណាយផ្តល់ ឬ រំលស់ _____
 ចំណាយសេវាសាធារណៈ _____
 ចំណាយរំលស់ឡាន _____
 ប័ណ្ណវត្ថុធានា _____
 ចំណាយធានារ៉ាប់រងយានជំនិះ _____
 ចំណាយធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____
 ចំណាយព្យាបាលផ្សេងៗទៀត _____
 ចំណាយផ្សេងៗទៀត _____

សរុប _____

ទំហំ

តើអ្នកមាននៅសល់វិក្កយបត្រព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលពុំទាន់ទូទាត់ឬទេ? **មាន** **ពុំមាន**

ទៅលើសេវាកម្មអ្វី? _____

ប្រសិនបើអ្នកបានរៀបចំផែនការចំណាយរួចហើយ តើចំណាយប្រចាំខែអស់ប៉ុន្មាន? _____

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យមន្ទីរពេទ្យផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបន្ថែមទៀត មន្ទីរពេទ្យអាចស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត អនុម័តបន្ថែម។ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ អ្នកបានបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់គឺជាព័ត៌មានពិត ប្រាកដ ហើយយល់ព្រមផ្តល់មកមន្ទីរពេទ្យនូវការប្រែប្រួលព័ត៌មានទាំងនេះ ក្នុងអំឡុងពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ ប្រែប្រួលព័ត៌មាន។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ _____

កាលបរិច្ឆេទ _____

សម្តីនូវភាពជាមួយនឹងអ្នកជម្ងឺ _____