

ທ່ານອາດສູນເສຍ
Medi-Cal ຂອງທ່ານ
ຖ້າທ່ານບໍ່ຕອບໂຕ້
ພາຍໃນ

ແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ Medi-Cal

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເອົາແບບຟອມນີ້ເປັນພາສາອື່ນ ຫຼື ໃນຮູບແບບການເຂົ້າເຖິງທີ່ທ່ານສາມາດເລືອກ
ເອງ. ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ:

ວັນທີແຈ້ງການ:

ໝາຍເລກຂອງຄົນເຈັບ:

ຊື່ຂອງຄົນເຈັບ:

ຊື່ຂອງພະນັກງານ:

ໝາຍໂທລະສັບຂອງພະນັກງານ:

ມັນຮອດເວລາເພື່ອຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບ:


ຊື່	ວັນເກີດ
-----	---------

ສະມາຊິກຄົວເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຍກກ່ຽວກັບ Medi-Cal ຂອງພວກເຂົາ.


- ຂັ້ນຕອນທີ 1. ອ່ານແບບຟອມ ແລະ ຕອບຄໍາຖາມ.
- ຂັ້ນຕອນທີ 2. ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີໃນໜ້າຄໍາຢືນຢັນ ແລະ ການເຊັນ
- ຂັ້ນຕອນທີ 3. ສົ່ງແບບຟອມພ້ອມກັບຫຼັກຖານພາຍໃນວັນທີກຳນົດ

ວິທີງ່າຍໆທີ່ຈະສົ່ງແບບຟອມ ແລະ ຫຼັກຖານຂອງທ່ານໃຫ້ເຖິງພວກເຮົາ:

 ທາງອອນລາຍ
ທີ່
ຫຼື coveredca.com.

 ທາງໄປສະນີ
ໃນຊ່ອງຈົດໝາຍທີ່ ມາພ້ອມ
ກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້.

 ທາງໂທລະສັບ
ທີ່

 ເປັນການສ່ວນຕົວ
ຫາ
ທີ່
ພວກເຂົາເປີດໃຫ້ບໍລິການໃນວັນ
ຈັນຫາວັນສຸກ, a.m.
ກັບ p.m.

 ມີຄໍາຖາມບໍ່? ໂທຫາຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນ
ຂອງທ່ານທີ່ ກ່ອນວັນທີກຳນົດ.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງທ່ານ

↓ທົບທວນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ	↓ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນໃໝ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ
<input type="checkbox"/> ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າຖືກຕ້ອງ, ໃຫ້ໄປທີ່ໜ້າທີ 3.	<input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແກ້ໄຂຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ. ພຽງແຕ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃໝ່ ຫຼື ຂໍ້ມູນທີ່ມີການປ່ຽນແປງ.
ຊື່	ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)
ທີ່ຢູ່ຂອງເຮືອນ	ທີ່ຢູ່ຂອງເຮືອນ # ອາພາດເມັນ
	ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ຂອງເຮືອນ ຫຼື ທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ຂອງເຮືອນ)
	ເມືອງ ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ
ໂທລະສັບ	ເບີໂທລະສັບ
	ເບີບ້ານ _____-_____-_____
	ເບີມືຖື _____-_____-_____
	ເບີບ່ອນເຮັດວຽກ _____-_____-_____
	ອື່ນໆ _____-_____-_____
ອີເມວ	ອີເມວ (ທາງເລືອກ):
ພາສາທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ຂຽນເຖິງທ່ານ	ພາສາທີ່ພວກເຮົາຄວນຂຽນເຖິງທ່ານ:
ພາສາທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ເວົ້າກັບທ່ານ	ພາສາທີ່ພວກເຮົາຄວນເວົ້າກັບທ່ານ:
	ວິທີທີ່ດີທີ່ສຸດໃນການຕິດຕໍ່ທ່ານ:
	<input type="checkbox"/> ອີເມວ <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບ <input type="checkbox"/> ໄປສະນີ

ທ່ານມີຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອໍານາດແລ້ວບໍ?

ໂທຫາຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານທີ່ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ:

- ແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອໍານາດ ເຊັ່ນ: ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ໝູ່ເພື່ອນ, ຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງ, ທະນາຍຄວາມ ຫຼື ຜູ້ສະໜັບສະໜູນເພື່ອຕິດຕາມ, ຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ທ່ານໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ການລົງທະບຽນ Medi-Cal ຂອງທ່ານ.
- ປ່ຽນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອໍານາດຂອງທ່ານ



ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເພີ່ມຄົນ ຫຼື ຂໍ້ມູນໃນພາກສ່ວນໃດໜຶ່ງ, ກະລຸນາຂຽນມັນ ໃສ່ເຈ້ຍແຍກ (ຫຼື ທ່ານສາມາດຄັດສຳເນົາໜ້າດັ່ງກ່າວ) ແລະ ສົ່ງມັນພ້ອມກັບ ແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.

ສະມາຊິກຄົວເຮືອນ

ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນນີ້ປະກອບມີ:

- ຜົວເມຍຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຮ່ວມກິນຢູ່ທີ່ຂຶ້ນທະບຽນແລ້ວ
- ລູກຂອງທ່ານທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ
- ພໍ່ແມ່ທັງໝົດທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນກັບລູກຂອງພວກເຂົາ
- ຜູ້ໃດກໍຕາມທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຍື່ນການສະໝັກຂໍຂອງພວກເຂົາເອງ ຖ້າພວກເຂົາຕ້ອງການປະກັນສຸຂະພາບ. (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຄົນຮັກຜູ້ຊາຍ, ຄົນຮັກແມ່ຍິງ ຫຼື ເພື່ອນຮ່ວມຫ້ອງ)

ທົບທວນຂໍ້ມູນສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຊື່	ຄວາມສຳພັນ	ທີ່ຢູ່	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກສ່ວນ ຖັດໄປ. ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ ແກ້ໄຂຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.
			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ສືບຕໍ່ໜ້າຖັດໄປ»

ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະມາຊິກໃໝ່ໃນຄົວເຮືອນ.

ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຊາບກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານພາຍເວລາ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.

ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ສະມາຊິກຄົວເຮືອນແຕ່ງຕ້ອງ, ມີລູກ, ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ, ຖືກກັກຂັງ ຫຼື ຖ້າມີຄົນເສຍຊີວິດໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຊື່ (ຊື່ເທັ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ຄວາມສໍາພັນ	ປ່ຽນແປງຫຍັງ?
1.		
2.		
3.		

ລາຍຮັບ

ລາຍຮັບແມ່ນເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກການເຮັດວຽກ, ອາຊີບອິດສະຫຼະ ຫຼື ແຫຼ່ງທຶນອື່ນໆ ເຊັ່ນ: Social Security ຫຼື ເບັຍບໍານານ. ທ່ານຕ້ອງແນບຕິດຫຼັກຖານຫຼ້າສຸດກ່ຽວກັບລາຍຮັບທັງໝົດ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ:

- ແຂັກເງິນຄ່າຈ້າງຫຼ້າສຸດ
- ຈົດໝາຍກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ລາງວັນ

ທົບທວນຂໍ້ມູນລາຍຮັບຂອງທ່ານ.

ຊື່	ແຫຼ່ງລາຍຮັບ	ຍອດລວມ (ລາຍຮັບທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບກ່ອນເສຍພາສີ ຫຼື ການຫັກລົບ)	ເປັນປະຈຳສ່າໃດ? (ເປັນປີ, ເປັນເດືອນ, ທຸກໆ 2 ອາທິດ, ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ, ເປັນອາທິດ, ເປັນມື້ ຫຼື ເປັນຊົ່ວໂມງ)	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກສ່ວນຖັດໄປ. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ລະບຸວັນທີ່ຫຼ້າສຸດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບລາຍຮັບນີ້. ຫຼັງຈາກນັ້ນໃຫ້ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
		\$		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ____ / ____ / ____

ສືບຕໍ່ໜ້າຖັດໄປ»

ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນລາຍຮັບໃໝ່.

ຕົວຢ່າງຂອງປະເພດລາຍຮັບທີ່ມັກເກີດຂຶ້ນຫຼາຍທີ່ສຸດ:

- ລາຍໄດ້ຈາກການຈ້າງງານ
- ອາຊີບອິດສະຫຼະ
- Social Security ການກະສຽນ, ຜູ້ລອດຊີວິດ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບຄົນພິການ
- ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບຄົນວ່າງງານ
- ເບ້ຍບໍານານ/ລາຍຮັບເປັນປີ
- ດອກເບ້ຍ ແລະ ການແບ່ງປັນຜົນ
- ລາຍຮັບຈາກການກະສຽນຈາກ 401K, 457, 509, IRA ແລະ ແຜນການ Keogh

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ແມ່ນຫຍັງ ຄືແຫຼ່ງລາຍຮັບນີ້?	ຍອດລວມ (ລາຍຮັບທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບກ່ອນເສຍພາສີ ຫຼື ການຫັກລົບ)	ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ (ເດືອນ, ວັນ, ປີ)	ເປັນປະຈຳສໍາໃດ? (ເປັນປີ, ເປັນເດືອນ, ທຸກໆ 2 ອາທິດ, ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ, ເປັນອາທິດ, ເປັນມື້ ຫຼື ເປັນຊົ່ວໂມງ)	ລາຍຮັບນີ້ແມ່ນຄາດວ່າຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບບໍ່? ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ລະບຸວັນທີຫຼ້າສຸດທີ່ທ່ານຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບລາຍຮັບນີ້.
1.		\$			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ____ / ____ / ____

ມີລາຍຮັບຂອງຜູ້ໃດປ່ຽນເປັນເດືອນຕໍ່ເດືອນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຊາບເຖິງລາຍຮັບທັງໝົດທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 12 ເດືອນຂ້າງໜ້າ. ນີ້ແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ໄດ້ຮັບຈໍານວນລາຍຮັບປະຈໍາປີທີ່ຖືກຕ້ອງ.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ລາຍຮັບທັງໝົດຂອງທ່ານທີ່ຄາດວ່າຈະເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 12 ເດືອນຂ້າງໜ້າແມ່ນເທົ່າໃດ?
1.	\$
2.	\$

ສືບຕໍ່ໜ້າຖັດໄປ»

ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບການຢູ່ອາໄສ, ສາທາລະນຸປະໂພກ ແລະ/ຫຼື ອາຫານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າບໍ? (ຍັງຖືກເອີ້ນວ່າ ລາຍຮັບຈາກຄວາມເມດຕາ)?

ສິ່ງນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ ຫຼື ເປັນການແລກປ່ຽນສໍາລັບວຽກຈາກບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນຜົວເມຍ ຫຼື ພໍ່ແມ່ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ.

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ແມ່ນ**, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ແມ່ນຫຍັງທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ?	ມັນເປັນການແລກປ່ຽນສໍາລັບວຽກບໍ?	ຄາດວ່າລາຍຮັບຈາກຄວາມເມດຕານີ້ຈະສືບຕໍ່ບໍ? ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ , ໃຫ້ລະບຸວັນທີຫຼ້າສຸດທີ່ທ່ານຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບລາຍຮັບນີ້.
1.	<input type="checkbox"/> ການຢູ່ອາໄສ <input type="checkbox"/> ສາທາລະນຸປະໂພກ <input type="checkbox"/> ອາຫານ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ____ / ____ / ____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການຫັກລົບ

ການລາຍງານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການຫັກລົບທີ່ທ່ານຊຳລະ ອາດຫຼຸດຈຳນວນລາຍຮັບທີ່ Medi-Cal ໃຊ້ເພື່ອກຳນົດ ຄຸນສົມບັດທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງແນບຕິດຫຼັກຖານຫຼ້າສຸດກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການຫັກລົບ. ຕົວຢ່າງ ເຊັ່ນ:

- ໃບລາຍງານ ຫຼື ຈົດໝາຍລາງວັນທາງການເງິນ
- ຕາຕະລາງ C (ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບອາຊີບອິດສະຫຼະ)

ທົບທວນຂໍ້ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການຫັກລົບຂອງທ່ານ.

ຊື່	ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ການຫັກລົບ	ຈຳນວນ	ເປັນປະຈຳສຳໃດ? (ເປັນເດືອນ, ເປັນໄຕມາດ, ເປັນປີ)	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
		\$		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
		\$		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການຫັກລົບໃໝ່.

ຕົວຢ່າງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການຫັກລົບທີ່ມັກເກີດຂຶ້ນຫຼາຍທີ່ສຸດ:

- ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຄ່າລ້ຽງດູ
- ຄ່າທຳນຽມຂອງຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຄູແລ
- ຄ່າຄູແລຜູ້ເພິ່ງອາໄສ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບອາຊີບອິດສະຫຼະ
- ຄ່າການສຶກສາ (ຄ່າຮຽນ, ໜັງສື, ຄ່າທຳນຽມ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເດີນທາງ)

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ປະເພດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ການຫັກລົບ	ຈຳນວນ	ເປັນປະຈຳສຳໃດ? (ເປັນເດືອນ, ເປັນໄຕມາດ, ເປັນປີ)
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນ

ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນແມ່ນສິ່ງທີ່ສາມາດໃຊ້ເພື່ອແລກປ່ຽນເປັນເງິນ ຫຼື ສິ່ງທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ. ທ່ານຕ້ອງແນບຕິດຫຼັກຖານຫຼ້າສຸດກ່ຽວກັບຊັບພະຍາກອນ, ຊັບສິນ ແລະ ຈຳນວນເງິນໃດໜຶ່ງທີ່ຕິດໜີ້. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ:

- ໃບແຈ້ງຍອດເງິນຝາກຈາກທະນາຄານ
- ເງິນກູ້ລົດ
- ເງິນກູ້ຈຳນອງ

ທົບທວນຂໍ້ມູນຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນຂອງທ່ານ.

ຊື່	ປະເພດ ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນ	ຂໍ້ມູນຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນ	ມູນຄ່າ ແລະ ຈຳນວນເງິນ ທີ່ຕິດໜີ້	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກສ່ວນ ຖັດໄປ. ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
			\$	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
			\$	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
			\$	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ສືບຕໍ່ໜ້າຖັດໄປ »

ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນໃໝ່.

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານຊັບສິນ ຫຼື ເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ, ຂາຍ, ຄ້າຂາຍ, ມອບໃຫ້ ຫຼື ໂອນພາຍໃນເວລາ 96 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຕົວຢ່າງຂອງ ຊັບພະຍາກອນ ແລະ

ຊັບສິນທີ່ມັກເກີດຂຶ້ນຫຼາຍທີ່ສຸດ:

- ບັນຊີທະນາຄານ/ບັນຊີສະຫະກອນສິນເຊື່ອ
- ອະສັງຫາລິມະຊັບ (ທີ່ດິນ ຫຼື ເຮືອນ)
- ເງິນສົດ
- CD / IRA / Keogh, ເງິນບໍານານ
- ເງິນທຶນຮ່ວມ, ເງິນມອບໝາຍໃຫ້ດູແລ, ຕະຫຼາດເງິນ, ຮຸ້ນ, ພັນທະບັດ ແລະ ລາຍຮັບເປັນປີ
- ເງິນຈໍານອງ, ເງິນ ຫຼື ໜັງສືມອບໝາຍ
- ພາຫະນະ
- ປະກັນຊີວິດ ຫຼື ປະກັນໄພການຝັງສົບ
- ບໍ່ແມ່ນເຮືອຈັກ, ລົດລາກ ແລະ ຝາຄອບລົດ
- ເງິນ ແລະ ພື້ນທີ່ຝັງສົບ
- ດອກເບ້ຍສໍາລັບສິດເກັບກິນໃນທີ່ດິນຕະຫຼອດຊີວິດໃນອະສັງຫາລິມະຊັບໃດໜຶ່ງ
- ລາຍການສິນຄ້າ ແລະ ອຸປະກອນທາງທຸລະກິດ

ຊື່ຂອງເຈົ້າຂອງ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ປະເພດຂອງ ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນ	ຂໍ້ມູນ ຊັບພະຍາກອນ ແລະ ຊັບສິນ	ລາຍງານການ ປ່ຽນແປງ	ວັນທີປ່ຽນແປງ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)
1.				___ / ___ / ___
2.				___ / ___ / ___
3.				___ / ___ / ___

ອະສັງຫາລິມະຊັບ (ທີ່ດິນ ຫຼື ເຮືອນ)

ສິ່ງນີ້ປະກອບມີອະສັງຫາລິມະຊັບໃດກໍຕາມທີ່ທ່ານທົບທວນ ຫຼື ແກ້ໄຂຢູ່ຂ້າງເທິງ.

ທ່ານມີອະສັງຫາລິມະຊັບທີ່ລະບຸໄວ້ຢູ່ຂ້າງເທິງບໍ່? ຖ້າ **ແມ່ນ**, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

- ນີ້ແມ່ນເຮືອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາໄສຢູ່.
- ນີ້ແມ່ນເຮືອນກ່ອນໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ນີ້ແມ່ນຊັບສິນເຊົ່າ/ລົງທຶນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ອະສັງຫາລິມະຊັບນີ້ແມ່ນສໍາລັບຂາຍ.
- ຖ້າທ່ານໝາຍຊັບສິນເຊົ່າ/ລົງທຶນ ຫຼື ສໍາລັບຂາຍຢູ່ຂ້າງເທິງ, ທ່ານມີເຈດຕະນາກັບຄືນຫາຊັບສິນດັ່ງກ່າວໃນມື້ໃດມື້ໜຶ່ງບໍ່?
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ສະມາຊິກຄອບຄົວອາໄສຢູ່ໃນຊັບສິນດັ່ງກ່າວບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າ **ແມ່ນ**, ແມ່ນຫຍັງຄືຄວາມສໍາພັນຂອງທ່ານກັບຜູ້ຢູ່ອາໄສ? (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຜົວເມຍ, ລູກ, ຍາດພີ່ນ້ອງທີ່ເພິ່ງອາໄສ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງ) _____

ສືບຕໍ່ໜ້າຖັດໄປ »

ພາຫະນະທີ່ລາຍງານກ່ອນໜ້າ

ທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນແປງມູນຄ່າ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ຕິດໜີ້ສໍາລັບພາຫະນະທີ່ລາຍງານກ່ອນໜ້າບໍ? ຖ້າ **ແມ່ນ**, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ຂອງເຈົ້າຂອງ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ມູນຄ່າຂອງພາຫະນະ \$	ຫຍໍ້ຫໍ້, ແບບ ແລະ ປີ	ທ່ານຕິດໜີ້ເທົ່າໃດ? \$
---	------------------------------	----------------------------	---------------------------------

ການຄອບຄຸມຂອງ Medicare

ຖ້າທ່ານບໍ່ໝັ້ນໃຈວ່າທ່ານລົງທະບຽນໃນພາກສ່ວນໃດຂອງ Medicare, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

ທົບທວນຂໍ້ມູນ Medicare ຂອງທ່ານ.

ຊື່	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນ ສ່ວນ A (ໂຮງໝໍສໍາລັບຄົນເຈັບໃນ)	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນ ສ່ວນ B (ການແພດສໍາລັບຄົນເຈັບນອກ)	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນ ສ່ວນ C (ຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medicare)	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນ ສ່ວນ D (ຮ້ານຂາຍຢາ)	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກສ່ວນຖັດໄປ. ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ແກ້ໄຂຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.
					<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
					<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນ Medicare ໃໝ່.

ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ໃນຄັ້ງໃໝ່ ຫຼື ຖ້າທ່ານຊໍາລະເບ້ຍປະກັນສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ເທົ່, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ໝາຍເລກ Medicare	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນ ສ່ວນ A (ໂຮງໝໍສໍາລັບຄົນເຈັບໃນ)	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນ ສ່ວນ B (ການແພດສໍາລັບຄົນເຈັບນອກ)	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນ ສ່ວນ C (ຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medicare)	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກສ່ວນຖັດໄປ. ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ແກ້ໄຂຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

ການດູແລໄລຍະຍາວ

ການດູແລໄລຍະຍາວແມ່ນການບໍລິການທີ່ອອກແບບເພື່ອບັນລຸຄວາມຕ້ອງການສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ສ່ວນຕົວຂອງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ເມື່ອພວກເຂົາບໍ່ສາມາດດູແລຕົນເອງເປັນໄລຍະເວລາດົນ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ:

- ເຮືອນພະຍາບານແບບຊ່ຽວຊານ
- ເຮືອນພະຍາບານແບບມີການຊ່ວຍເຫຼືອ
- ເຮືອນພັກຮັບຮອງ

ທົບທວນຂໍ້ມູນການດູແລໄລຍະຍາວຂອງທ່ານ.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການດູແລໄລຍະຍາວ	ຊື່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກສ່ວນຖັດໄປ. ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ແກ້ໄຂຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.
			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນການດູແລໄລຍະຍາວໃໝ່.

ບຸກຄົນທີ 1		
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການດູແລໄລຍະຍາວ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ວັນທີເຂົ້າ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ) ____ / ____ / ____	ວັນທີອອກ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ) ____ / ____ / ____
ຊື່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	
ຊື່ຂອງຜົວເມຍ ຫຼື ຜູ້ຮ່ວມກິນຢູ່ທີ່ຂຶ້ນທະບຽນແລ້ວ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ທີ່ຢູ່ຂອງຜົວເມຍ ຫຼື ຜູ້ຮ່ວມກິນຢູ່ທີ່ຂຶ້ນທະບຽນແລ້ວ ຖ້າບໍ່ຄືກັນ	

ບຸກຄົນທີ 2		
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການດູແລໄລຍະຍາວ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ວັນທີເຂົ້າ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ) ____ / ____ / ____	ວັນທີອອກ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ) ____ / ____ / ____
ຊື່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	
ຊື່ຂອງຜົວເມຍ ຫຼື ຜູ້ຮ່ວມກິນຢູ່ທີ່ຂຶ້ນທະບຽນແລ້ວ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ທີ່ຢູ່ຂອງຜົວເມຍ ຫຼື ຜູ້ຮ່ວມກິນຢູ່ທີ່ຂຶ້ນທະບຽນແລ້ວ ຖ້າບໍ່ຄືກັນ	

ປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ

ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຊາບກ່ຽວກັບປະກັນສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານມີ ເຊິ່ງບໍ່ໄດ້ມາຈາກ Medi-Cal ຫຼື Medicare.

ການລາຍງານເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ທ່ານຊຳລະ ອາດຫຼຸດລາຍຮັບທີ່ Medi-Cal ໃຊ້ເພື່ອ

ກຳນົດຄຸນສົມບັດທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ທ່ານອາດຍັງມີປະກັນສຸຂະພາບຈາກ Covered California

ຫຼື ອາຊີບຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ. ທ່ານຕ້ອງແນບຕິດຫຼັກຖານ ຖ້າທ່ານຊຳລະສຳລັບປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ:

ຖ້າທ່ານ ບໍ່ ມີປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ, ໃຫ້ຂ້າມພາກສ່ວນນີ້ ແລະ ໄປທີ່ພາກສ່ວນຖັດໄປ.

ທົບທວນຂໍ້ມູນການປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ຊື່	ບໍລິສັດປະກັນໄພ	ປະເພດຂອງປະກັນໄພ (ເຊັ່ນ: ສຸຂະພາບ, ທັນຕະແພດ, ການເບິ່ງເຫັນ, ຮ້ານຂາຍຢາ)	ຈຳນວນເບ້ຍປະກັນທີ່ທ່ານຊຳລະ	ເປັນປະຈຳສຳໃດ (ເປັນເດືອນ, ເປັນໄຕມາດ, ເປັນປີ)	ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກຕ້ອງບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກສ່ວນຖັດໄປ. ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ແກ້ໄຂຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.
			\$		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
			\$		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບໃໝ່.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ບໍລິສັດປະກັນໄພ	ປະເພດຂອງປະກັນໄພ (ເຊັ່ນ: ສຸຂະພາບ, ທັນຕະແພດ, ການເບິ່ງເຫັນ, ຮ້ານຂາຍຢາ)	ຈຳນວນເບ້ຍປະກັນທີ່ທ່ານຊຳລະ	ເປັນປະຈຳສຳໃດ (ເປັນເດືອນ, ເປັນໄຕມາດ, ເປັນປີ)
1.			\$	
2.			\$	

ການປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນ

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຖ້າທ່ານຕອບ ແມ່ນ ສໍາລັບຄໍາຖາມໃດໜຶ່ງ.

Medi-Cal

ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal ທີ່ຕ້ອງການສະໝັກຂໍ? ຖ້າ ແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)

ວັນເກີດ
(ເດືອນ/ວັນ/ປີ)

ໝາຍເລກ Social Security ຂອງບຸກຄົນທີ່
ຕ້ອງການ Medi-Cal ຖ້າພວກເຂົາມີ

_____ - _____ - _____

ຖືພາ

ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ຖືພາບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)

ກໍານົດວັນທີ
(ເດືອນ/ວັນ/ປີ)

ຄາດການວ່າຈະມີລູກ
ຈັກຄົນ?

____ / ____ / ____

ຊາວໜຸ່ມທີ່ຢູ່ໃນສູນລ້ຽງດູກ່ອນໜ້າ

ຖ້າຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຢູ່ໃນອາຍຸລະຫວ່າງ 18 ແລະ 26 ປີ, ພວກເຂົາຢູ່ໃນສູນລ້ຽງດູກ່ອນໜ້າ ໃນວັນເກີດ ຫຼື ຫຼັງຈາກວັນເກີດຄັ້ງທີ 18 ຂອງພວກເຂົາບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)

ລັດ (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: California)

ການເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ສັນຊາດ (ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນປະກັນສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ).

ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ຕອນນີ້ໄດ້ລົງທະບຽນໃນ Medi-Cal ມີການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ສັນຊາດຂອງພວກເຂົາພາຍໃນເວລາ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)

ໝາຍເລກສະຖານະໃໝ່

ຄວາມພິການ

ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ຈິດໃຈ, ອາລົມ ຫຼື ພັດທະນາການບໍ່? ຖ້າ ແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)

ຄວາມພິການເປັນຜົນມາຈາກການບາດເຈັບບໍ່?
 ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ສືບຕໍ່ໜ້າຖັດໄປ»

Medicare

ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ມີ Medicare ບໍ? ຖ້າ ແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ໝາຍເລກ Medicare	ເບ້ຍປະຈຳເດືອນທີ່ທ່ານຊໍາລະ \$
----------------------------------	-----------------	------------------------------

ການດູແລໄລຍະຍາວ

ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ທີ່ຢູ່ໃນການດູແລໄລຍະຍາວບໍ? ຖ້າ ແມ່ນ, ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃນການດູແລໄລຍະຍາວ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ວັນທີເຂົ້າ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ) ____ / ____ / ____	ວັນທີອອກ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ) ____ / ____ / ____
ຊື່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ	
ຊື່ຂອງຜົວເມຍ ຫຼື ຜູ້ຮ່ວມກິນຢູ່ທີ່ຂຶ້ນທະບຽນແລ້ວ (ຊື່ແທ້, ຊື່ຫຼິ້ນ, ນາມສະກຸນ)	ທີ່ຢູ່ຂອງຜົວເມຍ ຫຼື ຜູ້ຮ່ວມກິນຢູ່ທີ່ຂຶ້ນທະບຽນແລ້ວ ຖ້າບໍ່ຄືກັນ	

ຂໍ້ມູນ ແລະ ການສົ່ງຕໍ່ໂປຣແກຣມສຸຂະພາບ

ພາກສ່ວນນີ້ເປັນທາງເລືອກ. ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຕອບ, ແຕ່ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງທ່ານຕໍ່ການບໍລິການທີ່ມີຢູ່.

1. ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂປຣແກຣມສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ (Child Health and Disability Prevention Program, ຍັງເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນຄື CHDP)?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

2. ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂປຣແກຣມອາຫານເສີມທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບຜູ້ຄົນທີ່ຖືພາ ຫຼື ໃຫ້ນົມລູກ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ (Women, Infants, and Children Program, ຖືກເອີ້ນວ່າ WIC)?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

3. ມີສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນທີ່ຢູ່ອາໄສໃນເຮືອນ ກໍາລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍາບັດໄຕບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ຜູ້ໃດ: _____

4. ມີສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນທີ່ອາໄສໃນເຮືອນ ໄດ້ຖ່າຍປ່ຽນອະໄວຍະວະ ພາຍໃນເວລາ 2 ປີທີ່ຜ່ານມາບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ຜູ້ໃດ: _____

5. ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ Personal Care Services Program, ໂປຣແກຣມການດູແລໃນເຮືອນສໍາລັບບຸກຄົນສູງອາຍຸ, ຕາບອດ ຫຼື ພິການ (ຍັງຖືກເອີ້ນວ່າ In-Home Supportive Services)?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

6. ມີຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບການດູແລໄລຍະຍາວ ຫຼື ເຮືອນດູແລໄລຍະຍາວ ແລະ ການບໍລິການທີ່ດໍາເນີນການໃນຊຸມຊົນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ຜູ້ໃດ: _____

ຄຳຢືນຢັນ ແລະ ການເຊັນ

- ໂດຍຢູ່ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຈາກການສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງກັບຄວາມຈິງຕາມກົດໝາຍແຫ່ງລັດ California ວ່າ ສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຖະແຫຼງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມແມ່ນເປັນຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈທຸກຄຳຖາມທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ ແລະ ໃຫ້ຄຳຕອບທີ່ເປັນຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້. ໃນກໍລະນີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮູ້ຈັກຄຳຕອບດ້ວຍຕົນເອງ, ຂ້າພະເຈົ້າພະຍາຍາມດຳເນີນການທັງໝົດຢ່າງສົມເຫດສົມຜົນ ເພື່ອຢືນຢັນຄຳຕອບກັບບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຮູ້ຈັກຄຳຕອບ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ຮັບຟັງຄຳຖະແຫຼງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ, ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນໜ້າເຈ້ຍດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ແຈ້ງຄວາມຈິງໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້, ອາດມີການລົງໂທດທາງແພ່ງ ຫຼື ອາຍາສຳລັບການສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງກັບຄວາມຈິງ ເຊິ່ງອາດລວມເຖິງການຖືກກັກຂັງຈົນເຖິງສິບໃນຄຸກ (ເບິ່ງ California Penal Code section 126). ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນວ່າ ຜູ້ຄົນທີ່ສະໝັກຂໍມີຄຸນສົມບັດສຳລັບປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍ່. ໂປຣແກຣມ Medi-Cal ແລະ Covered California ຈະເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນໃຫ້ເປັນສ່ວນ ຕາມທີ່ຖືກກຳນົດໄວ້ໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງ California.
- ຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ສຳລັບບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ສະໝັກຂໍປະກັນສຸຂະພາບ, ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີທີ່ຈະແຈ້ງການໃຫ້ໂປຣແກຣມ Medi-Cal ຮັບຊາບ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ພາຍໃນເວລາ 10 ວັນ ຫຼັງຈາກທີ່ມີການປ່ຽນແປງ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າມີປະກັນໄພຜ່ານ Covered California, ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີທີ່ຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງພາຍໃນເວລາ 30 ວັນ.

ເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກຂໍ/ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອຳນາດ	ວັນທີ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)
---	----------------------

ຢ່າລົມທີ່ຈະແນບຕິດ ຫຼັກຖານຫຼ້າສຸດ ທັງໝົດ ຖ້າຈຳເປັນ ແລະ ສຳເນົາ ເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມທັງໝົດ.

ເກັບຮັກສາປະຫວັດຂອງທ່ານ

ໜ້າເຈ້ຍເຫຼົ່ານີ້ປະກອບມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບຄໍາຖະແຫຼງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ, ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ, ສິດໃນການອຸທອນ ແລະ ນະໂຍບາຍການບໍ່ຈໍາແນກປະຕິບັດ ແລະ ການຍື່ນຄໍາຮ້ອງການຈໍາແນກປະຕິບັດ.

ຄໍາຖະແຫຼງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ແມ່ນສໍາລັບການຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medi-Cal ຜ່ານ Department of Health Care Services (DHCS) ແລະ ກໍານົດຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບປະກັນສຸຂະພາບຜ່ານ Covered California. ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ທາງການ ແພດທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ໃນແບບຟອມແມ່ນເປັນສ່ວນຕົວ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ. DHCS ຫຼື Covered California ຕ້ອງການມັນ ເພື່ອລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນໆທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ ແລະ ຈັດການໂປຣແກຣມຂອງພວກເຮົາ.

ພວກເຮົາຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບໜ່ວຍງານ, ຜູ້ຮັບເໝົາ, ແຜນການສຸຂະພາບ ແລະ ໂປຣແກຣມອື່ນໆຂອງລັດ, ຂອງ ລັດຖະບານກາງ ແລະ ໃນທ້ອງຖິ່ນ ພຽງແຕ່ເພື່ອລົງທະບຽນທ່ານໃນແຜນການ ຫຼື ໂປຣແກຣມ ຫຼື ຈັດການໂປຣແກຣມ ແລະ ກັບ ໜ່ວຍງານອື່ນໆຂອງລັດ ແລະ ຂອງລັດຖະບານກາງ ຕາມທີ່ກໍານົດໄວ້ໂດຍກົດໝາຍ.

ທ່ານຕ້ອງຕອບຄໍາຖາມທັງໝົດທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ ນອກຈາກຈະມີການໝາຍໄວ້ວ່າ “ທາງເລືອກ” ຫຼື ຖ້າທ່ານ ຖືກແນະນໍາໄວ້ຕ່າງຫາກ. ຖ້າແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານກໍາລັງຂາດບາງສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຮ້ອງຂໍ, ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ທ່ານໃຫ້ ສະໜອງ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສະໜອງໃຫ້, ພວກເຮົາຈະບໍ່ສາມາດດໍາເນີນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດ ຕ້ອງຍື່ນໃບສະໝັກໃໝ່. ຫຼື ທ່ານອາດບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບປະກັນສຸຂະພາບຜ່ານ Covered California ຫຼື ການທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍຕໍ່ຜົນ ປະໂຫຍດອາດຖືກປະຕິເສດ.

ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບທ່ານ ເຊິ່ງບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນປະຫວັດຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດ. ທ່ານສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວໃນຮູບແບບທາງເລືອກ ເຊັ່ນ: ພິມໃຫຍ່ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງປະຫວັດ Covered California, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ດູແລຄວາມເປັນສ່ວນຕົວທີ່:

The Department of Health Care Services
Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
ໂທລະສັບ: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
ໂທລະສັບ: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS ຈະປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂຂອງ 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, ແລະ ກົດໝາຍອື່ນໆທີ່ບັງຄັບໃຊ້ໃນການເກັບຮັກສາ, ການນໍາໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) ແລະ 100503(a).

ທ່ານສາມາດຄົ້ນຫາເຈັງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວສໍາລັບໂປຣແກຣມ Medi-Cal ທີ່ www.dhcs.ca.gov ແລະ ສໍາລັບ Covered California ທີ່ www.CoveredCA.com.

ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

- ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໜອງໃຫ້ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ເປັນຈິງ ເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້. ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຖືກລົງໂທດ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຖະແຫຼງຄວາມຈິງ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໜອງໃຫ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ພຽງແຕ່ເພື່ອເບິ່ງວ່າ ຄົນໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍຕໍ່ປະກັນສຸຂະພາບຈະມີຄຸນສົມບັດ ຫຼື ບໍ່.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ໂປຣແກຣມ Medi-Cal ແລະ Covered California ຈະເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນສ່ວນຕົວ ຕາມທີ່ກົດໝາຍກຳນົດ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວໃນປະຫວັດທີ່ຮັກສາໂດຍໂປຣແກຣມ Medi-Cal ແລະ Covered California, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຕິດຕໍ່ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຕິດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຄູແລຄວາມປອດໄພຂອງ Covered California ທີ່ **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເພື່ອມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal, ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍລາຍຮັບ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆ ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າຫຼື ສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບ, ນອກຈາກຜູ້ກ່ຽວມີເຫດຜົນດີພໍທີ່ຈະບໍ່ດຳເນີນການ. ຕົວຢ່າງຂອງລາຍຮັບ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດດັ່ງກ່າວແມ່ນເບັຍບຳນານ, ຜົນປະໂຫຍດລັດຖະບານ, ລາຍຮັບການກະສຽນ, ຜົນປະໂຫຍດສຳລັບນັກຮົບຜ່ານເສິກ, ລາຍຮັບເປັນປີ, ຜົນປະໂຫຍດສຳລັບຄົນພິການ, ຜົນປະໂຫຍດ Social Security (ຍັງຖືກເອີ້ນວ່າ OASDI ຫຼື Old Age, Survivors, and Disability Insurance) ແລະ ຜົນປະໂຫຍດສຳລັບຄົນວ່າງງານ. ແຕ່ລາຍຮັບ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດດັ່ງກ່າວບໍ່ລວມເຖິງຜົນປະໂຫຍດຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ ເຊັ່ນ: CalWORKs ຫຼື CalFresh. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບແຫຼ່ງລາຍຮັບທີ່ເປັນໄປໄດ້, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໂທຫາຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື Covered California ທີ່ **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຖືກພົບວ່າມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ພະນັກງານວິເຄາະຄຸນສົມບັດໃນເຂດປົກຄອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮັບຊາບເຖິງການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງທີ່ອາດກະທົບຕໍ່ການທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບປະກັນສຸຂະພາບ ພາຍໃນເວລາ 10 ວັນ ຫຼັງຈາກທີ່ມີການປ່ຽນແປງ ໃຫ້ແກ່ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ລວມເຖິງ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງ:
 - » ຂ້າພະເຈົ້າຍ້າຍ
 - » ລາຍຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ
 - » ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ການແຕ່ງງານ/ການຍ່າຮ້າງ, ການຖືພາ ຫຼື ການມີລູກ)
 - » ຂ້າພະເຈົ້າມີຄຸນສົມບັດສຳລັບປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າລົງທະບຽນໃນ Covered California, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງພາຍໃນເວລາ 30 ວັນ. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໂທຫາ Covered California ທີ່ **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) ຫຼື ໄປທີ່ CoveredCA.com.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບລາຍຮັບໃຫ້ແກ່ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພາະມັນອາດກະທົບຕໍ່ຄຸນສົມບັດການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medi-Cal ຫຼື Covered California ສຳລັບຈຳນວນທີ່ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ ເຊິ່ງຂ້າພະເຈົ້າອາດມີສິດໄດ້ຮັບ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຫຼາຍເກີນໄປໃນລະຫວ່າງປີໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງຊຳລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເບັຍປະກັນທີ່ເກີນມາ ຫຼື ເງິນອຸດໜູນຂອງລັດຄືນໃຫ້ແກ່ IRS ຫຼື California Franchise Tax Board ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຍິ້ມແບບພາສີລາຍຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕໍ່ລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ສຳລັບປີທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ.
- ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໂປຣແກຣມ Covered California and the Medi-Cal ກວດສອບປະຫວັດໃນຄອມພິວເຕີຂອງໜ່ວຍງານອື່ນ ເພື່ອຢືນຢັນສັນຊາດ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນ U.S ຢ່າງຖືກຕ້ອງກົດໝາຍ ຫຼື ບໍ່, ຂໍ້ມູນພາສີ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ ເພື່ອເບິ່ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄົນອື່ນທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍ່.

- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຕາມທີ່ຖືກກຳນົດໄວ້ໃນກົດໝາຍ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໜອງໃຫ້ກ່ຽວກັບຕົນເອງ ແລະ ຄົນອື່ນໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ Medi-Cal ຈະຖືກກວດສອບໂດຍຄອມພິວເຕີ ພ້ອມກັບຂໍ້ແທ້ຈິງທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍຜູ້ຈ້າງງານ, ທະນາຄານ, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, ໜ່ວຍງານບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ໜ່ວຍງານອື່ນໆ ເພື່ອເບິ່ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຄົນອື່ນທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ບໍ່.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຖ້າ Medi-Cal ຊຳລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ, ເງິນໃດກໍຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ໄດ້ຮັບຈາກປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ ຫຼື ການຊຳລະສະສາງຕາມກົດໝາຍເຊິ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຈະໄປຫາ Medi-Cal ໂດຍເປັນການຊຳລະສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຈົນກວ່າຈະຊຳລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດຢ່າງຄົບຖ້ວນ.
- ສຳລັບພໍ່ແມ່ທີ່ມີລູກ ເຊິ່ງມີຄຸນສົມບັດສຳລັບ Medi-Cal: ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ຊ່ວຍໜ່ວຍງານທີ່ຈັດເກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດຈາກພໍ່ແມ່ຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຢູ່ໃນແບບຟອມຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດສະບັບນີ້ ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ກັບເດັກນ້ອຍ ແລະ ບໍ່ສົ່ງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບເດັກນ້ອຍ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຄິດວ່າ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈະສ້າງຄວາມເສຍຫາຍໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດແຈ້ງຕໍ່ໂປຣແກຣມ Medi-Cal ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ຕ້ອງຊ່ວຍເຫຼືອ.

ສິດໃນການອຸທອນ

ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຄິດວ່າ ໂປຣແກຣມ Medi-Cal ຫຼື Covered California ເກີດຜິດພາດ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດອຸທອນຄຳຕັດສິນດັ່ງກ່າວ. ການອຸທອນໝາຍເຖິງການແຈ້ງຄົນໃດໜຶ່ງໃນໂປຣແກຣມ Medi-Cal ຫຼື Covered California ວ່າຂ້າພະເຈົ້າຄິດວ່າຄຳຕັດສິນດັ່ງກ່າວຜິດພາດ ແລະ ຮຽກຮ້ອງການກວດສອບຢ່າງຍຸຕິທຳສຳລັບການກະທຳດັ່ງກ່າວ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຍື່ນອຸທອນພາຍໃນເວລາ 90 ວັນ ຫຼັງຈາກຄຳຕັດສິນ. ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເປັນຕົວແທນໃຫ້ກັບຕົນເອງ ຫຼື ແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າໃນການອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊັ່ນ: ຕົວແທນທີ່ມີອຳນາດ, ໝູ່ເພື່ອນ, ຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼື ທະນາຍຄວາມ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ຢູ່ໃນໂປຣແກຣມ Medi-Cal, Covered California ຫຼື ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນ ສາມາດອະທິບາຍກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ.

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

ແຟັກ: 1-833-281-0905

ໂທຟຣີ: 1-855-795-0634 ຫຼື

ໜ່ວຍງານສອບຖາມ ແລະ ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ສາທາລະນະ ໂທຟຣີ: 1-800-952-5253 or TDD 1-800-952-8349

ນະໂຍບາຍການບໍ່ຈຳແນກປະຕິບັດ

ໂປຣແກຣມ Medi-Cal (DHCS) ແລະ Covered California ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ຈຳແນກຢ່າງຜິດກົດໝາຍ ບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ຕົ້ນກຳເນີດ, ຊາດກຳເນີດ, ກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ອາການທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ຄວາມສົນໃຈທາງເພດ, ເພດ, ຕົວຕົນຂອງເພດ ຫຼື ຄວາມນິຍົມທາງເພດ.

ໂປຣແກຣມ Medi-Cal (DHCS) ແລະ Covered California ບໍ່ຍົກເວັ້ນຜູ້ຄົນຢ່າງຜິດກົດໝາຍ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາຢ່າງແຕກຕ່າງ ຍ້ອນເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ຕົ້ນກຳເນີດ, ຊາດກຳເນີດ, ກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ອາການທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ຄວາມສົນໃຈທາງເພດ,

ເພດ, ຕົວຕົນຂອງເພດ ຫຼື ຄວາມນິຍົມທາງເພດ.

ໂປຣແກຣມ Medi-Cal (DHCS) ແລະ Covered California ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບຜູ້ຄົນທີ່ພິການ ເພື່ອສື່ສານຢ່າງມີປະສິດທິພາບກັບພວກເຮົາ ເຊັ່ນ: ນາຍແປພາສາທີ່ຜ່ານການຮອງຮັບ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ພິມໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆ).

ໂປຣແກຣມ Medi-Cal (DHCS) ແລະ Covered California ຍັງໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບຜູ້ຄົນທີ່ມີພາສາແມ່ເຊິ່ງບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ເຊັ່ນ: ນາຍແປພາສາທີ່ຜ່ານການຮອງຮັບ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນພາສາອື່ນໆ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການສິດພົນລະເມືອງຂອງ DHCS ທີ່ **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) ຫຼື ສົ່ງອີເມວຫາ CivilRights@dhcs.ca.gov ຫຼື ຕິດຕໍ່ Covered California ທີ່ **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

ການຍື່ນຄໍາຮ້ອງການຈໍາແນກປະຕິບັດ

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ ໂປຣແກຣມ Medi-Cal (DHCS) ຫຼື Covered California ລົ້ມເຫຼວທີ່ຈະໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ທ່ານຖືກຈໍາແນກປະຕິບັດໃນລັກສະນະໃດໜຶ່ງ ບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ຕົ້ນກໍາເນີດ, ຊາດກໍາເນີດ, ກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ອາການທາງການແພດ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ຄວາມສົນໃຈທາງເພດ, ເພດ, ຕົວຕົນຂອງເພດ ຫຼື ຄວາມນິຍົມທາງເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຕໍ່ Office of Civil Rights ຂອງໂປຣແກຣມ Medi-Cal (ຂອງ DHCS) ຫຼື ຜູ້ປະສານງານສິດພົນລະເມືອງຂອງ Covered California:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
ໂທລະສັບ: 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
ອີເມວ: CivilRights@dhcs.ca.gov
ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂອງ Medi-Cal ແມ່ນມີໃຫ້ທີ່:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
ໂທລະສັບ: 1-916-228-8764
ແຟັກ: 1-916-228-8909
ອີເມວ: CivilRights@covered.ca.gov

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງສິດພົນລະເມືອງຕໍ່ Office for Civil Rights ຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ U.S. Department of Health and Human Services. ທ່ານສາມາດເຮັດແບບນີ້ໄດ້ ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ ທ່ານໄດ້ຖືກຈໍາແນກ ບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ:

U.S. Department of Health and Human Services

Mail: 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
ໂທລະສັບ: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
ຜູ້ຊ່ວຍທາງຜ່ານຄໍາຮ້ອງອອນລາຍ: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງອອນລາຍ: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf