

ទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាព Medi-Cal

អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះជាភាសាផ្សេង ឬក្នុងទម្រង់ដែលអាចប្រើប្រាស់បានតាមជម្រើសរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ៖

អ្នកអាចនឹងបាត់បង់
Medi-Cal របស់អ្នក
ប្រសិនបើអ្នកមិន
ឆ្លើយតបត្រឹម

កាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹង៖

លេខករណី៖

ឈ្មោះករណី៖

ឈ្មោះបុគ្គលិក៖

លេខទូរសព្ទរបស់បុគ្គលិក៖


ដល់ពេលដែលត្រូវបន្តសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់៖


ឈ្មោះ: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

សមាជិកគ្រួសារដែលមិនមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ នឹងទទួលបានលិខិតដាច់ដោយឡែកអំពី Medi-Cal របស់ពួកគេ។


- ជំហានទី1. អានទម្រង់បែបបទនិងឆ្លើយសំណួរ
- ជំហានទី2. ចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទលើទំព័រសេចក្តីប្រកាសនិងហត្ថលេខា
- ជំហានទី3. ផ្ញើទម្រង់បែបបទជាមួយនិងភស្តុតាងត្រឹមថ្ងៃកំណត់


វិធីសាស្ត្រងាយស្រួលដើម្បីផ្តល់ទម្រង់បែបបទនិងភស្តុតាង របស់អ្នកមកកាន់ពួកយើងគឺ៖

 តាមអនឡាញ
ដោយចូលទៅកាន់
ឬ coveredca.com

 តាមរយៈប្រៃសណីយ៍
នៅក្នុងស្រោមសំបុត្រដែល
មកជាមួយលិខិតនេះ។

 តាមទូរសព្ទ
តាមរយៈលេខ

 ដោយផ្ទាល់៖
ទៅកាន់ នៅ
១ ពួកគេបើក
ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
a.m. ទៅកាន់ p.m.

 តើមានសំណួរទេ? សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នកតាមរយៈលេខ ឲ្យបានមុនថ្ងៃកំណត់។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក

<p>↓ ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានរបស់អ្នក</p>	<p>↓ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬ បន្ថែមព័ត៌មានថ្មីនៅខាងក្រោម</p>				
<p><input type="checkbox"/> ព័ត៌មាននេះគឺត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើត្រឹមត្រូវ សូមទៅកាន់ទំព័រ 4។</p>	<p><input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅខាងក្រោមរួចហើយ។ សរសេរចូលតែព័ត៌មានថ្មី ឬព័ត៌មានដែលបានផ្លាស់ប្តូរតែប៉ុណ្ណោះ។</p>				
<p>ឈ្មោះ:</p>	<p>ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)</p>				
<p>អាសយដ្ឋានផ្ទះ:</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="669 709 998 814">អាសយដ្ឋានផ្ទះ:</td> <td data-bbox="998 709 1523 814">អាជ្ញាធិការ #</td> </tr> <tr> <td data-bbox="669 814 998 905">ទីក្រុង</td> <td data-bbox="998 814 1523 905">រដ្ឋ លេខកូដ ZIP</td> </tr> </table>	អាសយដ្ឋានផ្ទះ:	អាជ្ញាធិការ #	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដ ZIP
អាសយដ្ឋានផ្ទះ:	អាជ្ញាធិការ #				
ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដ ZIP				
<p>អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍</p>	<p>អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ ឬអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ)</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="669 1073 998 1171">ទីក្រុង</td> <td data-bbox="998 1073 1523 1171">រដ្ឋ លេខកូដ ZIP</td> </tr> </table>	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដ ZIP		
ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដ ZIP				
<p>តាមទូរសព្ទ</p>	<p>តាមទូរសព្ទ</p> <p>ទំព័រដើម _____ - _____ - _____</p> <p>ទូរសព្ទដៃ _____ - _____ - _____</p> <p>កន្លែងធ្វើការ _____ - _____ - _____</p> <p>ផ្សេងទៀត _____ - _____ - _____</p>				
<p>អ៊ីម៉ែល</p>	<p>អ៊ីម៉ែល (តាមជម្រើស)៖ :</p>				
<p>ភាសាដែលត្រូវសរសេរទៅកាន់អ្នក</p>	<p>ភាសាដែលយើងគួរសរសេរទៅកាន់អ្នក៖</p>				
<p>ភាសាដែលត្រូវនិយាយទៅកាន់អ្នក</p>	<p>ភាសាដែលយើងគួរនិយាយទៅកាន់អ្នក៖</p>				
	<p>វិធីល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងទៅអ្នក៖</p> <p><input type="checkbox"/> អ៊ីម៉ែល <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទ <input type="checkbox"/> ប្រៃសណីយ៍</p>				

តើអ្នកត្រូវការអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតមែនដែរឬទេ?

សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក តាមរយៈលេខ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ៖

- ចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ មិត្តភក្តិ អ្នកមើលថែទាំ មេធាវី ឬអ្នកតស៊ូមតិ ដើម្បីឲ្យទៅជាមួយ ផ្តល់ជំនួយ ឬតំណាងឲ្យអ្នកជាមួយនឹងសិទ្ធិទទួលបាននិងការចុះឈ្មោះ Medi-Cal របស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក



ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការបន្ថែមចំនួនមនុស្ស ឬព័ត៌មានទៅក្នុងផ្នែកណាមួយ សូមសរសេរវាទៅលើក្រដាសមួយសន្លឹកដាច់ដោយឡែក (ឬក៏អ្នកអាចថតចម្លង ទំព័រនោះ) ហើយផ្ញើវាមកជាមួយទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពរបស់អ្នក។

សមាជិកគ្រួសារ

យើងត្រូវការព័ត៌មានអំពីអ្នក និងគ្រប់សមាជិកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ នេះរួមមាន៖

- សហព័ទ្ធ ឬដៃគូអនិតិសង្វាសចុះបញ្ជីអគ្រាន់កូលដ្ឋានរបស់អ្នក
- កូនៗរបស់អ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នក
- ឪពុកម្តាយទាំងអស់ដែលរស់នៅជាមួយកូនៗរបស់អ្នក
- អ្នកដែលមានឈ្មោះលើលិខិតប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ទ្ធរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់លិខិតប្រកាសនោះ។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើការប្រកាសពន្ធដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេអះអាងថាជាសមាជិកក្នុងបន្ទុកនៅក្នុងលិខិតប្រកាសពន្ធរបស់បុគ្គលផ្សេងទៀត អ្នកត្រូវតែរួមបញ្ចូលសមាជិកទាំងអស់ នៃគ្រួសារប្រកាសពន្ធដែលបានអះអាងលើរូបអ្នក និងគ្រប់សមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។
- អ្នកផ្សេងទៀតដែលរស់នៅជាមួយអ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវដាក់ពាក្យសុំរបស់ពួកគេផ្ទាល់ ប្រសិនបើពួកគេចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ (ឧទាហរណ៍៖ មិត្តប្រុស មិត្តស្រី ឬមិត្តរួមបន្ទាប់)

ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក។

ឈ្មោះ	សាច់ញាតិរបស់	អាសយដ្ឋាន	តើព័ត៌មាននេះត្រឹមត្រូវដែរ ឬទេ? ប្រសិនបើត្រឹមត្រូវ សូមទៅកាន់ផ្នែកបន្ទាប់។ ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវ ទេ សូមផ្ញើបច្ចុប្បន្ននៅ ខាងក្រោម។
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ »

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬបន្ថែមព័ត៌មានសមាជិកគ្រួសារថ្មី។

សូមប្រាប់ពួកយើងអំពីការប្រែប្រួលនៃគ្រួសាររបស់អ្នកនៅក្នុងរយៈពេល 12ខែចុងក្រោយ។

ឧទាហរណ៍៖ សមាជិកគ្រួសារម្នាក់បានរៀបការ មានបុត្រ រើចូលឬរើចេញពីផ្ទះ ជាប់ឃុំឃាំង ឬមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារបានទទួលមរណភាពដៃរបួអត់។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិ	តើមានអ្វីដែលបានប្រែប្រួល?
1.		
2.		
3.		

ព័ត៌មានពន្ធ

អ្នកជាប់ពន្ធចម្បងគឺជាបុគ្គលដែលត្រូវបានរាយនាមមុនគេនៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធ និងនៅលើតារាងនេះ។

ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានពន្ធរបស់អ្នក។

ឈ្មោះ:	តើបុគ្គលនេះមានគម្រោងដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធសហព័ន្ធដែរឬទេ?	តើបុគ្គលនេះរំពឹងថានឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រកាសពន្ធដែរឬទេ?	តើស្ថានភាពប្រកាសពន្ធរបស់បុគ្គលនេះមានលក្ខណៈដូចម្តេច?	តើព័ត៌មាននេះត្រឹមត្រូវដែរឬទេ? ប្រសិនបើត្រឹមត្រូវ សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកបន្ទាប់។ ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវទេ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្ននៅខាងក្រោម។
អ្នកប្រកាសពន្ធចម្បង				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬបន្ថែមព័ត៌មានពន្ធថ្មី។

តើអ្នកប្រកាសពន្ធចម្បងរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ? (នេះជាបុគ្គលដែលមានរាយនាមដំបូងគេនៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធ)

បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមប្រាប់ឈ្មោះអ្នកប្រកាសពន្ធចម្បង៖

បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ »

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	តើបុគ្គលនេះមានគម្រោង ដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធ សហព័ន្ធដែរឬទេ?	តើបុគ្គលនេះរំពឹងថានឹង ត្រូវបានតម្រូវឲ្យដាក់ លិខិតប្រកាសពន្ធដែរឬទេ?	តើស្ថានភាពប្រកាសពន្ធរបស់ បុគ្គលនេះមានលក្ខណៈដូចម្តេច?
1.	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> រៀបការរួចដាក់លិខិត ប្រកាសពន្ធរួមគ្នាជាមួយ៖ _____ <input type="checkbox"/> រៀបការរួចដាក់លិខិត ប្រកាសពន្ធដាច់ដោយឡែក ពីគ្នា <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> មេត្រូវសារ <input type="checkbox"/> សមាជិកក្នុងបន្ទុកដែលត្រូវ បានអះអាងដោយ៖ _____ <input type="checkbox"/> អ្នកដាក់លិខិតប្រកាសមិន ជាប់ពន្ធ
2.	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> រៀបការរួចដាក់លិខិត ប្រកាសពន្ធរួមគ្នាជាមួយ៖ _____ <input type="checkbox"/> រៀបការរួចដាក់លិខិត ប្រកាសពន្ធដាច់ដោយឡែក ពីគ្នា <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> មេត្រូវសារ <input type="checkbox"/> សមាជិកក្នុងបន្ទុកដែលត្រូវ បានអះអាងដោយ៖ _____ <input type="checkbox"/> អ្នកដាក់លិខិតប្រកាសមិន ជាប់ពន្ធ

ចំណូល

ចំណូលគឺជាប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបានពីការងារ មុខរបរផ្ទាល់ខ្លួន ឬប្រភពផ្សេងទៀតដូចជា Social Security ឬប្រាក់សោធននិវត្តន៍។ អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់ភស្តុតាងបច្ចុប្បន្ននៃរាល់ចំណូលទាំងអស់។ ឧទាហរណ៍៖

- របាយការណ៍ប្រាក់បៀវត្សរ៍ថ្មីៗ
- អត្ថប្រយោជន៍ ឬលិខិតបញ្ជាក់ការទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍
- លិខិតប្រកាសពន្ធភាពពីឆ្នាំមុន

ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានចំណូលរបស់អ្នក។

ឈ្មោះ	ប្រភពចំណូល	ចំណូលមុនពេលកាត់ពន្ធ ឬការកាត់ទឹកប្រាក់ផ្សេងៗ (ចំណូលជាប់ពន្ធសហព័ន្ធ)	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំឆ្នាំ ប្រចាំខែ រៀងរាល់ ២សប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំថ្ងៃ ឬក៏មួយម៉ោងម្តង)	តើព័ត៌មាននេះត្រឹមត្រូវដែរឬទេ? ប្រសិនបើ ត្រឹមត្រូវ, សូមទៅកាន់ផ្នែកបន្ទាប់។ ប្រសិនបើ មិនត្រឹមត្រូវ, សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានចំណូលនេះលើកចុងក្រោយបំផុត។ បន្ទាប់មក ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឬបន្ថែមព័ត៌មានខាងក្រោម។
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ____ / ____ / ____

បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ »

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឬបន្ថែមព័ត៌មានចំណូលថ្មីៗ។

ឧទាហរណ៍នៃប្រភេទចំណូលដែលទូទៅបំផុត៖

- ចំណូលដែលបានមកពីការងាររបស់អ្នក
- ចំណូលដែលបានមកពីមុខរបរផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក
- Social Security អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់និរត្តជន អ្នកនៅក្រោមបន្ទុករបស់និរត្តជនដែលបានទទួលមរណភាព និងជនពិការ អត្ថប្រយោជន៍ពេលគ្មានការងារ
- អត្ថប្រយោជន៍ពេលគ្មានការងារ
- សោធនអាហារកិច្ចបានទទួល៖ សូមបំពេញកាលបរិច្ឆេទថ្មីបំផុត ឬកាលបរិច្ឆេទកែតម្រូវកិច្ចព្រមព្រៀង លែងលះ ឬបែកទីលំនៅរបស់អ្នក (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) នៅទីនេះ៖
____/____/____

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	តើចំណូលនេះមានប្រភពមកពីណា?	ចំនួនទឹកប្រាក់ដុល (ចំណូលដែលអ្នកទទួលបានមុនពេលកាត់ពន្ធ ឬការកាត់ទឹកប្រាក់ផ្សេងៗ)	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំឆ្នាំ ប្រចាំខែរៀងរាល់ ២សប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំថ្ងៃ ឬក៏មួយម៉ោងម្តង)	តើចំណូលនេះត្រូវបានរំពឹងថានឹងបន្តទទួលបានដែរឬទេ? ប្រសិនបើ ទេ សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយដែលអ្នករំពឹងថានឹងទទួលបានចំណូលនេះ។
1.		\$			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ____/____/____
2.		\$			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ____/____/____
3.		\$			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ____/____/____

បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ »

តើមានប្រាក់ចំណូលនរណាម្នាក់ប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើមាន សូមប្រាប់ពួកយើងនូវចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលសរុបដែលនឹងទទួលបានសម្រាប់រយៈពេល 12ខែក្រោយ។ នេះគឺដើម្បីជួយឲ្យទទួលបានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំដែលត្រឹមត្រូវ។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	តើចំណូលសរុបរបស់អ្នកត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់រយៈពេល 12ខែក្រោយ?
1.	\$
2.	\$

ចំណាយនិងការកាត់ប្រាក់

ការរាយការណ៍អំពីចំណាយនិងការកាត់ប្រាក់ដែលអ្នកបង់ អាចនឹងកាត់បន្ថយចំណូលដែល Medi-Cal ប្រើដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់ភស្តុតាងបច្ចុប្បន្ននៃរាល់ចំណាយ និងការកាត់ប្រាក់ទាំងអស់។
ឧទាហរណ៍៖

- របាយការណ៍ចំណេញ និងខាត
- លិខិតប្រកាសពន្ធ

ត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានចំណាយ និងការកាត់ប្រាក់របស់អ្នក

ឈ្មោះ	ប្រភេទនៃចំណាយ និងការកាត់ប្រាក់	ចំនួនទឹកប្រាក់	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំខែ ប្រចាំត្រីមាស ប្រចាំឆ្នាំ)	តើព័ត៌មាននេះ ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ? ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬបន្ថែមព័ត៌មាន ខាងក្រោម។
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ »

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឬបន្ថែមព័ត៌មានថ្មីៗអំពីចំណាយនិងការកាត់ប្រាក់។

ឧទាហរណ៍អំពីការចំណាយនិងការកាត់ប្រាក់ដែលទូទៅបំផុត៖

- ចំណាយនៃមុខរបរផ្ទាល់ខ្លួន
- ការប្រាក់លើកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា
- វិភាគទាន IRA
- សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់៖ សូមបំពេញកាលបរិច្ឆេទថ្មីបំផុត ឬកាលបរិច្ឆេទកែតម្រូវកិច្ចព្រមព្រៀងលែងលះឬបែកទីលំនៅរបស់អ្នក (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) នៅទីនេះ៖ _____ / _____ / _____

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ប្រភេទនៃចំណាយ និងការកាត់ប្រាក់	ចំនួនទឹកប្រាក់	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំខែ ប្រចាំត្រីមាស ប្រចាំឆ្នាំ)
1.		\$	
2.		\$	

ការធានារ៉ែសំ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថាតើផ្នែកណាមួយនៃ Medicare ដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក។

ឈ្មោះ:	បុព្វលាភ ប្រចាំខែ ផ្នែក A (មន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ អ្នកជំងឺសម្រាក ព្យាបាល)	បុព្វលាភ ប្រចាំខែ ផ្នែក B (វេជ្ជសាស្ត្រជំងឺ ក្រៅ)	បុព្វលាភ ប្រចាំខែផ្នែក C (អត្ថប្រយោជន៍ Medicare)	បុព្វលាភ ប្រចាំខែផ្នែក D (ឱសថស្ថាន)	តើព័ត៌មាននេះត្រឹមត្រូវ ដែរឬទេ? ប្រសិនបើ ត្រឹមត្រូវ សូមចូល ទៅកាន់ផ្នែកបន្ទាប់។ ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវ ទេ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្ននៅ ខាងក្រោម។
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប្រព័ន្ធព័ត៌មាន Medicare ថ្មីៗ។

ប្រសិនបើអ្នកប្តូរអាសយដ្ឋាននៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ទើបតែមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ឬប្រសិនបើអ្នកបង់ បុព្វលាភសម្រាប់ខ្លួនឯងប្តូរអាសយដ្ឋាននៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាម កណ្តាល នាមត្រកូល)	លេខ Medicare	បុព្វលាភប្រចាំខែ ផ្នែក A (មន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់អ្នកជំងឺ សម្រាកព្យាបាល)	បុព្វលាភ ប្រចាំខែ ផ្នែក B (វេជ្ជសាស្ត្រជំងឺ ក្រៅ)	បុព្វលាភ ប្រចាំខែ ផ្នែក C (អត្ថប្រយោជន៍ Medicare)	បុព្វលាភ ប្រចាំខែ ផ្នែក D (ឱសថស្ថាន)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

ការថែទាំរយៈពេលវែង

ការថែទាំរយៈពេលវែង គឺជាសេវាកម្មដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីបំពេញតម្រូវការសុខភាព ឬការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់មនុស្សម្នាក់ នៅពេលដែលពួកគេមិនអាចមើលថែខ្លួនឯងបានក្នុងរយៈពេលវែង។ ឧទាហរណ៍៖

- មន្ទីរថែទាំជំនាញសម្រាប់មនុស្សចាស់និងជនពិការ
- មន្ទីរផ្តល់ជំនួយស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សចាស់និងជនពិការ
- មន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ

ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានការថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នក។

ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំរយៈពេលវែង	ឈ្មោះទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង	អាសយដ្ឋានទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង	តើព័ត៌មាននេះត្រឹមត្រូវដែរឬទេ? ប្រសិនបើត្រឹមត្រូវ សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកបន្ទាប់។ ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្ននៅខាងក្រោម។
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឬបន្ថែមព័ត៌មានថ្មីៗអំពីការថែទាំរយៈពេលវែង។

បុគ្គលទី១		
ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំរយៈពេលវែង (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	កាលបរិច្ឆេទចូល (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ____/____/____	កាលបរិច្ឆេទចេញ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ____/____/____
ឈ្មោះទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង	អាសយដ្ឋានទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង	
ឈ្មោះរបស់សហព័ទ្ធប្តីដៃគូអនីតិសង្ហាសចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	អាសយដ្ឋានរបស់សហព័ទ្ធប្តីដៃគូអនីតិសង្ហាសចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ប្រសិនបើខុសគ្នា	

បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ »

បុគ្គលទី២		
ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំរយៈពេលវែង (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	កាលបរិច្ឆេទចូល (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ____/____/____	កាលបរិច្ឆេទចេញ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ____/____/____
ឈ្មោះទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង	អាសយដ្ឋានទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង	
ឈ្មោះរបស់សហព័ទ្ធប្តីជីវិតអនីតិសង្វាសចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	អាសយដ្ឋានរបស់សហព័ទ្ធប្តីជីវិតអនីតិសង្វាសចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ប្រសិនបើខុសគ្នា	

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត

សូមប្រាប់ពួកយើងអំពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយដែលអ្នកមាន ដែលមិនមែនបានមកពី Medi-Cal ឬ Medicare។ ឧទាហរណ៍ អ្នកក៏អាចនឹងមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពពី Covered California ឬក៏ការងាររបស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទេ សូមរំលងផ្នែកនេះ ហើយសូមទៅកាន់ផ្នែកបន្ទាប់។

ពិនិត្យមើលព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។

ឈ្មោះ	ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ប្រភេទធានារ៉ាប់រង (ដូចជា សុខភាព ធ្មេញ ភ្នែក ឱសថស្ថាន)	ចំនួនទឹកប្រាក់បុព្វលាភដែលអ្នកបង់	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (ប្រចាំខែ ប្រចាំត្រីមាស ប្រចាំឆ្នាំ)	តើព័ត៌មាននេះត្រឹមត្រូវដែរឬទេ? ប្រសិនបើត្រឹមត្រូវសូមចូលទៅកាន់ផ្នែកបន្ទាប់។ ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវសូមធ្វើបច្ចុប្បន្ននៅខាងក្រោម។
			\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬបន្ថែមព័ត៌មានថ្មីអំពីធានារ៉ាប់រង សុខភាព។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ប្រភេទធានារ៉ាប់រង (ដូចជា សុខភាព ធ្មេញ ភ្នែក ឱសថស្ថាន)	ចំនួនទឹកប្រាក់បុព្វលាភដែលអ្នកបង់	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (ប្រចាំខែ ប្រចាំត្រីមាស ប្រចាំឆ្នាំ)
1.			\$	
2.			\$	

ការប្រែប្រួលរបស់គ្រួសារ

សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចាស ទៅកាន់សំណួរណាមួយទាំងនេះ។

Medi-Cal

តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំមែនទេ? ប្រសិនមែន សូមបំពេញខាងក្រោម។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	លេខ Social Security របស់បុគ្គលដែលចង់បានកម្មវិធី Medi-Cal ប្រសិនបើពួកគេមាន ____ - ____ - ____
--------------------------------------	----------------------------------	---

មានផ្ទៃពោះ

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញនៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	កាលបរិច្ឆេទគ្រប់ខែសម្រាល (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ____ / ____ / ____	តើនឹងកើតបានទារកចំនួនប៉ុន្មាន?
--------------------------------------	--	-------------------------------

អតីតយុវជនដែលធ្លាប់ស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំកុមារ

ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានអាយុចន្លោះពី ១៨ ដល់ ២៦ឆ្នាំ តើពួកគេធ្លាប់ស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំកុមារនៅក្នុងរដ្ឋណាមួយនៅថ្ងៃ ឬបន្ទាប់ពីថ្ងៃខួបកំណើតគម្រប់អាយុ១៨ឆ្នាំរបស់គេដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញនៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	រដ្ឋ (ឧទាហរណ៍៖ California)
--------------------------------------	----------------------------

អន្តោប្រវេសន៍ឬសញ្ជាតិ (ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពតែប៉ុណ្ណោះ។)

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលឥឡូវនេះមាន Medi-Cal បានផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឬសញ្ជាតិរបស់ពួកគេ ក្នុងរយៈពេល 12ខែចុងក្រោយដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	លេខស្ថានភាពថ្មី
--------------------------------------	-----------------

បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ »

ពិការភាព

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានពិការភាពរាងកាយ ផ្លូវចិត្ត ស្មារតី ឬការលូតលាស់ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញខាងក្រោម។

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

តើពិការភាពនោះបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់មែនដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

និស្សិត

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានអាយុ ១៩ ឬ ២០ឆ្នាំ និងជានិស្សិតសិក្សាថ្នាក់ពេញម៉ោងដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញនៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

Medicare

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមាន Medicare ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញនៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

លេខ Medicare

បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែ
ដែលអ្នកបង់
\$

ការថែទាំរយៈពេលវែង

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកស្ថិតក្រោមការថែទាំរយៈពេលវែងដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញនៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំរយៈពេលវែង (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

កាលបរិច្ឆេទចូល
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

កាលបរិច្ឆេទចេញ
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

ឈ្មោះទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង

អាសយដ្ឋានទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង

ឈ្មោះរបស់សហព័ទ្ធប្តីដៃគូអនីតិសង្វាសចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

អាសយដ្ឋានរបស់សហព័ទ្ធប្តីដៃគូអនីតិសង្វាសចុះបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ប្រសិនបើខុសគ្នា

ព័ត៌មានដែលបានរាយការណ៍ដល់ខោនធី

របាយការណ៍របស់យើងបង្ហាញថា បុគ្គលនេះបច្ចុប្បន្នត្រូវបានជាប់ឃុំឃាំង (មន្ទីរឃុំឃាំងឬពន្ធនាគារ)។

ឈ្មោះ:

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានជាប់ឃុំឃាំងមែនដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ ទេ សូមបំពេញកាលបរិច្ឆេទដោះលែង
____/____/____

របាយការណ៍របស់យើងបង្ហាញថា បុគ្គលនេះបានទទួលមរណភាពហើយ (ស្លាប់ឬទទួលអនិច្ចកម្ម)។

ឈ្មោះ:

តើបុគ្គលនេះបានទទួលមរណភាពហើយមែនដែរ
ឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ព័ត៌មានកម្មវិធីសុខភាពនិងការបញ្ជូនបន្ត

ផ្នែកនេះគឺជាជម្រើសបន្ទាប់បន្សំ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយក៏បាន ប៉ុន្តែចម្លើយរបស់អ្នកជួយយើងក្នុងការបញ្ជូនអ្នកបន្តទៅកាន់សេវាកម្មដែលមានសម្រាប់ផ្តល់ជូន។

1. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានស្តីពីកម្មវិធីសុខភាពឥតគិតថ្លៃសម្រាប់កុមារក្រោមអាយុ 21ឆ្នាំ (Child Health and Disability Prevention Program ដែលហៅថា CHDP) ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

2. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានស្តីពីកម្មវិធីអាហារបំប៉នដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមានផ្ទៃពោះ ឬកំពុងបំបៅដោះកូននិងកុមារដែលមានអាយុក្រោម 5ឆ្នាំ (Women, Infants, and Children Program ដែលហៅថា WIC) ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

3. តើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ កំពុងទទួលបានសេវាកម្មនានាពាក់ព័ន្ធនឹងការលាងឈាមដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើមាន តើនរណា៖ _____

4. តើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ បានទទួលការវះកាត់ផ្សំសរីរាង្គក្នុងរយៈពេល 2ឆ្នាំចុងក្រោយដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើមាន តើនរណា៖ _____

5. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានស្តីពី Personal Care Services Program, កម្មវិធីថែទាំនៅផ្ទះសម្រាប់មនុស្សចាស់ ពិការភ្នែក ឬមានពិការភាព (ហៅផងដែរថា In-Home Supportive Services) ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ


6. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ត្រូវការជំនួយលើការថែទាំរយៈពេលវែង ឬសេវាកម្មតាមផ្ទះនិងសហគមន៍ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើមាន តើនរណា៖ _____

សេចក្តីប្រកាសនិងហត្ថលេខា

- ខ្ញុំសូមប្រកាសអះអាងក្រោមទោសទណ្ឌនៃការកូតកុហកក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋ California ថាអ្វីដែលខ្ញុំលើកឡើងខាងក្រោមគឺត្រឹមត្រូវនិងពិតប្រាកដ។
- ខ្ញុំយល់គ្រប់សំណួរនៅលើទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពនេះ និងផ្តល់ចម្លើយដែលពិតប្រាកដនិងត្រឹមត្រូវតាមអ្វីដែលខ្ញុំបានដឹង។ ពេលដែលខ្ញុំមិនបានដឹងចម្លើយដោយខ្លួនឯង ខ្ញុំព្យាយាមរកគ្រប់វិធីដើម្បីបញ្ជាក់រកចម្លើយជាមួយអ្នកដែលបានដឹងច្បាស់។ ខ្ញុំបានអាន ឬត្រូវបានគេអានឲ្យស្តាប់នូវសេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាព សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ ដែលមាននៅលើទំព័របន្តបន្ទាប់។
- ខ្ញុំដឹងថាប្រសិនបើខ្ញុំមិនប្រាប់ការពិតនៅលើទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពនេះ គឺអាចនឹងទទួលទោសទណ្ឌផ្នែករដ្ឋប្បវេណីឬព្រហ្មទណ្ឌពីបទកូតកុហក ដែលអាចរួមមានការជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់បួនឆ្នាំ (See California Penal Code section 126)។ ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពនេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។ កម្មវិធី Medi-Cal និង Covered California នឹងរក្សាព័ត៌មានជាឯកជន តាមការតម្រូវនៃច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ California។
- ប្រសិនបើមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរនៅលើទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពនេះសម្រាប់បុគ្គលណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ដំណឹងដល់កម្មវិធី Medi-Cal ឬទាក់ទងការិយាល័យខោនធីប្រចាំតំបន់របស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Covered California ខ្ញុំយល់ព្រមរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរនានា ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

ចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅខាងក្រោម។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលបានផល ឬអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត 	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
---	-----------------------------

ត្រូវចាំថាត្រូវភ្ជាប់រាល់កសិកម្មបច្ចុប្បន្នទាំងអស់ប្រសិនបើត្រូវបានតម្រូវ និងរាល់សំណៅបន្ថែម ឬទំព័របន្ថែមទាំងអស់។

រក្សាទុកជាឯកសាររបស់អ្នក

ទំព័រទាំងនេះមានផ្ទុកព័ត៌មានសំខាន់អំពីសេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាព សិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវ សិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា និងគោលការណ៍គ្មានការរើសអើង និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខស្តីពីការរើសអើង។

សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាព

ទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពនេះគឺសម្រាប់បន្ត សុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal តាមរយៈ: Department of Health Care Services (DHCS) និងកំណត់អំពីសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ: Covered California។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននិងព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកផ្តល់ជូននៅលើទម្រង់បែបបទ គឺមានលក្ខណៈឯកជន និងសម្ងាត់។ DHCS ឬ Covered California ត្រូវការព័ត៌មានទាំងនេះដើម្បីកំណត់ អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និងបុគ្គលផ្សេងៗទៀតនៅលើទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាព និងដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង។

យើងនឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយរដ្ឋ សហព័ន្ធ និងទីភ្នាក់ងារក្នុងតំបន់ អ្នកម៉ៅការ ផែនការសុខភាព និងកម្មវិធី គឺដើម្បីតែចុះឈ្មោះរបស់អ្នកក្នុងផែនការ ឬកម្មវិធី ឬដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងចែករំលែកជាមួយរដ្ឋ និងទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងទៀតតាមច្បាប់តម្រូវ។

អ្នកត្រូវតែឆ្លើយគ្រប់សំណួរនៅលើទម្រង់បែបបទបន្ត សុពលភាពនេះ លុះត្រាតែមានពាក្យសម្គាល់ថា “តាមជម្រើស” ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានណែនាំផ្សេងពីនេះ។ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពរបស់អ្នក មិនមានព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវត្រូវការចាំបាច់ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីសាកសួរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ជូនទេនោះ យើងនឹងមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការបន្តសុពលភាពរបស់អ្នកបានទេ។ អ្នកអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវដាក់ពាក្យសុំជាថ្មី។ ឬក៏អ្នកអាចនឹងមិនមានលទ្ធភាពទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ: Covered California ឬពាក្យសុំបន្តសុពលភាពអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចនឹងត្រូវបានបដិសេធ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីខ្លួនអ្នកដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ អ្នកអាចមើលព័ត៌មាននោះនៅក្នុងទម្រង់ជម្រើសមួយផ្សេងទៀតដូចជាឯកសារបោះពុម្ពជាអក្សរធំ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ Covered California សូមទាក់ទងមន្ត្រីផ្នែកឯកជនភាពនៅ៖

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

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

DHCS ត្រូវតែអនុលោមតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃ 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, និងច្បាប់ជាធរមានផ្សេងទៀតស្តីពីការរក្សាទុក ការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មានដែលមានចែងនៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ។

អ្នកអាចស្វែងរកសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការអនុវត្តនៃ ឯកជនភាពសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ដោយចូលទៅកាន់ www.dhcs.ca.gov និងសម្រាប់ Covered California ដោយចូលទៅកាន់ www.CoveredCA.com។

ទូន្មានទំនួលខុសត្រូវ

- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅលើទម្រង់បែបបទ បន្តសុពលភាពនេះ គឺពិតប្រាកដតាមការដឹងព្រមរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានទទួលពិន័យ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនប្រាប់ការពិត។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូន នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់គ្រាន់តែដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើសមាជិកទាំងឡាយនៅក្នុងគ្រួសារខ្ញុំដែលកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំបន្តសុពលភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព នោះ នឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។
- ខ្ញុំយល់ថាកម្មវិធី Medi-Cal និង Covered California នឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាឯកជន តាមដែលច្បាប់តម្រូវ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬការចូលទៅមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងកំណត់ត្រាដែលថែរក្សាដោយកម្មវិធី Medi-Cal និង Covered California ខ្ញុំអាចទាក់ទងការិយាល័យខោនធីប្រចាំតំបន់របស់ខ្ញុំបាន។ ឬក៏ខ្ញុំអាចទាក់ទងមន្ត្រីផ្នែកឯកជនភាពរបស់ Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)។
- ខ្ញុំយល់ថាដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឲ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំចំណូល ឬ អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលខ្ញុំ ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន លើកលែងតែគាត់មានបុព្វហេតុសមរម្យក្នុងការមិនដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ឧទាហរណ៍អំពីចំណូល ឬ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះ រួមមានប្រាក់សោធននិវត្តន៍ អត្ថប្រយោជន៍ពីរដ្ឋាភិបាល ប្រាក់ចំណូលនិរត្តជន អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ធនលាភ អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ជនពិការ អត្ថប្រយោជន៍ Social Security (ក៏ហៅបានផងដែរថា OASDI ឬ Old Age, Survivors, and Disability Insurance), និង អត្ថប្រយោជន៍ពេលបាត់បង់ការងារ។ ប៉ុន្តែ ចំណូលនិងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ មិនរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ជំនួយសាធារណៈ ដូចជា CalWORKs ឬ CalFresh នោះទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីប្រភពចំណូលដែលអាចទទួលបាន ខ្ញុំអាចទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីប្រចាំតំបន់របស់ខ្ញុំ ឬ Covered California តាម រយៈលេខ 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) ដើម្បីស្វែងរកជំនួយ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់បុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបានប្រចាំខោនធីរបស់ខ្ញុំអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានាដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរ ទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីប្រចាំតំបន់ របស់ខ្ញុំ។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ រួមមានជាអាទិ៍៖
 - » ខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ
 - » ប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរ
 - » គ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានការប្រែប្រួល (ឧទាហរណ៍៖ ការរៀបការ/ការលែងលះ មានផ្ទៃពោះ ឬមានកូន)
 - » ខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃផ្សេងទៀត
- ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង Covered California ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរនានា ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ខ្ញុំអាចទូរសព្ទ ទៅ Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-300-1506

(TTY: 1-888-889-4500) ឬចូលទៅកាន់ CoveredCA.com.

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូលទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីប្រចាំតំបន់របស់ខ្ញុំ ព្រោះវាអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ឬ Covered California សម្រាប់ចំនួន ទឹកប្រាក់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់រដ្ឋឬសហព័ន្ធដែលខ្ញុំអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា ប្រសិនបើ ខ្ញុំទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុច្រើនពេកក្នុងអំឡុងឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំនឹងចាំបាច់ត្រូវសងថ្លៃជំនួយលើបុព្វលាភ បន្ថែមឬប្រាក់ឧបត្ថម្ភធនរបស់រដ្ឋ ត្រឡប់ ទៅឲ្យ IRS ឬ California Franchise Tax Board នៅពេលដែលខ្ញុំ ប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធនិងរដ្ឋ សម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍នេះ។
- ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ Covered California និងកម្មវិធី Medi-Cal ឲ្យពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាកុំព្យូទ័រ របស់ទី ភ្នាក់ងារផ្សេងៗទៀតដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សញ្ញាភិ ឬផ្ទៀងផ្ទាត់ថាតើខ្ញុំមានវត្តមានដោយស្របច្បាប់នៅ U.S. ដែរឬ អត់ ព័ត៌មានពន្ធ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធតែជាមួយនឹងសិទ្ធិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីពិនិត្យមើល ថាតើខ្ញុំនិងអ្នកផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងការបន្តសុពលភាពនេះ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា តាមការតម្រូវដោយច្បាប់ ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនអំពីខ្លួនខ្ញុំនិងអ្នកផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងការបន្ត សុពលភាពដើម្បីទទួលបាន Medi-Cal នេះ នឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយកុំព្យូទ័រ ជាមួយនឹងព័ត៌មានផ្តល់ជូន ដោយនិយោជក, ធនាគារ, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, សេវាសង្គមនានា និងទី ភ្នាក់ងារផ្សេងៗ ទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើខ្ញុំឬអ្នកផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងការបន្តសុពលភាពនេះ មានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។
- ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើ Medi-Cal បង់ថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នោះប្រាក់ដែលខ្ញុំឬអ្នកដែលមានឈ្មោះនៅក្នុង ទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពនេះ ទទួលបានពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬដំណោះស្រាយផ្លូវច្បាប់ ពាក់ព័ន្ធនឹងចំណាយនោះ នឹងបានទៅលើ Medi-Cal ជាការទូទាត់សម្រាប់ចំណាយនោះ រហូតដល់ថ្លៃចំណាយ នោះត្រូវបានបង់គ្រប់។
- សម្រាប់ឪពុកម្តាយដែលមានកូន ឬកូនៗមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន Medi-Cal៖ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបានស្នើសុំឲ្យជួយទីភ្នាក់ងារដែលប្រមូលជំនួយលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីឪពុក/ម្តាយដែលមានឈ្មោះនៅ លើទម្រង់បែបបទ បន្តសុពលភាពនេះដែលមិនរស់នៅជាមួយកូន និងមិនបានធ្វើជំនួយសម្រាប់កូន។ ប្រសិនបើ ខ្ញុំយល់ឃើញថាការជួយនោះនឹងធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្ញុំឬកូនៗរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចប្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal បាន ហើយខ្ញុំនឹងមិនចាំបាច់ជួយនោះទេ។

សិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា

ប្រសិនបើខ្ញុំយល់ឃើញថាកម្មវិធី Medi-Cal ឬ Covered California បានបង្កើតកំហុស ខ្ញុំអាចប្តឹងតវ៉ាអំពី សេចក្តីសម្រេចរបស់កម្មវិធីបាន។ ការប្តឹងតវ៉ាមានន័យថាជាការប្រាប់នរណាម្នាក់នៅកម្មវិធី Medi-Cal ឬ Covered California ថាខ្ញុំយល់ឃើញថាសេចក្តីសម្រេចរបស់កម្មវិធី គឺមិនត្រឹមត្រូវ ហើយស្នើសុំឲ្យមានការពិនិត្យសកម្មភាព ឲ្យបានត្រឹមត្រូវឡើងវិញ។

ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 90ថ្ងៃបន្ទាប់ពីសេចក្តីសម្រេចនោះ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចតំណាងឲ្យ ខ្លួនឯង ឬឲ្យនរណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងឲ្យខ្ញុំនៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ ដូចជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត មត្តិភ័ក្តិ សាច់ញាតិ ឬមេធាវី។

ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ឬគ្រួសារនៅឯកម្មវិធី Medi-Cal, Covered California ឬការិយាល័យខោនធីប្រចាំ តំបន់អាចពន្យល់ពីករណីរបស់ខ្ញុំដល់ខ្ញុំបាន។

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
ទូរស័ព្ទ៖ 1-833-281-0905

ខ្សែទូរសព្ទភតតិចថ្លៃ៖ 1-855-795-0634 ឬ
ខ្សែទូរសព្ទភតតិចថ្លៃផ្នែកសំណួរនិងការឆ្លើយតប សាធារណៈ៖ 1-800-952-5253 ឬ TDD 1-800-952-8349

គោលការណ៍គ្មានការរើសអើង

កម្មវិធី Medi-Cal (DHCS) និង Covered California អនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិរដ្ឋប្បវេណីរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដែលមានជាធរមាន និងមិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា សាវតា ជាតិកំណើត អត្តសញ្ញាណជនជាតិភាគតិច អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេណេទិក ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទឡើយ។

កម្មវិធី Medi-Cal (DHCS) និង Covered California មិនទាត់ចោលដោយខុសច្បាប់នូវក្រុមមនុស្សឬប្រព្រឹត្តិចំពោះ ពួកគេខុសពីអ្នកផ្សេងដោយសារតែជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា សាវតា ជាតិកំណើត អត្តសញ្ញាណ ជនជាតិភាគតិច អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេណេទិក ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទទេ។

កម្មវិធី Medi-Cal (DHCS) និង Covered California ផ្តល់ជូនជំនួយ និងសេវាកម្មដោយភតតិចថ្លៃដល់អ្នកដែលមាន ពិការភាព ដើម្បីធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយពួកយើងដោយមានប្រសិទ្ធភាព ដូចជា អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញា ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (ឯកសារបោះពុម្ពជា អក្សរធំ ខ្សែអាត់សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើប្រាស់បាន និងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)។

កម្មវិធី Medi-Cal (DHCS) និង Covered California ក៏ផ្តល់ជូនសេវាកម្មភាសាភតតិចថ្លៃដល់អ្នកដែលមាន ភាសាគោលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជាអ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងព័ត៌មានដែល សរសេរជាភាសាផ្សេងៗ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទង DHCS Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay) ឬអ៊ីម៉ែល CivilRights@dhcs.ca.gov, ឬ ទាក់ទង Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)។

ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខស្តីពីការរើសអើង

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា កម្មវិធី Medi-Cal (DHCS) ឬ Covered California បានខកខានក្នុងការផ្តល់ជូនសេវាកម្ម ទាំងនេះ ឬអ្នកត្រូវបានគេរើសអើងតាមមធ្យោបាយណាមួយ ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា សាវតា ជាតិកំណើត អត្តសញ្ញាណជនជាតិភាគតិច អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាព វេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេណេទិក ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ នោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ Office of Civil Rights របស់កម្មវិធី Medi-Cal (DHCS's) ឬអ្នកសម្របសម្រួល ផ្នែកសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Covered California ៖

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
ទូរស័ព្ទ៖ 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
អ៊ីម៉ែល៖ CivilRights@dhcs.ca.gov
ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងទៅកាន់ Medi-Cal អាចរកបាននៅ៖
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
ទូរស័ព្ទ៖ 1-916-228-8764
ទូរស័ព្ទ៖ 1-916-228-8909
អ៊ីម៉ែល៖ CivilRights@covered.ca.gov

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសុំដីពីសិទ្ធិពលរដ្ឋដាច់ដោយឡែក ទៅកាន់ការិយាល័យរបស់សហព័ន្ធផ្ន
Ofce for Civil Rights នៅ U.S. Department of Health and Human Services បានផងដែរ។ អ្នកអាច
ដាក់ពាក្យបណ្តឹងមានបុរសិនបីអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវមានគរឹសអឹងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍
ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទ៖

U.S. Department of Health and Human Services

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