លិខិតដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះជាមុន សំរាប់កម្មវិធី សុខភាពកុមារ និងវិធីបង្ការភាពពិការ (CHDP)

ការពន្យល់ណែនាំឪពុកម្តាយ ឬអ្នកជំងឺ:

- ដើម្បីនឹងទទួលការពិនិត្យសុខភាពនៅក្នុងថ្ងៃនេះដោយឥតគិតថ្លៃ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ពត៌មានដែលបានជំរ្ងវនៅលើលិខិតបំពេញនេះ ។ ពត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យគឺជាការសំងាត់ ។ នេះគឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តមួយ ។

  តើអ្នកជំងឺមានអាយុតិចជាង 19 ឆ្នាំឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

  តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក? _____

  តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលប៉ុន្មាន មុនហ្ងូតពន្ធដារ? $_____ (មួយខែ។) ឬ $_____ (មួយឆ្នាំ។)

- ១ បអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក អាចមានសិទ្ធិទទួលការផ្គត់ផ្គង់ថែរក្សាសុខភាព តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ឬ Healthy Families ជាបន្តទៀត ។

  ខ្ញុំចង់ដាក់ពាក្យសុំការផ្គត់ផ្គង់ថែរក្សា តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ឬ Healthy Families ជាបន្តទៀត ។ ☐ ចង់ ☐ ទេ

  បើអ្នកឆ្លើយសំណួរនេះថា *បាទ/ចាស* គេនឹងផ្ញើក្រដាសដាក់ពាក្យមកឲ្យអ្នកក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃ ។ សូមផ្ញើវាមកវិញយ៉ាងរួសរាន់ ។ បើអ្នកឆ្លើយសំណួរនេះថា *ទេ* (ឬបើអ្នកឆ្លើយ *បាទ/ចាស* ប៉ុន្តែមិនបានផ្ញើក្រដាសដាក់ពាក្យមកវិញ) នោះការផ្គត់ផ្គង់អត្ថប្រយោជន៏ថែរក្សា សុខភាព ធ្មេញ និងភ្នែក សំរាប់អ្នកជំងឺ នឹងឈប់ឲ្យនៅចុងខែខាងមុខនេះ លុះត្រាតែក្រសួងសង្គមកិច្ច (Department of Social Services) ខ្ញុំនៅ ជំរាបអ្នកឲ្យដឹងប៉ុណ្ណោះ ។

ពត៌មានអ្នកជំងឺ

តើអ្នកជំងឺមានអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៏នៃរដ្ឋកាលីហ្វ៉ូរនញ៉ា (BIC) ឬប័ណ្ណ Medi-Cal ដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ គ្មាន

បើសិនជាមាន តើលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ នៅលើប័ណ្ណ BIC លេខអ្វីខ្លះ(បើមានលេខ)? _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ—នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល

ខែថ្ងៃកំណើត (ខែ /ថ្ងៃ /ឆ្នាំ)	ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	លេខសន្តិច្ចំយសង្គ្រោះ (SSN) របស់អ្នកជំងឺ ***(តាមចិត្ត)***

☐ បើអ្នកជាជនអនាល់យ(មនុស្សគ្មានលំនៅ) សូមគូសកន្លែងនេះ ។ សូមសរសេរទីកន្លែងទូទៅនៅក្នុងផ្នែក "អាសយដ្ឋានផ្ទះ" និងបំពេញផ្នែក "អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ" ។

អាសយដ្ឋានផ្ទះ	លេខបន្ទប់	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខប្រៃសណីយ៏
ខោនធីនៃទីលំនៅ				
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)	លេខបន្ទប់	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខប្រៃសណីយ៏

ឈ្មោះរបស់ម្តាយ—នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល

សូមបំពេញផ្នែកនេះសំរាប់អ្នកជំងឺមានអាយុក្រោមមួយឆ្នាំ ។

បើមានអាយុតិចជាងមួយឆ្នាំ តើទារកបានរស់នៅជាមួយម្តាយក្នុងខែដែលកើតដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ គ្មាន

ខែថ្ងៃកំណើតរបស់ម្តាយ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ប័ណ្ណ BIC ឬប័ណ្ណ Medi-Cal ឬលេខសន្តិច្ចំយសង្គ្រោះ របស់ម្តាយ

ពត៌មានឪពុកម្តាយ /អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ /អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកជំងឺជាក្មេងមានអាយុមិនទាន់ពេញច្បាប់បានរួចខ្លួន—នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល

លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ	លេខទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ	លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសារសព្ទ
( )	( )	( )

តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះ?	តើអ្នកអានភាសាអ្វីបានល្អជាងគេ?

ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំសូមស្នើឲ្យមានការពិនិត្យសុខភាព CHDP នៅថ្ងៃនេះ ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានអាន និងបានយល់លិខិតបំពេញនេះ ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ពត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យគឺពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងសព្វគ្រប់ទាំងអស់ ។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ /អ្នកអាណាព្យាបាល ស្របច្បាប់ ឬក្មេងមានអាយុមិនទាន់ពេញច្បាប់បានរួចខ្លួន	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ

បុគ្គលម្នាក់ៗមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលឡើងវិញ នូវឯកសារទាំងឡាយដែលមានពត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គាត់ ។ រដ្ឋការទទួលខុសត្រូវសំរាប់ការរក្សាទុកពត៌មាននេះគឺ (ក្រសួងសុខាភិបាល) Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 ។ ច្បាប់ចំឡងនៃពត៌មាននេះអាចបានចែកចាយជាមួយក្រសួងសង្គមកិច្ចខោនធីដែលអ្នករស់នៅ ហើយនឹងបានទុកនៅជាមួយឯកសារពេទ្យ នៃកូនរបស់អ្ន ក ដោយអកផ់ល់ CHDP នៃកនរបស់អក ។