

ផ្នែក C នៃទម្រង់បែបបទនេះ រៀបរាប់អំពីសំណើថតចម្លងនៃការជូនដំណឹង និងសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ដែលអ្នកស្នើសុំ ឲ្យយើងផ្ញើទៅអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក (ប្រសិនបើមាន)។

ព័ត៌មានទាក់ទងទៅសម្រាប់ខោនធី មាននៅផ្នែកខាងលើនៃលិខិតនេះ។ សូមទាក់ទងមកយើង ប្រសិនបើអ្នកមាន បំណង៖

- ផ្លាស់ប្តូរការកិច្ចអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរការជូនដំណឹង ឬសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ដែលត្រូវផ្ញើទៅអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត
- លុបចោលការចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

សម្រាប់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

តាមរយៈការទទួលយកការចាត់តាំងឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតនេះ អ្នកបានឯកភាពថា៖

- គោរពតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធទាំងអស់សម្រាប់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត។ នេះរួម មានជាអាទិ៍ ច្បាប់ស្តីពីការរក្សាការសម្ងាត់នៃព័ត៌មាន បម្រាមប្រឆាំងនឹងការកំណត់ឡើងវិញនូវការទាមទារ របស់អ្នកផ្តល់សេវា និងទំនាស់ផលប្រយោជន៍។
- ប្រសិនបើអ្នកជានិយោជិត ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ណាមួយ អ្នកត្រូវផ្តល់ទៅឲ្យអ្នក ដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលបានផលនូវការបញ្ចេញព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ មុនពេលអ្នកអាចបំពេញ ភារកិច្ចជំនួសមុខឲ្យពួកគេបាន។ ការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ ត្រូវរៀបរាប់អំពី៖
 - ការងារ ឬកិច្ចសន្យារបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា ឬគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាព។
 - ទំនាស់ផលប្រយោជន៍ណាមួយដែលអាចកើតមានឡើង។
- អ្នកអាចលុបចោលស្ថានភាពរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត ម្នាក់បានគ្រប់ពេល ដោយជូនដំណឹងទៅការិយាល័យខោនធី។

សម្រាប់ស្ថាប័នតែប៉ុណ្ណោះ៖ បុគ្គលនីមួយៗដែលបំពេញតួនាទីជំនួសឲ្យស្ថាប័ន ត្រូវប្រគល់ទម្រង់បែបបទ កិច្ច ព្រមព្រៀងស្តង់ដារស្តីពីអ្នកតំណាងទទួលបានការអនុញ្ញាត (MC 383) ដែលមានចុះហត្ថលេខារួច ទៅឲ្យ ការិយាល័យខោនធី។ ដើម្បីទទួលបានសំណើថតចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងទៅកាន់ការិយាល័យ ខោនធី។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal សូមអាន MC 219 “ព័ត៌មាន សំខាន់ៗសម្រាប់បុគ្គលដែលស្នើសុំកម្មវិធី Medi-Cal” ដែលភ្ជាប់មកជាមួយនឹងការជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនឯកភាពលើការទទួលខុសត្រូវនៅក្នុងការជូនដំណឹងនេះ ឬមិនចង់មានអ្នកតំណាងដែលទទួលបាន ការអនុញ្ញាតនោះទេ សូមទាក់ទងទៅកាន់ការិយាល័យខោនធី។