

កាលបរិច្ឆេទ៖

ព័ត៌មានរបស់អ្នកជំងឺ (ខោនធីជាអ្នកបំពេញព័ត៌មានផ្នែកនេះ)	
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជំងឺ៖
CLIENT INDEX NUMBER (CIN)៖	

ជូនចំពោះលោកគ្រូពេទ្យ៖ _____
 សូមបំពេញនិងធ្វើសេចក្តីថ្លែងខាងក្រោមនេះទៅខោនធីឲ្យបានមុនថ្ងៃទី _____ ទាក់ទងនឹងអ្នកជំងឺរបស់អ្នកដូចមានឈ្មោះខាងលើ ដើម្បីឱ្យយើងអាចសម្រេចពីសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់គាត់សម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medi-Cal។ សូមប្រើស្រោម សំបុត្រមានភ្ជាប់មកជាមួយ ដែលមានចុះអាសយដ្ឋាននិងបង់ថ្លៃរួចរាល់នេះ។ អ្នកក៏អាចធ្វើត្រឡប់មកវិញតាមទូរសារ ឬសារអេឡិចត្រូនិក(អ៊ីម៉ែល) ដូចដែលបានផ្តល់ជូននៅផ្នែកខាងក្រោមនេះ។ អ្នកជំងឺរបស់អ្នកបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះដល់ពួកយើងខ្ញុំហើយ។ សូមអ្នកមេត្តាពិនិត្យលិខិតអនុញ្ញាតដូចមានភ្ជាប់មកជាមួយនេះ។

ហត្ថលេខាបុគ្គលិកប្រចាំខោនធី៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលិកប្រចាំខោនធី៖ _____

ទូរសព្ទ លេខ៖ _____ ទូរសារលេខ៖ _____

សារអេឡិចត្រូនិក(អ៊ីម៉ែល) បុគ្គលិកខោនធី៖ _____

សេចក្តីបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យចំពោះការផ្តល់ជូនសេវាសហគមន៍មូលដ្ឋាននិងតាមផ្ទះស្ថិតក្រោមបញ្ញត្តិច្បាប់ស្តីពី អសមត្ថភាពចំណូល (Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

ព័ត៌មានពីគ្រូពេទ្យ	
ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
ទូរសព្ទ៖	អ៊ីម៉ែល៖
<p>ផ្អែកតាមការពិនិត្យរបស់ខ្ញុំ អ្នកជំងឺខ្ញុំឈ្មោះ _____ និងទំនងជាមានតម្រូវការយ៉ាងប្រាកដនូវការថែទាំនៅតាមគិលានដ្ឋានសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃជាប់គ្នា លើកលែងតែគាត់ទទួលបានការថែទាំដល់ផ្ទះ និងសេវាគាំពារនានាដែលនឹងអនុញ្ញាតឲ្យគាត់បានរស់នៅក្នុងផ្ទះដោយសុវត្ថិភាព។ ដំបូងអ្នកជំងឺរបស់ខ្ញុំបានចាប់ផ្តើមតម្រូវការសេវាទាំងនេះនៅតាមគិលានដ្ឋាននៅថ្ងៃទី _____ ហើយបានបន្តតម្រូវការសេវាទាំងនេះតាំងពីពេលនោះមក។</p>	
<p>ខ្ញុំសូមប្រកាសទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខច្បាប់ជាធរមានរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក និងច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសេចក្តីបញ្ជាក់របស់គ្រូពេទ្យនេះគឺជាការពិតនិងត្រឹមត្រូវប្រាកដមែន។</p>	
ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ៖	

កាលបរិច្ឆេទ៖

លិខិតអនុញ្ញាតរបស់អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ៖ _____ សូមអនុញ្ញាតឲ្យគ្រូពេទ្យ _____ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនៅលើទម្រង់នេះដល់ខោនធី _____ ប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងរៀបចំនូវសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានសេវា Medi-Cal។

- ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យប្រើប្រាស់ ឬបញ្ជូនព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើសម្រាប់គោលបំណងដែលបានបង្ហាញជូននេះ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកនូវការអនុញ្ញាតបញ្ជូនព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនេះបាន។ ក្នុងករណីខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតឲ្យប្រើប្រាស់ ឬបញ្ជូនព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំអាចលុបចោលវិញបាននូវលិខិតអនុញ្ញាតនោះនៅពេលណាមួយក៏បាន។ ការលុបចោលនេះត្រូវធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយនឹងមិនមានឥទ្ធិពលដល់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ជូនហើយនោះទេ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានលិខិតអនុញ្ញាតនេះមួយច្បាប់។
- ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតនេះដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយការព្យាបាល ការបង់ថ្លៃចំណាយ ឬសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នានាដែលផ្តល់ឲ្យតាមរយៈកម្មវិធីនេះ អាចនឹងមិនកើតមានឡើយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតនេះ។
- ខ្ញុំយល់ទៀតថា បុគ្គលដែលទទួលបាននូវកំណត់ត្រានានា និងព័ត៌មានទាំងនេះ ត្រូវអនុវត្តទៅតាមលិខិតអនុញ្ញាតនេះ អាចនឹងមិនត្រូវប្រើប្រាស់ឲ្យលើស ឬបញ្ជូនព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះឡើយ លុះត្រាតែទទួលបានលិខិតអនុញ្ញាតមួយផ្សេងទៀតពីរូបខ្ញុំ ឬលុះត្រាណាតែការបញ្ជូនព័ត៌មាននោះត្រូវបានតម្រូវ ឬ ត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងជាក់លាក់ដោយច្បាប់។

ហត្ថលេខាត្រូវបានចុះដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ក្នុងករណីមិនត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកជំងឺ ដែលជាម្ចាស់ព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ជូនទៅនោះ សូមកំណត់ពីមូលដ្ឋានឲ្យបានច្បាស់លាស់សម្រាប់ការចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់៖

- ឪពុកម្តាយអនីតិជន អាណាព្យាបាល សហព័ទ្ធ តំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិ

សូមពន្យល់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកចំពោះអ្នកជំងឺ និងពីមូលហេតុដែលអ្នកជំងឺមិនអាចចុះហត្ថលេខាដោយផ្ទាល់បាន៖

សាក្សី៖ ខ្ញុំស្គាល់បុគ្គលដែលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ឬខ្ញុំពេញចិត្តឲ្យបុគ្គលនេះធ្វើជាតំណាង៖
(ត្រូវបានតម្រូវចំពោះ "X" ហត្ថលេខាដែលអានមិនដាច់ ឬ ជាតួអក្សររបរទេស)

ហត្ថលេខាសាក្សី៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ _____ ទីក្រុង/លេខកូដប៊ូប៊ីប៖ _____

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C., Section 1320d-1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2); 38 U.S.C., Section 7332; 20 U.S.C., Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798-1798.78.