

សូមរក្សាសំបុត្រនេះ ទុកជាកំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក

អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវដឹង នៅពេលដាក់ពាក្យ និងចុះឈ្មោះ នៅក្នុងMedi-Cal

នៅពេលដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal តើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់យ៉ាងដូចម្តេច?

ការិយាល័យសង្គមកិច្ចរបស់ខោនធី និង/ឬ Covered California នឹងស្នើសុំព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីលោកអ្នក ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តថា តើលោកអ្នក ឬអ្នកដែលស្ថិតក្នុងបន្ទុកទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក មានលក្ខណៈសមស្របនឹងទទួល អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ឬទេ។ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មាន ផ្ទាល់នេះ ទើបអាចទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal បាន។ ព័ត៌មានផ្ទាល់អំពីលោកអ្នក ដែលត្រូវបានប្រមូល នោះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងលក្ខណៈដូចខាង ក្រោមនេះ៖

- ដោយ Covered California និងការិយាល័យសង្គមកិច្ច ខោនធី ដើម្បីស្វែងយល់ ថា តើលោកអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួល Medi-Cal ឬចុះ ឈ្មោះនៅក្នុង Covered California ឬទេ។
- ដោយអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែក រដ្ឋបាល (administrative vendors) របស់រដ្ឋ ដើម្បី ចាត់ការការទាមទារ សំណង និង/ឬការបង់ ប្រាក់ថ្លៃរ៉ាប់រង និងដើម្បី ផ្តល់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Cards) (BIC)។
- ដោយក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មសុខសុខភាព សហរដ្ឋអាមេរិក (United States Department of Health and Human Services) សម្រាប់ការ ជម្រះបញ្ជី និងការត្រួតពិនិត្យ គ្រប់គ្រងគុណភាព និងដើម្បី បញ្ជាក់លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Numbers) (SSN)។
- ដើម្បីបញ្ជាក់ស្ថានភាព អន្តោប្រវេសន៍ ជាមួយនឹង ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ (Department of Homeland Security) (DHS) បើសិនជា ចាំបាច់។ ព័ត៌មានដែលត្រូវបាន ចែកជូនដល់ DHS មិនអាចប្រើ ប្រាស់សម្រាប់ការអនុវត្តច្បាប់ អន្តោប្រវេសន៍បានទេ លើក លែងតែអ្នកប្រព្រឹត្តអំពើបាត់ បង្គំប៉ុណ្ណោះ។
- ដោយអ្នកផ្តល់ សេវាកម្មសុខភាព និង អង្គការរក្សាសុខភាព (Health Maintenance Organizations) (HMO) ដើម្បីបញ្ជាក់ថាលោក អ្នកមានសិទ្ធិទទួល សេវាកម្ម។
- ដើម្បីកំណត់សំគាល់ការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្សេងទៀត និងទាម ទារសំណងសោហ៊ុយ នៅពេលចាំបាច់។ ក្នុង លក្ខណៈផ្សេងទៀត ប៉ុន្តែ នៅក្នុងករណីដែលច្បាប់ ទាមទារតែប៉ុណ្ណោះ។



ដើម្បីអានអំពីសិទ្ធិផ្នែក ភាពសម្ងាត់របស់លោក អ្នក និង Medi-Cal សូម មើលសេចក្តីជូនដំណឹងស្តី អំពីការរក្សាភាពសម្ងាត់ របស់ Department of Health Care Services ។ លោកអ្នកអាចរកឃើញ ឯកសារនេះនៅឯ៖

www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

តើខ្ញុំមានសិទ្ធិអ្វីខ្លះ នៅពេលដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal?

1. លោកអ្នកមានសិទ្ធិនឹងទទួលបានការប្រព្រឹត្តិប្រកបដោយ ភាពស្មើគ្នា ដោយមិនគិតដល់ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិ សាសនា អាយុ ភេទ ទំនោរភេទ អត្តសញ្ញាណ ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ជំនឿនយោបាយ ស្ថានភាពអតីតទាហាន ឬពិការភាពឡើយ។
- លោកអ្នកមានសិទ្ធិនឹងដាក់ពាក្យតវ៉ា ប្រសិនបើលោក អ្នកគិតថាកម្មវិធី Medi-Cal បានធ្វើការរើសអើងប្រឆាំង នឹងលោកអ្នក ឬបានខកខានក្នុងការផ្តល់នូវសម្រប សម្រួលដ៏សមហេតុសមផល ដែលតម្រូវឲ្យដោយច្បាប់ រដ្ឋ និងច្បាប់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យតវ៉ា ដោយទូរស័ព្ទទៅ Department of Health Care Services ការិយាល័យសិទ្ធិ ស៊ីវិល (Office of Civil Rights) តាមលេខ 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) ឬដោយទាញ យក www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx ពីអ៊ីនធឺណិត។

2. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការវាយតម្លៃ ដើម្បីឲ្យដឹងថា តើលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ណាមួយបាន ឬទេ។
3. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី Medi-Cal និងជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal។
4. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយអ្នកបកប្រែសំឡេង ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal មានសំណួរ ឬមានការលំបាកក្នុងការនិយាយ អាន ឬយល់ភាសាអង់គ្លេស។
5. លោកអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើបទសម្ភាសន៍ទល់មុខគ្នា ជាមួយបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធីម៉ាក់។
6. ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា លោកអ្នកមានពិការភាព នោះលោកអ្នកអាចស្នើសុំឲ្យ Medi-Cal ពិនិត្យមើលពាក្យ សុំរបស់លោកអ្នក ដើម្បីពិចារណាថា តើលោកអ្នកមាន សិទ្ធិទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ជនមានពិការភាព ឬទេ។
7. បើលោកអ្នកបានទទួលសេវាកម្មថែទាំសុខភាព នៅ ក្នុងរយៈពេលបីខែមុននឹងខែដាក់ពាក្យសុំរបស់លោក អ្នក នោះលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការវាយតម្លៃឲ្យដឹង ថា តើលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដើម្បីបង់ថ្លៃ សេវាកម្មទាំងនោះ ឬទេ។ នេះហៅថា *សិទ្ធិចូលរួម ប្រតិសកម្ម*។ ទាក់ទងទៅការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធី របស់លោកអ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀត ឬស្នើសុំសិទ្ធិ ចូលរួមប្រតិសកម្ម។
8. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការជម្រាបជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរ ថា តើលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ឬទេ ឬ ពេលមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងស្ថានភាពសិទ្ធិចូលរួមរបស់ លោកអ្នក។
9. លោកអ្នកមានសិទ្ធិ ដើម្បីឲ្យគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ ដែល លោកអ្នកបានផ្តល់ឲ្យការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធី ឬ Covered California ត្រូវបានរក្សាការសម្ងាត់។ លោក អ្នកអាចមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននេះ នៅក្នុងអំឡុងពេល ម៉ោងធ្វើការ របស់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធី។
10. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកាត Medi-Cal «សេចក្តី ត្រូវការបន្ទាន់» ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិចូលរួម ហើយមានភាពអាសន្នផ្នែកសុខភាព ឬមានផ្ទៃពោះ។
11. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal នៅពេលដែលរង់ ចាំការបញ្ជាក់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀត។

12. លោកអ្នកមានសិទ្ធិនឹងជ្រើសរើស នូវគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ដែលលោកអ្នកចង់បាន ប្រសិនបើមាន គម្រោង Medi-Cal ច្រើនជាងមួយ ផ្តល់ជូននៅក្នុង ខោនធីដែលលោកអ្នករស់នៅ។
13. ដោយផ្តល់ឲ្យ Medi-Cal នូវវិក្កយបត្រទារវិជ្ជាសុខភាព កន្លងមក ដែលលោកអ្នកមិនទាន់បង់ នោះលោកអ្នក អាចបញ្ចុះនូវចំណែកថ្លៃ (Share Of Cost) (SOC) របស់ លោកអ្នក បើសិនជាមាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី SOC សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធី របស់លោកអ្នក។
14. ប្រសិនបើទ្រព្យសម្បត្តិរបស់លោក ត្រូវបានរាប់បញ្ចូល ក្នុងការសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal នោះលោកអ្នកមានសិទ្ធិនឹងកាត់បន្ថយទ្រព្យសម្បត្តិ របស់លោកអ្នក ដើម្បីបំពេញកម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិ របស់ Medi-Cal ឲ្យទាន់ថ្ងៃដាច់ខែ ក្នុងខែដែលលោកអ្នកបាន ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal។ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធី អាចជម្រាបដល់លោកអ្នក នូវព័ត៌មានបន្ថែមទៀត អំពី កម្រិតទ្រព្យសម្បត្តិ និងការបំពេញលក្ខខណ្ឌទ្រព្យ សម្បត្តិបាន។
15. ប្រសិនបើលោកអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក ចូលក្នុង មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (long-term-care) នៅ ឬ ក្រោយពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 1990 នោះលោកអ្នក និង ប្តី/ប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក មានសិទ្ធិនឹងត្រូវបានជម្រាប ដោយកម្មវិធី Medi-Cal អំពីចំនួននៃទ្រព្យសម្បត្តិដោយ ឡែក និងទ្រព្យសម្បត្តិរួម ដែលលោកអ្នកអាចរក្សាទុក បាន ដោយនៅតែមានសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal។
16. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរដ្ឋសវនាការ បើពាក្យសុំ Medi-Cal របស់លោកអ្នក មិនត្រូវបានសម្រេចឲ្យ បានទាន់ពេលវេលា។ Medi-Cal ត្រូវតែសម្រេចពីសិទ្ធិ ចូលរួមរបស់លោកអ្នក នៅក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃ រាប់ ពីថ្ងៃដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ឬ 90 ថ្ងៃ ប្រសិន បើមូលដ្ឋាននៃការមានសិទ្ធិចូលរួមរបស់លោកអ្នក គឺ ពិការភាព លើកលែងតែករណីដែលលោកអ្នកត្រូវបាន ស្នើសុំឲ្យផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម ប៉ុន្តែលោកអ្នកមិនទាន់ បានផ្តល់នៅឡើយ។

- ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ ស្តីពីភាពទាន់ពេល នៃការសម្រេចអំពីសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal របស់លោកអ្នក នោះលោកអ្នកត្រូវតែស្នើសុំ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ ស្តីពីភាពទាន់ពេល នៃការសម្រេចពីសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal របស់លោកអ្នក នៅពេលណាក៏បាន ក្រោយពីថ្ងៃទី 45 ឬថ្ងៃទី 90 បានកន្លងផុត។
 - លោកអ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការដោយ
 - 1) ទាក់ទងទៅការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍ជិតជាងគេ ឬ
 - 2) ទូរស័ព្ទទៅ Department of Social Services តាមលេខ 1-855-795-0634 ឬ TDD 1-800-952-8349 ឬ
 - 3) ធ្វើការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ទៅកាន់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍របស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចបំពេញផ្នែកខាងក្រោយនៃទម្រង់បែបបទ សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីសកម្មភាព (Notice of Action) (ទម្រង់ NA Back 9) ដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ និងធ្វើទម្រង់បែបបទ ឬការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផ្សេងទៀត ទៅកាន់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍ជិតជាងគេរបស់លោកអ្នក។ ទម្រង់បែបបទនេះ មានផ្តល់តាមរយៈការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍របស់លោកអ្នក ឬនៅឯ www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Cambodian/NABack9CB.pdf។
17. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលរដ្ឋសវនាការ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចរបស់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍ ឬ DHCS ឬ Covered California លើកលែងតែអ្វីដែលទាក់ទងនឹងកម្មវិធីបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង (Health Insurance Premium Payment) (HIPPP)។ HIPPP មិនមែនជាកម្មវិធីផ្តល់សិទ្ធិទេ ដូច្នោះមិនមានសិទ្ធិប្តឹងសារទុក្ខ នូវការសម្រេចរបស់ HIPPP ឡើយ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ ដើម្បីប្តឹងសារទុក្ខនូវការសម្រេច លោកអ្នកត្រូវតែស្នើសុំ នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ពីថ្ងៃដែលសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីសកម្មភាព (NOA) ត្រូវបានឲ្យ ឬធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ ទៅលោកអ្នក។
 - ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនទទួល NOA លោកអ្នកត្រូវតែស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ រាប់ពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកបានទទួលដំណឹងពីសកម្មភាព ឬអសកម្មភាព ដែលលោកអ្នកមិនពេញចិត្ត លើកលែងតែអសកម្មភាពនោះមកពីការពន្យារពេល ក្នុងការសម្រេចពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នកប៉ុណ្ណោះ។
- លោកអ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការដោយ
 - 1) ទាក់ទងទៅការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍ជិតជាងគេ ឬ
 - 2) ទូរស័ព្ទទៅ Department of Social Services តាមលេខ 1-855-795-0634 ឬ TDD 1-800-952-8349 ឬ
 - 3) ធ្វើការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ទៅកាន់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍របស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចបំពេញផ្នែកខាងក្រោយនៃទម្រង់បែបបទ NOA (ទម្រង់ NA Back 9) ដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ និងធ្វើទម្រង់បែបបទ ឬការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផ្សេងទៀត ទៅកាន់អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសារ នៅលើទម្រង់បែបបទ។ លោកអ្នកក៏អាចទៅកាន់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍របស់លោកអ្នក និងដាក់ពាក្យស្នើសុំប្តឹងសារទុក្ខ។ ទម្រង់បែបបទនេះ មានផ្តល់តាមរយៈការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍របស់លោកអ្នក ឬនៅឯ www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Cambodian/NABack9CB.pdf។
18. លោកអ្នកមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលសំណុំឯកសារ Medi-Cal របស់លោកអ្នក ព្រមទាំងគ្រប់ច្បាប់ និងសៀវភៅបទបញ្ញត្តិកម្មវិធី Medi-Cal ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ ក្នុងការសម្រេចពីសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal របស់លោកអ្នក។
19. លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីទាំងនេះ និងជំនួយក្នុងការទទួលបាននូវសេវាកម្មដូចតទៅ៖
- Child Health and Disability Prevention Program
 - Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
 - Personal Care Services Program
 - Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
 - Family Planning Access Care and Treatment Program
20. លោកអ្នកអាចនិយាយជាមួយបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចម្នាក់ ឬបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធីដ៍ម្នាក់ អំពីសេវាកម្ម ឬធនធានសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀត ដូចជា CalFresh និង CalWORKs ជាដើម។

តើខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើខ្ញុំ ទទួល Medi-Cal?

លោកអ្នកត្រូវតែប្រាប់មន្ត្រីសង្គមកិច្ចខោនធីរបស់លោកអ្នក អំពីការផ្លាស់ប្តូរដូចតទៅនេះ នៅក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ ក្រោយពីការផ្លាស់ប្តូរនោះ៖

1. លោកអ្នក ឬក៏សមាជិកម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ មានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងប្រាក់ចំណូល។ ចំណុចនេះត្រូវអនុវត្ត ទោះបីប្រាក់ចំណូលឡើង ចុះ ចាប់ផ្តើម ឬឈប់ក៏ដោយ។ នេះមានរួមទាំងប្រាក់ចំណូលមកពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration) (SSA) ប្រាក់កម្ចីការបើកប្រាក់ទូទាត់ ប្រាក់ការងារ ប្រាក់និកម្មភាព និងប្រភពណាផ្សេងទៀត។
2. លោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ឬអាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្ររបស់លោកអ្នក។
3. បុគ្គលម្នាក់មករស់នៅក្នុង ឬផ្លាស់ចេញពីផ្ទះរបស់លោកអ្នក ទោះបីបុគ្គលនោះត្រូវជាសាច់ញាតិជាមួយនឹងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ឬមិនមែនក៏ដោយ។ នេះមានរួមទាំងទារកខ្ចី និងកូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន។
4. លោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកឆ្លងទន្លេមានផ្ទៃពោះ ឬផ្តាច់ការមានផ្ទៃពោះ។
5. លោកអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធ ឬសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ចូលទៅ ឬចេញពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។
6. លោកអ្នកទទួល ផ្ទេរ ឲ្យ ឬលក់អចលនទ្រព្យ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន (រួមទាំងប្រាក់) ឬបើក ឬបិទកុងធនាគារណាមួយ។ តម្រូវការនេះអនុវត្តតែក្នុងករណីដែលទ្រព្យសម្បត្តិនេះ ត្រូវបានរាប់បញ្ចូល សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ដែលលោកអ្នកបានចុះឈ្មោះ ឬត្រូវបានវាយតម្លៃ ឲ្យចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីនោះ។ លោកអ្នកក៏ត្រូវរាយការណ៍ផងដែរ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ឲ្យទៅលោកអ្នក ឬទៅសមាជិកម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ នូវរបស់ដូចជា ឡាន ផ្ទះ ឬប្រាក់ធានារ៉ាប់រង ជាដើម។
7. លោកអ្នកមានសោហ៊ុយដែលត្រូវបានអ្នកផ្សេងទៀតបង់ឲ្យ។

8. លោកអ្នក ឬសមាជិកម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ បានការងារធ្វើ ផ្លាស់ប្តូរការងារធ្វើ ឬលែងមានការងារធ្វើ។
9. លោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងសោហ៊ុយទាក់ទងនឹងការងារ ឬការរៀនសូត្ររបស់លោកអ្នក ដូចជាថ្លៃមើលកូន ឬដឹកជញ្ជូន ជាដើម។
10. លោកអ្នក ឬសមាជិកម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ រួមទាំងកូនធ្លាក់ខ្លួនពិការ ទោះខាងផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្តក៏ដោយ។
11. លោកអ្នក ឬសមាជិកម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ ដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួល នូវអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពជាមួយនឹង SSA រដ្ឋបាលអតីតយុទ្ធជន (Veterans Administration) ឬមូលនិធិចូលនិវត្តប្រព័ន្ធរថភ្លើង (Railroad Retirement)។
12. លោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ ដែលកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួល Medi-Cal មានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងស្ថានភាពចូលសញ្ជាតិ ឬស្ថានភាពអន្តរប្រវេសន៍។
13. លោកអ្នក ឬក៏សមាជិកម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ មានការផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
14. ប្រសិនបើលោកអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal សម្រាប់អតីតយុទ្ធជនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន សូមប្រាប់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់លោកអ្នក បើអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់លោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ លោកអ្នកមិនបាច់ប្រាប់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់លោកអ្នក អំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ការងារ ឬសោហ៊ុយនោះទេ។

លោកអ្នកត្រូវតែ៖

1. ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា លោកអ្នកមានលំនៅក្នុងរដ្ឋ California នៅពេលណាដែលលោកអ្នកត្រូវបានស្នើសុំ។
2. ប្រកាសពីស្ថានភាពសញ្ជាតិ ឬអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក នៅពេលដែលដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal។
3. ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សម្រាប់ជនណា ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal។
 - ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសញ្ជាតិ United States (U.S.) ឬ ជនជាតិ U.S. ឬជាបុគ្គលដែលមានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់គ្រាន់ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខ SSN មួយ។ បើលោកអ្នកមិនមានលោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខ SSN ហើយផ្តល់លេខនេះទៅឲ្យការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីនៅក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃក្រោយពីការដាក់ពាក្យ។
 - លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំលេខ SSN ពីបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធីបាន។ លោកអ្នកត្រូវតែទាក់ទងជាមួយនឹងរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (SSA) ដើម្បីដោះស្រាយរាល់បញ្ហាណាដែលលេចឡើង បើពុំនោះទេ Medi-Cal របស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានបដិសេធ ឬផ្តាច់។
 - បើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកដែលមានលក្ខណៈសមស្របនឹងទទួលបាន Medi-Cal ប៉ុន្តែខ្វះស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់គ្រាន់ អ្នកនោះអាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal មានកម្រិត ដោយមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខ SSN ទេ។
4. ដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នក ឬសមាជិកណាក្នុងបន្ទុកគ្រួសាររបស់លោកអ្នក មានសិទ្ធិស្នើសុំ លើកលែងតែមានមូលហេតុល្អ ដែលធ្វើឲ្យមិនបានដាក់ពាក្យ។ នេះមានរួមដូចជា ប្រាក់សោធន អត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាល ប្រាក់ចំណូលនិរត្ត អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ធនលាភប្រចាំឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍ពិការភាព អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម (ការធានារ៉ាប់រងអ្នកចាស់ជរា អ្នកនៅរស់រានមានជីវិត និងពិការ) ហើយនិងអត្ថប្រយោជន៍និកម្មភាព។ នេះមិនមានរួមអត្ថប្រយោជន៍ជំនួយសាធារណៈ ដូចជា CalWORKs ឬ CalFresh នោះទេ។

5. ដាក់ពាក្យសុំ Medicare ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិចូលរួម។ បុគ្គលមានសិទ្ធិចូលរួម Medicare ប្រសិនបើគាត់ខ្វាក់ភ្នែក ពិការ មានជំងឺតម្រង់នោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (End Stage Renal Disease) ឬមានអាយុ 64 ឆ្នាំ និង 9 ខែ ឬចាស់ជាង។ លោកអ្នកមានភារកិច្ចនឹងប្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាព របស់លោកអ្នក ថាលោកអ្នកមានការរ៉ាប់រង ទាំង Medi-Cal និង Medicare ផង។
6. ដាក់ពាក្យ និងចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណា ដែលផ្តល់ជូនលោកអ្នក និងគ្រួសារ ដោយឥតគិតថ្លៃ។
7. រាយការណ៍ទៅការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធី និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាដែលលោកអ្នកមាន ឬមានសិទ្ធិប្រាស់ប្រាស់ រួមទាំង Medicare ផង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាននេះដោយចេតនា លោកអ្នកអាចត្រូវបានអ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពទាមទារប្រាក់ ហើយអាចមានទោសល្មើសច្បាប់។

លោកអ្នកយល់ថា៖

1. លោកអ្នកត្រូវតែប្រើគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់លោកអ្នក (ដូចជា Kaiser, TRICARE ឬ Medicare HMO មួយ) សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព បើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលរ៉ាប់រងសេវាកម្មនោះ។ Medi-Cal អាចមិនបង់ប្រាក់ សម្រាប់សេវាកម្មណាដែលរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។
2. បើលោកអ្នកបដិសេធថា មិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត លោកអ្នកអាច៖ 1) ទាក់ទងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធីរបស់លោកអ្នក; 2) ទូរស័ព្ទទៅ 1-800-541-5555; ឬ 3) បំពេញទម្រង់បែបបទដកចេញនូវការរ៉ាប់រងសុខភាព នៅវេបសាយរបស់ DHCS នៅ <http://dhcs.ca.gov/ohc>។
3. ប្រសិនបើលោកអ្នក ឬសមាជិកម្នាក់ក្នុងបន្ទុកគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ទទួលបានប្រាក់ពីការទូរទាត់ប្រាក់ផ្នែកច្បាប់ មកពីការរងរបួស រួមទាំងចំណាយថែទាំសុខភាពដែល Medi-Cal បានបង់ឱ្យ នោះ Medi-Cal មានសិទ្ធិទទួលបានការសងថ្លៃ សម្រាប់ចំណាយថែទាំសុខភាពនោះពីផ្នែកចំណាយសុខភាពនៃការទូរទាត់ប្រាក់នោះ។
4. ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនធ្វើការជ្រើសរើស អំពីរបៀបដែលលោកអ្នកចង់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ លោកអ្នក និងសមាជិកក្នុងបន្ទុកគ្រួសាររបស់លោកអ្នក អាចត្រូវបានគេដាក់ក្នុងគម្រោងសុខភាព Medi-Cal មួយ នៅជិតផ្ទះរបស់លោកអ្នក។
5. លោកអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់លោកអ្នក ហើយប្រើប្រាស់វា ដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាពដ៏ចាំបាច់ សម្រាប់លោកអ្នក និងសមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិចូលរួមប៉ុណ្ណោះ។
6. លោកអ្នកត្រូវតែយក BIC របស់លោកអ្នក ទៅអ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាព នៅពេលដែលលោកអ្នកមានជំងឺ ឬមានការណាត់ជួប។ ក្នុងករណីមានភាពអាសន្ន ពេលលោកអ្នកមិនមាន BIC របស់លោកអ្នកជាប់ខ្លួន លោកអ្នកត្រូវតែយក BIC ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពឱ្យបានឆាប់បំផុតដែលអាចធ្វើបាន។

7. លោកអ្នកត្រូវតែប្រាប់ DHCS នៅ <http://dhcs.ca.gov/pi> នៅពេលដែល Medi-Cal បានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មសុខភាព ដែលលោកអ្នកបានទទួលដែលជាលទ្ធផលនៃគ្រោះថ្នាក់ ឬការរងរបួស ដែលបង្កឡើងដោយបុគ្គលផ្សេងទៀត។ នេះមានរួមទាំងការរងរបួសក្នុងកន្លែងធ្វើការ នៅពេលដែលអាចមានការដាក់ពាក្យទារសំណងកម្មករ (workers' compensation)។
8. លោកអ្នកត្រូវតែសហការជាមួយនឹងរដ្ឋ ឬខោនធី ដើម្បីបញ្ជាក់ភាពជាឪពុក និងសំគាល់ការរ៉ាប់រងសុខភាពណាដែលលោកអ្នក និងគ្រួសារអាចមានសិទ្ធិទទួលបានតាមរយៈឪពុក ឬម្តាយអវត្តមាន លើកលែងតែលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ។
9. លោកអ្នកត្រូវតែសហការជាមួយនឹងរដ្ឋ ប្រសិនបើក្រុមពិនិត្យគ្រប់គ្រងគុណភាព ជ្រើសរើសដើម្បីពិនិត្យមើលសំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកមិនព្រមសហការទេ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តាច់។
10. ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំ ឬរក្សាទុក នូវការរ៉ាប់រងសុខភាពឥតគិតថ្លៃ ឬការរ៉ាប់រងសុខភាពបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ អត្ថប្រយោជន៍ និងសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal របស់លោកអ្នក នឹងត្រូវបានបដិសេធ ឬផ្តាច់។
11. ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ ឬបើលោកអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកដឹងថាខុស នោះអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬផ្តាច់។ សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ក៏អាចត្រូវបានគេសើបអង្កេតដោយសង្ស័យរកអំពើបោកបន្លំ។
12. ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកបានផ្តល់ នៅពេលដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal នឹងត្រូវបានឆែកឆេរដោយកុំព្យូទ័រ ជាមួយនឹងព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ដោយនិយោជក ធនាគារ (SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board) ក្រសួងសង្គមកិច្ច និងទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត។ ការនេះគឺដើម្បីបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល សញ្ជាតិ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់គ្រាន់ ព័ត៌មានពន្ធដារ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ ទៀត ដើម្បីសម្រេចថា តើលោកអ្នកនិងសមាជិកក្នុងបន្ទុកគ្រួសាររបស់លោកអ្នក មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែរឬទេ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ភស្តុតាងទៅឱ្យបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធីរបស់លោកអ្នក និង/ឬ Covered California ដើម្បីកែតម្រូវព័ត៌មានណាដែលខុស។

13. រាល់ការផ្លាស់ប្តូរនៃព័ត៌មានរបស់លោកអ្នក ឬព័ត៌មានរបស់សមាជិកក្នុងបន្ទុកគ្រួសារ អាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិចូលរួម របស់សមាជិកគ្រួសារដទៃទៀតបាន។
14. មានតែអ្នកដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ ទើបត្រូវផ្តល់លេខ SSN និងព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្លួន។ អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal គឺមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខ SSN ឬភស្តុតាងអំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬសញ្ជាតិឡើយ។ លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់លេខ SSN របស់បុគ្គលដែលមិនដាក់ពាក្យបាន ដើម្បីជួយសម្រេចថា តើសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតមានសិទ្ធិចូលរួមឬទេ។
15. អ្នកដែលខ្វះស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់គ្រាន់ ប៉ុន្តែក្រៅពីនោះមានលក្ខណៈសមស្របនឹងទទួល Medi-Cal នោះអាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal មានកម្រិតបាន ដោយមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខ SSN ទេ។
16. ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គលម្នាក់ដែលបានផ្តល់ឲ្យនៅលើពាក្យសុំ Medi-Cal នោះត្រូវបានរក្សាទុកជាសម្ងាត់ និងគង់វង្ស តាមតម្រូវការនៃច្បាប់។
17. អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកប្រហែលត្រូវបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ខ្លះៗ។ សម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងទៀត លោកអ្នកប្រហែលត្រូវបង់ថ្លៃមួយចំណែក អាស្រ័យទៅតាមប្រាក់ខែប្រចាំខែរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន Medi-Cal ជាមួយ SOC លោកអ្នកប្រហែលត្រូវបង់ប្រាក់ឬសន្យាបង់ប្រាក់ សម្រាប់ចំណាយថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នករាល់ខែ រហូតទៅដល់ចំនួននៃ SOC ទើប Medi-Cal នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម។
18. ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនៃព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនភ្លាមៗ ហើយលោកអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលទេ លោកអ្នកប្រហែលត្រូវសងប្រាក់ឲ្យ DHCS វិញ។
19. លោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាដែលទទួល Medi-Cal មិនអាច ទទួលជំនួយសាធារណៈពីរដ្ឋណាផ្សេងទៀតបានឡើយ។
20. ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងទទួល Medi-Cal ដោយសារពិការភាព ហើយលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពពី SSA ហើយ SSA បដិសេធការទាមទាររបស់លោកអ្នក នោះ Medi-Cal របស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានផ្តាច់។
 - ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យប្តឹងសារទុក្ខ ទៅលើការបដិសេធស្តីពី SSA របស់លោកអ្នកភ្លាមៗ នោះលោកអ្នកនឹងបន្តទទួល Medi-Cal រហូតដល់ SSA ធ្វើការសម្រេចចុងក្រោយ។
 - បើ SSA យល់ព្រមជាមួយការប្តឹងសារទុក្ខរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកនឹងបន្តទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ។
 - បើ SSA បដិសេធការប្តឹងសារទុក្ខរបស់លោកអ្នក អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នកអាចដាច់។
21. ជាលក្ខខណ្ឌមួយ នៃសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal រដ្ឋត្រូវបានផ្តល់គ្រប់សិទ្ធិ ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ទៅលើការគាំទ្រផ្នែកសុខភាព និងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពសម្រាប់លោកអ្នក និងគ្រប់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិចូលរួមដែលស្ថិតក្នុងបន្ទុកទទួលខុសត្រូវផ្នែកច្បាប់របស់លោកអ្នក។
22. ប្រសិនបើតុលាការបានបញ្ជាឲ្យឪពុក/ម្តាយអវត្តមានផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកសុខភាព អ្នកផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងត្រូវតែអនុញ្ញាតឲ្យលោកអ្នកចុះឈ្មោះ និងត្រូវផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់កូនលោកអ្នក ដោយមិនបាច់មានការយល់ព្រមពីឪពុក/ម្តាយអវត្តមាននោះឡើយ។
23. អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម Medi-Cal មិនអាចទារពីលោកអ្នក នូវប្រាក់បង់ថ្លៃរួម (co-payment) ប្រាក់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរួម (co-insurance) ឬប្រាក់ដកហូត (deductible) សម្រាប់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឯកជនបានឡើយ លើកលែងតែប្រាក់បង់ថ្លៃនោះត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការបំពេញ Medi-Cal SOC ឬ (co-payment) របស់លោកអ្នក ឬទាំងពីរ។
24. នៅពេលដែលលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal លោកអ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃឲ្យដឹងថា តើលោកអ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធីជំនួយសុខភាពផ្សេងទៀតឬទេ រួមទាំងកម្មវិធីHIPP ។

- 25. ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត លោកអ្នកអាចប្រើ Medi-Cal បានសម្រាប់តែសេវាកម្មណាដែលគម្រោងថែទាំសុខភាពមួយទៀតនោះ មិនផ្តល់ឲ្យប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម Medi-Cal របស់លោកអ្នក ត្រូវតែបញ្ជាក់ថាសេវាកម្មនោះមិនបានរ៉ាប់រង ទើបទារប្រាក់ពី Medi-Cal បាន។
- 26. ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវចូលមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺពិការភ្លាមៗ ហើយមិនមានបំណងនឹងត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញ រដ្ឋអាចទារសិទ្ធិយកទ្រព្យកូនបំណុល (lien) ទៅលើទ្រព្យសម្បត្តិរបស់លោកអ្នកបាន។
- 27. ក្រោយលោកអ្នកស្លាប់ហើយ រដ្ឋត្រូវតែស្វែងរកសំណងពីទ្រព្យសេសសល់របស់លោកអ្នក សម្រាប់គ្រប់សេវាកម្ម Medi-Cal ដែលលោកអ្នកបានទទួលក្រោយពីអាយុ 55 ឆ្នាំ (រួមទាំងថ្លៃរ៉ាប់រងដែលត្រូវបានបង់ជំនួសលោកអ្នក)។ ការនេះមិនអនុវត្តទេ នៅក្នុងអំឡុងជីវិតរបស់ប្តី/ប្រពន្ធដែលនៅរស់ ឬដៃគូរួមរស់ស្របច្បាប់ ឬបើលោកអ្នកបន្ទូលកូនអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬកូនអាយុណាក៏ដោយដែលខ្វាក់ភ្នែក ឬពិការ (តាមការដាក់និយមន័យរបស់ច្បាប់សន្តិសុខសង្គម [Social Security Act]) សហព័ន្ធ ឬបើការទារសំណងនោះបង្កការលំបាកដល់អ្នកទទួលមតិរបស់លោកអ្នក។ សូមលោកអ្នកជម្រាបដល់អ្នកទទួលមតិលោកអ្នក អំពីសកម្មភាពទារសំណងនេះ ដែលអាចកើតឡើង។
- 28. ប្រសិនបើលោកអ្នកបន្ទូលទុកទ្រព្យសម្បត្តិនៅពេលស្លាប់ ពេលដែលប្តី/ប្រពន្ធ ឬដៃគូរួមរស់តាមច្បាប់ស្លាប់ដែរ រដ្ឋមានសិទ្ធិធ្វើការទាមទារទៅលើទ្រព្យសេសសល់របស់ប្តី/ប្រពន្ធ ឬដៃគូរួមរស់ ឬទៅលើអ្នកទទួលទ្រព្យសម្បត្តិទាំងនោះ។ សំណងត្រូវមានកម្រិតត្រឹមចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលត្រូវបានបង់សម្រាប់លោកអ្នក ឬតម្លៃនៃទ្រព្យសម្បត្តិដែលលោកអ្នកបន្ទូលទុកនៅពេលស្លាប់ គឺមួយណាដែលតិចជាង។

- 29. រដ្ឋអាចទារសំណងពីទ្រព្យសម្បត្តិសេសសល់របស់លោកអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មដែលលោកអ្នកបានទទួល (រួមទាំងប្រាក់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ដែលត្រូវបានបង់ជំនួសលោកអ្នក) មុននឹងខ្ទប់កំណើតទី 55 របស់លោកអ្នកបាន ប្រសិនបើលោកអ្នកបានចូលសម្រាកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺពិការ មណ្ឌលថែទាំអន្តរកាលសម្រាប់អ្នកពិការខ្សែក្បាល ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពណាផ្សេងទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត សូមទាក់ទងទៅបុគ្គលិកសន្តិសុខសង្គម ឬមើលវេបសាយ <http://dhcs.ca.gov/er1>

សូមរក្សាសំបុត្រនេះ ទុកជាកំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក