

ពាក្យសុំកំណត់ MEDI-CAL សារឡើងវិញប្រចាំឆ្នាំ លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយផ្ញើទៅស្រុកវិញ ដើម្បីរក្សាទុក Medi-Cal របស់លោកអ្នក!

លេខករណី (ស្រេចលើចិត្ត)	លេខសូសាល់ (ស្រេចលើចិត្ត)	
សរសេរឈ្មោះពេញ (បើលោកអ្នកមិនបានផ្លាស់ទីលំនៅ សូមបិទផ្នែកអាសយដ្ឋានស្ថិតនៅទីនេះ បើបានផ្តល់ជូន)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ស្រេចលើចិត្ត) (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	
អាសយដ្ឋានផ្ទះបច្ចុប្បន្ន និងលេខផ្ទះលេខ <input type="checkbox"/> (គូសប្រអប់នេះ បើអាសយដ្ឋានថ្មី)	ទីក្រុង/រដ្ឋ	លេខកូដប្រឹប
អាសយដ្ឋានសម្រាប់ផ្ញើសំបុត្រ (បើសិនជាអាសយដ្ឋានខាងលើ)	ទីក្រុង/រដ្ឋ	លេខកូដប្រឹប

ប្រើប៊ិច ហើយសរសេរចម្លើយរបស់លោកអ្នកដោយអក្សរពុម្ព។ បញ្ជាក់ថា លោកអ្នកចុះហត្ថលេខា ហើយដាក់ថ្ងៃខែឆ្នាំលើពាក្យសុំ។ ប្រើស្រោមសំបុត្រដែល បិទតែម្តង ហើយផ្ញើវាមកវិញ។ បើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងសរសេរលម្អិត សូមភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀតជាមួយពាក្យសុំនេះ។ បើលោកអ្នកមានសំនួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក តាមលេខទូរស័ព្ទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងកំណត់សារឡើងវិញ ប្រចាំឆ្នាំ (Annual Redetermination Notice)។

ផ្នែកទី 1 ប្រាក់ចំណូល

(a) តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ មានទទួលបានប្រាក់ពីការងារ, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនឬអតីតប្តី/ប្រពន្ធ, ប្រាក់សូសាលសេដ្ឋកិច្ច, អត្ថប្រយោជន៍អតីតយោធា, អត្ថប្រយោជន៍អត់ការងារ ឬពិការ ប្រាក់និវត្ត, អំណោយ, ការប្រាក់, ឬភាគលាប ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ

បើមាន សូមបំពេញខាងក្រោមនេះ ហើយដាក់ប្រភពប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ នៅលើបន្ទាត់ផ្សេងៗ។

ភ្ជាប់សំបុត្របើកប្រាក់បៀវត្សថ្មីជាងគេ ដែលបង្ហាញប្រាក់ចំណូលមុនការដកហូតពន្ធ ឬការដកហូតផ្សេងៗ, សំបុត្រអត្ថប្រយោជន៍ ឬរង្វាន់, សែកដែលបានទទួល, ឬលិខិតសុំញែងដោយថៅកែ ឬឯកសារបង់ពន្ធសហព័ន្ធពីឆ្នាំមុន។ បើប្រាក់ចំណូលមកពីការប្រើការងារខ្លួនឯង សូមផ្ញើសំណៅមួយច្បាប់ នៃឯកសារបង់ពន្ធថ្មីជាងគេ ឬរបាយការណ៍ចំណេញ និងខាតរបស់លោកអ្នក។

ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល (រួមទាំងនាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល	ចំនួននៃប្រាក់ចំណូល (មុនការដកហូត)	បង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (រាល់អាទិត្យ រាល់ខែ ពីដងក្នុងមួយខែ)	ចំនួនម៉ោងដែលធ្វើ (ក្នុងមួយអាទិត្យ ឬមួយខែ)

(b) តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ មានទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ទឹកភ្លើង អាហារ ឬខោអាវដោយឥតគិតថ្លៃទាំងស្រុង ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ

បើមាន តើអ្នកណា? _____
តើអ្វីទៅដែលឥតគិតថ្លៃ? _____

(c) តើថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ ទឹកភ្លើង អាហារ ឬខោអាវនោះបានទទួលមក ដោយសារការងារដែលបានប្រព្រឹត្ត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ផ្នែកទី 2 ថ្លៃបង់ និងការដកហូត

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះ មានបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃថែទាំកូន ឬមនុស្សចាស់ ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬថ្លៃ Medicare ថ្លៃឧបត្ថម្ភកូន ឬអតីតប្តី/ប្រពន្ធដែលបញ្ជាដោយតុលាការ ឬថ្លៃរៀនសូត្រ ដែរឬទេ?

មាន គ្មានទេ

បើមាន សូមបំពេញខាងក្រោមនេះ ហើយដាក់ថ្លៃបង់/ថ្លៃដកហូតនីមួយៗ នៅលើបន្ទាត់ផ្សេងពីគ្នា។
ភ្ជាប់ភស្តុតាងអំពីថ្លៃបង់/ថ្លៃដកហូត។

ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលមានការបង់ថ្លៃ/ការដកហូត (រួមទាំងនាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ប្រភេទនៃថ្លៃ ឬការដកហូត	ចំនួនបង់	បង់ទៅអ្នកណា	បង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (រាល់អាទិត្យ រាល់ខែ ពីរដងក្នុងមួយខែ)

ផ្នែកទី 3 ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត

(a) តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ មានការផ្លាស់ប្តូរ ឬទទួលបានថ្មី នូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ធ្មេញ ភ្នែក ឬ Medicare នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ ដែរឬទេ?

មាន គ្មានទេ

បើមាន តើអ្នកណាមានការធានារ៉ាប់រងនោះ? _____
ការធានារ៉ាប់រងប្រភេទអ្វី? _____

(b) តើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ កំពុងទទួលសេវាកម្មទាក់ទងនឹងការប្រោះតម្រងនោម ដែរទេ?
បើមាន តើអ្នកណា? _____

មាន គ្មានទេ

(c) តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ មានទទួលបានការវះបូសរីរាង្គ នៅក្នុងរយៈពេល 2 ឆ្នាំកន្លងមកនេះ ដែរឬទេ?

មាន គ្មានទេ

បើមាន តើអ្នកណា? _____

ផ្នែកទី 4 ស្ថានភាពរស់នៅ

(a) តើមានអ្នកណាផ្លាស់លំនៅចូល ឬចេញពីផ្ទះរបស់លោកអ្នក ផ្លាស់លំនៅទៅរស់នៅជាមួយអ្នកផ្សេង ទៀត រៀបការ ឬមានកូន នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ ដែរឬទេ? (ឧទាហរណ៍៖ កូនដើរតទើបកើត កុមារ ឬអ្នកពេញវ័យប្តូរលំនៅចូល ឬចេញពីផ្ទះ ឬខ្ញុំពុក/ម្តាយអវត្តមានត្រឡប់មកផ្ទះវិញ។)

មាន គ្មានទេ

បើមាន សូមបំពេញខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ (រួមទាំងនាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក	តើអ្វីបានផ្លាស់ប្តូរ?	ថ្ងៃខែឆ្នាំផ្លាស់ប្តូរ

(b) តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះចង់បាន Medi-Cal ដែលមិនទាន់ទទួលបាន?

មាន គ្មានទេ

បើមាន តើអ្នកណា? _____

(c) បើមានកូនដើរតថ្មីនៅក្នុងផ្ទះ តើកន្លែងកំណើតរបស់កូននោះគឺជាអ្វី? _____ | _____ | _____
ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស

ផ្នែកទី 4 ស្ថានភាពរស់នៅ *បន្ត*

- (d) តើមានអ្នកណាក្នុងផ្ទះទទួលបានការថែទាំដោយស្នាក់នៅ ក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យ ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ
បើមាន តើអ្នកណា? _____
- (e) តើអ្នកណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះ មានផ្ទៃពោះ ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ
បើមាន តើអ្នកណា? _____
កូនប៉ុន្មាននាក់ _____ និងថ្ងៃខែឆ្នាំរំពឹងកើត៖ _____

ផ្នែកទី 5 អចលនទ្រព្យ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន

- (a) ប្រាប់ចំនួនប្រាក់ ហើយនិងសែកដែលមិនទាន់បើក របស់គ្រប់សមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងផ្ទះ: \$ _____
- (b) តើអ្នកណាមានគណនីសែក ឬគណនីសន្សំប្រាក់ ការធានារ៉ាប់រងជីវិត ការធានារ៉ាប់រងថែទាំរយៈពេលយូរ ថយន្ត ប្រាក់ទូទាត់ប្រាក់សាលក្រមបញ្ជាដោយតុលាការ ភាគហ៊ុន ប័ណ្ណបំណុល ប្រាក់និរត្ត គណនីផ្ញើទុក ដែលមានប្រាក់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ញើទុកសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ, អចលនទ្រព្យ, ថយន្តរបស់អាជីវកម្ម, គណនី ឬទ្រព្យរបស់អាជីវកម្ម, ប័ណ្ណសន្យាសងប្រាក់, និក្ខេប, លិខិតប្រគល់អាណត្តិព្យាបាលភាព, យានយន្តកម្សាន្ត, គណនី ឬមូលនិធិបញ្ចុះសព, ធនលាភ, គ្រឿងអលង្ការ (មិនមែនមរតកគ្រួសារ ឬអលង្ការអាពាហ៍ពិពាហ៍), ឬសិទ្ធិលើប្រេងកាត ឬជាតិរ៉ែ ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ
- (c) តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះ មានលក់ ឬអោយទៅអ្នកដទៃ នូវប្រាក់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិ នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក នេះ ឬតែរបស់ណាមួយដែលមានរាយក្នុងផ្នែកនេះ បានចាយវាយ ឬប្រើជាវត្ថុធានាសម្រាប់ថ្លៃសុខភាព ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ
សូមកត់សំគាល់៖ បើលោកអ្នកបានឆ្លើយ “មាន” នៅក្នុងសំណួរ (b) ឬ (c) លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញក្រដាសបន្ថែមស្តីពីទ្រព្យសម្បត្តិ ធ្វើក្រដាសនោះទៅស្រុក ហើយផ្តល់ឯកសារបញ្ជាក់។

ផ្នែកទី 6 ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬសញ្ជាតិ

នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ តើមានការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬសញ្ជាតិសំរាប់នរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះដែលមាន Medi-Cal ឬចង់បាន Medi-Cal ដែរឬទេ?
(បើស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ លោកអ្នកប្រហែលអាចមានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ពេញលេញ។) មាន គ្មានទេ

បើមាន សូមដាក់ឈ្មោះខាងក្រោមនេះ ហើយផ្ញើស្តីពីស្ថានភាពថ្មី។

ឈ្មោះ (រួមទាំងនាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាព (ផ្ញើស្តីពីស្ថានភាព)

ផ្នែកទី 7 ភាពខ្ជាក់/ពិការភាព/អសមត្ថភាព

- (a) តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះ មានបញ្ហាផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ដែលធ្វើឲ្យពិបាកក្នុងការធ្វើការងារ ដោះស្រាយសេចក្តីត្រូវការផ្ទាល់ខ្លួន ឬថែទាំកូន ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ
បើមាន តើអ្នកណា? _____
- (b) តើបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬផ្លូវសុខភាព គឺជាលទ្ធផលនៃការងាររូស ឬគ្រោះថ្នាក់ ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
បើបាទ/ចាស សូមពន្យល់ _____

ផ្នែកទី ៨ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីសុខភាពផ្សេងទៀត និងការបញ្ជូន

- (a) គូសនៅក្នុងប្រអប់នេះ បើលោកអ្នកមិនចង់ឲ្យព័ត៌មានរបស់កូនលោកអ្នក ត្រូវបានចែកចាយជាមួយកម្មវិធី Healthy Families Program ដ៏មានផ្លែទាប បើកូនរបស់លោកអ្នកទទួលបាន Medi-Cal ជាមួយចំណែកផ្នែក។
- (b) តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីសុខភាពតែធុតថ្លៃសម្រាប់កូនក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ (Child Health and Disability Prevention Programហៅកាត់ថា CHDP) ដែរឬទេ? ចង់បាន មិនចង់បានទេ
- (c) តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីបង្កប់អាហារដ៏ឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ ឬបំបៅកូនក្រោមអាយុ 5 ឆ្នាំ (Women, Infants, and Children Programហៅកាត់ថា WIC) ដែរឬទេ? ចង់បាន មិនចង់បានទេ
- (d) តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី Personal Care Services Program ដែលជាកម្មវិធីថែទាំក្នុងផ្ទះ សម្រាប់អ្នកចាស់ជរា អ្នកខ្វាក់ ឬអ្នកពិការ (ហៅថា In-Home Supportive Services) ដែរឬទេ? ចង់បាន មិនចង់បានទេ

ផ្នែកទី ៩ ហត្ថលេខា និងការបញ្ជាក់

អ្នកដែលបំពេញពាក្យសុំនេះត្រូវតែអាន ហើយចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ។

- ខ្ញុំបានទទួល ហើយបានអានសំណៅមួយច្បាប់ នៃក្រដាស ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នកស្នើសុំ Medi-Cal (MC 219)។
- ខ្ញុំដឹង ខ្ញុំយល់ ហើយខ្ញុំយល់ព្រមដើម្បីបំពេញគ្រប់សេចក្តីទទួលខុសត្រូវទាំងអស់ ដែលបានរាយការនៅក្នុងក្រដាស MC 219។
- ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំនឹងរាយការណ៍ពីគ្រប់ប្រាក់ចំណូល ទ្រព្យសម្បត្តិ និង/ឬការផ្លាស់ប្តូរណាមួយផ្សេងទៀត ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal នៅក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃក្រោយពីការផ្លាស់ប្តូរនោះកើតឡើង។
- ខ្ញុំយល់ថា គ្រប់សេចក្តីថ្លែង រួមទាំងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងប្រាក់ចំណូល ដែលខ្ញុំបានថ្លែងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ អាចត្រូវបានគេស៊ើបអង្កេត ហើយបញ្ជាក់បាន។
- ខ្ញុំប្រកាស ដោយប្រថុយទោសស្មោះចំពោះ ក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ថាគ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលបានផ្តល់ជូននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខា	ថ្ងៃខែឆ្នាំ
----------	-------------

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ ឬសម្រាប់ផ្ញើសារសំខាន់ៗ	លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> (គូសក្នុងប្រអប់នេះ បើសិនជាលេខទូរស័ព្ទផ្ទះ)
---	---

ហត្ថលេខារបស់សាក្សី (បើចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាគូស), អ្នកបកប្រែ ឬអ្នកដែលជួយ

— សម្រាប់ការប្រើប្រាស់របស់ស្រុកប៉ុណ្ណោះ —

Referrals		Follow-up Forms		
<input type="checkbox"/> HF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> MC 13	<input type="checkbox"/> MC 210 PS	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> CHDP	<input type="checkbox"/> PCSP		<input type="checkbox"/> DDSD Packet	