

# សេចក្តីថ្លែងព័ត៌មានបន្ថែម សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ MEDI-CAL ជាកុមារប៉ុណ្ណោះ — អាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ (MC 223C) ការណែនាំ

អានព័ត៌មានទាំងអស់ខាងក្រោមនេះ មុនអ្នកចាប់ផ្តើម។ បើលោកអ្នកមានសំនួរអំពីក្រដាសបែបបទនេះ ឬបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ក្នុងការបំពេញវា សូមទូរស័ព្ទទៅទីភ្នាក់ងារសង្គមកិច្ចរបស់លោកអ្នក។

ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ឲ្យ នៅក្នុងក្រដាសបែបបទនេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយក្រសួង California Department of Social Services, Disability Determination Service Division។ ទីភ្នាក់ងារនោះនឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីពាក្យសុំ Medi-Cal របស់កុមារ។ ដើម្បីជួយចាត់ការសំណុំរឿងរបស់កុមារឲ្យបានកាន់តែលឿន សូមបំពេញក្រដាសបែបបទនេះ ឲ្យបានច្រើនបំផុតដែលអាចធ្វើបាន។

គ្រប់សំនួរនៅលើក្រដាសបែបបទនេះទាក់ទងនឹងកុមារ—សូមផ្តល់ព័ត៌មានអំពីកុមារ មិនមែនអំពីខ្លួនលោកអ្នកឡើយ។

- សូមវាយអក្សរ ឬសរសេរឲ្យច្បាស់
- ឆ្លើយគ្រប់សំនួរឲ្យបានពេញលេញ
- កុំរំលងចោលសំនួរណាឡើយ។ បើលោកអ្នកមិនដឹងចម្លើយ កុំចោលសំនួរទេឡើយ។ សរសេរថា “គ្មាន” ឬ “មិនដឹង” ឬ “មិនទាក់ទង”។

នៅក្នុងភាគនីមួយៗនៃផ្នែក 5 - ព័ត៌មានសុខភាព សូមដាក់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកតែមួយកន្លែង ឬគ្រូពេទ្យ/អ្នកព្យាបាលតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះ។ សូមធ្វើឲ្យប្រាកដថា លោកអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដូចតទៅនេះ៖

- ឈ្មោះពេញលេញ នៃមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក និង គ្រូពេទ្យ/អ្នកព្យាបាល
- អាសយដ្ឋាន
- លេខសំគាល់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក របស់កុមារ។

បើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមែនជាកុមារមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំទេ លោកអ្នកត្រូវតែប្រើក្រដាសបែបបទសម្រាប់ជនពេញវ័យ (MC 223) ដែលលោកអ្នកអាចទទួលយកពីទីភ្នាក់ងារសង្គមកិច្ចរបស់លោកអ្នកបាន។

## ព័ត៌មានអំពី លិខិតអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន (MC 220)

- សូមផ្តល់ លិខិតអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន (MC 220) មួយច្បាប់សម្រាប់គ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក ឬអ្នកព្យាបាលនីមួយៗ ដែលលោកអ្នកបានសរសេរដាក់លើក្រដាសបែបបទនេះ។
- លោកអ្នកត្រូវតែស៊ីញេឈ្មោះលោកអ្នក (មិនមែនឈ្មោះរបស់កុមារទេ) នៅលើបន្ទាត់ “បុគ្គលដែលអនុញ្ញាតការបញ្ចេញព័ត៌មាន” នៅលើ MC 220 ហើយគូសប្រអប់ត្រឹមត្រូវ (ឪពុក/ម្តាយរបស់អនីតិជន អាណាព្យាបាល ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន)។ ស៊ីញេ MC 220 គ្រប់ច្បាប់—កុំស៊ីញេតែមួយច្បាប់ហើយថតចម្លងវាឡើយ។
- បើមានកំហុស លោកអ្នកត្រូវតែទាក់ទងខោនទី សុំក្រដាសបែបបទបញ្ចេញព័ត៌មានថ្មីមួយច្បាប់ទៀត។ កុំប្រើថ្នាំលប់ ឬកែកំហុសនៅលើលិខិតអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន (MC 220)ឡើយ។
- បើសិនជាអ្នកដែលស៊ីញេលិខិតបញ្ចេញព័ត៌មានត្រូវស៊ីញេដោយប្រើសញ្ញា “X” ឬ “គំនូស” ណាមួយ នោះសញ្ញា “X” ឬ “គំនូស” ត្រូវតែមានរួមទាំងហត្ថលេខារបស់សាក្សីម្នាក់ ហើយត្រូវចែងថា សាក្សីម្នាក់នោះត្រូវជាអ្វី ជាមួយនឹងអ្នកដែលបញ្ចេញព័ត៌មាន។
- គ្រប់កុមារដែលមានអាយុ 12 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ត្រូវតែស៊ីញេលិខិតអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន (MC 220) របស់ខ្លួនឯង ប្រសិនបើពិការភាពរបស់គេទាក់ទងនឹងសេវាកម្ម ដែលអាចទទួលបានតាមរយៈកម្មវិធីអនីតិជនយល់ព្រម [Minor Consent]។ អនីតិជនត្រូវតែស៊ីញេ MC 220 ហើយត្រូវតែគូសប្រអប់ “សេវាកម្មអនីតិជនយល់ព្រមប៉ុណ្ណោះ”។

ឯកសារ MC 223C ច្បាប់ផ្សេង គឺចាំបាច់ សម្រាប់កុមារម្នាក់ៗ ដែលដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ដោយសំអាងលើពិការភាពមួយ។ ចាប់ផ្តើមបំពេញក្រដាសបែបបទនៅលើទំព័រទី 2។

# សេចក្តីថ្លែងព័ត៌មានបន្ថែម សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ MEDI-CAL ជាមុនប៉ុណ្ណោះ — អាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ

County Use Only		
County Number	Aid Code	Case Number

## ផ្នែក 1—ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

<b>A. ឈ្មោះកុមារ</b> (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)		<b>B. លេខ Social Security</b>		<b>C. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត</b>	
<b>D. ភេទ</b> <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី		<b>E. កម្ពស់</b> ហ្វីត _____ អ៊ីញ _____		<b>F. ទម្ងន់ ជាដោន</b>	
<b>G. តើកុមាររស់នៅជាមួយអ្នកណា?</b>					
ឈ្មោះ:		ត្រូវជា	លេខទូរស័ព្ទ		<input type="checkbox"/> គ្មានទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្ទះ (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)		ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដហ្សឺប	
<b>H. អាសយដ្ឋានប្រសព្វលើយ</b> (បើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)					
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)		ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដហ្សឺប	
<b>I. អ្នកដែលដាក់ពាក្យជំនួសកុមារ</b>					
ឈ្មោះ:		ត្រូវជា	លេខទូរស័ព្ទ		<input type="checkbox"/> គ្មានទូរស័ព្ទ
លេខទូរស័ព្ទផ្ញើសារសំឡេង			ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលត្រូវផ្ញើសារឲ្យ		
<b>J. តើអ្នកដែលដាក់ពាក្យជំនួសកុមារនិយាយ និងអានភាសាអ្វីបានល្អជាងគេ?</b>					

## ផ្នែក 2—ជំងឺ ការប្តូរ ឬបញ្ហាសុខភាពរបស់កុមារ

A. តើជំងឺ ការប្តូរ ឬបញ្ហាសុខភាពរបស់កុមារ គឺជាអ្វីខ្លះ?	តើវាចាប់ផ្តើមពេលណា? (ខែ/ឆ្នាំ)	County Use Only

**ផ្នែក 3—ព័ត៌មាន SOCIAL SECURITY/SSI**

County Use Only

**A. តើកុមារធ្លាប់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាព Social Security ឬពិការភាព Supplemental Security Income (SSI) នៅក្នុងរយៈពេលពីរឆ្នាំកន្លងមកនេះ ដែរឬទេ?**

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម តែបើ ទេសូមរំលងទៅផ្នែក 4។
<input type="checkbox"/> ទេ	

**B. តើពាក្យសុំ Social Security ឬ SSI ត្រូវបាន៖**

<input type="checkbox"/> អនុម័ត	ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____	<input type="checkbox"/> បដិសេធ	ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____	<input type="checkbox"/> មិនដឹងទេ
<input type="checkbox"/> ប្តឹងឧទ្ធរណ៍	ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____	<input type="checkbox"/> សម្រេច	ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____	

**C. តើបញ្ហាសុខភាពរបស់កុមារបានចុះថយកាំងពីការសម្រេច ដែរឬទេ?**

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើ បាទ/ចាស សូមពន្យល់៖
<input type="checkbox"/> ទេ	

**D. តើកុមារមានបញ្ហាសុខភាពថ្មី តាំងពីថ្ងៃខែឆ្នាំបដិសេធពិការភាព Social Security/SSI ដែរឬទេ?**

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើ បាទ/ចាស តើមានបញ្ហាអ្វីខ្លះ ហើយតើវាបានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?
<input type="checkbox"/> ទេ	

**ផ្នែក 4—ប្រភពពិសេស និងព័ត៌មានអំពីសាលារៀន**

**A. តើកុមារធ្លាប់ត្រូវគេសាកល្បង ឬវាយតម្លៃដោយទីភ្នាក់ងារណាមួយខាងក្រោមនេះ ឬទីភ្នាក់ងារណាមួយខាងក្រោមនេះមានកំណត់ហេតុ ឬព័ត៌មានសុខភាព អំពីកុមារ ដែរឬទេ?**

មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំភូមិភាគ [Regional Centers]	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
សេវាកម្មកុមាររដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [California Children's Services]	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
មជ្ឈមណ្ឌលវាយតម្លៃការអភិវឌ្ឍន៍ [Developmental Evaluation Center]	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
កម្មវិធីស្ត្រី កូនដុំ និងកុមារ [Women, Infants, and Children Program, WIC]	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្ត [Mental Health Agency]	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
ទីភ្នាក់ងារណាផ្សេងទៀត	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ

**B. បើបានឆ្លើយ បាទ/ចាស ទៅនឹងសំណួរណាមួយខាងលើនេះ សូមបំពេញព័ត៌មានដូចតទៅនេះ៖**

(MC 220) signed

1. ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ		លេខទូរស័ព្ទទីភ្នាក់ងារ	
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដហ្សឺប
ឈ្មោះ អ្នកប្រឹក្សា អ្នកធ្វើការខាងសំណុំរឿង អ្នកព្យាបាល ។ល។		លេខទូរស័ព្ទ	
ប្រភេទនៃការសាកល្បង ឬការវាយតម្លៃ បើមាន (ឧទាហរណ៍ ការមើលឃើញ ការស្តាប់ឮ ការនិយាយស្តី រូបរាងកាយ ផ្លូវចិត្ត)			
ថ្ងៃខែឆ្នាំនៃការសាកល្បង ឬការវាយតម្លៃ		លេខ ID ឬលេខទាមទាររបស់កុមារ	

2. ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ		លេខទូរស័ព្ទទីភ្នាក់ងារ	
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដហ្សឺប
ឈ្មោះ អ្នកប្រឹក្សា អ្នកធ្វើការខាងសំណុំរឿង អ្នកព្យាបាល ។ល។		លេខទូរស័ព្ទ	
ប្រភេទនៃការសាកល្បង ឬការវាយតម្លៃ បើមាន (ឧទាហរណ៍ ការមើលឃើញ ការស្តាប់ព្រឹត្តិការណ៍ ការនិយាយស្តី រូបរាងកាយ ផ្លូវចិត្ត)			
ថ្ងៃខែឆ្នាំនៃការសាកល្បង ឬការវាយតម្លៃ	លេខ ID ឬលេខទាមទាររបស់កុមារ		

County Use Only

(MC 220) signed

**C. តើកុមារបាន/កំពុងចូលរួមសាលាមត្តេយ្យ មណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃ និង/ឬកម្មវិធីបន្ទាប់ពីសាលារៀន ដែរឬទេ?**

បាទ/ចាស បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ៖  
 ទេ

ឈ្មោះកម្មវិធី	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដហ្សឺប
អ្នកសម្រាប់ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលបានចូលរួម

(MC 220) signed

**D. តើកុមារបាន/កំពុងរៀននៅក្នុងសាលារៀនដែរឬទេ?**

បាទ/ចាស បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ៖  
 ទេ បើ ទេ សូមរំលងទៅភាគ H

1. ឈ្មោះសាលា	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដហ្សឺប
ឈ្មោះរបស់គ្រូបង្រៀន	
2. ឈ្មោះសាលា	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដហ្សឺប
ឈ្មោះរបស់គ្រូបង្រៀន	

(MC 220) signed

(MC 220) signed

**E. តើសាលារៀនមានធ្វើការសម្រួលពិសេសណាមួយ សម្រាប់កុមារ ដែរឬទេ (ឧទាហរណ៍៖ គ្រឿងសង្ហារឹមសម្រួលផ្លូវជម្រាលសម្រាប់កៅអីកង់ ជំនួយបន្ថែម ឬការយកចិត្តទុកដាក់)?**

បាទ/ចាស បើ បាទ/ចាស តើការសម្រួលប្រភេទអ្វីខ្លះ?  
 ទេ

**F. តើកុមារកំពុងនៅក្នុងកម្មវិធីអប់រំពិសេស ដែរឬទេ?**

បាទ/ចាស បើ បាទ/ចាស តើកម្មវិធីអប់រំពិសេសប្រភេទអ្វី?  
 ទេ

**G. តើលោកអ្នកមានសំណើមួយច្បាប់នៃ Individualized Education Plan (IEP—គឺជាវាយការណ៍ ដែល គ្រូបង្រៀនពន្យល់អំពីបញ្ហារបស់កុមារ ហើយរាយផែនការដើម្បីកែតម្រូវវា) ដែរឬទេ?**

County Use Only

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើ បាទ/ចាស សូមផ្តល់សំណើមួយច្បាប់។
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------

(MC 220) signed

**H. តើកុមារមានទទួលការប្រឹក្សា ឬការបង្រៀនម្នាក់ទល់ម្នាក់ពិសេសប្រភេទណាមួយ ដែរឬទេ?**

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ (បើលោកអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែម អ្នកអាចបន្ថែមទំព័រ)៖
-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

តើកុមារមានទទួលការប្រឹក្សា ឬការបង្រៀនម្នាក់ទល់ម្នាក់ នៅសាលារៀន ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
តើកុមារមានទទួលការប្រឹក្សា ឬការបង្រៀនម្នាក់ទល់ម្នាក់ នៅក្រៅសាលារៀន ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
បើ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ៖		

ឈ្មោះរបស់អ្នកប្រឹក្សា ឬអ្នកបង្រៀនម្នាក់ទល់ម្នាក់	លេខទូរស័ព្ទ
--------------------------------------------------	-------------

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
------------------------------	---------	------	------------

ភាពញឹកញាប់នៃការជួប	ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលការព្យាបាលបានចាប់ផ្តើម	ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលការព្យាបាលបានចប់ (បើចប់ហើយ)
--------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------

**I. តើកុមារបាន/កំពុងទទួលការព្យាបាលពិសេសណាមួយ (រូបរាងកាយ ការនិយាយស្តីនិងភាសា វិជ្ជាជីវៈ) ឬសេវាកម្មណាផ្សេងទៀតសម្រាប់ជំងឺ ឬការប្រឈមរបស់គាត់ ដែរឬទេ? សូមរួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលណាដែលកុមារទទួលបានពីឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល អ្នកថែទាំ ឬនៅក្នុងសាលារៀន។**

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ អំពីការព្យាបាល៖
-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

1. ឈ្មោះអ្នកព្យាបាល	លេខទូរស័ព្ទ
---------------------	-------------

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
------------------------------	---------	------	------------

(MC 220) signed

អ្នកដែលបានបញ្ជាក់/រៀបចំវិធីព្យាបាល	ប្រភេទនៃការព្យាបាល
------------------------------------	--------------------

ភាពញឹកញាប់នៃការជួប	ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលការព្យាបាលបានចាប់ផ្តើម	ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលការព្យាបាលបានចប់ (បើចប់ហើយ)
--------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------

2. ឈ្មោះអ្នកព្យាបាល	លេខទូរស័ព្ទ
---------------------	-------------

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
------------------------------	---------	------	------------

(MC 220) signed

អ្នកដែលបានបញ្ជាក់/រៀបចំវិធីព្យាបាល	ប្រភេទនៃការព្យាបាល
------------------------------------	--------------------

ភាពញឹកញាប់នៃការជួប	ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលការព្យាបាលបានចាប់ផ្តើម	ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលការព្យាបាលបានចប់ (បើចប់ហើយ)
--------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------

## ផ្នែក 5—ព័ត៌មានសុខភាព

County Use Only

### A. តើកុមារធ្លាប់ចូលគ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យ ដោយសារជំងឺ ការរហួស ឬបញ្ហាសុខភាពណាមួយ នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ ដែរឬទេ?

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើ ទេ សូមរំលងទៅផ្នែក 6។ បើ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយតបខាងក្រោមនេះឲ្យបានពេញលេញ៖
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

1. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក	ប្រភេទនៃការជួប	ថ្ងៃខែឆ្នាំ	
		ថ្ងៃខែឆ្នាំចូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំចេញ
	<input type="checkbox"/> ការស្នាក់នៅ (ស្នាក់នៅយ៉ាងតិច មួយយប់)		
	<input type="checkbox"/> ការជួបដោយមិនស្នាក់នៅ (ត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញថ្ងៃដដែល)		
	<input type="checkbox"/> ការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់		
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដហ្សឺប
លេខទូរស័ព្ទ	លេខសំណុំរឿងរបស់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក		

(MC 220) signed

មូលហេតុនៃការចូល

---

តើកុមារបានទទួលការព្យាបាលអ្វី?

---

តើកុមារបានជួបនឹងគ្រូពេទ្យណាខ្លះ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនេះ ដោយលក្ខណៈទៀងទាត់?

2. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក	ប្រភេទនៃការជួប	ថ្ងៃខែឆ្នាំ	
		ថ្ងៃខែឆ្នាំចូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំចេញ
	<input type="checkbox"/> ការស្នាក់នៅ (ស្នាក់នៅយ៉ាងតិច មួយយប់)		
	<input type="checkbox"/> ការជួបដោយមិនស្នាក់នៅ (ត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញថ្ងៃដដែល)		
	<input type="checkbox"/> ការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់		
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដហ្សឺប
លេខទូរស័ព្ទ	លេខសំណុំរឿងរបស់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក		

(MC 220) signed

មូលហេតុនៃការចូល

---

តើកុមារបានទទួលការព្យាបាលអ្វី?

---

តើកុមារបានជួបនឹងគ្រូពេទ្យណាខ្លះ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនេះ ដោយលក្ខណៈទៀងទាត់?

**បើអ្នកត្រូវការការកែសម្រួលសេវាបន្ថែម សូមប្រើផ្នែក 9 —កំណត់សំគាល់ (ទំព័រទី 9)។ សូមចងចាំដើម្បីស្នើរឿង  
លិខិតអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន (MC 220) មួយច្បាប់ សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក ដែលអ្នកបានដាក់នៅទំព័រទី 6។**

County Use Only

**B. នៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក តើកុមារបានជួបគួរពេទ្យ/អ្នកព្យាបាលណាម្នាក់ ដដែលមិនមានឈ្មោះនៅភាគ A ដំបូរទេ?**

(MC 220) signed

1. ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកព្យាបាល	លេខទូរស័ព្ទ
--------------------------------	-------------

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
------------------------------	---------	------	------------

ថ្ងៃខែឆ្នាំជួបលើកដំបូង	ថ្ងៃខែឆ្នាំជួបលើកចុងក្រោយ	ថ្ងៃខែឆ្នាំណាត់ជួបលើកបន្ទាប់
------------------------	---------------------------	------------------------------

មូលហេតុនៃការជួប

តើកុមារបានទទួលការព្យាបាលអ្វី?

2. ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកព្យាបាល	លេខទូរស័ព្ទ
--------------------------------	-------------

(MC 220) signed

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
------------------------------	---------	------	------------

ថ្ងៃខែឆ្នាំជួបលើកដំបូង	ថ្ងៃខែឆ្នាំជួបលើកចុងក្រោយ	ថ្ងៃខែឆ្នាំណាត់ជួបលើកបន្ទាប់
------------------------	---------------------------	------------------------------

មូលហេតុនៃការជួប

តើកុមារបានទទួលការព្យាបាលអ្វី?

**ផ្នែក 6—ថ្នាំ**

County Use Only

**តើកុមារកំពុងប្រើថ្នាំជួបញ្ហាណាមួយ សម្រាប់ជំងឺ ការរហួស ឬបញ្ហាសុខភាព ដែរឬទេ?**

បាទ/ចាស បើ បាទ/ចាស សូមប្រាប់យើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដូចតទៅនេះ៖  
 ទេ

ថ្នាំជួបញ្ហា	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ	មូលហេតុសម្រាប់ការប្រើថ្នាំ	ផលប៉ះពាល់ បើមាន

**បើកុមារមានថ្នាំជួបញ្ហាបន្ថែមទៀត សូមសរសេរនៅក្នុងផ្នែក 9—កំណត់សំគាល់**

### ផ្នែក 7—តេស្តសុខភាព

County Use Only

តើកុមារធ្លាប់ ឬនឹងមាន នូវតេស្តសុខភាព សម្រាប់ជំងឺ ការរហូស ឬបញ្ហាសុខភាពណាមួយ ដែរឬទេ?

(MC 220) signed

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើ បាទ/ចាស សូមប្រាប់យើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដូចតទៅនេះ៖
<input type="checkbox"/> ទេ	

ប្រភេទតេស្ត	តើតេស្តនេះបាន/នឹងធ្វើឡើងនៅពេលណា? (ខែ ឆ្នាំ)	តើតេស្តបានធ្វើឡើងនៅកន្លែងណា? (ឈ្មោះកន្លែង)	តើអ្នកណាបានបញ្ជូនកុមារទៅធ្វើតេស្តនេះ?
EKG (តេស្តរលេះដួង)			
Treadmill (តេស្តហាត់ប្រាណ)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (តេស្តរលកខួរក្បាល)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

បើកុមារបានទទួលតេស្តផ្សេងទៀត សូមដាក់វានៅក្នុងផ្នែក 9—កំណត់សំគាល់

### ផ្នែក 8—ប្រវត្តិការងារ

(MC 220) signed

តើកុមារធ្លាប់ធ្វើការទេ?

<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ៖
<input type="checkbox"/> ទេ	

ថ្ងៃខែឆ្នាំដែលបានធ្វើការ

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន

អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប៊ី
------------------------------	---------	------	--------------

លេខទូរស័ព្ទ

ឈ្មោះអ្នកត្រួតពិនិត្យ



សូមដាក់មុខងាររបស់កុមារ ហើយពិពណ៌នាយ៉ាងខ្លី អំពីការងារ ហើយនិងបញ្ហាណាដែលកុមារមាន នៅក្នុងការប្រព្រឹត្តការងារ។

ផ្នែក 9—កំណត់សំគាល់

ផ្នែក 10—ហត្ថលេខា និងការបញ្ជាក់

ខ្ញុំប្រកាសដោយប្រថុយទោសស្បថបំពាន ក្រោមច្បាប់នៃ State of California ថាចម្លើយដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យ នៅក្នុង Supplemental Statement of Facts for Medi-Cal form នេះ ហើយនិងឯកសារដែលបានផ្តល់ឲ្យ គឺត្រឹមត្រូវ ហើយពិត តាមការចេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ។

1. ហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យជំនួសកុមារ		ត្រូវជាអ្វីនឹងកុមារ			ថ្ងៃខែឆ្នាំ
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប	លេខទូរស័ព្ទ	
2. ហត្ថលេខារបស់សាក្សី (បើទាក់ទង)		ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកដែលដាក់ពាក្យជំនួសកុមារ			ថ្ងៃខែឆ្នាំ
អាសយដ្ឋាន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប	លេខទូរស័ព្ទ	