

# ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព



ជាទិសដៅរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ រួមទាំង Medi-Cal



## សូមមើលខាងក្នុង

អ្វីៗដែលត្រូវដឹង	1
ពាក្យស្នើសុំ	2-19
ឯកសារភ្ជាប់ A-F	20-28
សំណួរជាទូទៅ (FAQ)	29-33

Covered California គឺជាទិសដៅបុគ្គលនានានិងគ្រួសារទាំងឡាយអាចទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ។ ដោយគ្រាន់តែដាក់ពាក្យស្នើសុំតែមួយ អ្នកនឹងដឹងថាតើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប រួមទាំង Medi-Cal។

### រដ្ឋ California បានបង្កើត Covered California™ ដើម្បីជួយលោកអ្នកនិងគ្រួសារលោកអ្នកឲ្យទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ការមានធានារ៉ាប់រងសុខភាព អាចផ្តល់ឲ្យលោកអ្នកនូវអារម្មណ៍ស្ងប់ និងអាចជួយឲ្យលោកអ្នកស្ថិតនៅមានសុខភាពល្អ។ ជាមួយធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកនឹងដឹងថាលោកអ្នកនិងគ្រួសារលោកអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាពនៅពេលណាដែលលោកអ្នកត្រូវការវា។

### ប្រើពាក្យស្នើសុំនេះដើម្បីមើលថាតើជម្រើសធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះដែលអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន:

- ធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាបពី Medi-Cal
- ធានារ៉ាប់រងតម្លៃទាបសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ តាមរយៈកម្មវិធី Access for Infants and Mothers (AIM)
- គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលមានតម្លៃសមរម្យ
- ជំនួយសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក
- ➔ លោកអ្នកអាចនឹងគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប បើទោះជាលោកអ្នករកចំណូលបានច្រើនដល់\$94,000 ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់គ្រួសារដែលមានសមាជិក 4នាក់ក៏ដោយ។
- ➔ លោកអ្នកអាចប្រើពាក្យស្នើសុំនេះដើម្បីដាក់ស្នើសុំឲ្យនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក បើទោះជាឥឡូវនេះពួកគេមានធានារ៉ាប់រងរួចហើយក៏ដោយ។

ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿនតាមរយៈ Covered California ដោយចូលទៅកាន់ CoveredCA.com

ឬ ទូរស័ព្ទមកលេខ: 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)  
 លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច។

### លោកអ្នកអាចទទួលបានពាក្យស្នើសុំនេះជាភាសាផ្សេងៗទៀត។

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528 ដើម្បីទទួលបានពាក្យស្នើសុំនេះជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជា អក្សរពោះពុម្ព។



# អ្វីៗដែលត្រូវដឹង

## អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវដឹង នៅពេលដាក់ស្នើសុំ

- លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកស្នើសុំដែលជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬឯកសារ ព័ត៌មានសម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានឋានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិហើយដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រង។ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីឋានភាពជាពលរដ្ឋ ឬការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍ ត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ។
- និយោជកនិងព័ត៌មានស្តីពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។
- ព័ត៌មានស្តីពីពន្ធសហព័ន្ធរបស់លោកអ្នក។ ជាឧទាហរណ៍បុគ្គលដែលដាក់ប្រតិបត្តិក្នុងនាមជាមេគ្រួសារ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកបានប្រកាសពន្ធរបស់លោកអ្នក។
- ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបានតាមរយៈការងារ។
- ➔ យើងស្នើសុំព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលនិងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាលោកអ្នកនិងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុត។
- ➔ យើងខ្ញុំធានានិងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាសម្ងាត់តាមការតម្រូវដោយច្បាប់។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកត្រឹមតែមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។
- ➔ ក្នុងគ្រួសារដែលមានជនអន្តោប្រវេសន៍ អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដែរ។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នកដែលមានសិទ្ធិនឹងធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ឋានភាពជាជនអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក ឬឱកាសក្លាយជាពលរដ្ឋ ឬអ្នកស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ឡើយ។
- ➔ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ប្រតិបត្តិពន្ធ លោកអ្នកនៅតែអាចមានគ្រប់សម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាបតាមរយៈ Medi-Cal.
- ➔ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋសហព័ន្ធ ហើយដែលកំពុងទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាឬឥស្រាវឥស្សី (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌានៅទីក្រុង លោកអ្នកនៅតែអាចមានគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California។

## ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿនតាមរយៈវេបសាយ

ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿនតាមរយៈវេបសាយ **CoveredCA.com**។ មានសុវត្ថិភាព មានការធានា និងហ័សទាន់ចិត្ត – ហើយលោកអ្នកនឹងទទួលបានលទ្ធផលកាន់តែឆាប់!

## នៅពេលលោកអ្នកបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់

- ធ្វើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញចប់និងមានចុះហត្ថលេខាទៅកាន់៖
- Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725
- ➔ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានគ្រប់ព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំទេ សូមចុះហត្ថលេខា រួចធ្វើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកមកសិនក៏បាន។ យើងខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នកដើម្បីជួយលោកអ្នកបញ្ចប់ពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។
  - ➔ ចូរកុំធ្វើប្រាក់បង់ថ្លៃចុះឈ្មោះក្នុងផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះ។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក នឹងធ្វើវិក្កយបត្រឱ្យលោកអ្នកសម្រាប់ទឹកប្រាក់ដែលលោកអ្នកជំពាក់។

## ទទួលជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ

- យើងខ្ញុំរង់ចាំជួយលោកអ្នក! លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយដោយមិនមានបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។
- **វេបសាយ:** CoveredCA.com
  - **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទមកមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ ម៉ោង ៤ល្ងាច។
  - **មកជួបផ្ទាល់:** យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និង ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការ ទទួលស្គាល់ និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ នៅក្បែរកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ ឬបញ្ជីឈ្មោះការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមរបស់ខោនធីដែលបិតនៅក្បែរលោកអ្នក សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ឬហៅទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
  - ប្រសិនបើលោកអ្នកមានពិការភាព ឬតម្រូវការផ្សេងទៀត យើងខ្ញុំអាចជួយបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះបាន ដោយមិនឱ្យអ្នកលោកបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។ លោកអ្នកអាចអញ្ជើញដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមក្នុងស្រុករបស់ខោនធី ឬទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់សេវាអតិថិជនរបស់យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

## ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.



# ចាប់ផ្តើមពាក្យស្នើសុំនៅទីនេះ: (សូមប្រើតែបិទទឹកខ្មៅ ឬខៀវ)

## ជំហានទី 1:

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សពេញវ័យដែលជាបុគ្គលចំបងយើងខ្ញុំត្រូវទាក់ទងសម្រាប់ពាក្យស្នើសុំនេះ។

នាមខ្លួន \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល \_\_\_\_\_ បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

អាសយដ្ឋានផ្ទះ: \_\_\_\_\_ អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
-------------------------	------	-------------	-------

សូមគូសធានាផ្តល់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រខាងក្រោម។

សូមគូសធានាផ្តល់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រគឺដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់លោកអ្នក។  
**ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ** លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់លោកអ្នកខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ឬ P.O. Box (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ) \_\_\_\_\_ អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
--------------------------------	------	-------------	-------

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងលោកអ្នកបានល្អបំផុត  ផ្ទះ  ទូរស័ព្ទដៃ  កន្លែងធ្វើការ

លេខ: ( ) - \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត  ផ្ទះ  ទូរស័ព្ទដៃ  កន្លែងធ្វើការ

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់លោកអ្នក? \_\_\_\_\_ តើលោកអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំនិយាយភាសាអ្វីទៅកាន់លោកអ្នក?

តើលោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីពាក្យស្នើសុំនេះដោយវិធីណា?

ទូរស័ព្ទ  សំបុត្រ  អ៊ីម៉ែល អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: \_\_\_\_\_

### តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កុមារម្នាក់ដែលមានអាយុតិចជាង 18 ឆ្នាំឬ?

ទារកដែលមានអាយុតិចជាង 18 ឆ្នាំ មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal ប្រសិនបើម្តាយរបស់ក្មេងនោះ បានទទួលជំនួយពី Medi-Cal ឬ AIM នៅពេលប្រសូត្រកូន។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញពាក្យស្នើសុំដើម្បីទទួលបានជំនួយ Medi-Cal សម្រាប់កូនដែលកើតចេញពីផ្ទៃម្តាយដែលទទួលបានជំនួយ Medi-Cal ឬ AIM នៅពេលប្រសូត្រកូននោះទេ។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមក្នុងស្រុករបស់ខោនធីលោកអ្នក នៅពេលទារករបស់អ្នកកើតដើម្បីឱ្យប្រាកដថាកូនរបស់លោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រង។ ឬបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

ជាជម្រើស: ប្រសិនបើព័ត៌មានខាងក្រោមត្រូវបានផ្តល់ ទារកនោះអាចមានសិទ្ធិដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងការទទួលបាន Medi-Cal។ លោកអ្នកមិនត្រូវបំពេញព័ត៌មាននៅក្នុងជំហានទី 2 នៃពាក្យស្នើសុំនេះសម្រាប់ទារកនោះទេ។

តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កុមារម្នាក់ដែលមានអាយុតិចជាង 18 ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាទ តើម្តាយរបស់ក្មេងនោះមាន Medi-Cal ឬ AIM នៅពេលកូននោះកើតដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាទ តើម្តាយរបស់កូននោះនឹងមានឈ្មោះក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាទ ម្តាយនោះជាបុគ្គលទី \_\_\_\_\_ នៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ:

ប្រសិនបើឆ្លើយទេ តើម្តាយនោះមាននាមត្រកូលនិងនាមខ្លួនអ្វី? \_\_\_\_\_

សូមផ្តល់លេខ Medi-Cal, លេខ AIM, ឬ SSN របស់ម្តាយ។ \_\_\_\_\_



ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ១២:០០ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨:០០ ថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ១២:០០ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦:០០ ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.



## ជំហានទី 2:

## សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីខ្លួនលោកអ្នកនិងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក

ប្រាក់ចំណូលនិងទំហំគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ជួយយើងខ្ញុំក្នុងការធ្វើសម្រេចចិត្តថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីអ្វី។ ជាមួយនឹងព័ត៌មាននេះយើងខ្ញុំអាចធានាបានថា អ្នកគ្រប់គ្នាអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដ៏ល្អបំផុត។

### លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ៖

- ប្តីប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក
- កូនរបស់លោកអ្នកដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក
- ឪពុកម្តាយទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយកូនរបស់លោកអ្នក
- អ្នកដែលមានឈ្មោះក្នុងប្រតិវិធីទំនួលខុសត្រូវលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ប្រតិវិធីទំនួលខុសត្រូវលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ប្រតិវិធីទំនួលខុសត្រូវលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកទេ។
- ★ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានប្រកាសថាជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងប្រតិវិធីទំនួលខុសត្រូវលើប្រាក់ចំណូលរបស់មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ចូលសមាជិកទាំងអស់នៃ គ្រួសារដែលដាក់ប្រតិវិធីទំនួលខុសត្រូវលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក។
- ★ អ្នកផ្សេងទៀតដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក – ឧទាហរណ៍មិត្តប្រុស, មិត្តស្រី, ឬមិត្តរួមបន្ទប់ – នឹងត្រូវដាក់ពាក្យរបស់ខ្លួនផ្ទាល់ ប្រសិនបើពួកគេចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

### ចូរបំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយខ្លួនលោកអ្នក!

- ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យមនុស្សច្រើនជាងម្នាក់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ចូរចតចម្លងទំព័រទី 6 -8សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗបន្ថែម។
- យើងខ្ញុំនឹងរក្សាជាភាសយោគាសម្រាប់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នក តាមច្បាប់តម្រូវ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនត្រឹមតែមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សម្រាប់អ្នកទាំងឡាយនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។

### បុគ្គលទី 1 សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីខ្លួនរបស់លោកអ្នក។

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ ( ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV )	ទំនាក់ទំនងនិងលោកអ្នកខ្លួនឯង
តើលោកអ្នក: <input type="checkbox"/> ភេទប្រុស <input type="checkbox"/> ភេទស្រី		តើលោកអ្នក: <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> មិនដែលរៀបការ <input type="checkbox"/> រៀបការរួច <input type="checkbox"/> លែងលះ		<input type="checkbox"/> ដៃគូរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ
ថ្ងៃកំណើត ( ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ )		តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ <b>បើឆ្លើយបាទ</b> តើអ្នករំពឹងថានឹងមានកូនប៉ុន្មាន? _____		តើរំពឹងថាសម្រាលកូននៅថ្ងៃណា? _____

### ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទោះបីលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងពីទីផ្សារនេះ លោកអ្នកអាចកេរឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃថោក។

- ▶ តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនឯងឬ?
  - បាទ/ចាទ **បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ហើយបំពេញព័ត៌មាននៅទំព័រ 4 និង 5។
  - ទេ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ប៉ុន្តែលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកនោះ ត្រូវប្រាកដក្នុងការបំពេញព័ត៌មាននៅក្នុងទំព័រ 5។
  - ទេ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ឬសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកនោះ សូមបន្តទៅទំព័រ 6។

★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)	ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី?
_____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____
	<input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹម (ITIN) _____
	<input type="checkbox"/> ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN

★ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSNs) ដើម្បីពិនិត្យមើលប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត។ ទោះបីលោកអ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំក៏ដោយ ការផ្តល់លេខ SSN របស់លោកអ្នក នឹងជួយដល់ការពិនិត្យពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកបានកាន់តែឆាប់។ ត្រូវប្រាកដថាលោកអ្នកផ្តល់ SSN ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ប៉ុន្តែលោកអ្នកដាក់ប្រតិវិធីទំនួលខុសត្រូវលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំមិនមាន SSN ហើយចង់ឱ្យគេជួយដើម្បីទទួលបានលេខនេះ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ឬចូលទស្សនាគេហទំព័រ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)។

បុគ្គលទី 1 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 1 (បន្ត)

**ព័ត៌មានអំពីពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ** ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ប្រតិវិធីពន្ធ លោកអ្នកនៅតែអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានកម្រិតទាបតាមរយៈ Medi-Cal ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកគ្រាន់តែដើម្បីសម្រេចថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

តើលោកអ្នកគឺជាអ្នកដាក់ប្រតិវិធីពន្ធចំបង្អ (ឈ្មោះរបស់លោកអ្នកគឺនៅលំដាប់ទីមួយក្នុងឯកសារបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល)?  បាទ/ចាទ  ទេ  
មនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះអាចជាអ្នកដាក់ពាក្យបង់ពន្ធចំបង្អនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។

តើលោកអ្នកនឹងដាក់ប្រតិវិធីពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំអត្តប្រយោជន៍ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកណាម្នាក់ប្រកាសថាលោកអ្នកគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងការបង់ពន្ធរបស់ពួកគេឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ
<b>ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាទ</b> តើលោកអ្នកនឹងដាក់ដោយវិធីណា? <input type="checkbox"/> មេត្រូសារ <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> រៀបការរួចដាក់ពាក្យរួមគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការរួចដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា	<b>ប្រសិនបើបាទ/ចាទ</b> តើនរណា? <input type="checkbox"/> បុគ្គលទី # _____ ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ <input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូន <input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូនហើយដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ

តើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើលោកអ្នកត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
**បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើលោកអ្នកពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិជ្ជមានរាងកាយដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ ចូរមើលសំណួរដទៃទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថន័យនៃការពិការភាព។	តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ
--	--

តើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជាប្រជាជាតិអាមេរិកដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើលោកអ្នកមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ **ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកមានឋានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសាររបស់លោកអ្នក គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number) របស់លោកអ្នក។**

ប្រភេទឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ \_\_\_\_\_  
ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នករស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើលោកអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់លោកអ្នក គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ
--	---

តើលោកអ្នកទទួលបានអត្តប្រយោជន៍ Medicare ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើលោកអ្នកមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុន ដែលលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ
---	---

តើលោកអ្នករស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ **បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** តើលោកអ្នកថែទាំកូន ឬកូនរៀបការដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើលោកអ្នកមានអាយុពី 18 ដល់ 20 ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើលោកអ្នកមានអាយុពី 18 ដល់ 26 ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ **បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** តើលោកអ្នកបានបិតក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ 18 ឆ្នាំដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើលោកអ្នកមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ តើមានឪពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយលោកអ្នក? \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ឥឡូវនេះប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមគូសដិតត្រង់នេះ  ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ D នៅទំព័រទី 25។

**ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់លោកអ្នក** ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។

តើជាតិសាសន៍របស់លោកអ្នកគឺអ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសដិតគ្រប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ)

<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស	<input type="checkbox"/> ជនជាតិពណ៌ស	<input type="checkbox"/> ជនជាតិជប៉ុន	<input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្គាមេរ៉ូ ឬ កាម្ពុជា
<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក	<input type="checkbox"/> ជនជាតិខ្មែរ	<input type="checkbox"/> ជនជាតិកូរ៉េ	<input type="checkbox"/> ជនជាតិសាម៉ា
<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាឡាស្កា	<input type="checkbox"/> ជនជាតិចិន	<input type="checkbox"/> ជនជាតិវៀតណាម	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
<input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្វីលីពីន	<input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្វីលីពីន	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ	
<input type="checkbox"/> ជនជាតិហុងគ្រី			

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអស្បៀញ អាមេរិកឡឺន ឬអស្បៀញឬ? (ជាជម្រើស)  បាទ/ចាទ  ទេ


**ប្រសិនបើបាទ/ចាទ** សូមគូសថាតើ

<input type="checkbox"/> ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិដីកាណូ	<input type="checkbox"/> ជនជាតិសាល់វ៉ាដា	<input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្គាមេរិក
<input type="checkbox"/> ជនជាតិគុយបា	<input type="checkbox"/> ជនជាតិព៊ីតូ រ៉ាតូ	<input type="checkbox"/> ដើមកំណើតអស្បៀញ អាមេរិកឡឺន ឬអស្បៀញផ្សេងទៀត: _____

★  សូមគូសដិតត្រង់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A នៅទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី 1 បន្តនៅទំព័រភ្ជាប់

**ត្រូវការជំនួយឬ?** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៧ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៧ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.



# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 1 (បន្ត)

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក និងវិធីដែលលោកអ្នករកលុយ ភ្ជាប់មួយទំព័រនៃម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។

តើទូរស័ព្ទនេះលោកអ្នកមានការងារធ្វើទេ?  បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ:

**តើលោកអ្នកធ្វើការនៅណាបច្ចុប្បន្ន? បើលោកអ្នកមានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត**

**ការងារទី 1:** តើលោកអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?  ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? \_\_\_\_\_  ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? \_\_\_\_\_  
 ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ពីដងក្នុងមួយខែ  ប្រចាំខែ  ប្រចាំត្រីមាស  
 រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ  ប្រចាំឆ្នាំ  ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)

ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) \_\_\_\_\_ តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ \_\_\_\_\_

**ការងារទី 2:** តើលោកអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?  ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? \_\_\_\_\_  ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? \_\_\_\_\_  
 ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ពីដងក្នុងមួយខែ  ប្រចាំខែ  ប្រចាំត្រីមាស  
 រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ  ប្រចាំឆ្នាំ  ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)

ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) \_\_\_\_\_ តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ \_\_\_\_\_

**តើលោកអ្នកបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?**

**ការងារទី 1:** តើលោកអ្នកបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?  បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ:

ប្រភេទការងារ \_\_\_\_\_ តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលលោកអ្នកនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងក្នុងខែនេះ? \$ \_\_\_\_\_  
 ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចរាប់បញ្ចូលបាន។

**ការងារទី 2:** តើលោកអ្នកបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?  បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ:

ប្រភេទការងារ \_\_\_\_\_ តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលលោកអ្នកនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងក្នុងខែនេះ? \$ \_\_\_\_\_  
 ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចរាប់បញ្ចូលបាន។

**តើលោកអ្នកមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូររាប់បញ្ចូលប្រាក់អាហារកិច្ចកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។**

តើលោកអ្នកមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?  បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមបន្តទៅការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ:

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគូសជ្រើសយកមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____

**តើចំណូលរបស់លោកអ្នកប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ? បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។**

តើលោកអ្នករំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកសរុបបានប៉ុន្មាននៅឆ្នាំនេះ? (ជាជម្រើស) \$ \_\_\_\_\_ ប្រសិនបើលោកអ្នករំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកប្រែប្រួលនៅឆ្នាំក្រោយ តើប្រាក់ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន? (ជាជម្រើស) \$ \_\_\_\_\_

**តើលោកអ្នកមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ប្រសិនបើលោកអ្នកបង់ប្រាក់លើកត្តាមួយចំនួន ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិបត្តិការពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តាទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូររាប់បញ្ចូលការចំណាយលើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។**

តើលោកអ្នកមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ទំព័រនេះ។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	តើលោកអ្នកទទួលបាន ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគូសជម្រើសមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
<input type="checkbox"/> សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្មសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
<input type="checkbox"/> សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្មសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____



**ត្រូវការជំនួយឬ?** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៩ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 2 សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបុគ្គលបន្ទាប់ ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានមនុស្សលើសពីបួននាក់នៅលើពាក្យសុំនេះ ថតចម្លងទំព័រទី 6-8 មួយច្បាប់សម្រាប់បុគ្គលបន្ថែមនីមួយៗ។

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)	ទំនាក់ទំនងនឹងលោកអ្នក
----------	-----------	-----------	-------------------------------------	----------------------

សូមគូសឆែកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាយុដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអាយុដ្ឋានផ្ទះរបស់ទំនាក់ទំនងសំខាន់។  
**ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ** លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាយុដ្ឋានផ្ទះ: \_\_\_\_\_ អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អាយុដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
-------------------------	------	-------------	-------

សូមគូសឆែកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអាយុដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រខាងក្រោម។

សូមគូសឆែកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះគឺដូចគ្នានឹងអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្ររបស់អាយុដ្ឋានទំនាក់ទំនងចំបង។  
**ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ** លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះខាងក្រោម:

អាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ ឬ P.O. Box (ប្រសិនបើខុសពីអាយុដ្ឋានផ្ទះ): \_\_\_\_\_ អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
--------------------------------	------	-------------	-------

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងបុគ្គលនេះបានល្អបំផុត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ
លេខ: ( ) -	លេខ: ( ) -

អាយុដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់បុគ្គលនេះ?	តើបុគ្គលនេះចង់ឱ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាភាសាអ្វីទៅកាន់គាត់?
--	---

តើបុគ្គលនេះ: <input type="checkbox"/> ភេទប្រុស <input type="checkbox"/> ភេទស្រី	តើបុគ្គលនេះ: <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> មិនដែលរៀបការ <input type="checkbox"/> រៀបការរួច <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> ដៃគូរួមរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ
---	---

ថ្ងៃកំណើត (ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ)	តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយបាទ តើគេរំពឹងថានឹងមានកូនប៉ុន្មាន? _____ តើរំពឹងថាសម្រាលកូននៅថ្ងៃណា? _____
-------------------------------	--

**ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព** ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងដទៃទៀតនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬមានតម្លៃថោក។

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ?  បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ ចុះឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ ប្រសិនបើទេ ព័ត៌មាន SSN គឺជាជម្រើស។

<p>★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)</p> <p>_____ - _____ - _____</p>	<p>ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានលេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី?</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដកត្តបុគ្គល (ITIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN</p>
--	---

**ព័ត៌មានអំពីពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ** ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនដាក់បានប្រតិវិធីពន្ធ ពួកគេនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងកម្រិតខ្ពស់តាមរយៈ Medi-Cal។ យើងខ្ញុំនឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះជាការសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់តែកំណត់ថាតើបុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

តើបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកដាក់ប្រតិវិធីពន្ធចំបងឬ (ឈ្មោះរបស់គាត់គឺនៅលំដាប់ទីមួយក្នុងឯកសារបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល)?  បាទ/ចាទ  ទេ  
 មនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះអាចជាអ្នកដាក់ប្រតិវិធីពន្ធចំបងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។

<p>តើបុគ្គលនេះនឹងដាក់ប្រតិវិធីពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំអត្តប្រយោជន៍ឬ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ តើគាត់នឹងដាក់ពាក្យដោយវិធីណា?</p> <p><input type="checkbox"/> មេត្រូវសារ <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> ក្នុងបន្ទុក</p> <p><input type="checkbox"/> រៀបការរួច ដាក់ពាក្យរួមគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការរួច ដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា</p>	<p>តើអ្នកណាម្នាក់ប្រកាសថាបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងការបង់ពន្ធរបស់ពួកគេឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><b>ប្រសិនបើបាទ/ចាទ</b> តើនរណា?</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលទី # _____ ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូន</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូនហើយដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ</p>
---	---

បុគ្គលទី 2 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 2 (បន្ត)

តើបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
**បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើបុគ្គលនេះពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិជ្ជមានរាងកាយដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាទ  ទេ

ចូរមើលសំណួរជាទូទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្តន័យនៃការពិការភាព។

តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ **ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ**

សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number) ។

ប្រភេទឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ \_\_\_\_\_

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ឬទេ?

បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3ខែចុងក្រោយ ដែលបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

**បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** តើបុគ្គលនេះថែទាំកូន ឬកូនៗដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 20ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 26ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

**បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** តើបុគ្គលនេះបានបិតក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ 18ឆ្នាំដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ តើមានឪពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយបុគ្គលនេះ? \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

**ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នា តែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថា ការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។**

តើបុគ្គលនេះមានជាតិសាសន៍អ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសជិតគ្រប់ចម្លើយដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក)

- ជនជាតិស្បែកស
- ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
- ជនជាតិដើមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ជនជាតិឥណ្ឌា
- ជនជាតិកូរ៉េ
- ជនជាតិខ្មែរ
- ជនជាតិចិន
- ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ជនជាតិហុងគ្រី
- ជនជាតិជប៉ុន
- ជនជាតិកូរ៉េ
- ជនជាតិឡាវ
- ជនជាតិវៀតណាម
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬកាម្ពុជា
- ជនជាតិសាម៉ា
- ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអស្ប្តាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអស្ប្តាញឬទេ? (ជាជម្រើស)  បាទ/ចាទ  ទេ  
**ប្រសិនបើបាទ/ចាទ** សូមគូសថា តើជនជាតិណា ៖  
 ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិឥណ្ឌា  
 ជនជាតិសាលវ៉ាដូ  ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា  
 ជនជាតិគុយបា  ជនជាតិព៊ីតូរីកូ  
 ដើមកំណើតអស្ប្តាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអស្ប្តាញផ្សេងទៀត: \_\_\_\_\_

★  សូមគូសជិតត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A អ្នកជាជនជាតិនៅលើទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី 2 បន្តនៅទំព័រភ្ជាប់



ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 9ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.



# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 2 (បន្ត)

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងាររបស់បុគ្គលនេះ និងវិធីដែលគាត់ករុយ ភ្ជាប់មួយទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។

តើបុគ្គលនេះមានធ្វើការងារអ្វីទេ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

### តើបុគ្គលនេះធ្វើការនៅណា? បើគាត់មានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត

<b>ការងារទី 1:</b> តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ ចំណូលដោយរបៀបណា?	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)
	ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) _____ តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ _____

<b>ការងារទី 2:</b> តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ ចំណូលដោយរបៀបណា?	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)
	ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) _____ តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ _____

<b>ការងារទី 2:</b> តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ
---

### តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?

<b>ការងារទី 1:</b> តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ
ប្រភេទការងារ _____ តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? \$ _____ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចចាប់បញ្ចូលបាន។

<b>ការងារទី 2:</b> តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ
ប្រភេទការងារ _____ តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? \$ _____ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចចាប់បញ្ចូលបាន។

### តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូរភ្ជាប់ប្រាក់អាហារកិច្ចកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។

តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមបន្តទៅការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគូសជ្រើសយកមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____

### តើចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ? បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។

តើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះសរុបបានប៉ុន្មាននៅឆ្នាំនេះ? (ជាជម្រើស) \$ _____	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលនៅឆ្នាំក្រោយ តើប្រាក់ ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន? (ជាជម្រើស) \$ _____
---	--

### តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ប្រសិនបើបុគ្គលនេះបង់ប្រាក់លើកត្តាមួយចំនួន ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិបត្តិទំនិញលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តា ទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូរភ្ជាប់ប្រាក់ចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។

តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ទំព័រនេះ។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	តើបុគ្គលនេះទទួលបាន ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគូសជម្រើសមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
<input type="checkbox"/> សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
<input type="checkbox"/> សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____



**ជំហានទី 2:**

**បុគ្គលទី3 សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបុគ្គលបន្ទាប់ ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក។**

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)	ទំនាក់ទំនងនឹងលោកអ្នក
----------	-----------	-----------	-------------------------------------	----------------------

សូមគូសឆែកក្រុងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុឆ្នាំរួចរាល់របស់បុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអាយុឆ្នាំរបស់ទំនាក់ទំនងសំខាន់។  
**ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ** លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុឆ្នាំរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាយុឆ្នាំរួចរាល់: \_\_\_\_\_ អាជ្ញាធរមិនលេខ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង (អាយុឆ្នាំរួចរាល់)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
----------------------------	------	-------------	-------

សូមគូសឆែកក្រុងនេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអាយុឆ្នាំរួចរាល់។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុឆ្នាំរួចរាល់បុគ្គលនេះខាងក្រោម។

សូមគូសឆែកក្រុងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុឆ្នាំរួចរាល់បុគ្គលនេះដូចគ្នានឹងអាយុឆ្នាំរបស់បុគ្គលនេះខាងក្រោម។  
**ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ** លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុឆ្នាំរួចរាល់បុគ្គលនេះខាងក្រោម:

អាយុឆ្នាំរួចរាល់ ឬ P.O. Box (ប្រសិនបើអាយុឆ្នាំរួចរាល់) \_\_\_\_\_ អាជ្ញាធរមិនលេខ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង (អាយុឆ្នាំរួចរាល់)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
----------------------------	------	-------------	-------

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងបុគ្គលនេះបានល្អបំផុត  ផ្ទះ  ទូរស័ព្ទដៃ  កន្លែងធ្វើការ  
 លេខ: ( ) - \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត  ផ្ទះ  ទូរស័ព្ទដៃ  កន្លែងធ្វើការ  
 លេខ: ( ) - \_\_\_\_\_

អាយុឆ្នាំរួចរាល់: \_\_\_\_\_

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាកាសាអ៊ីទៅកាន់បុគ្គលនេះ? \_\_\_\_\_ តើបុគ្គលនេះចង់ឱ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាកាសាអ៊ីទៅកាន់គាត់? \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះ:  ភេទប្រុស  ភេទស្រី  
 តើបុគ្គលនេះ:  នៅលើ  មិនដែលរៀបការ  រៀបការរួច  លែងលះ  
 ដៃគូរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន  មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ

ថ្ងៃកំណើត (ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះឬ?  បាទ/បាទ  ទេ បើឆ្លើយបាទ តើគេរំពឹងថានឹងមានកូនប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_  
 តើរំពឹងថាសម្រាលកូននៅថ្ងៃណា? \_\_\_\_\_

**ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព** ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងដទៃទៀតនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬមានតម្លៃថោក។

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ?  បាទ/បាទ បើឆ្លើយបាទ/បាទ ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ ប្រសិនបើ ព័ត៌មាន SSN គឺជាជម្រើស។

<p>★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)</p> <p>_____ - _____ - _____</p>	<p>ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានលេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី?</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដកតុបុគ្គល (ITIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN</p>
--	--

**ព័ត៌មានអំពីពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ** ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនដាក់បានប្រតិវិធីពន្ធ ពួកគេនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃតាមរយៈ Medi-Cal។ យើងខ្ញុំនឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះជាការសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់តែកំណត់ថាតើបុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

តើបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកដាក់ប្រតិវិធីពន្ធចំបង់ (ឈ្មោះរបស់គាត់នៅលើរបាយការណ៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល)?  បាទ/បាទ  ទេ  
 មនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះអាចជាអ្នកដាក់ប្រតិវិធីពន្ធចំបង់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។

<p>តើបុគ្គលនេះនឹងដាក់ប្រតិវិធីពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍ឬ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/បាទ <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយបាទ/បាទ តើគាត់នឹងដាក់ពាក្យដោយវិធីណា?</p> <p><input type="checkbox"/> មេត្រូវសារ <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> ក្នុងបន្ទុក</p> <p><input type="checkbox"/> រៀបការរួច ដាក់ពាក្យរួមគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការរួច ដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា</p>	<p>តើអ្នកណាម្នាក់ប្រកាសថាបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងការបង់ពន្ធរបស់ពួកគេឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p><b>ប្រសិនបើបាទ/បាទ</b> តើនរណា?</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលទី # _____ ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូន</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូនហើយដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ</p>
--	---

**បុគ្គលទី3 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់**

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី 3 (បន្ត)

តើបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
បើឆ្លើយបាទ/ចាទ ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើបុគ្គលនេះពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិជ្ជមានរាងកាយដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាទ  ទេ

ចូរមើលសំណួរជាទូទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្តន័យនៃការមានពិការភាព។

តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ

សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number)។

ប្រភេទឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ \_\_\_\_\_

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ឬទេ?  
 បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3ខែចុងក្រោយ ដែលបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

បើឆ្លើយបាទ/ចាទ តើបុគ្គលនេះថែទាំកូន ឬកូនៗដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 20ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 26ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

បើឆ្លើយបាទ/ចាទ តើបុគ្គលនេះបានបិតក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ 18ឆ្នាំដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ តើមានឪពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយបុគ្គលនេះ? \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

**ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នា តែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។**

តើបុគ្គលនេះមានជាតិសាសន៍អ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសជិតគ្រប់ចម្លើយដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក)

- ជនជាតិស្បែកស  ជនជាតិពណ៌ស  ជនជាតិជប៉ុន  ជនជាតិពណ៌មេឡូ ឬកាម្មី
- ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក  ដើមកំណើតអាស៊ី  ជនជាតិកូរ៉េ  ជនជាតិសាម៉ាវ
- ជនជាតិដើមអាមេរិក  ជនជាតិខ្មែរ  ជនជាតិឡាវ  ផ្សេងៗ
- ជនជាតិដើមអាឡាស្កា  ជនជាតិចិន  ជនជាតិវៀតណាម  \_\_\_\_\_
- ជនជាតិហ្វីលីពីន  ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ  \_\_\_\_\_
- ជនជាតិហុងគ្រី  ជនជាតិហុងគ្រី  \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអស្បែកខ្មៅ អាមេរិកឡាទីន ឬអស្បែកខ្មៅឬទេ? (ជាជម្រើស)  បាទ/ចាទ  ទេ  
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមគូសថាតើជនជាតិណា ៖  
 ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិកាណូ  
 ជនជាតិសាលវ៉ាដូ  ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា  
 ជនជាតិគុយបា  ជនជាតិព៊ីតូរីកូ  
 ដើមកំណើតអស្បែកខ្មៅ អាមេរិកឡាទីន ឬអស្បែកខ្មៅផ្សេងទៀត: \_\_\_\_\_

★  សូមគូសជិតត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A អ្នកជាជនជាតិនៅលើទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី 3 បន្តនៅទំព័រភ្ជាប់

# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 3 (បន្ត)

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងាររបស់បុគ្គលនេះ និងវិធីដែលគាត់រកលុយ ភ្ជាប់មួយទំព័រនៃប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។

តើបុគ្គលនេះមានធ្វើការងារអ្វីទេ?  បាន/បាន បើឆ្លើយបាន/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

### តើបុគ្គលនេះធ្វើការនៅណា? បើគាត់មានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត

<b>ការងារទី 1:</b> តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)
	ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) _____ តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ _____

<b>ការងារទី 2:</b> តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)
	ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) _____ តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ _____

### តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?

**ការងារទី 1:** តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?  បាន/បាន បើឆ្លើយបាន/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? \$ _____ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចចាប់បញ្ចូលបាន។
--------------	--

**ការងារទី 2:** តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?  បាន/បាន បើឆ្លើយបាន/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? \$ _____ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចចាប់បញ្ចូលបាន។
--------------	--

### តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូរភ្ជាប់ប្រាក់អាហារកិច្ចកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតិថិជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។

តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?  បាន/បាន បើឆ្លើយបាន/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមបន្តទៅការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគុណជ្រើសយកមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____

### តើចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ? បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរពីខាងក្រោម។

តើបុគ្គលនេះរងការប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះសរុបបានប៉ុន្មាននៅឆ្នាំនេះ? (ជាជម្រើស) \$ _____	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះរងការប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលនៅឆ្នាំក្រោយ តើប្រាក់ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន? (ជាជម្រើស) \$ _____
--	--

### តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ប្រសិនបើបុគ្គលនេះរងការប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិបត្តិទំនិញលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តា ទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូរភ្ជាប់ប្រាក់ចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។

តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?  បាន/បាន បើឆ្លើយបាន/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ទំព័រឈ្នាប់។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	តើបុគ្គលនេះទទួលបាន ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគុណជម្រើសមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
<input type="checkbox"/> សោធន៍អាហារកិច្ចដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
<input type="checkbox"/> សោធន៍អាហារកិច្ចដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____



# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 4 (បន្ត)

តើបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
**បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើបុគ្គលនេះពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិជ្ជមានរាងកាយដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ចូរមើលសំណួរជាទូទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថន័យនៃការមានពិការភាព។

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ **ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ**

សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number) ។

ប្រភេទឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ \_\_\_\_\_

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឱ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ឬទេ?

បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3ខែចុងក្រោយ ដែលបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

**បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** តើបុគ្គលនេះថែទាំកូន ឬកូនៗដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 20ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 26ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

**បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** តើបុគ្គលនេះបានបិតក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ 18ឆ្នាំដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ តើមានឪពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយបុគ្គលនេះ? \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ?  បាទ/ចាទ  ទេ

**ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នា តែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថា ការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។**

តើបុគ្គលនេះមានជាតិសាសន៍អ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសជិតគ្រប់ចម្លើយដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក)

- ជនជាតិស្បែកស
- ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
- ជនជាតិដើមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ជនជាតិឥណ្ឌា
- ជនជាតិកូរ៉េ
- ជនជាតិខ្មែរ
- ជនជាតិចិន
- ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ជនជាតិហុងគ្រី
- ជនជាតិជប៉ុន
- ជនជាតិកូរ៉េ
- ជនជាតិឡាវ
- ជនជាតិវៀតណាម
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬកាម្លឺ
- ជនជាតិសាម៉ា
- ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអស្ប្តាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអស្ប្តាញឬទេ? (ជាជម្រើស)  បាទ/ចាទ  ទេ  
**ប្រសិនបើបាទ/ចាទ** សូមគូសថា តើជនជាតិណា ៖  
 ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិឥណ្ឌា  
 ជនជាតិសាលវ៉ាដូ  ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា  
 ជនជាតិគុយបា  ជនជាតិព៊ីតូរីកូ  
 ដើមកំណើតអស្ប្តាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអស្ប្តាញផ្សេងទៀត: \_\_\_\_\_

★  សូមគូសជិតត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A អ្នកជាជនជាតិនៅលើទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី 4 បន្តនៅទំព័រភ្ជាប់

**ត្រូវការជំនួយឬ?**

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

# ជំហានទី 2:

## បុគ្គលទី 4 (បន្ត)

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងាររបស់បុគ្គលនេះ និងវិធីដែលគាត់ករុយ ភ្ជាប់មួយទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។

តើបុគ្គលនេះមានធ្វើការងារអ្វីទេ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

### តើបុគ្គលនេះធ្វើការនៅណា? បើគាត់មានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត

<b>ការងារទី 1:</b> តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____	<input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____	
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស		
	<input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)		

ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) \_\_\_\_\_ តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ \_\_\_\_\_

<b>ការងារទី 2:</b> តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____	<input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____	
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស		
	<input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)		

ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស) \_\_\_\_\_ តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? \$ \_\_\_\_\_

### តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?

**ការងារទី 1:** តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ \_\_\_\_\_ តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? \$ \_\_\_\_\_  
 ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចចាប់បញ្ចូលបាន។

**ការងារទី 2:** តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ \_\_\_\_\_ តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលបានពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? \$ \_\_\_\_\_  
 ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចចាប់បញ្ចូលបាន។

### តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូរភ្ជាប់ប្រាក់អាហារភិក្ខុកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។

តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមបន្តទៅការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគូសជ្រើសយកមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____

### តើចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ? បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។

តើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះសរុបបានប៉ុន្មាននៅឆ្នាំនេះ? (ជាជម្រើស) \$ \_\_\_\_\_ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលនៅឆ្នាំក្រោយ តើប្រាក់ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន? (ជាជម្រើស) \$ \_\_\_\_\_

### តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ប្រសិនបើបុគ្គលនេះបង់ប្រាក់លើកត្តាមួយចំនួន ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិបត្តិទំនិញលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តា ទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូរភ្ជាប់ប្រាក់ចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។

តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?  ចាស/បាន បើឆ្លើយចាស/បាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម  ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ទំព័រនេះ។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	តើបុគ្គលនេះទទួលបាន ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (សូមគូសជម្រើសមួយ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
<input type="checkbox"/> សោធន៍អាហារភិក្ខុដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____
<input type="checkbox"/> សោធន៍អាហារភិក្ខុដែលបានបង់ <input type="checkbox"/> ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ការបើកប្រាក់តែមួយលើក (សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)	\$ _____



លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិម្នាក់

★ លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ឲ្យធ្វើជា "តំណាងពេញសិទ្ធិ" របស់ខ្លួន។ តំណាងពេញសិទ្ធិ គឺជាបុគ្គលម្នាក់ដែលលោកអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យមើលពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក និងនិយាយជាមួយយើងខ្ញុំអំពីវានៅពេលនេះ និងទៅថ្ងៃអនាគត។

ឈ្មោះអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ

អាសយដ្ឋាន

អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង

រដ្ឋ

លេខកូដតំបន់

ខោនធី

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា លោកអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលនេះចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្លូវការអំពីពាក្យសុំនេះ និងដើម្បីធ្វើជំនួសឲ្យលោកអ្នក ចំពោះគ្រប់កិច្ចការជាមួយយើងខ្ញុំភ្នាក់ងារនេះ។

ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក

កាលបរិច្ឆេទ

សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាព

ពាក្យស្នើសុំនេះប្រើសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ឬសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS)។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពដែលលោកអ្នកផ្តល់លើពាក្យស្នើសុំនេះគឺជាព័ត៌មានឯកជន និងសម្ងាត់។ Covered California ឬ DHCS ត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់ អត្តសញ្ញាណលោកអ្នក និងអ្នកដទៃទៀតនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ និងដើម្បីគ្រប់គ្រង កម្មវិធីរបស់យើងខ្ញុំ។

យើងខ្ញុំនឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាមួយភ្នាក់ងារដទៃទៀត សហព័ន្ធ និងភ្នាក់ងារក្នុងស្រុកនានា អ្នកម៉ៅការ គម្រោងសុខភាព និងកម្មវិធីផ្សេងៗទៀត តែក្នុងគោលបំណងដើម្បីចុះឈ្មោះលោកអ្នកក្នុងគម្រោង ឬកម្មវិធីណាមួយ ឬដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងជាមួយភ្នាក់ងារដទៃទៀតនិងភ្នាក់ងារ សហព័ន្ធ ដែលច្បាប់បានតម្រូវប៉ុណ្ណោះ។

- លោកអ្នកត្រូវឆ្លើយគ្រប់សំណួរនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ រៀបរយលម្អិតទាំង នោះមានដាក់សម្គាល់ថា "ជាជម្រើស"។ ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក បាត់បង់ព័ត៌មានអ្វីមួយដែលយើងខ្ញុំតម្រូវ យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងលោកអ្នក ដើម្បីទទួលយកព័ត៌មាននោះ។ ➔ **ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាននោះ** យើងខ្ញុំនឹងមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកឡើយ។ លោកអ្នកអាចនឹងត្រូវដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំថ្មីមួយទៀត បើមិនដូច្នោះទេ លោកអ្នកមិនអាចទទួលបាននូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ទេ ឬពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកអាចនឹងត្រូវបាន បដិសេធ។
- ក្នុងករណីភាគច្រើន លោកអ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីលោកអ្នក ដែលមានក្នុងឯកសាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ លោកអ្នកអាចមើលព័ត៌មាននោះក្នុង ទម្រង់ជម្រើសណាមួយ (ដូចជា អក្សរចាត់ចែង) ប្រសិនបើលោកអ្នក ត្រូវការ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីមើលឯកសារ **Covered California** សូមទាក់ទងនឹងមន្ត្រីផ្នែកឯកជនភាព (Privacy Officer) តាមរយៈ៖

Covered California  
Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

ទូរស័ព្ទ: 1-800-906-8528  
TTY: 1-888-889-4500

សម្រាប់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (**Department of Health Care Services**) សូមទំនាក់ទំនងអង្គការការពារព័ត៌មាន តាមរយៈ៖

P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA  
95899-7413

ទូរស័ព្ទ: 1-866-866-0602  
TTY: 1-877-735-2929

ច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធទាំងនេះ ផ្តល់សិទ្ធិឲ្យយើងខ្ញុំប្រមូល និងរក្សាព័ត៌មាន លើពាក្យស្នើសុំ៖

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; ក្រមរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Government Code) §§ 100502(k) និង 100503(a)  
DHCS: សុខុមាលភាព និងស្ថាប័នរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ ក្រម § 14011 និងមាត្រា 3 ជំពូក 5 និង 7 ភាគ 2 និង 3 ផ្នែក 9

យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាពនេះជូនលោកអ្នក ក្រោមក្រមរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា (California Civil Code) § 1798.17។ លោកអ្នកអាចមើលគោលការណ៍ ស្តីពីឯកជនភាពរបស់ Covered California តាមរយៈគេហទំព័រ CoveredCA.com. ចូរមើលសេចក្តីប្រកាសរបស់ DHCS ស្តីពីការអនុវត្តន៍នៃឯកជនភាព តាមគេហទំព័រ dhcs.ca.gov ។

**ត្រូវការជំនួយឬ?** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នក អាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៩ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៩ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.





សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក

- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺពិតប្រាកដតាមអ្វីដែលខ្ញុំដឹង។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងស្ថិតក្រោមការពិនិត្យប្រសិនបើខ្ញុំមិនប្រាប់ការពិត។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឲ្យនឹងត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់តែពិនិត្យមើលថាតើសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារខ្ញុំដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬយ៉ាងណា។
- ខ្ញុំដឹងថា កម្មវិធី Covered California និង Medi-Cal នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានខ្ញុំជាការសម្ងាត់ ទៅតាមការតម្រូវរបស់ច្បាប់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងឯកសារដែលមានក្នុងកម្មវិធី Covered California និង Medi-Cal ខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងមន្ត្រីឯកជនភាពតាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។
- ខ្ញុំដឹងថា ដើម្បីឲ្យមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលខ្ញុំ ឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសារខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន លុះត្រាតែពួកគេមានមូលហេតុសមរម្យសម្រាប់ការមិនធ្វើបែបនេះ។ ឧទាហរណ៍នៃចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះមានប្រាក់សោធននិវត្តន៍ អត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាល ចំណូលសោធននិវត្តន៍ អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ធនលាភ អត្ថប្រយោជន៍ពិការភាព អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម (ក៏ហៅថា OASDI ឬការធានារ៉ាប់រងមនុស្សចាស់ អ្នកនៅរស់ និងពិការភាព) និងអត្ថប្រយោជន៍និករភាព។ ប៉ុន្តែចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍មិនរាប់បញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍នៃជំនួយសាធារណៈដូចជា CalWORKs ឬ CalFresh ឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីប្រភពចំណូលដែលអាចមាន ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) សម្រាប់ជំនួយ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ការិយាល័យ Covered California ឬសេវាសង្គមខោនធីរបស់ខ្ញុំអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្វីមួយដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅលើពាក្យសុំនេះ។ ដើម្បីរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនានា ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ឬចូលទៅកាន់ CoveredCA.com។ ឬខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គមខោនធីរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថា Covered California មិនត្រូវរើសអើងចំពោះខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះឡើយ ដោយសារតែជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត សាសនា អាយុ ភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឋានភាពអតីតយុទ្ធជន ឬពិការភាព។ ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថា Covered California មានការរើសអើងចំពោះខ្ញុំរាប់បញ្ចូលទាំងការខកខានផ្តល់ការស្នាក់នៅសមរម្យទៅតាមការតម្រូវក្រោមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ខ្ញុំអាចប្តឹងដោយចូលទៅកាន់ [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) ឬ <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>។ ប្រសិនបើខ្ញុំជឿជាក់ថា Covered California មានការរើសអើងចំពោះខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះ ពាក់ព័ន្ធនឹងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ខ្ញុំក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយនិងនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំ សុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋតាមរយៈការទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399)។

- ខ្ញុំដឹងថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ឬព័ត៌មាននៃសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារអ្នកដាក់ពាក្យអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបស់សមាជិកផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ។
- លើកលែងសម្រាប់ការដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ខ្ញុំអះអាងថា គ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងពាក្យសុំនេះត្រូវបានរឹតត្បិតក្រោយពេលសម្រេចទោសចោទប្រកាន់ (ការិនិច្ច័យ) នៅក្នុងគុក ពន្ធនាគារ ឬកន្លែងដាក់ពិន័យ ឬមណ្ឌលកែប្រែស្រដៀងគ្នានេះឡើយ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរចំណូលទៅកាន់ Covered California ព្រោះវាអាចប៉ះពាល់ដល់បរិមាណជំនួយបុព្វលាភ (ឥណទានជាពន្ធ) ដែលខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ខ្ញុំក៏ដឹងថាប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយបុព្វលាភ (ឥណទានជាពន្ធ) ច្រើនពេកនៅក្នុងឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំនឹងត្រូវបង់ជំនួយបុព្វលាភបន្ថែមជូន IRS នៅពេលដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យបង់ពន្ធលើចំណូលសហព័ន្ធរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។
- ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ Covered California ពិនិត្យឯកសារកុំព្យូទ័ររបស់ទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ពីសញ្ញាតិ ឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ ព័ត៌មានព័ន្ធនិងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងតែនិងសិទ្ធិក្នុងការទទួលបាន ដើម្បីពិនិត្យថាខ្ញុំ និងបុគ្គលផ្សេងទៀតនៅក្នុងពាក្យសុំ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅក្នុងពាក្យសុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal:

- ខ្ញុំដឹងថាប្រសិនបើ Medi-Cal បង់ថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ រាល់ប្រាក់ដែលខ្ញុំឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទទួលបានពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬការទូទាត់ផ្នែកច្បាប់ទាក់ទងនឹងការចំណាយនោះ និងទៅកាន់ Medi-Cal ជាការបង់សម្រាប់ចំណាយ រហូតទាល់តែចំណាយនោះត្រូវបានបង់គ្រប់ចំនួន។

សម្រាប់ឪពុកម្តាយ ដែលកូនពួកគាត់មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal:

- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបានសុំឲ្យជួយភ្នាក់ងារដែលប្រមូលជំនួយគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ពីឪពុក/ម្តាយដែលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ដែលមិនរស់នៅជាមួយកូន និងមិនបានធ្វើជំនួយគាំទ្រដល់កូន។ ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាការជួយនឹងធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ខ្ញុំ និងកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចប្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ហើយខ្ញុំនឹងមិនចាំបាច់ជួយទេ។

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក បន្តទៅទំព័រនាបាច់ 

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក (បន្ត)

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា:

- ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថា Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal បានប្រព្រឹត្តនូវ កំហុស ខ្ញុំអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះបាន។ ការប្តឹងតវ៉ាមានន័យថាប្រាប់ទៅនរណាម្នាក់នៅ Covered California ឬនៅកម្មវិធី Medi-Cal ថា ខ្ញុំគិតថាសេចក្តីសម្រេចនោះមិនត្រឹមត្រូវ ហើយសុំឲ្យមានការត្រួតពិនិត្យដោយ យុត្តិធម៌លើសកម្មភាពនោះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្វែងរករបៀបប្តឹងតវ៉ា ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យប្តឹងនៅក្នុងរយៈពេល90ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃចេញសេចក្តីសម្រេច។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចធ្វើជាតំណាងខ្លួនឯង ឬមាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតតំណាងខ្ញុំ នៅក្នុងការប្តឹងតវ៉ានេះ ដូចជាអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬមេធាវី។
- ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ នរណាម្នាក់នៅក្នុង Covered California កម្មវិធី Medi-Cal ឬនៅការិយាល័យសេវាសង្គមខាងលើអាចពន្យល់ករណីនេះដល់ខ្ញុំបាន។

ការបន្តការធានារ៉ាប់រង

ដើម្បីឲ្យកាន់តែមានភាពងាយស្រួលក្នុងការបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀត ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យ Covered California ប្រើប្រាស់ប្រភពកុំព្យូទ័រដូចជា IRS ដើម្បីពិនិត្យមើលចំណូលរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើប្រភពទាំងនេះ បង្ហាញថាខ្ញុំនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបាននោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំអាចបន្តបានសម្រាប់រយៈពេល 12ខែទៀត ហើយខ្ញុំមិនចាំបាច់បំពេញបែបបទបន្តការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើឯកសារការងារផ្សេងទៀតនោះទេ។

ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសមិនអនុញ្ញាតឲ្យ Covered California ប្រើប្រាស់ប្រភពកុំព្យូទ័រ ខ្ញុំត្រូវតែបំពេញកញ្ចប់នៃការបន្តរៀងរាល់12 ខែម្តង ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យ Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal ពិនិត្យមើលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់៖

- 5ឆ្នាំ  4ឆ្នាំ  3ឆ្នាំ  2ឆ្នាំ  1ឆ្នាំ

ឬ

- ខ្ញុំមិនចង់ឲ្យ Covered California ពិនិត្យមើលរបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធរបស់ខ្ញុំនៅពេលបន្តទេ។

ការប្រកាស និងហត្ថលេខា ចំណុចនេះ គឺចាំបាច់។

ខ្ញុំសូមអះអាងចំពោះតុលាការថា អ្វីដែលខ្ញុំនិយាយខាងក្រោយគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។

- ខ្ញុំបានយល់គ្រប់សំណួរទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយបានផ្តល់ចម្លើយដែលពិតនិងត្រឹមត្រូវអស់ពីសមត្ថភាពដែលខ្ញុំដឹង។ ត្រង់ចំណុចដែលខ្ញុំមិនដឹងចម្លើយខ្លួនឯង ខ្ញុំបានព្យាយាមយ៉ាងសមហេតុផល ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ចម្លើយជាមួយអ្នកដែលបានដឹង។
- ខ្ញុំដឹងថាប្រសិនបើខ្ញុំមិនបានប្រាប់ការពិតនៅក្នុងការដាក់ពាក្យនេះ អាចនឹងមានការដាក់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ ឬរដ្ឋប្បវេណីពីបទស្អប់បំពាន ដែលអាចមានការដាក់ពន្ធនាគាររហូតដល់ទៅ4ឆ្នាំ (សូមមើលក្រមព្រហ្មទណ្ឌរដ្ឋ California ផ្នែក126)។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើមនុស្សដែលកំពុងដាក់ពាក្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ។ Covered California នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានជាការសម្ងាត់ ដែលត្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋCalifornia។
- ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ Covered California ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ឬដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ CoveredCA.com ប្រសិនបើមានអ្វីមួយផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ សម្រាប់នរណាដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងតែជ្រើសរើសយកគម្រោងសុខភាពមួយ ដោយបំពេញនិងដាក់ជូនឯកសារភ្ជាប់ D ហើយប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ដោយ Covered California ថាមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង ដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសនៅក្នុងឯកសារភ្ជាប់ D៖
  - ខ្ញុំដឹងថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅត្រង់នេះ ខ្ញុំកំពុងតែចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកចេញគម្រោងនោះ។
  - ខ្ញុំមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់18ឆ្នាំ ឬខ្ញុំជាអនីតិជនដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ និងមានសមត្ថភាពខាងបញ្ញាក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចសន្យា។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ ឬតំណាងពេញសិទ្ធិ	កាលបរិច្ឆេទ
---------------------------------------	-------------

ជំហានទី3 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 




ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ CoveredCA.com.

### ជំហានទី 3:

### សូមអាននិងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ (បន្ត)

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាបុគ្គលដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយ Covered California ក្នុងការជួយនរណាម្នាក់បំពេញពាក្យសុំនេះ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ក្នុងនាមជាអ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ ឬអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងដែលមាន ការទទួលស្គាល់ ខ្ញុំបានជួយអ្នកដាក់ពាក្យបំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយសេវាកម្មនេះគឺគិតថ្លៃទេ។ ខ្ញុំក៏សូមបញ្ជាក់ផងដែរថា ខ្ញុំបានផ្តល់ចម្លើយពិត និងត្រឹមត្រូវដោយអស់ ពីសមត្ថភាពដែលខ្ញុំដឹង ចំពោះសំណួរទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំបានពន្យល់ដល់អ្នកដាក់ពាក្យអំពីហានិភ័យក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ដោយប្រើប្រាស់ពាក្យពេចន៍ ងាយយល់ ហើយអ្នកដាក់ពាក្យបានយល់នូវការពន្យល់នេះ។

<input type="checkbox"/> អ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់៖ ឈ្មោះ:	លេខ CEC
អង្គភាពចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់៖ ឈ្មោះ:	លេខ CEE
<input type="checkbox"/> ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់៖ ឈ្មោះ:	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ
<input type="checkbox"/> អ្នកចុះឈ្មោះគម្រោងដែលមានការទទួលស្គាល់៖ ឈ្មោះ: _____ គម្រោង៖ _____	លេខបញ្ជាក់
ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលមានការទទួលស្គាល់ 	កាលបរិច្ឆេទ

រដ្ឋនឹងមិនផ្តល់សំណងដល់អង្គការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយ Covered California នោះទេ លុះត្រាតែអ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់បំពេញផ្នែកនេះ ឲ្យបានពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវនៅពេលដាក់ពាក្យសុំ។

### ជំហានទី 4:

### ការធ្វើព័ត៌មាន និងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់

ធ្វើពាក្យសុំដែលមានចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នកទៅកាន់៖

Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

តើលោកអ្នកចាំបានថា ៖

- ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនត្រូវការការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ? មើលទំព័រទី3 សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះអ្នកដែលត្រូវបញ្ជូល។
- សួរនិយោជកលោកអ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងទាក់ទងនឹងការងារណាមួយ ដែលលោកអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់?
- ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំលើទំព័រ17? ប្រសិនបើលោកអ្នកបានជ្រើសរើសតំណាងពេញសិទ្ធិ សូមចុះហត្ថលេខាលើទំព័រ 15ផងដែរ។

### សំណួរបន្ថែមមួយចំនួន (ជម្រើស)

1. តើលោកអ្នកចង់ឲ្យគេពិចារណាសម្រាប់គ្រប់កម្មវិធី Medi-Cal ទាំងអស់ ដែរឬទេ?  បាទ/បាទ  ទេ  
មានកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 65ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ មនុស្សដែលមានពិការភាព ឬមនុស្សដែលមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស។  
ប្រសិនបើលោកអ្នកគួសធិកយក បាទ/បាទ យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងលោកអ្នកឲ្យផ្តល់ព័ត៌មានអំពីអចលនទ្រព្យ និងទ្រព្យសម្បត្តិរបស់លោកអ្នក។

2. តើលោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយឬទេថ្មីៗ នៅក្នុងជីវិតលោកអ្នកដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព?  
ប្រសិនបើបាទ/បាទ សូមគូសធាតុគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ។

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅ California   | <input type="checkbox"/> លែងស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរឃុំឃាំង       |
| <input type="checkbox"/> ទទួលបានសញ្ជាតិ ឬសិទ្ធិរស់នៅស្របច្បាប់                                  | <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបុព្វលាភថ្មីៗ |
| <input type="checkbox"/> ការបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព   | <input type="checkbox"/> ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal              |
| <input type="checkbox"/> ទទួលបានមនុស្សក្នុងបន្ទុក ( ព័ត៌មាន ការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការចិញ្ចឹមកូន ) | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា         |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ   |   |

តើព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា? (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_

ជំហានទី4 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 

តើលោកអ្នកបានដឹងអំពី Covered California ដោយរបៀបណា ?

គូសនិកគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ

- កម្មវិធីចុះតាមមូលដ្ឋាន និងអប់រំ
- ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមទូរទស្សន៍
- ព្រឹត្តិការណ៍ឬការរៀបចំក្នុងសហគមន៍
- ចុះឈ្មោះនៅក្នុងហាងលក់កាយ
- ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់
- អ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់
- ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមទស្សនាវដ្តី ឬកាសែត
- កម្មវិធីព័ត៌មាន ឬរឿង
- វេបសាយ CoveredCA.com
- ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមទូរទស្សន៍
- ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមអ៊ិនធឺណិត
- ការស្រាវជ្រាវតាមអ៊ិនធឺណិត
- មិត្តភក្តិ ឬគ្រួសារ
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ
- ការិយាល័យរដ្ឋាភិបាល
- អ្នកធ្វើសំបុត
- ឱសថស្ថាន
- កម្មវិធីទូរស័ព្ទ
- ផ្ទាំងប្រកាស
- ព្រឹត្តិការណ៍
- វិហារ
- ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយសង្គម (ឧទាហរណ៍ Facebook, Twitter, ។ល។)
- ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីផ្សេងទៀតឬ ?

ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី១ ខែមករា ឆ្នាំ២០១៤ តើលោកអ្នក និងក្រុមគ្រួសារចង់ចែករំលែកព័ត៌មានដែលលោកអ្នកទើបតែបានផ្តល់នៅក្នុងការបញ្ជូនទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារសេវា មនុស្ស និងសុខភាពមូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នកសម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងទៀតដែរឬទេ? គ្រួសារដែលមានជនអន្តោប្រវេសន៍ អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដែរ។ លោកអ្នកអាច ដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នកដែល មានសិទ្ធិនឹងធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ឋានភាពជាជនអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក ឬឱកាសក្លាយជាពលរដ្ឋ ឬអ្នកស្រុកអចិន្ត្រៃយ៍ឡើយ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំអាហារូបត្ថម្ភ ឬជំនួយការសាច់ប្រាក់មុនថ្ងៃទី១ ខែមករា ឆ្នាំ 2014 សូមចូលទៅកាន់ [benefitscal.org](http://benefitscal.org)។ ឬដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជាលក្ខណៈបុគ្គល សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-847-3663 សម្រាប់បញ្ជីរាយឈ្មោះទីកន្លែងដែលនៅជិតកន្លែងដែលលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ។

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ក្រោយថ្ងៃទី១ ខែមករា ឆ្នាំ២០១៤ សូមពិនិត្យថាតើកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកចង់បញ្ជូនទៅកាន់ ៖

- CalFresh** កម្មវិធីមួយដែលជួយមនុស្សក្នុងការបង់ថ្លៃម្ហូបអាហារ។ អត្ថប្រយោជន៍អាចបន្តបានរៀងរាល់ខែតាមប័ណ្ណឥណទានដែលអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់ទិញម្ហូបអាហារនៅតាមទីផ្សារ និងហាងជាច្រើន។ វាក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP)។ សូមចូលទៅកាន់ [www.calfresh.ca.gov](http://www.calfresh.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- CalWORKs** គឺជាកម្មវិធីមួយដែលផ្តល់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និងសេវាគាំទ្រសម្រាប់គ្រួសារចំណូលទាបដែលមានកូនដើម្បីជួយបង់ថ្លៃស្នាក់នៅ ម្ហូបអាហារ និងចំណាយសំខាន់ៗផ្សេងទៀត។

លោកអ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីទាំងនេះតាមអ៊ិនធឺណិត៖

**សេវាសម្រាប់ទារក និងម្តាយ (AIM)**  
គឺជាកម្មវិធីមួយដែលជួយដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះឲ្យទទួលបានការថែទាំសុខភាព  
[aim.ca.gov](http://aim.ca.gov)

**ការបង្ការពិការភាព និងសុខភាពកុមារ (CHDP)**  
គឺជាកម្មវិធីបង្ការមួយដែលផ្តល់សេវា និងការវាយតម្លៃសុខភាពតាមពេលកំណត់សម្រាប់កុមារដែលមានចំណូលទាប  
[www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

**សេវាពិនិត្យជំងឺ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលក្នុងដំណាក់កាលដំបូងតាមពេលកំណត់ (EPSDT)**  
គឺជាកម្មវិធី Medi-Cal សម្រាប់កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យដែលមានអាយុក្រោម 21ឆ្នាំ។ កម្មវិធីនេះផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពដ៏ទៀងទាត់ ដើម្បីកំណត់ពីតម្រូវការថែទាំសុខភាពក្រោយពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលនៅពេលចាំបាច់  
[www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx)

**ផែនការគ្រួសារ ការទទួលបាន ការថែទាំ ការព្យាបាល (Family PACT)**  
គឺជាកម្មវិធីមួយដែលផ្តល់សេវាផែនការគ្រួសារដោយឥតគិតថ្លៃ ដល់បុរសនិងស្ត្រីដែលមានចំណូលទាបរួមទាំងយុវជនផងដែរ។  
[familypact.org](http://familypact.org)

**កម្មវិធីសេវាគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS)**  
គឺជាកម្មវិធីមួយដែលជួយដល់ស្ត្រីដែលផ្តល់ជូនលោកអ្នក ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកអាចស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក  
[www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm](http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm)

**ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)**  
គឺជាកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភមួយសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ម្តាយថ្មីថ្មោង និងកុមារដែលមានអាយុក្រោម 5ឆ្នាំ  
[www.wicworks.ca.gov](http://www.wicworks.ca.gov)

ត្រូវការជំនួយឬ ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

★ បំពេញប្រសិនបើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារគឺជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា។

ជនជាតិដើមអាមេរិក និងអាឡាស្កាអាចទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Services), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមសំរាប់ស្ត្រី។ ជនជាតិដើមអាមេរិក និងអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធក៏មិនចាំបាច់បង់ចំណាយពីហោប៉ៅ (ដូចជាការបង់ថ្លៃសេវា) ហើយអាចនឹង ទទួលបាននូវ ពេលវេលាឈ្នះពិសេស។ ត្រូវបំពេញបែបបទនេះ រួចផ្ញើមកជាមួយពាក្យសុំ និងកសិកម្មតាងបញ្ជាក់ ពីកម្មវិធីសុខភាពនៃជនជាតិដើមអាមេរិកឬអាឡាស្កាសំរាប់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចធ្វើឯកសារពិសេសសម្រាប់សម្ព័ន្ធកុលសម្ព័ន្ធដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធដែលបង្ហាញថា លោកអ្នកគឺជាសមាជិកម្នាក់នៃកុលសម្ព័ន្ធ ឬជាប់ទាក់ទងនឹង កុលសម្ព័ន្ធ។ ឯកសារនេះ អាចមានប័ណ្ណចុះឈ្មោះរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ឈាមឥណ្ឌាក្រហម (CDIB) ពីការិយាល័យកិច្ចការឥណ្ឌាក្រហម។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា ខ្លួនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal នោះលោកអ្នកមិនចាំបាច់ផ្ញើកសិកម្មតាងបញ្ជាក់នោះទេ។ សូមមើលឯកសារភ្ជាប់ F ដើម្បីពិនិត្យថា លោកអ្នក អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សលើសពីបួននាក់ដែលជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា សូមចែកចម្លងទំព័រនេះ ហើយត្រូវផ្ញើមកជាមួយនិងពាក្យសុំរបស់ លោកអ្នក។

**បុគ្គលទី 1: នាមខ្លួន** \_\_\_\_\_ **នាមកណ្តាល** \_\_\_\_\_ **នាមត្រកូល** \_\_\_\_\_ **បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)** \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែរទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ \_\_\_\_\_ និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ ៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមសំរាប់ស្ត្រីទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមសំរាប់ស្ត្រីទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រភពណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ **ប្រសិនបើបាទ/ចាទ** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។  
 ទេ **ប្រសិនបើទេ** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

- ▶ ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_
- ▶ ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្វ ឬនេសាទត្រី  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_
- ▶ ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

**បុគ្គលទី 2: នាមខ្លួន** \_\_\_\_\_ **នាមកណ្តាល** \_\_\_\_\_ **នាមត្រកូល** \_\_\_\_\_ **បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)** \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែរទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ \_\_\_\_\_ និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ ៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមសំរាប់ស្ត្រីទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ  
ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមសំរាប់ស្ត្រីទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រភពណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ **ប្រសិនបើបាទ/ចាទ** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។  
 ទេ **ប្រសិនបើទេ** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

- ▶ ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_
- ▶ ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្វ ឬនេសាទត្រី  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_
- ▶ ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

# ឯកសារភ្ជាប់ A:

## សម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (បន្ត)

បុគ្គលទី 3: នាមខ្លួន

នាមកណ្តាល

នាមត្រកូល

បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ \_\_\_\_\_ និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ ៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង

ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង

ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រករណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ **ប្រសិនបើបាទ/ចាទ** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។

ទេ **ប្រសិនបើទេ** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

▶ ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

▶ ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្វ ឬនេសាទត្រី  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

▶ ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

បុគ្គលទី 4: នាមខ្លួន

នាមកណ្តាល

នាមត្រកូល

បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ \_\_\_\_\_ និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ ៖ \_\_\_\_\_

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង

ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង

ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ  ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រករណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ?  បាទ/ចាទ **ប្រសិនបើបាទ/ចាទ** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។

ទេ **ប្រសិនបើទេ** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

▶ ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

▶ ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្វ ឬនេសាទត្រី  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

▶ ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌  
ចំនួន \$ \_\_\_\_\_  ប្រចាំសប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ប្រចាំខែ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_



ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

# ឯកសារភ្ជាប់ B:

# ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់គ្រួសារលោកអ្នក

★ ប្រសិនលោកអ្នកត្រូវការប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សលើសពីបួនរូប ដែលមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេង សូមចុះតម្លៃទំព័រនេះ ហើយត្រូវផ្ញើមកជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

## ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នកមាននៅពេលបច្ចុប្បន្ន។

ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ សម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងថាតើអ្នកដែលបានដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព បានទទួលការធានារ៉ាប់រងហើយនៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងដែលមិនត្រូវបានចាត់ទុកជាការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមានោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃប្រភេទគម្រោងធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំមាន៖ សេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, កម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមនៅទីក្រុង, គម្រោងសន្សំដោយការលើកលែងពន្ធ (flex savings plans), គណនីសន្សំសុខភាព ឬការធានារ៉ាប់រងដែលមាននៅខាងជើងផ្សេងទៀត។

យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងនៅពេលបច្ចុប្បន្នថាតើអ្នកណាមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយក្នុងចំណោមការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដូចខាងក្រោមទេ៖ COBRA, ការធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក, Peace Corps, គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន, TRICARE/CHAMPUS, កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត។ តើអ្នកណាមានការធានារ៉ាប់រងណាមួយក្នុងចំណោមការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះទេ?

- បាទ/ចាទ **បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** សូមបំពេញទំព័រនេះ។ ប្រសិនលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម សូមភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត។
- ទេ **ប្រសិនបើទេ** បន្តទំព័រទី 23។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលលោកអ្នកទិញដោយខ្លួនឯង សូមគូសក្នុងប្រអប់ “ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត” ក្រោម “ប្រភេទអ្វី?” ក្នុងតារាងខាងក្រោម។

ឈ្មោះ នាមខ្លួន នាមគណៈពល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)	តើប្រភេទអ្វី? (សូមជ្រើសចម្លើយមួយ)	
<b>បុគ្គលទី 1:</b> _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
<b>បុគ្គលទី 2:</b> _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
<b>បុគ្គលទី 3:</b> _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
<b>បុគ្គលទី 4:</b> _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	<input type="checkbox"/> កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS

ឯកសារភ្ជាប់ B បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

# ឯកសារភ្ជាប់ B:

## ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់គ្រួសារលោកអ្នក (បន្ត)

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជក ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

★ យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងឡាយណាដែលលោកអ្នកអាចទទួលបាន តាមរយៈការងាររបស់នរណាម្នាក់។ លោកអ្នកអាចប្រើឯកសារភ្ជាប់ C គឺទម្រង់ធានារ៉ាប់រងនិយោជក (Employer Insurance Form) នៅទំព័រ 24 ដើម្បីជួយលោកអ្នកក្នុងការបំពេញផ្នែកនេះ។ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះឬប្រើឯកសារភ្ជាប់ C តែក្នុងករណីអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងាររបស់នរណាម្នាក់។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងពាក្យសុំនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជកដែរឬទេ?  
 នេះអាចជាការងាររបស់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកម្តាយ ឬ ប្តីប្រពន្ធ។ វាក៏អាចរួមបញ្ចូល COBRA, TRICARE, និយោជករដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ, និយោជកឯកជន ឬគម្រោង Peace Corps ។ លោកអ្នកអាចមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបន្ថែមដែលលោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់ដល់យើងខ្ញុំ។ ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (មិនត្រូវបានចាត់ទុកជាការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា) ដែលលោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំ៖ គម្រោងសន្សំដោយការលើកលែងពន្ធ (flex savings plans), គណនីសន្សំសុខភាព, ការធានារ៉ាប់រងពិការភាព ឬការធានារ៉ាប់រងដែលមាននៅក្នុងខោនធីផ្សេងទៀត។

- បាទ/ចាទ **បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ។ បើលោកអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត។
- ទេ **ប្រសិនបើទេ** សូមត្រឡប់ទៅពាក្យសុំដើម្បីបន្ត។

ឈ្មោះ: នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)	ឈ្មោះនិយោជក (ជាជម្រើស)	បុគ្គលនេះ:	តើបុគ្គលនេះបង់ថ្លៃ ធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ ចំនួនប៉ុន្មាន?	តើគម្រោងធានារ៉ាប់រង នេះបំពេញ <b>បទដ្ឋានតម្លៃ អប្បបរមា*</b> ដែរឬទេ?
បុគ្គលទី 1:		<input type="checkbox"/> ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ <input type="checkbox"/> គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម _____ <input type="checkbox"/> មិនបានចុះឈ្មោះ:	\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង
បុគ្គលទី 2:		<input type="checkbox"/> ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ <input type="checkbox"/> គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម _____ <input type="checkbox"/> មិនបានចុះឈ្មោះ:	\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង
បុគ្គលទី 3:		<input type="checkbox"/> ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ <input type="checkbox"/> គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម _____ <input type="checkbox"/> មិនបានចុះឈ្មោះ:	\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង
បុគ្គលទី 4:		<input type="checkbox"/> ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ <input type="checkbox"/> គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម _____ <input type="checkbox"/> មិនបានចុះឈ្មោះ:	\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង

តើនិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរម៉ូឌុលសម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងថ្មី (ប្រសិនបើដឹង)? <input type="checkbox"/> និយោជកនឹងមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ <input type="checkbox"/> និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់បុគ្គលិក ឬផ្លាស់ប្តូរបុគ្គលិកធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងការធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលសម្រាប់តែបុគ្គលិកដែលបំពេញ <b>បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា</b> * តែប៉ុណ្ណោះ។ (បុគ្គលិកធានារ៉ាប់រងគួរឆ្លុះបញ្ចាំងការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីសុខុមាលភាព)	តើនិយោជកនឹងត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងនេះ? \$ _____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប្រចាំត្រីមាស <input type="checkbox"/> ប្រចាំឆ្នាំ កាលបរិច្ឆេទផ្លាស់ប្តូរ _____
---	--

\* បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា (minimum value standard) មានន័យថា គម្រោងមួយបង់ចំណាយយ៉ាងហោច 60% នៃការចំណាយសរុបនៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងដែលបានផ្តល់ទៅឲ្យនិយោជក។ (ផ្នែក 36B(2)(C)(ii) នៃច្បាប់ស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃ (Internal Revenue Code) ឆ្នាំ 1986)។



# ឯកសារភ្ជាប់ C:

## ទម្រង់បែបបទធានារ៉ាប់រងនិយោជក



ទម្រង់នេះចាំបាច់សម្រាប់តែអ្នកទាំងឡាយណា ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈការងារប៉ុណ្ណោះ។ ទម្រង់នេះមិនមានភាពចាំបាច់សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពមួយចំនួន ដែលបានផ្តល់តាមរយៈ Covered California និង Medi-Cal ទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដថាតើត្រូវប្រើប្រាស់ទម្រង់នេះឬអត់នោះ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Covered California ដើម្បីសាកសួរតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួល Medi-Cal លោកអ្នកមិនចាំបាច់ បំពេញទម្រង់នេះទេ។ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ Medi-Cal ឬ ជំនួយបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ចូរពិនិត្យមើលឯកសារភ្ជាប់ F នៅលើទំព័រ 28។

ប្រសិនបើការងារលើសពីមួយមានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ចូរប្រើប្រាស់ទម្រង់ឯកសារដោយឡែកមួយសម្រាប់និយោជកនីមួយៗ។

**▶ ព័ត៌មានអំពីនិយោជិត លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវបំពេញផ្នែកនេះ។**

★ ចូរបំពេញឈ្មោះ និងលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់លោកអ្នក (ជម្រើស) ។ បន្ទាប់មកថតចម្លងទំព័រនេះ រួចយកពាក្យស្នើសុំទៅកាន់និយោជករបស់លោកអ្នក។ ស្នើឱ្យនិយោជករបស់លោកអ្នកបំពេញទំព័រដែលនៅសល់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកថតចម្លង ត្រូវប្រាកដថាលោកអ្នកធ្វើវាជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំ។

និយោជិត: នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) (ជាជម្រើស)
_____	_____	_____	_____	____-____-____

**▶ ព័ត៌មាននិយោជក សុំព័ត៌មាននេះពីនិយោជករបស់លោកអ្នក។**

★ កំណត់សម្គាល់សម្រាប់និយោជក: ដើម្បីបំពេញពាក្យស្នើសុំ Covered California យើងខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវដឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលនិយោជិតរបស់លោកអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ពួកគេអាចទទួលបានពីលោកអ្នក។ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម ទោះបីក្រុមហ៊ុនរបស់លោកអ្នកមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។

ឈ្មោះនិយោជក	អត្តលេខនិយោជក (EIN)	
_____	____-____-____	
អាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក	
_____	____-____-____	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
_____	_____	____-____-____

តើយើងខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងអ្នកណាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជិត ចំពោះការងារនេះ?

លេខទូរសព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
_____	_____

- យើងខ្ញុំមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។
- និយោជិតនេះមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ក្រោមគម្រោងយើងខ្ញុំទេ។
- និយោជិតគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្រោមគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ ដែលចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃ \_\_\_\_\_ (កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម)។

តើគម្រោងសុខភាពតម្លៃទាបបំផុតសម្រាប់តែខ្លួនឯង ដែលនិយោជិតនេះ អាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងការងារនេះ មានឈ្មោះអ្វី? ចូរពិនិត្យតែគម្រោងទាំងឡាយណា ដែលបំពេញតាម**បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា\*** ដែលកំណត់ដោយច្បាប់សហព័ន្ធស្តីពីកិច្ចការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំអាចមានលទ្ធភាពទិញបាន (Federal Patient Protection and Affordable Care Act) ឆ្នាំ 2010។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដ សូមសាកសួរ ក្រុមហ៊ុនធានាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

គ្មានគម្រោងដែលបំពេញតាម**បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** \*។

តើនិយោជិតត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប៉ុន្មានសម្រាប់តម្លៃទាបបំផុត? \$ \_\_\_\_\_

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

ប្រចាំសប្តាហ៍    រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍    ពីរដងក្នុងមួយខែ

ប្រចាំខែ    ប្រចាំត្រីមាស    ប្រចាំឆ្នាំ

ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងថ្មី (ប្រសិនបើបាន ដឹង)?

យើងខ្ញុំមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ

យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់និយោជិត ឬផ្លាស់ប្តូរ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងចំណាយទាបបំផុតដល់និយោជិត ដែលបំពេញតាម**បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** \* ប៉ុណ្ណោះ។ (បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង គួរឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីថែទាំសុខភាព។)

តើនិយោជិតនឹងត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងនោះ? \$ \_\_\_\_\_

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

ប្រចាំសប្តាហ៍    រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍    ពីរដងក្នុងមួយខែ

ប្រចាំខែ    ប្រចាំត្រីមាស    ប្រចាំឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទផ្លាស់ប្តូរ \_\_\_\_\_

\* **បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា (minimum value standard)** មានន័យថា គម្រោង មួយបង់ចំណាយយ៉ាងហោច 60% នៃការចំណាយសរុបនៃអត្ត ប្រយោជន៍គម្រោង ដែលបានផ្តល់ទៅឱ្យនិយោជិត។ (ផ្នែក 36B(c)(2)(C) (ii) នៃច្បាប់ស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃ (Internal Revenue Code) ឆ្នាំ1986)។

# ឯកសារភ្ជាប់ D:

## ចូរជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពធូញកូនរបស់លោកអ្នក និង គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។

★ ប្រសិនបើលោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សច្រើនជាងម្នាក់ដែលចង់ជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពធូញកុមារឬគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក **ចូរចែកចម្លងទំព័រនេះ និងទំព័របន្ទាប់** ហើយត្រូវប្រាកដថា លោកអ្នកធ្វើវាជាមួយនិងពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានជំនួយបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ចូរសរសេរឈ្មោះ ឬ កម្រិតអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង (Metal tier) នៃគម្រោងសុខភាពធូញកុមារ ឬគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលលោកអ្នកចង់បានខាងក្រោម។ ដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីគម្រោងឯកជន ដែលផ្តល់ដោយ Covered California ចូលទស្សនាគេហទំព័រ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ឬទូរស័ព្ទលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានសម្រាប់ Medi-Cal ចូរសរសេរឈ្មោះគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលលោកអ្នក ចង់បានខាងក្រោម។ ដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីផែន Medi-Cal ដែលមាននៅក្នុងខោនធីរបស់លោកអ្នក ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់លោកអ្នក នៅពេល លោកអ្នកចុះឈ្មោះភ្លាម សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Health Care Options តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077) ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://healthcareoptions.dhcs.ca.gov) ដើម្បីពិនិត្យថា តើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបុព្វលាភ សូមមើលឯកសារភ្ជាប់ F1

### ▶ ជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពធូញកុមារ Covered California របស់លោកអ្នក សម្រាប់កុមារអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះតែប៉ុណ្ណោះ:

ឈ្មោះ: នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)	ឈ្មោះគម្រោងសុខភាពធូញកុមារ	កម្រិតធានារ៉ាប់រង	ប្រភេទគម្រោងធានារ៉ាប់រង
កូនទី 1:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
កូនទី 2:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
កូនទី 3:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
កូនទី 4:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO

DEPO-គឺជាអង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាទទួលបានសេវាស្របច្បាប់។ DHMO-គឺជាអង្គការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ DPPO-គឺជាអង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាទទួលបានសេវាស្របច្បាប់ដែលមានការអនុញ្ញាត

### ▶ ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក

គម្រោង Medi-Cal និង Covered California		គម្រោង Covered California ប៉ុណ្ណោះ:		
ឈ្មោះ: នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)	ឈ្មោះគម្រោងសុខភាព	កម្រិតអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង	លេខកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍	ប្រភេទគម្រោង
បុគ្គលទី 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
បុគ្គលទី 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
បុគ្គលទី 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
បុគ្គលទី 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

EPO-អង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។ HMO-អង្គការថែទាំសុខភាព។ HSA-គណនីប្រាក់សន្សំដើម្បីសុខភាព (ប្រភេទគម្រោងនេះអនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកបើក និងដាក់វិភាគទានក្នុងគណនីសន្សំដើម្បីសុខភាព) PPO-អង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការអនុញ្ញាត

ដើម្បីបំពេញការជ្រើសរើសយកគម្រោង គ្រប់បុគ្គលទាំងអស់ ដែលមានអាយុ 18 ឬចាស់ជាងនេះ ដែលកំពុងជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ត្រូវតែយល់ព្រម និងចុះកិច្ចព្រមព្រៀងមជ្ឈត្តកម្ម នៅទំព័របន្ទាប់។

ឯកសារភ្ជាប់ D បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ ▶▶

កិច្ចព្រមព្រៀងចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម

▶ សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ ដែលជ្រើសរើសគម្រោង Covered California:

ខ្ញុំយល់ថា គ្រប់ការចូលរួមគម្រោងសុខភាពទាំងអស់សុទ្ធតែមានវិធាន របស់វាក្នុងការដោះស្រាយវិវាទ ឬការទាមទារ រួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹម ការទាមទារ ដែលខ្ញុំបាន អះអាង អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ខ្ញុំ ដែលបានចុះឈ្មោះ អ្នកស្នងមរតក ឬកំណាងពេញសិទ្ធិចំពោះគម្រោងសុខភាព អ្នកផ្តល់សេវា ថែទាំសុខភាពតាមកិច្ចសន្យា អ្នកគ្រប់គ្រង រដ្ឋបាល ឬភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត អំពីសមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព ការធានារ៉ាប់រង ឬការផ្តល់សេវា ឬសម្ភារៈផ្សេងៗ ការផ្តល់សេវាសុខភាពដោយមានការ ធ្វេសប្រហែស ឬការធ្វេសប្រហែសរបស់មន្ទីរពេទ្យ (ការទាមទារទៅលើការផ្តល់សេវាសុខ ភាព ដែលធ្វើឡើងមិនបានសមស្រប មិនចាំបាច់ គ្មានការអនុញ្ញាតធ្វេសប្រហែស ឬអសមត្ថភាព) ឬការទាមទារអំពីការទទួលខុសត្រូវនៅក្នុងបរិវេណ ឬកន្លែងផ្តល់សេវា។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ ដែលតម្រូវឲ្យចងកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្មដើម្បីដោះស្រាយវិវាទកើតឡើង ខ្ញុំយល់ព្រម ឬ ទទួលការចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ច មជ្ឈត្តកម្ម ដើម្បីដោះស្រាយវិវាទ ឬការទាមទារនានា (រៀបរយលើកែសំណុំរឿងក្តីទាមទារតូចតាចនៅតុលាការ និងការទាមទារ ដែលមិនបិតក្រោមកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម ក្រោមច្បាប់ពាក់ព័ន្ធ) និងលះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលបានការជំនុំជម្រះដោយគណៈវិនិច្ឆ័យ និងមិនអាច យឡឹងក្តីនេះសម្រេចដោយតុលាការទេ លើកលែងតែមាន ច្បាប់ចែងអំពីការត្រួតពិនិត្យតាមផ្លូវច្បាប់នៃកិច្ចដំណើរការនីតិវិធីមជ្ឈត្តកម្ម។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្លះចង អំពីមជ្ឈត្តកម្មពេញលេញសម្រាប់ការចូលរួមគម្រោង សុខភាពនីមួយៗ មាននៅក្នុងឯកសារគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើគេមានឯកសារនោះ ដែលអាចរកបាននៅក្នុងគេហទំព័រ CoveredCA.com សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញ របស់ខ្ញុំ ឬ ខ្ញុំអាចហៅ ទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

▶ សម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ ដែលជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព Kaiser Medi-Cal:

ការជូនដំណឹងអំពីកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម: ខ្ញុំបានអានការពិពណ៌នាអំពីគម្រោង។ ខ្ញុំយល់ថា Kaiser តម្រូវឲ្យប្រើប្រាស់ការចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈ ត្តកម្មដែលអព្យាក្រឹត្យ ដើម្បីដោះស្រាយវិវាទមួយចំនួន។ នេះរួមទាំងវិវាទអំពីថាតើការព្យាបាលសុខភាពត្រឹមត្រូវត្រូវបានផ្តល់ជូនយ៉ាងណា (ដែលគេហៅថាការព្យាបាលដោយការធ្វេស ប្រហែសឬគ្មានជំនាញច្បាស់លាស់) និងវិវាទផ្សេងទៀត ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការផ្តល់សេវា រួមទាំងថាតើការផ្តល់សេវាសុខភាពធ្វើឡើង ដោយមិន ចាំបាច់ ឬដោយគ្មានការអនុញ្ញាត មិនសមស្រប ធ្វេសប្រហែស ឬអសមត្ថភាព ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសយក Kaiser ជាគម្រោងសុខភាព Medi-Cal របស់ខ្ញុំនោះ ខ្ញុំបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំតាមរដ្ឋធម្មនុញ្ញ ក្នុងការទទួលបានការជំនុំជម្រះដោយគណៈវិនិច្ឆ័យ ឬតុលាការចំពោះវិវាទទាំងនោះ។ ខ្ញុំក៏យល់ព្រមប្រើប្រាស់ការចង ភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្មដែលអព្យាក្រឹត្យ ដើម្បីដោះស្រាយវិវាទទាំងនោះផងដែរ។ ខ្ញុំមិនបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្លួនក្នុងការទទួលបានសវនាការរបស់រដ្ឋអំពីបញ្ហាណាមួយ ដែលត្រូវអនុលោមតាមកិច្ច ដំណើរការសវនាការរបស់រដ្ឋទេ។

▶ ហត្ថលេខាអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គ្រប់គម្រោងទាំងអស់

ហត្ថលេខាបុគ្គលទី1 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាបុគ្គលទី2 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាបុគ្គលទី3 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាបុគ្គលទី4 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ

**ឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍**

ប្រើបញ្ជីនេះសម្រាប់ “ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព”

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍មួយក្នុងចំណោមទាំងនេះ **លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។**

- អ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ស្របច្បាប់ (LPR) ឬអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់សិទ្ធិស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ (Green Card Holder)
- អ្នករស់នៅបណ្តោះអាសន្នស្របច្បាប់ (LTR)
- អ្នកសុំសិទ្ធិជ្រកកោន
- ជនភៀសខ្លួន
- ជនជាតិកុយបា/ហៃទីដែលទទួលស្គាល់ដោយអាជ្ញាធរអន្តោប្រវេសន៍សហរដ្ឋអាមេរិក
- បានទទួលសិទ្ធិឱ្យចូលសហរដ្ឋអាមេរិក
- អ្នកចូលសញ្ជាតិជាប់លក្ខខណ្ឌ ដែលបានអនុញ្ញាតមុនឆ្នាំ1980
- ប្តី/ប្រពន្ធ កូន ឬឪពុក/ម្តាយ ដែលរងការវាយដំ
- ជនរងគ្រោះពីការរត់ពន្ធ និងប្តី/ប្រពន្ធ កូន បង/ប្អូន ឬឪពុក/ម្តាយរបស់ជននោះ
- បុគ្គលដែលមានឋានភាពមិនមែនជាជនអន្តោប្រវេសន៍ (រួមមាន កម្ពុជា និងសិស្ស ដែលស្នាក់នៅដោយមានទិដ្ឋាការ និងពលរដ្ឋ Micronesia ពលរដ្ឋ Marshall Islands និង Palau)
- ឋានភាពស្ថិតក្រោមកិច្ចការពារបណ្តោះអាសន្ន (TPS) ឬ អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឋានភាពដែលបានកិច្ចការពារបណ្តោះអាសន្ន (TPS)
- ការអនុគ្រោះលើការចាកចេញដោយបង្ខំ (Deferred Enforced Departure, DED)
- ឋានភាពអនុគ្រោះឱ្យស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្ន (Deferred action status) សម្គាល់ ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាបុគ្គលដែលមានឋានភាពអនុគ្រោះឱ្យស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្នក្រោមការអនុគ្រោះសម្រាប់ដំណើរការមកដល់របស់កុមារ (DACA) នៃក្រសួងសន្តិសុខជាតិ នោះលោកអ្នកមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាមានវត្តមានស្របច្បាប់នោះទេ។
- បានទទួលការព្យាបាលនិរទេស ឬការព្យាបាលនិរទេសចេញក្រោមច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ ឬក្រោមអនុសញ្ញាប្រឆាំងនឹងការធ្វើទារុណកម្ម (Convention against Torture, CAT)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំការដកហូតការនិរទេសខ្លួន ឬដកហូតការបណ្តេញចេញក្រោមច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ ឬក្រោមអនុសញ្ញាប្រឆាំងនឹងទារុណកម្ម (CAT)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍អនីតិជនពិសេស
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំការកែសម្រួលឋានភាព LPR ជាមួយនឹងបដិដានលិខិតទិដ្ឋាការដែលបានអនុញ្ញាត
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំសិទ្ធិជ្រកកោន
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះជាមួយនឹងឯកសារអនុញ្ញាតការងារ (EAD)
- ដីកាត្រួតពិនិត្យ (ជាមួយ EAD)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំលុបចោលការដកចេញ ឬព្យាបាលនិរទេស (ជាមួយ EAD)

ប្រសិនបើឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍លោកអ្នកមិនបានរៀបរាប់ខាងលើ លោកអ្នកនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពហើយនៅតែអាចដាក់ពាក្យបាន។

**បម្រើការងារខ្លួនឯង**

ប្រើប្រាស់បញ្ជីនេះ សម្រាប់ “តើលោកអ្នកធ្វើការងារខ្លួនឯងឬទេ?”

លោកអ្នកអាចដកចំណុចទាំងនេះ ចេញពីចំណូលសរុបរបស់លោកអ្នក ដើម្បីស្វែងរកពីចំណូលសុទ្ធបានពីការធ្វើការងារខ្លួនឯង។ មើល “សេចក្តីណែនាំសម្រាប់តារាង C” នៅ [irs.gov](http://irs.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

- ចំណាយលើថយន្ត និងថយន្តដឹកទំនិញ (ការធ្វើដំណើរនៅពេលធ្វើការមិនមែនការធ្វើដំណើរពីផ្ទះ ទៅកន្លែងធ្វើការឡើយ)
- ការរំលោះ
- ប្រាក់ខែនិយោជិត និងអត្ថប្រយោជន៍បន្ទាប់បន្សំ
- ទ្រព្យសម្បត្តិ បំណុល ឬការធានារ៉ាប់រងលើការអាក់ខានពាណិជ្ជកម្ម
- ការប្រាក់ (ឧទាហរណ៍ ការប្រាក់អីប៉ូតែកដែលត្រូវបង់ឱ្យធនាគារ)
- សេវាផ្នែកច្បាប់ និងអាជីព
- ការជួលសេវា និងអចលនទ្រព្យពាណិជ្ជកម្ម
- កម្រៃជើងសារ អាករ អាជ្ញាប័ណ្ណ និងឈ្នួល
- ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម
- ការងារជាប់កិច្ចសន្យា
- ការជួសជុល និងថែទាំ
- អាហារ និងការធ្វើដំណើរពាណិជ្ជកម្មដាក់លាក់មួយចំនួន

**ឧទាហរណ៍ស្តីពីចំណូលផ្សេងទៀត**

ប្រើប្រាស់បញ្ជីនេះ សម្រាប់ “តើលោកអ្នកមានចំណូលផ្សេងទៀតដៃប្រទេ?”

- អត្ថប្រយោជន៍និកម្មភាព
- អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម
- ចំណូលសោធននិវត្តន៍
- ចំណូលពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ
- សោធនអាហារកិច្ច
- ចំណូលពីការវិនិយោគ
- ចំណេញជាមូលធន
- ចំណូលពីកសិកម្ម ឬនេសាទ
- បំណុលដែលបានលុបចោល
- សេចក្តីសម្រេចរបស់តុលាការ
- កម្រៃសមាជិកគណៈវិនិច្ឆ័យ
- ផ្សេងៗ

**ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ**

ប្រើប្រាស់បញ្ជីនេះ សម្រាប់ “តើលោកអ្នកមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដៃប្រទេ?”

- ចំណាយលើការធ្វើការងារខ្លួនឯងមួយចំនួន
- ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញជាការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា
- ថ្លៃឈ្នួល និងសោហ៊ុយ
- ចំណាយអ្នកអប់រំ
- វិភាគទាន IRA
- ចំណាយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ
- ការពិន័យលើការប្រាក់សន្សំមុនកាលកំណត់
- ប្រាក់កាត់ចេញពីគណនីសន្សំដើម្បីសុខភាព
- សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់
- ប្រាក់កាត់ចេញពីសកម្មភាពផលិតកម្មក្នុងស្រុក
- ចំណាយខាងពាណិជ្ជកម្មដាក់លាក់មួយចំនួននៃទាហានប្រមូល វិចិត្រករសម្តែង និងមន្ត្រីរដ្ឋាភិបាលសុំឈ្នួលកម្រៃសេវា

**ត្រូវការជំនួយឬ?**

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

▶ ប៉ាន់ប្រមាណពីប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបាននៅក្នុងឆ្នាំ 2014។

ចំនួនសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារ	ប្រសិនបើចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នកទាបជាង ៖	ប្រសិនបើចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នកនៅចន្លោះពី ៖
1	\$15,860*	\$15,860 - \$45,960
2	\$21,400	\$21,400 - \$62,040
3	\$26,950	\$26,950 - \$78,120
4	\$32,500	\$32,500 - \$94,200
5	\$38,050	\$38,050 - \$110,280



**លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។**



**លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាមួយនិងជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈ Covered California ។**

\* បរិមាណចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំទាំងនេះ គឺគ្រាន់តែជាការប្រហាក់ប្រហែលប៉ុណ្ណោះ និងផ្អែកលើទិន្នន័យចំណូលឆ្នាំ 2013។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងក្នុងតម្លៃសមស្របពីនិយោជក ឬកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលដូចជា Medicare ឬ Medicaid នោះ លោកអ្នកនឹងមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Covered California ឡើយ។

★ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានកូន ឬមានផ្ទៃពោះ លោកអ្នកអាចមានប្រាក់ ចំណូលកាន់តែខ្ពស់ ហើយនៅតែអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប តាមរយៈ Medi-Cal ឬ AIM។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ លោកអ្នកនិងទារក ដែលនឹងកើតមក របស់លោកអ្នក ( ទារក ) នឹងត្រូវរាប់ជាបុគ្គលដោយឡែក ដើម្បីបានគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal និងជាបុគ្គលម្នាក់ទទួលបានជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុ តាមរយៈ Covered California។



# សំណួរជាទូទៅ (FAQ)

## ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California

### 1. តើ Covered California ជាអ្វី?

Covered California គឺជាទីផ្សារថ្មី ដែលអាចឱ្យបុគ្គលទាំងឡាយ និង ក្រុមគ្រួសារនានាមានលទ្ធផលការបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬចំណាយទាប តាមរយៈ Medi-Cal ឬទទួលបានជំនួយ ក្នុងការបង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ដែលបានតាមរយៈ Covered California។

យើងខ្ញុំមានគោលបំណងធ្វើឱ្យពលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អាចមានលទ្ធភាពទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសមរម្យនិងសាមញ្ញ។ Covered California គឺជាដៃគូមួយនៃ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Health Benefit Exchange) និងក្រសួងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Health Care Services)។

### 2. តើ Medi-Cal គឺជាអ្វី?

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid សហព័ន្ធដែលបានកែប្រែឱ្យរស់នៅ California។ វាជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាបសម្រាប់ពលរដ្ឋក្នុងរដ្ឋ California ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

### 3. តើកម្មវិធី Access for Infants and Mothers (AIM) គឺជាអ្វី?

AIM គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃទាបសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងមានចំណូលខ្ពស់ពេកសម្រាប់ Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ។ AIM ក៏អាចមានសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនជាមួយនឹងប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ ឬការបង់ប្រាក់សម្រាប់តែពេលសម្រាលដែលច្រើនជាង 500\$។

### 4. តើ Covered California អាចជួយខ្ញុំដោយរបៀបណា?

Covered California អាចជួយលោកអ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងឯកជនដែលបំពេញតាមតម្រូវការផ្នែកសុខភាព និងថវិកាលោកអ្នក។ យើងខ្ញុំផ្តល់គម្រោងសុខភាពមួយចំនួនដែលល្អិល្អាញបំផុតនៅក្នុងរដ្ឋ និងគម្រោងក្នុងស្រុក ឬក្នុងតំបន់មួយចំនួនទៀតផងដែរ។

យើងខ្ញុំអាចពន្យល់ពីចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពបានច្បាស់លាស់ដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចប្រៀបធៀបជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានសម្រាប់លោកអ្នក។ លោកអ្នកនឹងដឹងច្បាស់ពីអ្វីដែលខ្លួនកំពុងទទួលបាន និងតម្លៃដែលលោកអ្នកត្រូវបង់មុនពេលជ្រើសរើសយកគម្រោងរបស់លោកអ្នក។

### 5. តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេប្រសិនបើចំណូលខ្ញុំខ្ពស់ពេក?

បាន អ្នកស្រុកនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិអាចទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនបាន តាមរយៈ Covered California ដោយមិនគិតពី ប្រាក់ចំណូល។ យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកនិង ដើម្បីជួយយើង ខ្ញុំក្នុងការរកការធានារ៉ាប់រងណា ដែលក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកអាចមាន លទ្ធភាពសាកសមបំផុត។

### 6. តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Covered California?

លោកអ្នកនឹងមានគម្រោងសុខភាពផ្សេងៗសម្រាប់ជ្រើសរើស។ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពមិនអាចបដិសេធផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់លោកអ្នកដោយសារតែលោកអ្នកធ្លាប់ឈឺពីមុន ឬមិនអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

Covered California ផ្តល់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនបួនក្រុមដូចជា៖ Platinum, Gold, Silver និង Bronze បូកនឹងគម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា។

ក្រុមនីមួយៗផ្តល់នូវកម្រិតធានារ៉ាប់រងខុសៗគ្នា ពីខ្ពស់ទៅទាប។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលរ៉ាប់រងលើចំណាយវេជ្ជសាស្ត្របន្ថែមរបស់លោកអ្នកនឹងមានបុព្វលាភខ្ពស់ជាង ប៉ុន្តែអាចឱ្យលោកអ្នកបង់តិចជាងនៅពេលដែលលោកអ្នកទទួលបានការថែទាំបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Platinum មានបុព្វលាភខ្ពស់បំផុត ប៉ុន្តែរ៉ាប់រងប្រហែលជា 90%នៃចំណាយក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ គម្រោង Gold បង់ប្រហែលជា 80% និងគម្រោង Silver បង់ប្រហែលជា 70% នៃចំណាយក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ គម្រោង Bronze មានបុព្វលាភទាបបំផុត ប៉ុន្តែបង់ប្រហែលជា 60% នៃចំណាយលើសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រង។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញដែលមានសូមចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ហើយពិនិត្យឡើងវិញលើឯកសារគម្រោងដូចជា ភស្តុតាងធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង ឬគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ ឬទូរស័ព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងនិងការចំណាយ មានលក្ខណៈខុសគ្នា និងអាចមិនគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក។

### 7. តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ដែរឬទេ?

ពលរដ្ឋ California គ្រប់រូបអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ប្រសិនបើពួកគេគឺជាអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋ ហើយបំពេញទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្សេងទៀត។

អ្នកដាក់ពាក្យអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គម្រោងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាប ឬសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលអាចបន្ថយចំណាយបុព្វលាភ និងថ្លៃចំណាយ។ បរិមាណនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគឺ អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ និងចំណូលគ្រួសារ។ អ្នកដាក់ពាក្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប្រសិនបើចំណូលពួកគេបំពេញតាមចំនួនកំណត់នៃចំណូល។

### 8. តើវាមានតម្លៃប៉ុន្មាន?

តម្លៃរបស់វាអាស្រ័យលើកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វី និងជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអ្វី ដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិនិងទទួល ព្រមទាំងគម្រោងណាមួយ ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើស។ លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់ម៉ាស៊ីនគិតលេខលើតម្លៃរបស់វាបាន តាមរយៈ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ដើម្បីរកមើលតម្លៃ និងពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយសម្រាប់បង់ការធានារ៉ាប់រងឬយ៉ាងណា។

សំណួរជាទូទៅ បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 

ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

## ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California (បន្ត)

### 9. តើខ្ញុំគួរតែបញ្ចូលប្រាក់បង់បុព្វលោកធានារ៉ាប់រងលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំជាមួយ និងពាក្យស្នើសុំនេះទេ?

ទេ ចូរកុំធ្វើប្រាក់បង់បុព្វលោកធានារ៉ាប់រងលើកដំបូងរបស់លោកអ្នកជាមួយ និងពាក្យស្នើសុំនេះ។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកនឹងធ្វើក្រុមបត្រលោកអ្នក សម្រាប់ទឹកប្រាក់ដែលលោកអ្នកជំពាក់។

### 10. តើខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមវិធីណា?

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California តាមមធ្យោបាយដូចខាងក្រោម៖

- **វេបសាយ:** ចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)។ យើងខ្ញុំមានផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ ដែលបានពន្យល់ជាពាក្យពេចន៍ងាយយល់ និងច្បាស់លាស់។
- **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។  
លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- **តាមទូរសារ:** ធ្វើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកតាមទូរសារលេខ **1-888-329-3700**។
- **តាមរយៈសំបុត្រ:** ធ្វើពាក្យសុំរបស់ Covered California តាមរយៈសំបុត្រមកកាន់  
Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725
- **មកជួបផ្ទាល់:** យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គម របស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ! សម្រាប់បញ្ជីទីកន្លែងដែលនៅជិតកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ សូមចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ឬទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

### 11. ខ្ញុំកំពុងចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medi-Cal។ តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ដែរឬទេ?

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលលោកអ្នកមានការប្រែប្រួលនៅក្នុងអំឡុងពេល ឬក្នុង ពេលបន្តសុពលភាពសេវាប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នកជាថ្មីទៀត លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត និងជំនួយបុព្វលោកធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Covered California។

### 12. តើធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងរួចហើយ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យរួចហើយ ពិនិយោជករបស់លោកអ្នកនោះ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ។ ប៉ុន្តែលោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំដើម្បីកមើលថាតើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃទាបដែរឬទេ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ត្រូវប្រាកដថាលោកអ្នកត្រូវបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B ហើយធ្វើវាជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។

### 13. តើខ្ញុំត្រូវការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ ដោយហេតុថា កំណែទម្រង់សុខាភិបាលបានចាប់ផ្តើមឬ?

ចាប់ផ្តើមនៅក្នុងខែមករា ឆ្នាំ2014 មនុស្សភាគច្រើន រួមទាំងកូនក្មេង នឹងត្រូវតម្រូវឲ្យមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព បើពុំដូច្នោះទេ គេត្រូវបង់ការពិន័យពន្ធ។ ការធានារ៉ាប់រងអាចរួមមាន៖ ការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈការងារ ការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកទិញដោយខ្លួនឯង, Medicare ឬ Medi-Cal។

ប៉ុន្តែមនុស្សមួយចំនួនរួចកាតព្វកិច្ចក្នុងការទិញធានារ៉ាប់រង។ ប្រជាជនទាំងនោះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹមតែ សមាជិកនៃក្រុម ឬនិយោជកសាសនាដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ ដែលជំនឿសាសនារបស់ពួកគេ ជំទាស់នឹងការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍ពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព, អ្នកជាប់ពន្ធធនាគារ, ជនដែលជាសមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ, ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ, និងជនទាំងឡាយ ដែលត្រូវបង់លើស 8% នៃប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្លួនសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រោយពីគិតគូរវិភាគទានរបស់និយោជក ឬជំនួយបុព្វលោកធានារ៉ាប់រង។

ក្នុងឆ្នាំ 2014 ការដាក់ពិន័យនឹងមានចំនួន 1% នៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ ឬ ចំនួន \$95 ពោលគឺយកចំនួនមួយណាដែលខ្ពស់ជាង។ ការដាក់ពិន័យនឹងទៀងខ្ពស់រៀងរាល់ឆ្នាំ។ នៅឆ្នាំ 2016 ការដាក់ពិន័យនឹងមានចំនួន 2.5% នៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នក ឬ \$695 ពោលគឺយកចំនួនមួយណាដែលខ្ពស់ជាង។ ក្រោយឆ្នាំ 2016 ការដាក់ពិន័យពន្ធនឹងកើនឡើងរៀងរាល់ ឆ្នាំ ដោយផ្អែកលើការលែកត្រូវចំណាយក្នុងការរស់នៅ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពិន័យ សូមទស្សនាគេហទំព័រ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ឬសូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមនៃខោនធី ឬ Covered California។

### 14. ខ្ញុំមិនមានព័ត៌មានគ្រប់យ៉ាង ដែលខ្ញុំត្រូវការដើម្បីធ្វើសំណួរលើពាក្យស្នើសុំទេ។ តើខ្ញុំគួរធ្វើយ៉ាងមេច?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានគ្រប់ព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំទេ សូមចុះហត្ថលេខា រួចធ្វើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកមកសិនក៏បាន។ យើងខ្ញុំ នឹងហៅទូរស័ព្ទទៅជម្រាបជ្រាបលោកអ្នកនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងរយៈពេល 10 ទៅ 15 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួលដំណឹងអ្វីពីយើងខ្ញុំ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

### 15. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងក្រោយពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ?

យើងខ្ញុំនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃ ដើម្បីជម្រាបជ្រាបលោកអ្នកអំពីថាតើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់កម្មវិធីណាមួយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួលដំណឹងអ្វីពីយើងខ្ញុំ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California (បន្ត)

16. តើខ្ញុំអាចរកជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោង បានដែរឬទេ ?

បាទ/ចាទ! ជំនួយនេះគឺគិតតិចថ្លៃ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែល មានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselor) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agent) ក្នុងសហគមន៍ទូទាំងរដ្ឋ ផ្តល់ព័ត៌មានជូនលោកអ្នកអំពីការជ្រើសរើសការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី និងជួយជ្រោមជ្រែងដល់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់ លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចរកជំនួយបានផងដែរ តាមរយៈការចូលទៅ កាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមនៃខោនធីរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយជាភាសាផ្សេងៗជាច្រើន។

ទទួលជំនួយសម្រាប់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោង៖

- **វេបសាយ:** ចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**។ យើងខ្ញុំមានផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ ដែលបានពន្យល់ជាពាក្យពេចន៍ងាយយល់ និងច្បាស់លាស់។
- **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺគិតតិចថ្លៃ!
- **មកជួបផ្ទាល់:** យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គម របស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺគិតតិចថ្លៃ! សម្រាប់បញ្ជីទីកន្លែងដែលនៅជិតកន្លែងលោកអ្នកសំនៅ ឬធ្វើការសូមចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com** ឬទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

17. តើខ្ញុំអាចជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពយ៉ាងដូចម្តេច ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈទទួលបានគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Covered California លោកអ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ដើម្បីរកទិញដោយងាយ និងប្រៀបធៀបគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

Covered California នឹងផ្តល់ជម្រើសអំពីគម្រោង ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន និងគម្រោង Medi-Cal ផងដែរ។ លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងដែលបំពេញបានល្អបំផុតតាមត្រូវការ និងថវិការបស់លោកអ្នក។

- លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់តម្លៃប្រចាំខែខ្ពស់ (ហៅថា បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង) ដើម្បីលោកអ្នកបង់ចំណាយពីហោប៉ៅខ្លួនឯងតិច នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាព។
- **បើពុំដូច្នោះទេ** លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់តម្លៃប្រចាំខែទាប ប៉ុន្តែបង់ចំណាយពីហោប៉ៅខ្លួនឯងច្រើន នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាព។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងនិងការចំណាយគិតខុសគ្នា ហើយវាអាចនឹងមិនបាច់បង់ក៏បាន។ ដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីគម្រោង Medi-Cal នៅក្នុងខោនធីរបស់លោកអ្នកសូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Health Care Option តាមរយៈលេខ **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077) ឬ ទស្សនាគេហទំព័រ **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**។

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

18. ខ្ញុំរកលុយមិនបានច្រើនទេ។ តើមានកម្មវិធីអ្វីខ្លះអាចជួយឲ្យខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ?

ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី1 ខែមករា ឆ្នាំ2014 អ្នកដែលត្រូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាព អាចទទួលបានជំនួយតាមមធ្យោបាយមួយក្នុងចំណោមមធ្យោបាយទាំង នេះ៖

**A. ជំនួយជាមួយនឹងបុព្វលាភប្រចាំខែ** ជំនួយបុព្វលាភអាចជួយឲ្យលោកអ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងតម្លៃសមរម្យ។ អ្នកដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង អាចទទួលបានជំនួយជាមុនបាន (មុនពេលពួកគេដាក់ប្រតិបត្តិទំនើប) ដើម្បីធ្វើឲ្យបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់ខ្លួនកាន់តែទាប។ បុព្វលាភអាចទទួលបានជំនួយនេះបាននៅចុងឆ្នាំ ហើយបង់ពន្ធតិច។

បរិមាណជំនួយសម្រាប់បុព្វលាភប្រចាំខែ អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

**B. Medi-Cal:** Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែលត្រូវ បានបង់ជាមួយនឹងពន្ធរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ វាជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ប្រជាជននៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបនិងបំពេញ តាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដាក់លាក់មួយចំនួន។

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលបិតនៅក្នុងកម្រិតកំណត់នៃ Medi-Cal សម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់លោកអ្នកនោះ លោកអ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal ដោយគិតតិចថ្លៃ។

19. ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ តើជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរភ្លាមៗឬទេ ?

ទេ ជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកនឹងមិនមានការផ្លាស់ប្តូរភ្លាមៗទេ។ យើងខ្ញុំនឹងដំណើរការព័ត៌មានថ្មីណាមួយ ដែលយើងខ្ញុំមាន។ ហើយយើងខ្ញុំនឹងជម្រាបលោកអ្នក ប្រសិនបើបរិមាណបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ។

20. ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ តើការផ្លាស់ប្តូរនោះនឹង ប៉ះពាល់ដល់រូបខ្ញុំនៅពេលខ្ញុំធ្វើប្រវេណីទំនើបរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច ?

សំខាន់ត្រូវវាយការណ៍ប្រាប់ Covered California អំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលដែលធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់បរិមាណជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកទទួល។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកថយចុះ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានបរិមាណជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងកាន់តែខ្ពស់ ហើយបន្ថយការចំណាយលុយហោប៉ៅរបស់លោកអ្នក បានកាន់តែច្រើន។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកកើនឡើង លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងច្រើនពេក ហើយគេអាចតម្រូវឲ្យលោកអ្នកបង់សងប្រាក់នោះនៅពេលលោកអ្នក ធ្វើប្រតិបត្តិទំនើបរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។



ត្រូវការជំនួយឬ ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺគិតតិចថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៤ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.



## ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (បន្ត)

### 21. តើធ្វើដូចម្តេចបើខ្ញុំមិនបានដាក់ប្រវេណីពន្ធដារឡើយ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានដាក់ប្រវេណីពន្ធដារ លោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងទទួលបានជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនេះបាន។ យើងនឹងប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ដើម្បីជួយយើងខ្ញុំក្នុងការរកការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលសមស្របបំផុតសម្រាប់លោកអ្នក និងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ប្រវេណីពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។

### 22. តើធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរក្រោយពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ?

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលលោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរ វាអាចធ្វើឲ្យផ្លាស់ប្តូរដល់ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Covered California សូមហៅទូរស័ព្ទយកមកដាក់ការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ដែលអាចធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន Medi-Cal ហើយប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ សូមទំនាក់ទំនងការិយាល័យសេវាសង្គមកិច្ចនៃខោនធីរបស់លោកអ្នក ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ។

## សំណួរផ្សេងៗទៀត

### 23. តើអ្នកគ្រប់គ្នានៅក្នុងពាក្យស្នើសុំត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកឬ?

ទេ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Medi-Cal បាន ទោះបីលោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកក៏ដោយ។

### 24. តើគ្រួសារខ្ញុំ និងខ្ញុំគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីដូចគ្នាទេ?

អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ ឬប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់លោកអ្នក លោកអ្នកឬគ្រួសារលោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីខុសៗគ្នា។ ជាឧទាហរណ៍ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលមាន តាមរយៈ Covered California។ ប៉ុន្តែកូនរបស់លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ។ យើងខ្ញុំនឹងជម្រាបជូនលោកអ្នកថាតើលោកអ្នក ឬសមាជិកដទៃទៀតគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយ។

### 25. ពាក្យស្នើសុំនេះទាមទារនូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនជាច្រើន។ តើ Covered California នឹងចែករំលែកព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំឬ?

ទេ ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់គឺជាព័ត៌មានសម្ងាត់ និងមានការធានាតាមការតម្រូវដោយច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកត្រឹមតែមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

### 26. តើខ្ញុំនឹងអាចប្រើប្រាស់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Covered California ថ្មីរបស់ខ្ញុំភ្លាមៗដែរឬទេ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំរវាងខែតុលា និងខែធ្នូ ឆ្នាំ 2013 គម្រោងសុខភាពចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវានៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2014។ ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅក្រោយថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2014 គម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក អាចចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវាភ្លាមៗនៅបន្ទាប់ពីខែដែលលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

### 27. តើលោកអ្នកចង់មានន័យថាម៉េចចំពោះពាក្យថា “ពិការភាព”?

លោកអ្នកអាចមានពិការភាព និងគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal ប្រសិនបើ៖

- លោកអ្នកគួរឱ្យយកចិត្តទុកដាក់ ឬមានការបាត់បង់ល្បិចផ្លូវ។
- លោកអ្នកពិការភ្នែក ឬបាត់បង់ចំណុះភ្នែក ទោះបីពេលពាក់វ៉ែនតា។
- លោកអ្នកមានពិការភាពផ្នែកបញ្ហា ឬការយល់ដឹង និងមានពិបាកចងចាំ ផ្តោតអារម្មណ៍ ឬធ្វើការសម្រេចចិត្ត។
- លោកអ្នកមានបញ្ហាមិនអាចដើរបាន និងពិបាកដើរ ឬទ្រើងដៃលើ។
- លោកអ្នកមានការពិបាកដូចគ្នា ឬស្លៀកពាក់ ឬធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃស្រដៀងគ្នា។

លោកអ្នកមានស្ថានភាពកាយ ចិត្ត ឬអារម្មណ៍ និងមានការពិបាកក្នុងការធ្វើអ្វីមួយ (ដូចជា ដើរទិញភ្នំ ឬទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត) ដោយគ្មានជំនួយ។ លោកអ្នកមិនត្រូវតែទទួលបានសេវាជំនួយពិសេសនៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅក្នុងប្រភេទណាមួយនៃកន្លែងថែទាំ ឬកន្លែងរស់នៅណាមួយដោយមានជំនួយនោះទេ។

### 28. ខ្ញុំពុំមានសុខភាព ឬពិការភាពកាលពីមុន។ តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California បានទេ?

បាន លោកអ្នកអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយមិនគិតអំពីស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន ឬអតីត ឬពិការភាពបច្ចុប្បន្ន ឬកាលពីមុនឡើយ។

ចាប់ផ្តើមនៅក្នុងឆ្នាំ 2014 គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពភាគច្រើន មិនអាចបដិសេធផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងចំពោះលោកអ្នក ឬមិនអាចគិតលុយលោកអ្នកច្រើន ដោយសារលោកអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាព ឬពិការភាពពីមុនឡើយ។

### 29. ខ្ញុំទើបតែដឹងថាខ្ញុំមានផ្ទៃពោះ។ តើខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលនឹងធានារ៉ាប់រងខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលខ្ញុំមានផ្ទៃពោះបានទេ?

បាន/បាទ។ ត្រូវប្រាកដក្នុងការឆ្លើយ ចាស/បាទ ទៅនឹងសំណួរនៃពាក្យស្នើសុំ “តើលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ?” ឬចុះប្រាប់អ្នកដែលជួយបំពេញពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំមុនពេលសម្រាលកូន កំពុងសម្រាល និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាល។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចបដិសេធលោកអ្នកក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទៀតឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ។

សំណួរជាទូទៅ បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 

# សំណួរជាទូទៅ (FAQ) (បន្ត)

## សំណួរផ្សេងៗទៀត (បន្ត)

### 30. ទើបតែមានកូនដំបូងៗ តើខ្ញុំគួរធ្វើដូចម្តេចអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមាន Medi-Cal ឬ Access for Infants and Mother (ការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កូននិងម្តាយ AIM) នៅពេលកំពុងសម្រាលកូន ចូរបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ សម្រាប់កូនទើបនឹងកើតរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកពិតជាមាន Medi-Cal ឬ AIM ក្នុងអំឡុងពេលលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ លោកអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញពាក្យស្នើសុំនេះទេ។

- រួមបញ្ចូលព័ត៌មានម្តាយលើទំព័រទី 2 នៃពាក្យស្នើសុំនេះ
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន Medi-Cal ចូរហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គមនៃខោនធីរបស់លោកអ្នក ដើម្បីប្រាកដថាកូនដំបូងរបស់អ្នកបានទទួលការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីពេលកើត ឬចូរបំពេញទម្រង់ពាក្យស្នើសុំទាក់ទងនឹងកូនទើបកើត។ ចូរពិនិត្យទម្រង់បែបបទនេះចេញពីគេហទំព័រ [www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf)
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន AIM ចូរហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-800-433-2611 ឬចូលទៅកាន់ [aim.ca.gov](http://aim.ca.gov) ដើម្បីចុះឈ្មោះកូនដំបូងរបស់អ្នក។

### 31. តើខ្ញុំនឹងគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងទេ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋម្នាក់ ឬមិនមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌតម្រូវទេនោះ ?

អ្នកដែលរស់នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះបាន ដោយប្រើប្រាស់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ មានតែអ្នកដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះប៉ុណ្ណោះ ត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ឬព័ត៌មានស្តីអំពីឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍។

ប៉ុន្តែលោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមួយចំនួន ដោយមិនគិតអំពីឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក និងទោះបីជាលោកអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមក៏ដោយ។

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាការសម្ងាត់ ហើយចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដទៃទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលកម្មវិធី ណាមួយដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ។

### 32. តើលោកអ្នកបិតក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹមនៅខ្ទប់កំណើតអាយុ 18ឆ្នាំឬ ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកបិតនៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម ហើយបានទទួល Medicaid នៅរដ្ឋណាមួយ នៅពេលលោកអ្នកដល់អាយុ 18ឆ្នាំ ហើយឥឡូវនេះ លោកអ្នកមានអាយុរវាងពី 18ឆ្នាំ និង 26ឆ្នាំ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal។ បន្ទាប់មកយើងនឹងបញ្ជាក់ថា លោកអ្នកគឺជាអ្នកស្រុករស់ នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា យើងនឹងចុះឈ្មោះលោកអ្នកក្នុង Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ។ បន្ទាប់មកយើងខ្ញុំនឹងបញ្ជាក់ថា លោកអ្នកបានបិតនៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម និងមាន Medicaid ពីមុនមក។

### 33. អ្វីទៅជាការចាត់ទុកថាជាការបើកប្រាក់តែមួយលើក ?

ការបើកប្រាក់តែមួយលើក ត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់តែប្រាក់ឈ្នួលរៀបរយ, ប្រាក់ងារ, ការលុបបំណុលចោល, ប្រាក់ខែ ឬប្រាក់ឈ្នួលពីនិយោជកមុនដែលទទួលបានដោយប្រពន្ធដែលនៅរស់, ប្រាក់សន្តិសុខសង្គមប្រតិកម្ម និងប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍នៃការចូលនិវត្តន៍របស់កម្មករធ្វើការនៅតាមផ្លូវដែក, ប្រាក់ឈ្នះឆ្នោត, អំណោយ, និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងប្រតិកម្មសម្រាប់អ្នកអត់ការងារធ្វើ។

### 34. តើពាក្យថា “បម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង” មានន័យដូចម្តេច ?

អ្នកដែលបម្រើការងារឲ្យខ្លួន រកចំណូលចិញ្ចឹមជីវិតដោយផ្ទាល់ពីអាជីវកម្ម ឬ សេវាផ្ទាល់ខ្លួន។ ពួកគេមិនទទួលបានលុយពីក្រុមហ៊ុនណាមួយដែលបើកលុយឲ្យពួកគេទេ។

### 35. តើខ្ញុំអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពីការក្លាយជាអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នៅឯណា ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនទាន់បានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែង ដែលលោកអ្នករស់នៅបច្ចុប្បន្នទេ ហើយមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះដើម្បីបោះឆ្នោតថ្ងៃនេះ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [registertovote.ca.gov](http://registertovote.ca.gov) ។ ឬសូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-345-VOTE (8683)។

### 36. ខ្ញុំជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា តើ Covered California អាចជួយខ្ញុំបានយ៉ាងដូចម្តេច ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋសហព័ន្ធជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ឬប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិកាមរិធីមួយផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមនៅទីក្រុងនោះ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប ដូចជាជន្មយក្នុងការបង់ប្តូរលក្ខណៈធានារ៉ាប់រង ឬ គ្មានការបង់រួម។ លោកអ្នកក៏អាចមានពេលវេលាពិសេសក្នុងការចុះឈ្មោះប្រចាំខែផងដែរ។

- ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A ហើយធ្វើដោយមានភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ថា លោកអ្នកគឺជាជនជាតិដើមឥណ្ឌា ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។ លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់កាតចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ឬលិខិតបញ្ជាក់អំពីសញ្ញាបត្រឈាមឥណ្ឌាក្រហម (Certificate of Degree of Indian Blood, CDIB) ពីការិយាល័យកិច្ចការឥណ្ឌាក្រហម (Bureau of Indian Affairs)។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal លោកអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាទេ។ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ចូរមើលឯកសារភ្ជាប់ F។

### 37. តើធ្វើដូចម្តេចបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមទៅនឹងការសម្រេច ដែល Covered California ធ្វើឡើង ?

លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមិនសុខចិត្ត។ ដើម្បីដឹងតវ៉ាមិនសុខចិត្តចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ សូមទាក់ទង Covered California តាមមធ្យោបាយមួយក្នុងចំណោមមធ្យោបាយទាំងនេះ៖

- **វេបសាយ:** ចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)។
- **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- **តាមទូរសារ:** ផ្ញើពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់លោកអ្នកតាមទូរសារលេខ 1-888-329-3700។
- **តាមរយៈសំបុត្រ:** ផ្ញើពាក្យសុំរបស់ Covered California តាមរយៈសំបុត្រមកកាន់ Covered California P.O. Box 989725 West Sacramento, CA 95798-9725
- **មកជួបផ្ទាល់:** យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និង ភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គមរបស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ! សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ នៅក្បែរកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ ឬបញ្ជីឈ្មោះការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមរបស់ខោនធីដែលបិតនៅក្បែរលោកអ្នក សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

# អាចមានជំនួយបន្ថែម

## CalFresh

តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទិញម្ហូបអាហារ សម្រាប់លោកអ្នក និង ក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទេ?

CalFresh អាចជួយលោកអ្នកបាន! នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា កម្មវិធីជំនួយ អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមនៃរដ្ឋសហព័ន្ធ (SNAP) ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា CalFresh។ CalFresh ជួយលោកអ្នកក្នុងការបង់លុយទិញបន្លែ ផ្លែឈើ និងអាហារសុខភាពផ្សេងទៀត។

ដើម្បីពិនិត្យថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន CalFresh សូម ហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-877-847-3663 ឬចូលទៅកាន់ [www.calfresh.ca.gov](http://www.calfresh.ca.gov) ឬដាក់ពាក្យតាមគេហទំព័រ [benefitscal.org](http://benefitscal.org)។



## Welltopia តាមរយៈ DHCS

ចូលទស្សនា Welltopia តាមរយៈនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) ទឹកនៃថែទាំសុខភាព នៅលើ Facebook និង Twitter! លោកអ្នកនឹងរកឃើញការណែនាំសំខាន់អំពីការបន្ថយស្ត្រេស ទទួលបាន អាហារកាន់តែមានសុខភាព រីករាយនិងសកម្មភាពលំហាត់ប្រាណ ឈប់ជក់បារី និងច្រើនទៀត។

Welltopia តាមរយៈ DHCS មាន:

- កម្មវិធីសុខភាពប្រកបដោយភាពរីករាយ ដោយឥតគិតថ្លៃ
- វីដេអូរីករាយចាប់អារម្មណ៍
- តំណភ្ជាប់ទៅកាន់៖
  - រូបមន្តធ្វើម្ហូបងាយៗ និងមានរសជាតិឆ្ងាយ
  - ទីតាំងផ្សារកសិករ
  - CalFresh
- ទឹកនៃថែទាំសុខភាពសប្បាយៗសម្រាប់លោកអ្នក និងកូនលោកអ្នក
- ការអប់រំ និងការធ្វើតេស្តការងារធ្វើ និងសេវាផ្សេងទៀតធ្វើឲ្យជីវិត លោកអ្នកកាន់តែមានភាពងាយស្រួលបន្ថែមទៀត។



ចុច "Like" Welltopia by DHCS នៅលើ Facebook! ចូលទៅកាន់: [Facebook.com/DHCSWelltopia](https://www.facebook.com/DHCSWelltopia)



ចូលរួមជាមួយយើងខ្ញុំ! @Welltopiadhcs

## Earned Income Tax Credit (EITC)

EITC គឺជាអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកធ្វើការ ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ទៅមធ្យម។ ពន្ធប្រភេទនេះបន្ថយបរិមាណពន្ធ ដែលលោកអ្នកជំពាក់

ហើយក៏អាចឲ្យលោកអ្នកសងវិញបានដែរ។

[www.eitc.ca.gov](http://www.eitc.ca.gov)

## Child Tax Credit

ឥណទានពន្ធនេះអាចមានតម្លៃច្រើនដល់ \$1,000 ក្នុងក្មេងម្នាក់ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក។

[www.childtaxcredit.ca.gov](http://www.childtaxcredit.ca.gov)

**ត្រូវការជំនួយឬ?** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៩ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).



# ទទួលបានជំនួយជាភាសាផ្សេងៗទៀត

លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះជាភាសាផ្សេងៗទៀត។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言  
獲得此申請的幫助。  
請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Ջանգա՛հարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

