

ការដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយលើការធ្វើតេស្ត Coronavirus (COVID-19)

សូមបំពេញពាក្យសុំនេះដើម្បីទទួលបានជំនួយសម្រាប់ការចេញថ្លៃចំណាយលើការពិនិត្យរកមេរោគ coronavirus (COVID-19) ថ្លៃចំណាយពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្ត និងថ្លៃចំណាយលើការព្យាបាលជាក់លាក់។

ការរ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកនឹងទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានពិនិត្យឃើញថាមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការប្រើប្រាស់ពាក្យសុំនេះ នឹងចេញថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្ររកមេរោគ coronavirus តែប៉ុណ្ណោះ។

ដើម្បីឱ្យបានដឹងថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតពី Medi-Cal ឬ Covered California អ្នកគប្បីបំពេញពាក្យសុំពេញលេញ តាមរយៈគេហទំព័រ www.coveredca.com។

| | | | |
|---|------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| 1. នាមខ្លួន | 2. នាមកណ្តាល | 3. នាមត្រកូល | 4. បច្ច័យនាម (ប្រសិនបើមាន) |
| 5. ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | | 6. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | |
| 7. តើកំពុងរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California មែនឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | 8. ខោនធីដែលកំពុងរស់នៅ? | |
| 9. <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើគ្មានទីជម្រក សូមគូសដឹកក្នុងប្រអប់ ហើយប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីទីកន្លែងដែលយើងអាចទាក់ទងអ្នកនៅក្នុងតារាងអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ដូចខាងក្រោម | | | |
| 10. អាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋាន (លេខ & ផ្លូវ) | | | អាជ្ញាធរមិន # |
| ទីក្រុង | រដ្ឋ | លេខកូដតំបន់ | |
| 11. អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋាន) | | | អាជ្ញាធរមិន # |
| ទីក្រុង | រដ្ឋ | លេខកូដតំបន់ | |
| 12. លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទាក់ទងល្អបំផុត | 13. លេខទូរសព្ទផ្សេងទៀត | 14. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល | |
| 15. តើភាសាអ្វីដែលអ្នកនិយាយបានល្អបំផុត? | | 16. តើភាសាអ្វីដែលអ្នកអានបានល្អបំផុត? | |

| | |
|--|--|
| <p>17. លេខ Social Security (SSN)៖ _____</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមានលេខ Social Security (SSN) អ្នកត្រូវតែផ្តល់វា នៅពេលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។ យើងប្រើប្រាស់លេខ Social Security (SSNs) ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក និងព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត ដើម្បីឱ្យដឹងថាអ្នកមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានជំនួយសម្រាប់ ទូទាត់លើការរ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬអត់។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រង និងពុំមាន SSN ទេ ហើយចង់បានជំនួយក្នុងការទទួលបានវា សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.ssa.gov ។ អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការរ៉ាប់រងខ្លះៗ បើទោះបីជាអ្នកមិនមាន SSN ក៏ដោយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទជំនួយ Medi-Cal តាមរយៈលេខ (800) 541-5555 ។</p> | |
| <p>18. តើអ្នកមានសញ្ជាតិ ឬជាជនជាតិអាមេរិកាំងមែនឬទេ? បើមែន សូមចូលទៅលេខ 19។ បើទេ សូមរំលងទៅលេខ 20។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> | |
| <p>19. តើអ្នកជាពលរដ្ឋចូលសញ្ជាតិ ឬចូលសញ្ជាតិតាមឪពុកម្តាយមែនឬទេ? ប្រសិនបើមែន សូមបំពេញ a ឬ b ហើយរំលងទៅលេខ 21។ បើទេ សូមរំលងទៅលេខ 21។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> | |
| <p>a. Alien Number/USCIS Number:</p> | <p>b. លេខសញ្ជាតិតូបនីយកម្ម/សញ្ជាតិ៖</p> |
| <p>20. ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិអាមេរិកទេ តើអ្នកមានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍មានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបញ្ចូលប្រភេទឯកសារ និងព័ត៌មានណាមួយដូចខាងក្រោមដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក។</p> | |
| <p>a. ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍៖</p> | <p>b. ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ (បំពេញ ឬមិនបំពេញក៏បាន)៖</p> |
| <p>c. ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក៖</p> | |
| <p>d. Alien Number/USCIS Number:</p> | <p>e. លេខ I-94៖</p> |
| <p>f. លិខិតឆ្លងដែនលេខ៖</p> | <p>g. ប្រទេសចេញលិខិត៖</p> |
| <p>h. SEVIS ID:</p> | <p>i. ផ្សេងៗ (លេខកាត ឬលេខទិដ្ឋាការ)៖</p> |
| <p>21. តើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកមាន Medicareដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> | <p>22. តើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកមានការធានារ៉ាប់រង សុខភាពផ្សេងទៀតដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> |

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

- ខ្ញុំដឹងថា ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ DHCS មិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ ក្រោមរូបភាពភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ជាតិកំណើត អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិសាសន៍ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាព រាងកាយ អាការៈរោគ ព័ត៌មានហ្សេនធីតិក ពូជសាសន៍អាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ឬមូលដ្ឋានណាមួយផ្សេងទៀតដែលការពារដោយច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។

- ពាក្យបណ្តឹងអាចដាក់បាន ដោយទូរសព្ទទៅកាន់ Office of Civil Rights, Department of Health Care Services តាមរយៈលេខ (916) 440-7370 ឬលិខិតឆ្លើយឆ្លងទៅកាន់ P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413, ឬតាមរយៈអាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov។
- ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពជំនួយក្នុងការទូទាត់ថ្លៃរ៉ាប់រង និងសម្រាប់គោលបំណងស្របច្បាប់នៃកម្មវិធីដែលជួយចេញថ្លៃការរ៉ាប់រង។
- ប្រសិនបើមានណាម្នាក់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ មានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ខ្ញុំសូមប្រគល់ជូន California Department of Health Care Services នូវសិទ្ធិរបស់យើងក្នុងការស្វែងរក និងទទួលបានទឹកប្រាក់មួយចំនួនពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត ដំណោះស្រាយជាសំណងតាមផ្លូវច្បាប់ ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- យើងត្រូវការព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំនេះដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានជំនួយសម្រាប់ចេញថ្លៃរ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកមេរោគ COVID-19 ថ្លៃចំណាយពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្ត និងថ្លៃចំណាយលើការព្យាបាល។ យើងនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ថ្លៃរបស់អ្នកដោយប្រើព័ត៌មាននៅក្នុងទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិករបស់យើង និងទិន្នន័យពី Social Security ព្រមទាំង Department of Homeland Security។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះមិនត្រូវគ្នានោះទេ យើងអាចនឹងសុំអ្នក ឱ្យផ្ញើព័ត៌មានបន្ថែមទៀតមកយើងខ្ញុំ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដឹងថាព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែលបានការពារនេះអាចយកទៅប្រើប្រាស់ និងផ្សព្វផ្សាយដោយរបៀបណា ហើយថាតើសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់ខ្ញុំមានអ្វីខ្លះ។ សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការអនុវត្តសិទ្ធិ ឯកជនភាព (NPP) ផ្តល់ព័ត៌មាននេះ និងអាចស្វែងរកបានតាមរយៈគេហទំព័រ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

ការបញ្ជាក់អំពីសិទ្ធិឯកជនភាព

- ពាក្យស្នើសុំនេះ គឺសម្រាប់កម្មវិធី COVID-19 Uninsured Group ដែលចាត់ចែងដោយ Department of Health Care Services (DHCS)។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកផ្តល់ជូននៅលើពាក្យសុំនេះ គឺមានភាពឯកជន និងជាការសម្ងាត់។ DHCS ត្រូវការវាដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក និងដើម្បីចាត់ចែងកម្មវិធីក្រុមអ្នកដែលមិនមានការរ៉ាប់រងលើជំងឺ COVID-19។
- យើងនឹងផ្តល់ព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅដល់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ សហព័ន្ធ និងមូលដ្ឋាន អ្នកម៉ៅការ គម្រោងសុខភាព និងកម្មវិធីនានា គ្រាន់តែដើម្បីចុះឈ្មោះអ្នកទៅក្នុងគម្រោង ឬកម្មវិធីប៉ុណ្ណោះ ឬដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធីនានា និងដូចដែលមានចែងនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការអនុវត្តសិទ្ធិឯកជនភាព។
- អ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរទាំងអស់នៅលើពាក្យសុំនេះ លើកលែងតែពួកវាមានគូសសញ្ញា “optional (បំពេញឬមិនបំពេញក៏បាន)”។ ប្រសិនបើពាក្យសុំរបស់អ្នកខ្លះចន្លោះព័ត៌មានណាមួយដែលយើងតម្រូវឱ្យមាន យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីទទួលបានវា។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់វានោះទេ យើងនឹងមិនអាចធ្វើ ការសម្រេចចិត្តទៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នកបានឡើយ។ អ្នកអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវដាក់ពាក្យសុំថ្មីមួយទៀត ពុំនោះសោត ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ COVID-19 Uninsured Group របស់អ្នក អាចនឹងត្រូវបានបដិសេធ។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីពិនិត្យមើលកំណត់ត្រា Department of Health Care Services សូមទាក់ទងទៅកាន់អង្គការការពារព័ត៌មានតាមរយៈអាសយដ្ឋាន P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 ទូរសព្ទ៖ 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929។

- ច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធទាំងនេះ ផ្តល់ឲ្យយើងនូវសិទ្ធិក្នុងការប្រមូល ឬរក្សាទុកព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំនេះ៖ DHCS៖ ផ្នែកសុខុមាលភាព CA និងស្ថាប័ននានា។ ច្បាប់ § 14011 និងមាត្រា 3 ជំពូក 5 និង 7 ផ្នែក 2 និង 3 ភាគ 9; Covered CA៖ 42 U.S.C. § 18031; ច្បាប់រដ្ឋាភិបាល CA §§ 100502(k) និង 100503(a)។

តើខ្ញុំគួរធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ មិនត្រឹមត្រូវ?

- ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាកម្មវិធី Medi-Cal program មានកំហុសអ្វីមួយ ខ្ញុំអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តនោះ។ ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ មានន័យថាជាការប្រាប់ដល់នរណាម្នាក់នៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ថាខ្ញុំគិតថាការសម្រេចចិត្តនេះ មិនត្រឹមត្រូវ និងសុំឲ្យមានការពិនិត្យមើលដោយយុត្តិធម៌ឡើងវិញអំពីវិធានការនោះ។
- ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចស្វែងយល់ពីរបៀបក្នុងការស្នើសុំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ រួមទាំងការពន្លឿនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ ដោយទូរសព្ទទៅកាន់ 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការជូនដំណឹងអំពីការសម្រេចចិត្ត នេះ។
- ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចធ្វើជាតំណាងដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់ ឬឲ្យនរណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ ដូចជាអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬមេធាវីជាដើម។
- ខ្ញុំដឹងថា រាល់សវនាការទាំងអស់ នឹងធ្វើឡើងតាមទូរសព្ទ ឬជំនួបតាមវីដេអូ លើកលែងតែខ្ញុំស្នើសុំការធ្វើសវនាការដោយផ្ទាល់។
- ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ កម្មវិធី Medi-Cal អាចពន្យល់បំភ្លឺករណីរបស់ខ្ញុំប្រាប់ដល់ខ្ញុំបាន។
- ខ្ញុំដឹងថា កម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំ អាចពន្យល់បំភ្លឺអំពីស្ថានភាពនានា នៅពេលសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ អាចនឹងត្រូវបានរក្សាជាបន្ត ឬយកមកអនុវត្តការព្យាបាលសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ណាមួយបាន។

ហត្ថលេខា៖

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ពាក្យសុំដែលខ្ញុំនិយាយខាងក្រោមនេះ គឺពិតប្រាកដ ពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។

- ខ្ញុំបានអាន និងយល់ច្បាស់អំពីពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ពាក្យសុំនេះ គឺគ្រាន់តែដើម្បីទទួលបានជំនួយសម្រាប់ចេញថ្លៃចំណាយលើការពិនិត្យរកមេរោគ coronavirus (COVID-19) ថ្លៃចំណាយពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្ត និងថ្លៃចំណាយលើការព្យាបាលជាក់លាក់តែប៉ុណ្ណោះ។ ដើម្បីឱ្យដឹងថាតើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតពី Medi-Cal ឬ Covered California ខ្ញុំត្រូវបំពេញពាក្យសុំពេញលេញ តាមរយៈគេហទំព័រ www.coveredca.com។

| | |
|----------|-------------|
| ហត្ថលេខា | កាលបរិច្ឆេទ |
|----------|-------------|