

ពាក្យសុំសម្រាប់សេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ

<p>តើអ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធីផែនការតែគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ (FPO) ឬទេ?</p>	<p>កម្មវិធី FPO គឺអាចរកបានចំពោះអ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោនជាមួយចំណូលក្រោម 260% នៃកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ ដោយមិនគិតពីភេទ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ អ្នកដែលមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់វិសាលភាពពេញលេញកម្មវិធី Apple Health និងមិនមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត។ អតិថិជនមានធានារ៉ាប់រងដែលស្វែងរកសេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារ អាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី FPO បាន។</p>
<p>តើអត្ថប្រយោជន៍ខ្លះៗបានគ្របដណ្តប់?</p>	<p>អត្ថប្រយោជន៍រួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនបានកំណត់ ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការចូលមើលការបង្ការផែនការត្រួសារទូលំទូលាយ • ការប្រឹក្សា ការអប់រំ ការចាប់ផ្តើម និងការគ្រប់គ្រងកំណើត និងវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើត • ការពិនិត្យជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន • ជំងឺកាមរោគមួយចំនួន (STD) និងការធ្វើតេស្ត និងការការព្យាបាលការឆ្លងជំងឺកាមរោគ (STI) • ថ្នាំពន្យារកំណើតមានវេជ្ជបញ្ជា និងគ្មានវេជ្ជបញ្ជា • វិធីវិធានសម្រាប់រោគ
<p>តើអ្នកដាក់ពាក្យដោយរបៀបណា?</p>	<p>អ្នកអាចដាក់ពាក្យសម្រាប់កម្មវិធី FPO គ្រប់ពេល ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបាន Apple Health។</p>
<p>តើអ្នកត្រូវតែបញ្ជូនផ្នែកទី 1 ដោយរបៀបណា?</p>	<p>ផ្នែកនេះត្រូវតែបញ្ជូនបំពេញឱ្យពេញលេញ ចំពោះចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតនៃបេក្ខជន។ ព័ត៌មានបន្ថែមលើសំណួរដាក់ស្នែង ដែលមានក្នុងផ្នែកទី 1 នៃពាក្យសុំដែលបានផ្តល់ពេលក្រោយក្នុងឯកសារនេះ។</p>
<p>តើមានភាសា ឬសេវាពិការភាព អាចរកបានទេនៅពេលដាក់ពាក្យ?</p>	<p>ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងភាសាផ្សេង (រួមទាំងអ្នកបកប្រែ ឬការបកប្រែសម្ភារៈដែលបានបោះពុម្ព) ឬកន្លែងស្នាក់នៅរបស់ជនមានពិការភាព ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022។</p>
<p>តើអ្នកអាចប្រើកំណាងមានរដ្ឋាភិបាល (AREP) ដើម្បីដាក់ពាក្យ?</p>	<p>AREP គឺជាមនុស្សពេញវ័យណាដែលដឹងបានគ្រប់គ្រាន់ពីកាលៈទេសៈត្រួសារ និងត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយត្រួសារដើម្បី ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមត្រួសារក្នុងគោលបំណងទទួលបានសិទ្ធិ។ នេះខុសពីការចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នករុករក ឬអន្តរការី។</p>
<p>តើតម្រូវការចំណូលគឺអ្វី?</p>	<p>ចំណូលត្រូវតែនៅ ឬក្រោម 260% នៃ FPL។ ចូលទៅ hca.wa.gov/family-planning។</p>
<p>តើទំហំត្រួសារត្រូវបានកំណត់យ៉ាងដូចម្តេច?</p>	<p>ទំហំត្រួសារត្រូវបានកំណត់អាស្រ័យលើស្ថានភាពឯកសារពន្ធ។ សមាជិកត្រួសារម្នាក់គឺជាប្តី/ប្រពន្ធ ឬពីរផ្នែកឯកសារ ពន្ធរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានឯកសារពន្ធទេ សមាជិកត្រួសារដែលជាប្តី/ប្រពន្ធ ឬរស់នៅក្នុង បន្ទុកក្នុងផ្ទះតែមួយ។</p>
<p>តើអ្នកត្រូវបានពិចារណាថាជា អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោនឬទេ?</p>	<p>អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោនឬបច្ចុប្បន្នរស់នៅ និងមានបំណងរស់នៅវ៉ាស៊ីនតោន ឬបានចូលមកវ៉ាស៊ីនតោនរកការងារ ឬបានចូលមកវ៉ាស៊ីនតោនប្តេជ្ញាចិត្តធ្វើការ។</p>
<p>ចុះប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មសម្ងាត់?</p>	<p>បុគ្គលបានធានារ៉ាប់រងអាចមានសិទ្ធិសម្រាប់សេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារសម្ងាត់ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញការលើក លែងទាំងនេះណាមួយ ៖ ស្វែងរកសេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារសម្ងាត់ ហើយមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬក្រោមនេះ ឬអ្នកគឺជាជនរងគ្រោះនៃអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ហើយបានធានារ៉ាប់រងក្រោមធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ អ្នកវិលោកបំពានរបស់អ្នក។</p>
<p>ចុះប្រសិនបើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងផ្សេង?</p>	<p>អ្នកមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់សេវាកម្ម FPO ប្រសិនបើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងផ្សេង លុះត្រាតែអ្នកស្វែងរកសេវាកម្មផែនការ ត្រួសារសម្ងាត់។</p>

<p>តើអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (HCA) និងប្រើលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬព័ត៌មានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍យ៉ាងដូចម្តេច?</p>	<p>HCA ប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីបញ្ជប់សិទ្ធិរបស់អ្នកដោយបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក ភាពជាពលរដ្ឋ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងភាពអាចរកបាននៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត។ HCA មិនថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយឡើយ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ ទុកកន្លែងនោះទេ។</p>
<p>តើវិសាលភាពពេញលេញ Apple Health (Medicaid) និងអ្នកត្រូវតែលះបង់សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យចំពោះវាគឺជាអ្វី?</p>	<p>ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិវិសាលភាពពេញ Apple Health អ្នកមានសិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍ចាំបាច់ទាំងអស់ដូចជាមន្ទីរសម្រាកអ្នកជំងឺក្នុង និងក្រៅ សុខភាពតាមផ្ទះ និងសេវាត្រួតពេទ្យ ចំណោមអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេង និងតាមចិត្ត ដូចជាថ្នាំថ្នាំថ្នាំ វេជ្ជបញ្ជា សេវាមាត់ធ្មេញ និងការព្យាបាលដោយចលនា។ វាគឺជាចំណាប់ល្អបំផុតរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យ វិសាលភាពពេញ Apple Health (Medicaid) ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពអតិបរមាដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមលើ (Medicaid) ចូលទៅ https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage។</p>
<p>ព័ត៌មានការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតអាចរកបានឬទេ?</p>	<p>ច្បាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ 1973 តម្រូវថា រដ្ឋទាំងអស់ត្រូវផ្តល់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតតាមរយៈការិយាល័យជំនួយសាធារណៈរបស់ពួកគេ។ ការដាក់ពាក្យ ឬការបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់សេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារនេះទេ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះនៅ វេតឺណេ ឬស៊ូបែបបទដាក់ពាក្យដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881។</p>
<p>តើពេលណាអ្នកនឹងដឹងពីស្ថានភាពពាក្យសុំរបស់អ្នក និងយ៉ាងដូចម្តេច?</p>	<p>ពាក្យសុំត្រូវបានដំណើរការក្នុងបញ្ជីដែលបានទទួលក្នុងពេល 45 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានបន្ថែមត្រូវបានតម្រូវ បេក្ខជននឹងត្រូវទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទ និង/ឬសំបុត្រ។ នៅពេលបានដំណើរការ លិខិតអនុម័ត ឬបដិសេធនឹងត្រូវផ្ញើតាមសំបុត្រ។ អ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនអាចផ្តល់សេវា ខណៈពេលអ្នករង់ចាំការបញ្ជូន និងដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។</p>
<p>តើអ្នកអាចប្តឹងការបញ្ចប់សិទ្ធិឬទេ?</p>	<p>មែនហើយ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បានក្នុងពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការបញ្ចប់បានធ្វើដោយ HCA, Washington Healthplanfinder ឬក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) ថាចំពោះសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ចូលទៅ hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid ។</p>
<p>តើសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផ្សេងៗអាចរកបានក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន?</p>	<p>បណ្តាញផែនការគ្រួសាររបស់ ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនផ្តល់ជូនសេវាកម្មផែនការគ្រួសារពេញលេញ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ដោយចូលទៅ doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices ។</p>
<p>តើជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗអាចរកបានក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន?</p>	<p>មើលកម្មវិធី Washington Apple Health ផ្សេងទៀតដែលអាចរកបាន រួមទាំងសេវាកម្មសម្រាប់ជូនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិក្តីគ្រាន់ និងមិនមានឯកសារ និងអ្នកថែទាំទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះនៅ hca.wa.gov/apple-health ។</p>
<p>តើអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅណា?</p>	<p>ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកឃើញនៅ hca.wa.gov/family-planning ។</p>

ពាក្យសុំសម្រាប់សេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកមានវត្តមានប្រទេស បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថាបាទ/ចាស អ្នកមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់សេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារទេ ប៉ុន្តែអាចមានសិទ្ធិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ដាក់ពាក្យលើបណ្តាញនៅ **wahealthplanfinder.org** ដោយបំពេញពាក្យសុំនេះ អ្នកយល់ដឹងថាអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់សេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ។

1. បេក្ខជន និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ឈ្មោះ (ប្រើឈ្មោះស្របច្បាប់ពេញលេញរបស់អ្នក)	អាសយដ្ឋាន	ត្រកូល	
បុរស ស្រី	លេខសង្កាត់	លេខសង្កាត់	តើអ្នកជាអ្នកស្រុករស់នៅទេ?
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខអាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	បាទ/ចាស ទេ
អាសយដ្ឋានដែលអ្នករស់នៅ	លេខអាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ
អាសយដ្ឋានធ្វើសិប្បកម្ម	លេខអាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ
លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ/ចល័ត/តាមចិត្ត	លេខទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ/សារ	តើយើងអាចទាក់ទងអ្នកនៅលេខទូរស័ព្ទដែលបានផ្តល់ឬទេ?	
		បុរស	ស្រី
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល			
តើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយការនិយាយ អាន ឬសរសេរភាសាអង់គ្លេសឬទេ?			
		បុរស	ស្រី
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ?			
		បុរស	ស្រី

តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ឬធានារ៉ាប់រង Apple Health (Medicaid) ឬទេ? បុរស ស្រី

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថាបាទ/ចាស អ្នកមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់សេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារទេ លុះត្រាតែអ្នកបំពេញការលើកលែងមួយខាងក្រោម ៖

ខ្ញុំស្វែងរកសេវាកម្មផែនការតែគ្រួសារសម្ងាត់ ហើយខ្ញុំមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬក្រោមនេះ ឬ

ខ្ញុំ គឺជាជនរងគ្រោះនៃអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ហើយបានធានារ៉ាប់រងក្រោមធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នករំលោភបំពានរបស់អ្នក។ (បន្តទៅផ្នែកទី (2) ប្រសិនបើអ្នកបានពិនិត្យទាំងពីរប្រអប់ខាងលើ)

ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ តើអ្នកមានបរិសេធធានារ៉ាប់រងវិសាលភាពពេញលេញ **wahealthplanfinder.org** ឬទេ? បុរស ស្រី

ប្រសិនបើ**ទេ** ឈប់ទីនេះ ហើយប្តូរទៅផ្នែកទី (9) ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកបានជួបប្រទះការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ តាំងពីអ្នកបានបរិសេធអ្នកមាន Apple Health (Medicaid), បន្តទៅផ្នែកទី (2) ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ**ទេ** អ្នកត្រូវបំពេញពាក្យសុំសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងនៅ **wahealthplanfinder.org** (លុះត្រាតែអ្នកបំពេញការលើកលែងមួយក្នុងពីរខាងលើ ឬ ធ្វើជម្រើសជូនដំណឹងមិនដាក់ពាក្យ វិសាលភាពពេញលេញ Apple Health (Medicaid)។

ខ្ញុំជ្រើសដាក់ពាក្យធានារ៉ាប់រងផែនការតែគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ ហើយកំពុង ធ្វើជម្រើសជូនដំណឹងមិនដាក់ពាក្យ វិសាលភាពពេញលេញ Apple Health (Medicaid)។

2. ស្ថានភាពពលរដ្ឋ និងអន្តោប្រវេសន៍

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ និងមិនមែនពលរដ្ឋ ៖ (ភូសម្បជ) ៖ _____ មិនមែនជាពលរដ្ឋស្របច្បាប់នៅអាមេរិកទេ _____ ផ្សេងទៀត _____

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិក _____

ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋស្របច្បាប់នៅអាមេរិកទេ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម ៖ _____

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍— "A" លេខ _____ លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត _____

លិខិតឆ្លងដែនបរទេស _____ ខោនធីនទីលំនៅ _____ កាលបរិច្ឆេទបញ្ចូល _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ឯកសារ _____

3. ចំណូលពីការងារ / ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង

រកបានដោយអ្នក	រកបានដោយសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត		
ឈ្មោះនិយោជកបច្ចុប្បន្ន (ការងារទីមួយ)	លេខទូរស័ព្ទ	ឈ្មោះនិយោជកបច្ចុប្បន្ន (ការងារទីមួយ)	លេខទូរស័ព្ទ
ចំណូលប្រចាំខែសរុបមុនបង់ពន្ធ (និង/ឬចំណូលសុទ្ធសម្រាប់ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង)	ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង? មែន មិនមែន	ចំណូលប្រចាំខែសរុបមុនបង់ពន្ធ (និង/ឬចំណូលសុទ្ធសម្រាប់ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង)	ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង? មែន មិនមែន
ឈ្មោះនិយោជកបច្ចុប្បន្ន (ការងារទីពីរ)	លេខទូរស័ព្ទ	ឈ្មោះនិយោជកបច្ចុប្បន្ន (ការងារទីពីរ)	លេខទូរស័ព្ទ
ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង? ចំណូលប្រចាំខែសរុបមុនបង់ពន្ធ (និង/ឬចំណូលសុទ្ធសម្រាប់ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង)	ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង? មែន មិនមែន	ចំណូលប្រចាំខែសរុបមុនបង់ពន្ធ (និង/ឬចំណូលសុទ្ធសម្រាប់ការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង)	ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង? មែន មិនមែន

ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកមាននិយោជកច្រើនជាងពីរ ភ្ជាប់សន្លឹកព័ត៌មានដោយឡែកពីរគ្នា។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបរាយការណ៍ចំណូល ចូលទៅ wahbexchange.org/how-to-report-income.

4. ចំណូលគ្រួសារផ្សេងទៀត

	ចំនួនប្រចាំខែ ៖	អ្នកទទួលប្រាក់នេះ ៖
ការគាំទ្រស្វយសារ/ប្តីប្រពន្ធដែលបានបង់	_____	_____
ចំណូលការជួល និង/ឬស្វយសារ	_____	_____
អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម/ការចូលនិវត្តន៍ផ្លូវដែក	_____	_____
គ្មានការងារធ្វើ	_____	_____
ចំណូលចូលនិវត្តន៍ រួមទាំងប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ប្រចាំឆ្នាំ និង/ឬការចែកចាយ IRA	_____	_____
ភាគលាភ ហ៊ុន ភាគហ៊ុន ភើនដើមទុន ចំណូលវិនិយោគបរទេស ទំនុកចិត្ត/ផ្សេងទៀត	_____	_____
ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធ	_____	_____
ចំណូលកសិកម្ម និងនេសាទ (សុទ្ធ)	_____	_____
ចំណូលពន្ធផ្សេងទៀត	_____	_____

5. ការកាត់កងរបស់គ្រួសារ

ចំនួនប្រចាំខែ ៖

អ្នកចំណាយការនេះ

ការគាំទ្រស្រូវសារ/ប្តីប្រពន្ធដែលបានបង់

វិភាគទាន/ IRA ឬវិភាគទានគណនីចូលវិភាគមុនបង់ពន្ធ

ការទូទាត់ការប្រាក់កម្ចីសិស្ស

តម្លៃផ្ទាល់ប្តូរកម្លាំងប្រដាប់អាវុធ

ការចំណាយអ្នកអប់រំ

វិភាគទានគណនីសន្សំសំចៃសុខភាព

ការពិន័យការដកប្រាក់សន្សំមុន

ការចំណាយអាជីវកម្មអាចយកបានជាក់ស្តែង

6. ការបំពេញឯកសារពន្ធ

តើឯកសារពន្ធរបស់អ្នកមានអ្វីខុសសម្រាប់ឆ្នាំនេះ?

អ្នកបំពេញតែម្នាក់

ឯកសាររៀបការដោយឡែក

ឯកសាររៀបការរួម

ពន្ធលើទំនិញពន្ធដារ

ពន្ធលើទំនិញពន្ធដារក្រៅគ្រួសារ

អ្នកបំពេញឯកសារមិនជាប់ពន្ធ

តើអ្នករៀបការដោយស្របច្បាប់ឬទេ?

បើមែន ឈ្មោះស្របច្បាប់/ប្រពន្ធរបស់អ្នក

មែន មិនមែន

ឈ្មោះ កណ្តាល ត្រកូល

ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យពន្ធលើចំណូល តើបន្ទុកពន្ធប៉ុន្មានដែលអ្នកប្រកាស?

ប្រសិនបើមិនទេ តើអ្នកមានកូនប៉ុន្មាន?

7. ការងារដែលបាត់បង់ថ្មី

តើអ្នកលាឈប់ ឬបាត់បង់ការងារក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយឬ?

មែន មិនមែន

តើប្តី ឬប្រពន្ធរបស់អ្នកលាឈប់ ឬបាត់បង់ការងារក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយឬ?

មែន មិនមែន

បើមែន ឈ្មោះអាជីវកម្ម ៖ _____

បើមែន ឈ្មោះអាជីវកម្ម _____

កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ _____

កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការងារ _____

8. សារវត្សរ៍សាសន៍/ជនជាតិ

យើងស្នើឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តប្រាប់យើងពីសារវត្សរ៍សាសន៍ ឬជនជាតិរបស់អ្នក។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវបានពិចារណាសិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកចំពោះសេវាកម្មនោះទេ។

ជនជាតិស្បែកស

ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក

រៀនណាម/ឡាវ/ខ្មែរ

ជនជាតិអេស្ប៉ាញ

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមកំណើតអាហ្វ្រិក

អាស៊ី/ឡាវ/ខ្មែរ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក

ផ្សេងទៀត ៖ _____

ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ៖ _____

9. អានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន មុនពេលចុះហត្ថលេខាឯកសារក្រោម

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ៖

- HCA អាចស្នើឱ្យខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់។ HCA អាចជួយខ្ញុំទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព ឬទាក់ទងភ្នាក់ងារ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតសម្រាប់វា។
- ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬសហព័ន្ធផ្សេងៗ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវបានចែករំលែកជាមួយសេវាកម្មកុមារ និងអន្តោប្រវេសន៍ (USCIS)។
- ដោយស្មើ និងទទួលបាននិយោជន៍របស់រដ្ឋសាស្ត្រ ខ្ញុំសូមប្រគល់សិទ្ធិជូនរដ្ឋស៊ើបអង្កេតការពារសិទ្ធិទទួលបានការគាំទ្រវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ និងការទូទាត់ភាគីទីបីណាមួយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថាពាក្យសុំនេះគឺសម្រាប់សេវាកម្មផែនការគ្រួសារដើម្បីបង្ការការមានផ្ទៃពោះប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការនិយោជន៍របស់រដ្ឋសាស្ត្រផ្សេងទៀត ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យនៅ Washington Healthplanfinder (wahealthplanfinder.org)។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការនិយោជន៍បរិញ្ញត្តិ ឬត្រូវការហាមឃាត់ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យនៅការិយាល័យសេវាសហគមន៍ DSHS ឬ Washington Connection (washingtonconnection.org)។
- ខ្ញុំត្រូវតែឆ្លើយតបនឹងសំណើណាមួយសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមក្នុងពេល 15 ថ្ងៃធ្វើការ ឬពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបដិសេធ ហើយខ្ញុំអាចនឹងទទួលខុសត្រូវរាល់ការគិតប្រាក់តាមរយៈការិយាល័យអ្នកផ្តល់ផែនការគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។

10. កំណត់ការអនុវត្តតាមចិត្ត (AREP)

ឈ្មោះ / អង្គការ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ	លេខអាជ្ញាធិការ
	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	កូដប៊ូប

11. ការប្រកាស និងហត្ថលេខា

ខ្ញុំបានអាន និងបានយល់ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំប្រកាស ក្រោមការពិន័យដាក់ទោស ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ ក្នុងចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ
-----------------------	-------------

ប្រគល់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញនេះទៅអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពដោយប្រើមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម ៖

- សំបុត្រ ៖ HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- ទូរសារ ៖ **1-866-841-2267**
- លេខទូរស័ព្ទ ៖ **1-800-562-3022**
- អ៊ីមែល ៖ **apple@hca.wa.gov**