

ពាក្យសុំសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (និងដើម្បីស្វែងរកថាតើអ្នកអាចទទួលបានជំនួយនូវតម្លៃដើមឬទេ)

ប្រើពាក្យសុំនេះដើម្បីដឹងពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖

- ធានារ៉ាប់រងឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាបពី Washington Apple Health (Medicaid), រួមទាំង Apple Health សម្រាប់កុមារដែលមានបច្ចុប្បន្ន ក៏ស្គាល់ផងដែរថាជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ (CHIP)
- ឥណទានពន្ធដែលអាចជួយអ្នកបង់ថ្លៃបច្ចុប្បន្នរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងផែនការមាត់ធ្មេញ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឯកជនតម្លៃពេញ

ដាក់ពាក្យសុំរហ័សតាមអនឡាញ

- ដាក់ពាក្យសុំរហ័សតាមអនឡាញនៅ wahealthplanfinder.org

ព័ត៌មានដែលអ្នកនឹងត្រូវការដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង និងអ្នកដទៃ៖

- លេខសន្តិសុខសង្គម
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសម្រាប់សមាជិកនីមួយៗនៃគ្រួសាររបស់អ្នក
- លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស "A" ឬលេខអន្តោប្រវេសន៍ផ្សេងទៀតសម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយដែលដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព
- ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ និងអតិថិជនទាំងអស់ដែលមានប្រាក់ចំណូលគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទាមទារឱ្យពួកគេដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធ
- ព័ត៌មានអំពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចរកបានសម្រាប់អ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នក

ហេតុអ្វីយើងស្នើសុំព័ត៌មានច្រើនបែបនេះ?

យើងត្រូវការព័ត៌មានខាងក្រោមដើម្បីកំណត់ថាធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជាឯកជនដូចបានតម្រូវដោយច្បាប់។

ផ្ញើពាក្យសុំដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាទៅ៖

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
ចូរសារលេខ 1-855-867-4467

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងស្នើសុំ អ្នកអាចចាប់ផ្តើម ពាក្យសុំរបស់អ្នកដោយបំពេញក្នុងឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខា ហើយផ្ញើវាជាសំបុត្រទៅអាសយដ្ឋានខាងលើ។

ទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ៖

- តាមអនឡាញ៖ wahealthplanfinder.org
- ទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអតិថិជននៅលេខ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ឬ 1-855-627-9604 (TTY)
- ដោយផ្ទាល់៖ ដើម្បីទទួលបានជំនួយពាក្យសុំ ស្វែងរកអ្នករុករក ឬលម្អិតព័ត៌មានតាមរយៈគំណើតជំនួយអតិថិជននៅ wahealthplanfinder.org.
- ភាសា ឬពិការភាព៖ ដើម្បីទទួលបានជំនួយឥតគិតថ្លៃនៅក្នុងភាសារបស់អ្នក (រួមទាំងអ្នកបកប្រែ ឬការបកប្រែឯកសារដែលបានបោះពុម្ព) ឬកន្លែងស្នាក់នៅសម្រាប់ជនមានពិការភាព ទូរស័ព្ទទៅ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ឬ 1-855-627-9604 (TTY)

និយមន័យ

ឥណទានពន្ធប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នក: ឥណទានពន្ធអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបន្ថយបុព្វលាតប្រចាំខែរបស់អ្នក។

Washington Healthplanfinder: ទីផ្សារអនឡាញមួយសម្រាប់បុគ្គល គ្រួសារ និងអាជីវកម្មខ្នាតតូចនៅវ៉ាស៊ីនតោនដើម្បីប្រៀបធៀប និងចុះឈ្មោះនៅក្នុងធានារ៉ាប់រង និងទទួលបានការចូលប្រើឥណទានពន្ធ ការចែករំលែកតម្លៃដែលបានកាត់បន្ថយ និងកម្មវិធីសាធារណៈដូចជា Washington Apple Health.

បុព្វលាតរ៉ាប់រង: ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់រៀងរាល់ខែសម្រាប់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើមាន។ អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃបុព្វលាតរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដើម្បីរក្សាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក បើទោះបីជាអ្នកមិនទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពណាមួយក៏ដោយ។

ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់: ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Washington Healthplanfinder.

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពចាំបាច់អប្បបរមា: នេះគឺជាប្រភេទធានារ៉ាប់រងដែលបុគ្គលម្នាក់ចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញតម្រូវការទំនួលខុសត្រូវបុគ្គលក្រោមច្បាប់ថែទាំតម្លៃសមរម្យ។ នេះរួមទាំងគោលការណ៍ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពបុគ្គល និងគ្រួសារ ធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើការងារ, Medicare, Medicaid, កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ (CHIP), TRICARE និងធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលគ្របលើអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភាពចាំបាច់ 10។

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពចាំបាច់: សំណុំនៃសេវាថែទាំសុខភាព 10 ដែលផែនការទាំងអស់ត្រូវតែគ្របដណ្តប់ ដូចជាទៅរួមផ្តល់ធុរកិច្ច ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ អត្ថប្រយោជន៍ មួយចំនួនគឺឥតគិតថ្លៃ ហើយមួយចំនួនអាចមានសហចំណាយ និងសហធានារ៉ាប់រង។

Washington Apple Health: កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈសម្រាប់អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន។ Washington Apple Health គឺជាឈ្មោះប្រើនៅក្នុងវ៉ាស៊ីនតោន សម្រាប់ Medicaid, កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់កុមារ (CHIP), និងកម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

សម្រាប់អ្នកដែលធ្វើការខ្លួនឯង

អ្នកអាចដកការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាតក្រោមពិបាកចំណូលសរុបរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួនឯងសុទ្ធរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល “ការណែនាំសម្រាប់កាលវិភាគ C ឬកាលវិភាគ F” នៅ www.irs.gov.

ឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាតគឺ៖

- ការចំណាយលើរថយន្ត និងរថយន្តដឹកទំនិញ
- កម្រៃជើងសារ ថ្លៃសេវា និងកិច្ចសន្យាការងារ
- ការធ្លាក់ចុះ
- ការរំលស់
- កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍បុគ្គលិក ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍និងផែនការចែករំលែកប្រាក់ចំណូល
- ធានារ៉ាប់រង (លើកលែងតែសុខភាព) និងការប្រាក់បញ្ចាំ
- សេវាកម្មស្របច្បាប់ និងជំនាញ
- ការចំណាយលើការវិបារល័យ ជួល និងភតិសន្យា
- ទ្រព្យសម្បត្តិ បំណុល ឬធានារ៉ាប់រងការអនុវត្តអាជីវកម្ម
- គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ ធុរកិច្ច និងថែទាំ
- ការធ្វើដំណើរ អាហារ និងកម្សាន្ត
- ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ពន្ធ និងអាជ្ញាប័ណ្ណ
- ប្រាក់ឈ្នួល (ឥណទានការងារតិច)

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព

សិទ្ធិរបស់អ្នក (យើងត្រូវតែ) សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់

ជួយអ្នកអាន និងពេញលេញបែបបទដែលស្នើសុំទាំងអស់។ សម្រាប់ជំនួយដែលអ្នកអាចទាក់ទង Washington Healthplanfinder ឬប្រសិនបើអ្នកមានសុំធានារ៉ាប់រង ពិការភ្នែក ឬពិការភាព ឬត្រូវការសេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) អ្នកអាចទាក់ទងក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS)។

ផ្តល់សេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និងអ្នកបកប្រែ ដោយមិនគិតថ្លៃអ្នក និងដោយគ្មានការពន្យារពេលនោះពេលទាក់ទងជាមួយ Washington Healthplanfinder អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព ឬ DSHS។

រក្សាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាកម្មវិធី ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ឱ្យព័ត៌មានមួយចំនួនជាមួយរដ្ឋ និងភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងទៀត សម្រាប់គោលបំណងនៃសិទ្ធិទទួលបាន និងការងារ។

ផ្តល់ឱកាសឱ្យអ្នកដាក់បណ្តឹង ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយដែលបានធ្វើដោយ Washington Healthplanfinder ឬ DSHS ដែលប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក សម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព, LTSS, ផែនការសុខភាព ឥណទានពន្ធបច្ចុប្បន្នលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬការកាត់បន្ថយសហចំណាយ។ ដោយស្នើសុំបណ្តឹង សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យ។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការបណ្តឹង Washington Healthplanfinder ដោយចូលទៅទំព័របណ្តឹង Washington Healthplanfinder នៅ

<http://www.wahbexchange.org/appeals/> ឬទាក់ទងមន្ត្រីមណ្ឌលជំនួយអតិថិជន Washington Healthplanfinder តាមលេខ 1-855-923-4633។

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងសម្រាប់កម្មវិធី DSHS អ្នកអាចទាក់ទងមន្ត្រីមណ្ឌលជំនួយអតិថិជន DSHS តាមលេខ 1-877-501-2233 ឬចូលទៅករិយាល័យផ្ទះក្នុងតំបន់ និងសេវាកម្មសហគមន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើបណ្តឹងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើធានារ៉ាប់រង Washington Apple Health ដែលមិនបានដោះស្រាយដោយការត្រួតពិនិត្យសំណុំរឿង

អ្នកនឹងត្រូវកំណត់ពេលសវនាការរដ្ឋបាល។

ប្រព្រឹត្តិការណ៍អ្នកដោយឡែកមិនមែន។ ការរើសអើងគឺជាការប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពវ៉ាស៊ីនតោន/អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពអនុលោមជាមួយច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធដែលអាច អនុវត្តបាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពណ៌សាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។ ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពវ៉ាស៊ីនតោន/អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពមិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬចាក់ទុកពួកគេខុសគ្នាច្រោះតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។

ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពវ៉ាស៊ីនតោន/អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពអនុលោមជាមួយច្បាប់ដែលអាចអនុវត្តបាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានជំនឿ ការរងគ្រោះ ឬកំណត់យេនឌ័រ គម្រោងទិសស្ត្រីភេទ ស្ថានភាពរៀបការ សាសនា អតីតយុទ្ធជនត្រូវបានរំលាយដោយកត្តិយស ឬស្ថានភាពយោធា ប្រើសុខដដែលបានបង្ហាត់នាំផ្លូវ ឬសត្វសេវាកម្មដោយមនុស្សដែលមានពិការភាព។

ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពវ៉ាស៊ីនតោន/អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព៖

- ផ្តល់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ និងសេវាកម្មដល់មនុស្សដែលមានពិការភាព ដូច្នេះពួកគេអាចទាក់ទងជាមួយយើងដោយប្រសិទ្ធភាព ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពង្រីក សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើបាន និងទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- ផ្តល់សេវាកម្មសាសនាឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមានស្ថានភាពមិនមែនជាសាសនាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅក្នុងភាសាផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងអស់ ទាក់ទងលេខ 1-855-923-4633។

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពវ៉ាស៊ីនតោន/អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពបានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងក្នុងវិធីមួយផ្សេងអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ៖

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
ទូរស័ព្ទ៖ 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org
- **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer (ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
ទូរស័ព្ទ៖ 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងដោយផ្ទាល់ ឬតាមសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយការដាក់បណ្តឹង នាយកដ្ឋានស្របច្បាប់ផ្តល់សេវាកម្មដល់មនុស្សមានពិការភាព/ផ្នែកសេវាច្បាប់នៃ អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពគឺអាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏ដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលអេឡិចត្រូនិចនៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមសំបុត្រ ឬទូរស័ព្ទតាមលេខ៖

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

បែបបទបណ្តឹងគឺអាចរកបាននៅ www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (អ្នកត្រូវតែ) សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់

SSN និងការបង្ហាញស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍។ ជាមួយនឹងការលើកលែងមួយចំនួន អ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលចង់ដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ SSN ត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំឯកទានពន្ធបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួល របស់អ្នកដោយការបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ សញ្ជាតិ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នក និងភាពអាចរកបាននៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត។

យើងមិនចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយទេ។

វាអាចទៀងទាត់ការដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកមួយចំនួននៃគ្រួសាររបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនមែនអ្នកដទៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ ទាំងអស់ អ្នកដទៃនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំ និងទទួលបានធានារ៉ាប់រង។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំឱ្យកូនរបស់អ្នកបើទោះបីជាអ្នកមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យសុំមិនមែនជាលំហូរស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬឱកាសក្លាយជាអ្នកស្រុក ឬពលរដ្ឋជាតិឡើយ។

មានកម្មវិធី Washington Apple Health មួយចំនួនសម្រាប់អ្នកដែលមិនអាចបង្ហាញថាពួកគេនៅក្នុងប្រទេសដោយស្របច្បាប់។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកជ្រើសមិនផ្តល់ SSN ឬ លេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់នរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក យើងនឹងត្រូវតាមដានជាមួយអ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំ។

ប្រសិនបើបានស្នើសុំដោយភ្នាក់ងារ ផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយ ឬកស្តតាំងដែលចាំបាច់ដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានឬទេ។

រឿងដែលអ្នកត្រូវដឹងសម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់

មានច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដាក់លាក់ ដែលគ្រប់គ្រងប្រតិបត្តិការរវាង Washington Healthplanfinder និងប្រព័ន្ធពាក្យសុំគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជានរណាម្នាក់ប្រើពួកគេ និង ធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកទទួលបានពីការប្រើពួកគេ។ ដោយការប្រើប្រព័ន្ធទាំងនេះ អ្នកយល់ស្របអនុលោមតាមច្បាប់ដែលដាក់ពាក្យសុំនរណាម្នាក់ប្រើពួកគេ និងធានារ៉ាប់រងដែលពួកគេទទួលបានជាលទ្ធផល។

ច្បាប់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ 1973 ទាមទារឱ្យរដ្ឋទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតតាមរយៈការិយាល័យជំនួយសាធារណៈ។

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនមែនជាលំហូរសេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារនេះ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅ www.vote.wa.gov ឬបញ្ជាបែបបទការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881.

ច្បាប់ស្តីពីទំនួលខុសត្រូវ និងសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ការរឹតបន្តឹងរវាងអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (HCA) និង DSHS ពិការពិភាក្សាអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមាជិក ណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកជាមួយនរណាម្នាក់ រួមទាំងគំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ លុះត្រាតែបុគ្គលនោះមានអំណាចមេធាវី ឬអ្នកបានចុះហត្ថលេខាបែបបទយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិបង្ហាញព័ត៌មាននេះ។ នេះរួមទាំងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដូចជាការ លទ្ធផលតេស្ត HIV, AIDS, STD ឬការព្យាបាល និងសេវាកម្មពិនិត្យលើតិមី។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគោលការណ៍ឯកជនភាពរបស់ Washington Healthplanfinder ចូលទៅ https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html

ច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ ការពារ Washington Healthplanfinder និង DSHS ពិការផ្តល់ព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ (PII) របស់អ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសារ របស់អ្នកដល់នរណាម្នាក់ដែលមិនបានផ្តល់ដើម្បីទទួលវា ហើយមិនដោយការយល់ព្រមពីអ្នក។

ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យ Washington Healthplanfinder និង DSHS គឺជាកម្មវិធីផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមត្រូវសហព័ន្ធ និងរដ្ឋសម្រាប់គោលបំណងកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ការផ្ទៀងផ្ទាត់អាចរួមមានទំនាក់ទំនងតាមដានពីបុគ្គលិកភ្នាក់ងារ។

ប្រសិនបើអ្នកចាប់ផ្តើមបំពេញពាក្យសុំសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Washington Healthplanfinder និងមិនបំពេញដំណើរការសម្រាប់មូលហេតុមួយចំនួន ព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹង ត្រូវរក្សាទុកនៅ Washington Healthplanfinder និងអាចចូលមើលបានដោយអ្នករយៈពេល 90 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញពាក្យសុំបន្ទាប់ពីរយៈពេល 90 ថ្ងៃទេ ព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹង ត្រូវលុបចោលពីប្រព័ន្ធ Washington Healthplanfinder។

Washington Healthplanfinder, HCA និង DSHS មិនទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការក្រប់ក្រងផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ក្រុមហ៊ុនផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ អ្នកអាចផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីលក្ខខណ្ឌនៃផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ការចំណាយក្រៅហោរាប្រើប្រាស់ផែនការរបស់អ្នក និងធ្វើការទាមទារ អត្ថប្រយោជន៍ ឬបណ្តឹងបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ អ្នកត្រូវតែទាក់ទងក្រុមហ៊ុនផ្តល់ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន COBRA បន្ទាប់ពីការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ណាមួយដែលបានដាច់រយៈពេល Washington Healthplanfinder, ការក្រប់ក្រង COBRA និងការផ្តល់អ្នកទូរកំណត់ចំណាំ COBRA ដែលបានទាមទារ និងរយៈពេលបោះឆ្នោតគឺ ជាទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជករបស់អ្នក។

កុំបោះបង់ធានារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្នណាមួយ ឬបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ COBRA ណាមួយរហូតដល់អ្នកទទួលបានលិខិតអនុម័ត និងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង ក៏បានស្គាល់ផងដែរថាជាភិក្ខុសន្យាធានារ៉ាប់រង ឬវិញ្ញាបនបត្រ ពីក្រុមហ៊ុនផ្តល់ធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកបានជ្រើសរើស។ ត្រូវប្រាកដថាអ្នកយល់ និងយល់ស្របជាមួយលក្ខខណ្ឌនៃគោលការណ៍ យកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសចំពោះកាលបរិច្ឆេទមាន ប្រសិទ្ធភាព រយៈពេលរង់ចាំ ចំនួនទឹកប្រាក់បុព្វលាភ អត្ថប្រយោជន៍ ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងសេចក្តីអមក្តាប់។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំសេវាកម្មអនុវត្តជំនួយតាមរយៈផ្នែកជំនួយកុមារ (DCS)។

ដើម្បីទទួលបានពាក្យសុំសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ ចូលទៅ www.childsupportonline.wa.gov ឬទាក់ទងការិយាល័យ DCS ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

សិទ្ធិរបស់អ្នក (យើងត្រូវតែ) សម្រាប់ Washington Apple Health តែប៉ុណ្ណោះ

កន្លែងអ្នកកំណត់សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកសួរ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដាក់ស្នើពាក្យសុំជាផ្នែក ដែលរួមទាំងនេះអាចប្រើប្រាស់ ឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខា ឬហត្ថលេខារបស់កំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ ថ្ងៃដែលយើងទទួល បានពាក្យសុំជាផ្នែកជាការលើកកម្ពស់របស់អ្នក ដែលអាចប៉ះពាល់នូវគោលធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកក្លាយជាមធ្យមប្រសិទ្ធភាព។ យើងនឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយបន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដាក់ស្នើពាក្យសុំជាផ្នែក ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រណាមួយដែលរាយការណ៍ក្រោម WAC 182-503-0005.

ដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗ និងមិនយឺតយ៉ាវវិភាគដែលបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-503-0060.

ផ្តល់ពេលវេលាអស់ 10 ថ្ងៃ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដែលយើងកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម យើងនឹងផ្តល់ពេលឱ្យអ្នកបន្ថែម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់យើងនូវព័ត៌មាន ឬស្នើសុំពេលវេលា បន្ថែម យើងអាចបដិសេធ បិទ ឬផ្លាស់ប្តូរធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។

ជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាទទួលបានព័ត៌មានណាមួយ ឬកស្តុកតាមចាំបាច់សម្រាប់យើងដើម្បីបដិសេធប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើយើងទាមទារឯកសារដែលនឹងគិតប្រាក់ពីអ្នក យើងនឹងផ្ញើវា ហើយបង់ប្រាក់នោះ។

ជូនដំណឹងអ្នក នៅក្នុងករណីភាគច្រើន យ៉ាងហោចណាស់ 10 ថ្ងៃមុនពេលយើងបញ្ឈប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។

ផ្តល់ជូនអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងករណីភាគច្រើន យ៉ាងហោចណាស់ 45 ថ្ងៃ។ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ករណីពិការភាពមួយចំនួនអាចចំណាយពេលវេលា 60 ថ្ងៃ។ យើង ផ្តល់ជូនអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរលើវេជ្ជសាស្ត្រការមានថ្លៃពោះក្នុងពេល 15 ថ្ងៃ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបដិសេធនិយាយ ទៅកាន់អ្នកស៊ើបអង្កេត ប្រសិនបើយើងធ្វើសវនកម្មសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ឱ្យអ្នកស៊ើបអង្កេតចូលទៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទេ។ អ្នកអាចស្នើឱ្យអ្នកស៊ើបអង្កេត ត្រលប់មកវិញនៅពេលក្រោយ។ សំណើបែបនេះនឹងមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។

បន្តធានារ៉ាប់រងសុខភាព Washington Apple Health ខណៈពេលយើងសម្រេចចិត្តអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីផ្ទៀងផ្ទាត់ឬទេក្នុងមួយ WAC 182-504-0125.

ផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មចូលប្រើស្មើគ្នា ដូចបានរៀបរាប់នៅក្នុង WAC 182-503-0120 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (អ្នកត្រូវតែ) សម្រាប់ Washington Apple Health តែប៉ុណ្ណោះ

រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរដូចបានទាមទារ នៅក្នុង WAC 182-504-0105 និង 182-504-0110 ក្នុងពេល ៣០ ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ។

អានលិខិតអនុម័តរបស់អ្នកដើម្បីដឹងពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែរាយការណ៍។

បំពេញការបង្កើន នៅពេលបានស្នើសុំ។

ផ្តល់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ចាំបាច់ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព។

ដាក់ពាក្យសុំ Medicare ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានវា។

សហការជាមួយបុគ្គលិកផ្នែកធានាកុលសភា នៅពេលបានស្នើសុំ។

ដាក់ពាក្យសុំ និងទំនាក់ទំនងប្រែសម្រួលប្រព័ន្ធដល់ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់ចំណូលសក្តានុពលពីប្រភពផ្សេងទៀតនៅពេលអ្នកស្នើសុំ ឬទទួលបានការបំបែក Washington Apple Health។

រឿងដែលអ្នកត្រូវដឹងសម្រាប់ Washington Apple Health តែប៉ុណ្ណោះ

ដោយស្មើស្ម័គ្រ និងទទួលបាន Washington Apple Health, អ្នកផ្តល់សិទ្ធិរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនទាំងអស់ដល់ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ និងដល់ការទូទាត់ភាគីទីបីណាមួយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

ភ្នាក់ងារអាចថែទាំវិលក ប្រវត្តិនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់អ្នកជាមួយប្រព័ន្ធតាមដានការចាក់ថ្នាំទម្រង់កុមារ។

ព័ត៌មានដែលអ្នករាយការណ៍ អាចត្រូវបានផ្តល់ដល់ DSHS ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន និងអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែសម្រាប់កម្មវិធីដូចជាធានារ៉ាប់រងសុខភាព ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ជំនួយជាអាហារ និងការឧបត្ថម្ភធនលើការថែទាំកុមារ។

តាមច្បាប់ រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនអាចស្តារការចំណាយដែលខ្លួនបានបង់សម្រាប់ប្រភេទសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនពីអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកតាមរយៈការស្តារអចលនទ្រព្យ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 និងជំពូកទី 182-527 WAC). ការស្តារអចលនទ្រព្យមិនកើតឡើងទេរហូតដល់ក្រោយពេលអ្នកស្លាប់ ការស្តាររបស់ប្តីប្រពន្ធដែលនៅរស់របស់អ្នក និងកូនដែលនៅរស់របស់អ្នកអាយុ 21 ឆ្នាំឡើង។ វាក៏មិនកើតឡើងដែរ ប្រសិនបើកូនដែលនៅរស់របស់អ្នកពិការភ្នែក/មានពិការភាពនៅពេលអ្នកស្លាប់។ តម្លៃដែលអាចស្តារបានរួមមាន—

- សេវាកម្ម និងជំនួយ Washington Apple Health រយៈពេលពេលវែងដាក់ស្តែង ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំឡើងនៅពេលអ្នកបានទទួលសេវា
- សេវាកម្មមូលនិធិសម្រាប់តែរដ្ឋដាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ ដោយមិនគិតពីអាយុរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាទេ។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីប្រធានបទសេវាកម្មដើម្បីស្តារតម្លៃក្រោម WAC 182-527-2742។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីទ្រព្យសម្បត្តិមិនរាប់បញ្ចូលពីការស្តារក្រោម WAC 182-527-2746.

រដ្ឋក៏អាចដាក់លិខិតធានាមុនពេលស្លាប់លើទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក នៅអាយុណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកក្លាយជាស្ថាប័នអចិន្ត្រៃយ៍ (WAC 182-527-2734)។ រដ្ឋអាចស្តារពិការលក់ទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក ឬអចលនទ្រព្យរបស់អ្នក លុះត្រាតែ៖

- ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនោះ
- បងប្អូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនោះ ជាម្ចាស់រួម និងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដាក់លាក់។
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនោះ ហើយពិការភ្នែក/ពិការភាព ឬ
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនោះ ហើយអាយុរក្សាជាង បង់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនោះ 21 ឆ្នាំ។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីប្រធានបទសេវាកម្មដើម្បីស្តារតម្លៃក្រោមលិខិតធានាមុនពេលស្លាប់នៅក្នុង WAC 182-527-2734.

អ្នកអាចត្រូវបានដាក់កំហិតចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពម្នាក់ ឱសថស្ថាន និង/ឬមន្ទីរពេទ្យបើអ្នករកឃើញសេវាកម្មថែទាំសុខភាពមិនចាំបាច់ពីអ្នកផ្តល់សេវា។

រឿងដែលអ្នកត្រូវដឹងសម្រាប់ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប៉ុណ្ណោះ

យើងរៀនផ្ទាល់ពីការបង់ប្រាក់ យើងបញ្ជាក់ពីការបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកជាមួយមូលដ្ឋានទិន្នន័យសហព័ន្ធ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលអ្នកដាក់លើពាក្យសុំរបស់អ្នកមិនត្រូវគ្នានឹង មូលដ្ឋានទិន្នន័យសហព័ន្ធទេ អ្នកមានពេល 95 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានទាំងនោះ។ បរាជ័យក្នុងការធ្វើយតបនឹងសំណើរបស់យើងអាចបណ្តាលឱ្យមានការបញ្ចប់ធានារ៉ាប់រង ឬឥណទានធនរបស់អ្នក។ វាគឺជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើយតបនឹងសំណើរបស់យើង ទាក់ទងមកយើង នៅពេលអ្នកមានសំណួរ ហើយធ្វើយតបមុនពេលផុតកំណត់។

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ៖ អ្នកត្រូវបានទាមទារឱ្យផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នករាល់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមានលេខសន្តិសុខសង្គម។ ប្រសិនបើមិនដឹងទេ លេខសន្តិសុខសង្គមទេ ពួកគេនៅតែអាចទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

រាយការណ៍ពីការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូលភ្លាមៗ៖ ប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកដាក់នៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នកគឺជាការស្មានថាអ្នកគិតថាអ្នកនឹងរកបានប៉ុន្មាននាឆ្នាំនេះ។ នៅពេលប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកប្រែប្រួល អ្នកត្រូវតែអាប់ដេតការស្មានរបស់អ្នក។ ការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរសិទ្ធិទទួលបានសំណុំទានពន្ធរបស់អ្នក ហើយនិងផ្លាស់ប្តូរការកាត់កង និងការកាត់បន្ថយការចែករំលែកការរំលាយរបស់អ្នក។ ត្រូវមានភាពត្រឹមត្រូវតាមតែអាចធ្វើបាន នៅពេលស្មានប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក និងរាយការណ៍ពីការប្រែប្រួលសំខាន់ៗនេះភ្លាមៗ។

ការផ្សះផ្សាសំណុំទានពន្ធត្រូវបានទាមទារ៖ អ្នកត្រូវបានទាមទារឱ្យរាយការណ៍ពីសំណុំទានពន្ធដែលអ្នកបានទទួលទៅកាន់ IRS។ អ្នកធ្វើវាដោយបំពេញការប្រកាសពន្ធ IRS ប្រចាំឆ្នាំ និងរួមទាំងបែបបទ IRS ត្រឹមត្រូវ។ បរាជ័យក្នុងការរាយការណ៍សំណុំទានពន្ធទៅ IRS នឹងរក្សាអ្នកពីការទទួលបានសំណុំទានពន្ធនាពេលអនាគត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អានការណែនាំដែលបានផ្តល់ជាមួយបែបបទ IRS 1095 និង 8962.

ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបង្ហាញអាចផ្លាស់ប្តូរ៖ តម្លៃអាចផ្លាស់ប្តូរអាស្រ័យលើការអនុវត្តធានារ៉ាប់រងរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងជម្រើសរបស់អ្នកនៃជម្រើសដែលមាន.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

ពាក្យសុំសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្នែកទី 1

1 ឈ្មោះ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអ្នកដាក់ពាក្យសុំបញ្ជូន

នាមខ្លួន	អក្សរភាគឈ្មោះកណ្តាល	នាមត្រកូន និងប្តី/ភរិយា
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)*	ភេទ កំណើត ប ស

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

តើអ្នកមានអាយុដ្ឋានផ្ទះឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើទេ តើអ្នកចង់ទទួលបានសេវាសុខភាពនៅក្នុងខោនធីណា?
អ្នកនៅតែត្រូវផ្តល់អាសយដ្ឋានឆ្នើសំបុត្រ។

អាសយដ្ឋានដែលអ្នករស់នៅ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រទេស
អាសយដ្ឋានឆ្នើសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រទេស
លេខទូរស័ព្ទចម្បង	លេខទូរស័ព្ទទីពីរ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	

Washington Healthplanfinder អាចត្រូវទាក់ទងទៅអ្នកទាក់ទងនឹងស្ថានភាពពាក្យសុំរបស់អ្នក និង/ឬស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម។ តើអ្នក
ចង់ឱ្យទាក់ទងទៅតាមរបៀបណា? ទូរស័ព្ទ អ៊ីមែល រូបសណីយ៍ USPS

***HCA មិនចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយសម្រាប់គោលបំណងអនុវត្តច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។**
ទុកចន្លោះនេះទទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN។

2 ព័ត៌មានពិភាសា

តើអ្នក ឬមរណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំបានបកប្រែ និងដើម្បីទទួលបានឯកសារនៅក្នុងភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស?
 ទេ បាទ/ចាស

បើបាទ/ចាស តើភាសាអ្វី ឬទម្រង់ជំនួសអ្វីដែលអ្នកត្រូវការ? រាយនាមអស់ដែលត្រូវ។ _____

តើអ្នក ឬមរណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវការឯកសារនៅក្នុងទម្រង់ជំនួយឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើបាទ/ចាស តើទម្រង់ជំនួសអ្វីដែលយើងត្រូវធ្វើទៅអ្នក? ភាសាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្តាប



3

ព័ត៌មានពីការមានផ្ទៃពោះ

តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានផ្ទៃពោះឬ? ទេ បាទ/ចាស

4

ព័ត៌មានពីតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

1. តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ (AREP) គឺជាមនុស្សពេញវ័យណាមួយដែលយល់ដឹងគ្រប់គ្រាន់ពីស្ថានភាពគ្រួសារ និងត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដោយគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើក្នុងនាមជាគ្រួសារសម្រាប់គោលបំណងសិទ្ធិទទួល។ នេះគឺជាមានភាពខុសគ្នាពីការចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នករុករក ឬបញ្ជាក់ណាមួយ។
 2. ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនអាចចាត់តាំង AREP ទេ ដោយសារលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ឬក្តីលម្អិតអាចចាត់តាំងដោយខ្លួនឯងជា AREP ដោយចេញប្របទការចាត់តាំងតំណាងការផ្តល់សិទ្ធិ (DSHS 14-532) នៅ dshs.wa.gov/authorized-rep-form.
 3. ដោយការចាត់តាំងតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការ៖
 - ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំក្នុងនាមអ្នក
 - ទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនីរបស់អ្នក និង
 - ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាំងអស់ទាំងនឹងពាក្យសុំ និងគណនី។
- d. តើអ្នកចាត់តាំងតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឬទេ? ទេ បាទ/ចាស
- b. តើអ្នកចង់ឱ្យតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកក៏ទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនីរបស់អ្នកផងដែរឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឈ្មោះ/អង្គភាព លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

5

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក

អ្នកត្រូវតែរួមបញ្ចូលបុគ្គលទាំងនេះលើពាក្យសុំរបស់អ្នក៖ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក កូនរបស់អ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ឪពុកម្តាយទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយកូនរបស់ពួកគេ និងនរណាម្នាក់ដែលអ្នករំពឹងថាទាមទារការប្រកាសពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកដាក់វា។ **ប្រើទំព័រទី 9 ដល់ 16 ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក។**

ប្រសិនបើអ្នកចាំត្រូវទាមទារជាពន្ធអាស្រ័យលើការប្រកាសពន្ធរបស់នរណាម្នាក់ អ្នកត្រូវតែរួមបញ្ចូលសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំបង់ពន្ធដែលអ្នក និងសមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។

អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវបង់ពន្ធដើម្បីដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុភាពទេ។

6

អ្នកដាក់ពាក្យជំពូង (ខ្លួនឯង)

នាមខ្លួន អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)

តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុភាព? ទេ បាទ/ចាស

ខ្លួនឯង

ទាក់ទងនឹងអ្នក

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិគិតតាមចិត្ត)

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវសម្រេច)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ផ្សេងទៀត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

ប្រសិនបើអ្នក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ ចេញពីតំបន់ខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍៖

លេខ "A" ៖

លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត៖

លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស៖

ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ៖

កាលបរិច្ឆេទចូល៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

កាលបរិច្ឆេទឯកសារផុតកំណត់៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

ស្ថានភាពនៃការបង់ពន្ធដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ប្រៀសប្រធៀប)

ការបង់ពន្ធលើឯកសារតែមួយ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់លើពាក្យសុំ

មេត្រូវសារ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ

ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក

បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពិន័យលើពន្ធ

រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា

រៀបការដាក់ពន្ធរួមគ្នា៖

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឋម៖ _____

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឆ្នាំមុនដូចឆ្នាំបច្ចុប្បន្នដែលរាយខាងលើទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយស្ថានភាពដាក់ពន្ធឆ្នាំមុន៖ **(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបាន Apple Health របស់អ្នកទេ)**

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាស្ថានភាពពន្ធឆ្នាំក្រោយដូចគ្នានឹងឆ្នាំនេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - គួសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក

ហ្វីលីពីន

ឡាវ

វៀតណាម

ឥណ្ឌាអាស៊ី

ហ្វូម៉ានី

អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

សៀងគី

សៀងគី ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក

ហាវ៉ៃ

ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត

ខ្មែរ

ជប៉ុន

សាម៉េ

ចិន

កូរ៉េ

ថៃ

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាវ ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ?

តុយបា

ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកាណូ

មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញ

អេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត

ព័រតូរីកូ

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលរួមប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្មោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកមែនទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ព្រះសាសន៍ (តាមចិត្ត - គូសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌូអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌូអាស៊ី	ហ្គីម៉ានី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ព្រះសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉រ	
ចិន	កូរ៉េ	ថៃ	

តើអ្នកជាជនជាតិអស្បៀរ ឬដើមកំណើតអស្បៀរ?

កុយបា ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកាណូ មិនមែនអស្បៀរ/អស្បៀរ

អស្បៀរ/អស្បៀរផ្សេងទៀត ព័រតូរីកូ

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលរួមប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្មោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌូអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកមែនទេ? ទេ បាទ/ចាស

8 រាយកុមារ / អ្នកពឹងផ្អែកលើពន្ធ / សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត #1

នាមខ្លួន អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? ទេ បាទ/ចាស តែទឹកកំណើត ប ស

ទាក់ទងនឹងអ្នក (ដូចជាកូន/ចៅ កូនស្រី ប្រុស បងប្អូន)

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិគិតតាមចិត្ត)

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវប្រយ)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ផ្សេងទៀត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) :

ប្រសិនបើអ្នក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ លេខ "A" លេខបង្គាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត

លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ

កាលបរិច្ឆេទចូល (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ) កាលបរិច្ឆេទឯកសារផុតកំណត់ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

ស្ថានភាពនៃការបង់ពន្ធដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ប្រៀសធៀបសម្រេច)

ការបង់ពន្ធលើឯកសារតែមួយ	ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់លើពាក្យសុំ
មេត្រីសារ	ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ
ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក	បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពឹងលើពន្ធ
រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា	
រៀបការដាក់ពន្ធរួមគ្នា	
ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឺម៖ _____	

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឆ្នាំមុនដូចឆ្នាំបច្ចុប្បន្នដែលរាយខាងលើទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយស្ថានភាពដាក់ពន្ធឆ្នាំមុន៖ (ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបាន Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាស្ថានភាពពន្ធឆ្នាំក្រោយដូចគ្នានឹងឆ្នាំនេះទេ? ទេ បាទ/ចាស

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - គួសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហ្វូម៉ានី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉ី	
ចិន	កូរ៉េ	ថៃ	

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាវ ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ?

គុយបា	ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកាណូ	មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញ
អេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត	ព័រតូរីកូ	

ហេតុអ្វីយើងប្រឈម? - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលប្រើដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្មោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកមែនទេ? ទេ បាទ/ចាស

8 រាយកុមារ / អ្នកពឹងផ្អែកលើពន្ធ / សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត #2

នាមខ្លួន	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល	នាមត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)
តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ?	ទេ បាទ/ចាស	តេទពិកំណើត	ប ស

ទាក់ទងនឹងអ្នក (ដូចជាកូន/ចៅ ក្មួយស្រី ប្រុស បងប្អូន)

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិភាគច្រើន)

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ៖ **(ត្រូវប្រាប់)**

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក

មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក

ផ្សេងទៀត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ៖

ប្រសិនបើអ្នក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអន្តរជាតិស្របច្បាប់៖

លេខ "A" ៖

លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត៖

លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស៖

ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ៖

កាលបរិច្ឆេទចូល៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

កាលបរិច្ឆេទឯកសារផ្តល់ព័ត៌មាន៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

ស្ថានភាពនៃការចង់ពន្ធដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ជ្រើសរើសមួយ)

ការចង់ពន្ធលើឯកសារតែមួយ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់លើពាក្យសុំ

មេត្រីសារ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ

ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក

បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពិនលើពន្ធ

រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា

រៀបការដាក់ពន្ធរួមគ្នា៖

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឋម៖ _____

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឆ្នាំមុនដូចឆ្នាំបច្ចុប្បន្នដែលរាយខាងលើទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយស្ថានភាពដាក់ពន្ធឆ្នាំមុន៖

(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនចំពោះសិទ្ធិទទួល Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាដាក់ស្ថានភាពពន្ធឆ្នាំក្រោយដូចគ្នានឹងឆ្នាំនេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - ត្រូវទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាឡាស្កា

ហ្វីលីពីន

ឡាវ

វៀតណាម

ឥណ្ឌាអាស៊ី

ហ្គីម៉ានី

អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

ស្បែកស

ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក

ហាវ៉ៃ

ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត

ខ្មែរ

ជប៉ុន

សាម៉េ

ចិន

កូរ៉េ

ថៃ

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឬ ជនដំណើរការអេស្ប៉ាញ?

កុមារ មុនស៊ុក/ មុនស៊ុក-អាមេរិក/លីកាណូ មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញ
 អេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត ព័រតូរិកូ

ហេតុអ្វីយើងប្រឈម? - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលរួមដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្លោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាជនណាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកាណេស៊ីនទេ? ទេ បាទ/ចាស

8 រាយកុមារ / អ្នកពិការ / អ្នកពិការភ្នែក / សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត #3

នាមខ្លួន អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល។ នាមត្រកូល ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? ទេ បាទ/ចាស ភេទកំណើត ប ស

ទាក់ទងនឹងអ្នក (ដូចជាកូន/ចៅ ក្មួយស្រី ប្រុស បងប្អូន)

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិក៏តាមចិត្ត)

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវសម្រេច)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ផ្សេងទៀត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)៖

ប្រសិនបើអ្នក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍៖ លេខ "A" ៖ លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត៖

លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស៖ ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ៖

កាលបរិច្ឆេទចូល៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ) កាលបរិច្ឆេទឯកសារផ្គត់ផ្គង់៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

ស្ថានភាពនៃការបង់ពន្ធដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ប្រសិនបើសម្រេច)

- ការបង់ពន្ធលើឯកសារវេតធម្ម ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់លើពាក្យសុំ
- មេត្រីសារ ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ
- ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពិការភ្នែក
- រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា
- រៀបការដាក់ពន្ធរួមគ្នា៖

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឋម៖ _____

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឆ្នាំមុនដូចឆ្នាំបច្ចុប្បន្នដែលរាយខាងលើទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយស្ថានភាពដាក់ពន្ធនាគារមុន៖

(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួល Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាដាក់ស្ថានភាពពន្ធនាគារក្រោយដូចគ្នានឹងឆ្នាំនេះទេ?

ទេ បាទ/ចាស

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - គូសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាឡាស្កា	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហូម៉ាទី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	សៀម
សៀមខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉ា	
ចិន	កូរ៉េ	ថៃ	

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬប្រភពដើមអេស្ប៉ាញ?

គុយបា មិកស៊ិក/ មិកស៊ិក-អាមេរិក/លើកាណូ មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញ
 អេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត ព័រតូរីកូ

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា – យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលប្រើដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្នះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាឡាស្កាមែនទេ? ទេ បាទ/ចាស

ដើម្បីរួមបញ្ចូលសមាជិកគ្រួសារច្រើនទៀត ភ្ជាប់សន្លឹកព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំសម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ។

9 ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក

ព័ត៌មានអំពីឥណ្ឌាអាមេរិក និងដើមកំណើតអាឡាស្កា

ឥណ្ឌាអាមេរិក និងដើមកំណើតអាឡាស្កាអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពារ Apple Health ពិសេស និងអត្ថប្រយោជន៍ពិសេសតាមរយៈ Washington Healthplanfinder។ បំពេញតារាងខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកនីមួយៗដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំដែលជាតំណពូជឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមកំណើតអាឡាស្កា។

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ:	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ
សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ ក្រុម Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ	
ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាជីវកម្មដើមកំណើតអាឡាស្កា	ទេ បាទ/ចាស

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ:	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ
សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ ក្រុម Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ	

ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាធិវកម្មដើមកំណើតអាឡាស្កា ១៩ ៣១/ចាស

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ

ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ

សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ ក្រុម Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ

ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាធិវកម្មដើមកំណើតអាឡាស្កា ១៩ ៣១/ចាស

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ

ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ

សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ ក្រុម Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ

ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាធិវកម្មដើមកំណើតអាឡាស្កា ១៩ ៣១/ចាស

ទីលំនៅ

អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោនគឺជានរណាម្នាក់ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងវ៉ាស៊ីនតោន មានបំណងរស់នៅក្នុងវ៉ាស៊ីនតោន រួមទាំងអ្នកដែលគ្មានអាសយដ្ឋានមេ ឬនរណាម្នាក់ដែលបានចូលមករដ្ឋជាមួយការប្តេជ្ញាចិត្តការងារ ឬស្វែងរកការងារ។

តើគ្រប់គ្នាកំពុងដាក់ពាក់សុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាអ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោនមែនទេ? ១៩ ៣១/ចាស

បើទេ រាយនរណាម្នាក់ដែលមិនមែនជាអ្នកស្រុក៖

ប្រើថ្នាំជក់

មានសមាជិកគ្រួសារណាមួយលើពាក្យសុំនេះប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ជាប្រចាំនៅក្នុងពេល 6 ខែកន្លងនេះទេ? ១៩ ៣១/ចាស

បើ ៣១/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេ៖
(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនមែនជាព័ត៌មានលម្អិតលម្អងរបស់ Apple Health របស់អ្នកទេ)

មនុស្សពេញវ័យមានពិការភាពពីងផ្នែកលើពន្ធ

មនុស្សពេញវ័យមានពិការភាពពីងផ្នែកលើពន្ធគឺជាអ្នកដែលមិនមានសមត្ថភាពការងារដោយសារតែពិការភាព និងពីងផ្នែកលើសមាជិកគ្រួសារសម្រាប់ជំនួយ។

តើអ្នកមានកុមារពេញវ័យដែលមានពិការភាពពីងផ្នែកអាយុ 26 ឆ្នាំឡើងឬទេ? ១៩ ៣១/ចាស

ប្រសិនបើ ៣១/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេ៖
(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនមែនជាព័ត៌មានលម្អិតលម្អងរបស់ Apple Health របស់អ្នកទេ)

ព័ត៌មានអំពីគុក និងពន្ធនាគារ

1. តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំនៅក្នុងគុក និងពន្ធនាគារ 19 បាទ/ចាស

បើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេ៖

2. តើការចាត់ចែងការចោទប្រកាន់កំពុងរង់ចាំឬទេ? 19 បាទ/ចាស

3. តើកាលបរិច្ឆេទចេញក្នុងពេល ៣០ ឬទេ? 19 បាទ/ចាស

ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងអ្នករស់នៅ តើអ្នកចង់សុំបោះឆ្នោតឬទេ? 19 បាទ/ចាស

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើស “បាទ/ចាស” អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ជូនបែបបទបោះឆ្នោត។

ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ចំនួនជំនួយដែលអ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ ឬសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត អ្នកអាចទទួលបានជំនួយនៅខ្សែទាន់ហេតុការណ៍ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតឥតគិតថ្លៃនៅលេខ 1-800-448-4881. ការសម្រេចចិត្តថាស្វែងរក ឬទទួលបានជំនួយគឺរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងបំពេញពាក្យសុំដោយឯកជន។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមាននរណាម្នាក់ជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ elections@sos.wa.gov, ឬហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881.

ហត្ថលេខាសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិក្រប់ក្រាន់

ឈប់៖ អ្នកត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងឥតគិតថ្លៃ ឬកម្មវិធីសុខាភិបាល។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់គិតពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ហើយចង់ចុះឈ្មោះក្នុងផែនការដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិក្រប់ក្រាន់ (QHP) ចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ហើយដាក់ស្នើពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងបង់តម្លៃពេញសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ហើយមិនចាំបាច់បំពេញផ្នែកទី 2 នៃពាក្យសុំទេ។

ខ្ញុំបានអាន ឬត្រូវបានពន្យល់មកខ្ញុំនូវសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។

ដោយចុះហត្ថលេខាលើពាក្យ អ្នកកំពុងយល់ស្របឱ្យ Washington Healthplanfinder ចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយរដ្ឋ និងភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងទៀត។

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

បន្ត៖ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ **Washington Apple Health (Medicaid)** ឬឥណទានពន្ធដើម្បីបន្ទាបបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែបំពេញផ្នែកទី 2 នៃពាក្យសុំនេះ។

ផ្នែកទី 2

1

ព័ត៌មានអំពីធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើអ្នក ឬរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រៅពី Washington Apple Health (Medicaid ឬ CHIP) ឬទេ?

(ឧទាហរណ៍រួមមានធានារ៉ាប់រងឯកជន ឬវិទ្យាល័យ ធានារ៉ាប់រងបុគ្គល ធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍មានកំណត់ Medicare អតិថិជនជន, Peace Corps, Tri-Care, និងធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត) ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាសនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម។ ប្រសិនបើមានច្រើនមួយនាក់មានធានារ៉ាប់រងផ្សេង ប្រើសន្លឹកបន្ថែម។

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬឈ្មោះវិទ្យាល័យនោះ៖

លេខគោលការណ៍៖

លេខក្រុម៖

ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍/វិទ្យាល័យនោះ៖

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកកាន់គោលការណ៍៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមផែនការនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមផែនការនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមផែនការនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមផែនការនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមផែនការនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមផែនការនេះ៖

2

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ

វិលនសំណួរនេះ ហើយចូលទៅផ្នែកខ្លាំង (ព័ត៌មានអំពីវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រមិនទាន់បង់ប្រាក់) ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ។

តើធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកមានកូនរបស់អ្នកឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចេញលេខកូន៖

តើអ្នកបានទម្លាក់ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កូនរបស់អ្នក ក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំ ក្នុងពេលប្តូរខែចុងក្រោម ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើធានារ៉ាប់រងអ្វីដែលបានបញ្ចប់?

3

ព័ត៌មានអំពីវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រមិនទាន់បង់ប្រាក់

តើអ្នក ឬរណាម្នាក់ដែលពាក្យសុំជំនួយបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានទទួលនៅក្នុងពេលណាមួយនៃ 3 ខែនេះភ្លាមៗមុននេះទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចេញលេខបុគ្គលនោះ៖

អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារអាចមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រង សង្គ្រោះបន្ទាន់មានកំណត់ បើទោះបីជាអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងប្រោះស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកក៏ដោយ។

គូសប្រអស់ទាំងដែលត្រូវនឹងមិនមែនពេទ្យដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ហើយបញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេនៅក្នុងចន្លោះដែលបានផ្តល់៖

ទទួលបានការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅខែនេះ ឬអំឡុងពេលបីខែមុន៖

នរណា៖ _____

ត្រូវការលាងឈាម ឬព្យាបាលដំងើមហារឹក៖ នរណា៖ _____

ត្រូវការថ្នាំប្រឆាំងការបដិសេធ ជាលទ្ធផលនៃការប្តូរសរីរាង្គ៖ នរណា៖ _____

ត្រូវការការផ្ទុះថែទាំ ជំនួយការរស់នៅ ឬការថែទាំក្នុងផ្ទះ៖ នរណា៖ _____

តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានផ្ទៃពោះឬ? ទេ បាទ/ចាស (ប្រើបន្ទាត់ទឹកិរ ប្រសិនបើមានលើសពីមួយនាក់មានផ្ទៃពោះ។) ប្រសិនបើបាទ/ចាស

_____ បញ្ចូលឈ្មោះ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____ លេខទំព័រទុក៖ _____

_____ បញ្ចូលឈ្មោះ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____ លេខទំព័រទុក៖ _____

តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាមួយនៅលើពាក្យសុំនេះមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងពេល 12 ខែមុននេះទេ? ទេ បាទ/ចាស

(ប្រើបន្ទាត់ទឹកិរ ប្រសិនបើមានលើសពីមួយនាក់មានផ្ទៃពោះ។) ប្រសិនបើបាទ/ចាស

_____ បញ្ចូលឈ្មោះ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទមានផ្ទៃពោះចេញ៖ _____

_____ បញ្ចូលឈ្មោះ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទមានផ្ទៃពោះចេញ៖ _____

ផ្នែកនេះជួយយើងកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃប្រាក់ចំណូលសរុបដែលបានកែរសម្រាប់ (MAGI). ប្រាក់ចំណូល MAGI ត្រូវតែបានប្រើដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពភាគច្រើនឬទេ។ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យបានត្រឹមត្រូវតាមតែអាចធ្វើបាន។ បញ្ចូលតែព័ត៌មានអំពីប្រភេទប្រាក់ចំណូលដែលបានរាយ។

អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបបច្ចុប្បន្នសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក និងអនីតិជនណាមួយ និងអ្នករៀនផ្នែកលើពន្ធដោយមិនគិតពីអាយុ លុះត្រាតែអនីតិជន ឬអ្នករៀនផ្នែកលើពន្ធនឹងមិនត្រូវបានទាមទារឱ្យដាក់ពន្ធ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបរាយការណ៍ប្រាក់ចំណូល ចូលទៅ wahbexchange.org/how-to-report-income កំណត់ចំណាំ៖ ឥណ្ឌាអាមេរិក/ដើមកំណើតអាហ្សាន់តា (AI/AN) មិនចាំបាច់រាយការណ៍ប្រាក់ចំណូល AI/AN ណាមួយដែលសេវាកម្មចំណូលផ្ទៃក្នុងមិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសរុបដាច់ខាតរបស់ AI/AN. AI/AN មិនចាំបាច់រាយការណ៍ប្រភេទប្រាក់ចំណូលដាក់លាក់សម្រាប់ Washington Apple Health (Medicaid) ដូចបានពណ៌នានៅក្នុងទេ WAC 182-509-0340។

ប្រាក់ចំណូលពីការងារ៖ តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំបច្ចុប្បន្នធ្វើការ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ឈ្មោះនិយោជក និងចំនួនប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបបច្ចុប្បន្នរបស់បុគ្គលដែលបានទទួលជាប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ឬចំណូលលុយធីប។ កុំបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួនឯងនៅក្នុងផ្នែកនេះ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកជាមធ្យម ប្រសិនបើប្រែប្រួលនាពេលអនាគតត្រូវបង្ហាញឱ្យប្រាកដ។ ការស្មានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែជាមធ្យមក្នុងរយៈពេលកំណាងពេលវេលាដូចបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-509-0310។

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក ទីក្រុង រដ្ឋ កូដប៊ុន

៛: _____
សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធីប សហការ សហការរួម)

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជករបស់ពួកគេឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រង

៛: _____
តើបុគ្គលនេះប្រចាំខែទាបបំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើបុគ្គលិកនេះតែប៉ុណ្ណោះគឺអ្វី?

៛: _____
តើបុគ្គលនេះប្រចាំខែទាបបំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើគ្រួសាររបស់អ្នកគឺអ្វី?*

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក ទីក្រុង រដ្ឋ កូដប៊ុន

៛: _____
សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធីប សហការ សហការរួម)

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជករបស់ពួកគេឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រង

៛: _____
តើបញ្ហាប្រចាំខែទាបចំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើបុគ្គលិកនេះតែប៉ុណ្ណោះគឺអ្វី?

៛: _____
តើបញ្ហាប្រចាំខែទាបចំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើគ្រួសាររបស់អ្នកគឺអ្វី?*

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ	ឈ្មោះនិយោជក
អាសយដ្ឋាននិយោជក	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	កូដប៊ូប

៛: _____
សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធិប សហការ សហការរួម)

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជករបស់ពួកគេឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រង

៛: _____
តើបញ្ហាប្រចាំខែទាបចំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើបុគ្គលិកនេះតែប៉ុណ្ណោះគឺអ្វី?

៛: _____
តើបញ្ហាប្រចាំខែទាបចំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើគ្រួសាររបស់អ្នកគឺអ្វី?*

***ផ្តល់វាបើទោះបីជាអ្នកមិនមានផែនការទទួលបានធានារ៉ាប់រងនិយោជកសម្រាប់អ្នកដទៃនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកក៏ដោយ។ ចម្លើយរបស់អ្នកទៅកាន់សំណួរទាំងនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបាន Apple Health របស់អ្នកទេ។**

ប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួន តើអ្នក បួនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងធ្វើការនាពេលបច្ចុប្បន្ន? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចេញប្រាក់ចំណូលសរុបសុទ្ធដែលបានស្មាន (ប្រាក់ចំណូលពេលនាំចំណាយអាជីវកម្មត្រូវបានបង់) ពីការងារខ្លួនឯង។ សូមមើលទំព័រ ii

សម្រាប់ការចំណាយអាជីវកម្មដែលអាចចំណាយបាន។ អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដោយឡែក ប្រសិនបើប្រែប្រួលនាពេលអនាគតត្រូវបង្ហាញឱ្យច្បាស់។

ការស្មានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែជាមធ្យមក្នុងរយៈពេលតំណាងពេលវេលាដូចបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-509-0370.

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (មិនចេញប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (មិនចេញប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (មិនចេញប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

លេខសន្តិសុខសង្គម: តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូល លេខសន្តិសុខសង្គម? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួលពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ការចូលនិវត្តន៍ ពិការភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍អ្នកនេរវស់។ កុំរាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI)។

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល: តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែបានទទួលពីការរដ្ឋលអចលនទ្រព្យ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន។ បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ បន្ទាប់ពីការចំណាយអាជីវកម្មអាចអនុញ្ញាតបាន។

ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល

ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ

ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល

ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ

ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល

ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ

អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបបច្ចុប្បន្នសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក និងអនីតិជនណាមួយ និងអ្នករៀនសូត្រដែលមិនគិតពីអាយុ លុះត្រាតែអនីតិជន ឬអ្នករៀនសូត្រដែលមិនត្រូវបានទាមទារឱ្យដាក់ពន្ធ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបរាយការណ៍ប្រាក់ចំណូល ចូលទៅ wahbexchange.org/how-to-report-income **កំណត់ចំណាំ:** ឥណ្ឌាអាមេរិក/ដើមកំណើតអាឡាស្កា (AI/AN) មិនចាំបាច់រាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូល AI/AN ណាមួយដែលសេវាកម្មចំណូលផ្ទៃក្នុងមិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសរុបដាច់ខាតរបស់ AI/AN. AI/AN មិនចាំបាច់រាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលដាក់លាក់សម្រាប់ Washington Apple Health (Medicaid) ដូចបានពណ៌នានៅក្នុងទេ WAC 182-509-0340។

ប្រាក់ចំណូលពីការងារ: តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំបច្ចុប្បន្នធ្វើការ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ឈ្មោះនិយោជក និងចំនួនប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប**បច្ចុប្បន្ន**របស់អ្នកដែលបានទទួលជាប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ឬចំណូលលុយធីប។

កុំបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួនឯងនៅក្នុងផ្នែកនេះ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដោយធម្មតា ប្រសិនបើប្រែប្រួលនាពេលអនាគតត្រូវបង្ហាញឱ្យច្បាស់។

ការស្មានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែដោយធម្មតាក្នុងរយៈពេលកំណាងពេលវេលាដូចបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-509-0310.

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ

ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក

ទីក្រុង

រដ្ឋ

កូដប៊ូប

សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធីប សហការ សហការរួម)

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ

ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក

ទីក្រុង

រដ្ឋ

កូដប៊ុច

សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធិប សហការ សហការរួម)

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ

ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក

ទីក្រុង

រដ្ឋ

កូដប៊ុច

សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធិប សហការ សហការរួម)

ប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួន តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងធ្វើការនាពេលបច្ចុប្បន្ន? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចក្ខុវិស័យប្រាក់ចំណូលសរុបសុទ្ធដែលបានស្មាន (ប្រាក់ចំណូលពេលនៅចំណាយអាជីវកម្មត្រូវបានបង់) ពីការងារខ្លួនឯង។ សូមមើលទំព័រ ii សម្រាប់ការណែនាំអំពីរបៀបដែលអាចចំណាយបាន។ អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកជាមួយ ប្រសិនបើប្រែប្រួលនាពេលអនាគតត្រូវបង្ហាញឱ្យច្បាស់។ ការស្មានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែជាមធ្យមក្នុងរយៈពេលគំណោងពេលវេលាដូចបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-509-0370.

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ
(មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ
(មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ
(មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

លេខសន្តិសុខសង្គម តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូល លេខសន្តិសុខសង្គម? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចក្ខុវិស័យប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួលពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ការចូលរួមវគ្គ ពិការភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍អ្នកនេះរស់។ កុំរាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI).

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចក្ខុវិស័យប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែបានទទួលពីការរដ្ឋលអចលនទ្រព្យ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន។ ចក្ខុវិស័យប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ បន្ទាប់ពីការចំណាយអាជីវកម្មអាចអនុញ្ញាតបាន។

ឈ្មោះអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល	ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ
ឈ្មោះអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល	ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ
ឈ្មោះអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល	ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ

7 ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

កុំភ្លេចបញ្ចូលជំនួយកុមារ ឬការទូទាត់របស់យុទ្ធជនមិនមែនសោធននិវត្តន៍។ តួសទាំងអស់ដែលត្រូវ ហើយប្រាក់បៀវត្សបរិច្ចាគបរិច្ចាគបរិច្ចាគ តើពួកគេទទួលបានប៉ុន្មាន ហើយទទួលបានវាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

អាហាររាត្រី / ជំនួយប្តី/ប្រពន្ធ	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ ឬសោធននិវត្តន៍	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ដើមទុលចំណេញ	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ភាគលាភ	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ប្រាក់ចំណូលកសិកម្ម	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ប្រាក់ចំណូលបរទេស	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ប្រាក់ចំណូលពីទំនុកចិត្ត	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ប្រាក់ចំណូលពីការប្រាក់	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ប្រាក់ចំណូល IRA	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
ប្រាក់ចំណូលដាច់ខាតផ្សេងទៀត	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____
អត្ថប្រយោជន៍ផ្លូវដែក	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
ប្រាក់ចំណូល	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
ប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធដែលអាចដាច់ពន្ធ	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
អត្ថប្រយោជន៍គ្មានការងារធ្វើ	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____

តើសមាជិកអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ឬក៏ដាក់ប្រាក់បញ្ចាំបំណុលលើឈ្មោះនេះនឹងបំពេញតម្រូវការកម្រិតដើម្បីដាក់ប្រាក់បញ្ចាំបំណុលសហព័ន្ធឆ្នាំនេះ?

ឈ្មោះ:	_____	19	ពុទ្ធសាសនា
ឈ្មោះ:	_____	19	ពុទ្ធសាសនា
ឈ្មោះ:	_____	19	ពុទ្ធសាសនា

8 ប្រាក់អាចកាត់កងបាន

ការចំណាយទាំងនេះអាចកាត់បន្ថយចំនួនទឹកប្រាក់នៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដែលយើងរាប់សម្រាប់ប្រភេទធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជា IRS ប្រើពួកគេដើម្បីកាត់បន្ថយចំនួនពន្ធដែលអ្នកដឹកនាំ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ អ្នកនឹងត្រូវបានគេសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប។

អាហារភិក្ខុ / ជំនួយប្តី/ប្រពន្ធបានបង់ប្រាក់	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
ការចំណាយអាជីវកម្មដែលអាចទាមទារបានដាក់ស្តែង	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
ការចំណាយរបស់អ្នកអប់រំ	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
ការរួមចំណែកគណនីសន្សំសុខភាព	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
ការចំណាយលើការផ្លាស់ប្តូរយោធារដ្ឋ	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____
ការដាក់ពន្ធលើការដកប្រាក់សន្សំ	រំលឹក៖ _____	\$: _____	ប្រាក់បញ្ចាំបំណុល៖ _____

	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ការរួមចំណែកគណនីចូលនិវត្តន៍មុនពន្ធ	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ធានារ៉ាប់រងសុខភាពការងារខ្លួនឯង	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ផែនការចូលនិវត្តន៍ការងារខ្លួនឯង	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ពន្ធការងារខ្លួនឯង	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ការប្រាក់កម្ចីសិស្ស	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____

9

ព័ត៌មានបន្ថែម

តើសមាជិកណាមួយដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងត្រូវការសេវាកម្មណាមួយទាំងនេះទេ?

d. សេវាកម្មថែទាំរយៈពេលវែងប្រោះតែអ្នកកំពុងរស់នៅ ឬរំពឹងថាផ្លាស់ចូលស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាផ្ទះថែទាំ។ ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

ប្រភេទបរិក្ខារ៖ _____

b. ជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំតាមផ្ទះ? ទេ បាទ/ចាស ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

c. សេវាកម្មថែទាំជំនួយការរស់នៅ? ទេ បាទ/ចាស ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

d. សេវាកម្មតាមរយៈផ្នែកពិការភាពការលូតលាស់? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

e. ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ? ទេ បាទ/ចាស ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

f. ធានារ៉ាប់រងសុខភាពប្រោះពូកគេមិនអាចធ្វើការដោយសារតែស្ថានភាពសុខភាព ឬពិការភាព? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

អ្នកអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យបំពេញបែបបទ HCA 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) ប្រសិនបើខាងក្រោមណាមួយត្រូវ៖

- អ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើង ឬស្ថិតនៅ Medicare.
- អ្នកបានឆ្លើយ បាទ/ចាស លើសំណួរណាមួយនៅក្នុង a-f ខាងលើ។
- អ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MN) ឬ Apple Health សម្រាប់កម្មវិធីបុគ្គលិកដែលមានពិការភាព (HWD).

10 អានដោយច្រៀងប្រយ័ត្នមុនចុះហត្ថលេខា

ការបង្ហាញព័ត៌មានទៅកាន់រដ្ឋ និងភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងៗ

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Washington Healthplanfinder ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានប្រកាសពន្ធរបស់ខ្ញុំជាអេឡិចត្រូនិចអំឡុងពេលដំណើរការបន្តប្រចាំឆ្នាំរយៈពេល 5 ឆ្នាំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំគ្រប់ពេល។ ដោយគូសប្រអប់នេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យឥណទានពន្ធត្រូវបានអនុវត្តចំពោះការបន្តប្រចាំឆ្នាំដោយគ្មានការចាត់វិធានការរបស់ខ្ញុំបន្ថែមទៀត។

ទេ បាទ/ចាស

ខ្ញុំបានអាន ឬត្រូវបានពន្យល់មកខ្ញុំនូវសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និងបានទទួលច្បាប់ចម្លងសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន។

11 សេចក្តីថ្លែងការណ៍ និងហត្ថលេខា

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង Washington Apple Health (Medicaid) ឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប ឬឥណទានពន្ធដើម្បីបន្ទាបបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ទាមទារហត្ថលេខារបស់អ្នកនៅខាងក្រោម។

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំប្រកាសក្រោមការផាកពិន័យការនិយាយភូតកុហក ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដល់ចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ