

# ពាក្យសុំ Apple Health វ៉ាស៊ីនតោន សម្រាប់សេវា និងការគាំទ្រមនុស្សចាស់ ពិការភ្នែក ពិការភាព/រយៈពេលយូរ

ប្រើពាក្យសុំនេះដើម្បីមើលថា តើធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីដែលអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិ ប្រសិនបើ ៖

- អ្នកត្រូវការសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ (LTSS) ដូចជា (ការមើលថែទាំតាមផ្ទះ មណ្ឌលស្នាក់នៅដែលជួយសម្រួល កម្មវិធីថែទាំតាមផ្ទះ ឬការគាំទ្រដែលរៀបចំសម្រាប់មនុស្សចាស់ (TSOA))
- អ្នក ប្រធានាម្ចាស់នៅក្នុងគ្រួសារមាន Medicare
- អ្នកត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃ Medicare កម្រិតខ្ពស់ ឬតម្លៃសហធានារ៉ាប់រង
- អ្នក ប្រធានាម្ចាស់នៅក្នុងគ្រួសារមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ
- អ្នក ប្រធានាម្ចាស់នៅក្នុងគ្រួសារពិការភាព ហើយមិនមាន Medicare ទេ
- សម្រាប់ TSOA ៖ អ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬលើសនេះ ហើយអ្នក ឬអ្នកថែទាំមិនបានបង់ថ្លៃរបស់អ្នកត្រូវការការគាំទ្រ

**សូមចំណាំ៖** ដាក់ពាក្យសុំ ឬបន្តធានារ៉ាប់រង Apple Health របស់អ្នកតាមអនឡាញតាមរយៈ Washington Healthplanfinder នៅ [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) ឬ ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-923-4633 ប្រសិនបើអ្នកជា៖

- មនុស្សពេលវ័យអាយុ 19 ដល់ 64 ឆ្នាំ។
- ដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កុមារ។
- ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំដាក់ពាក្យសុំជាមួយកុមារ
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមានផ្ទៃពោះ

## ដាក់ពាក្យសុំរហ័សលើបណ្តាញ

- អ្នកអាចដាក់ស្នើពាក្យសុំលើបណ្តាញនៅ [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)

## ព័ត៌មានដែលអ្នកនឹងត្រូវការពេលដាក់ពាក្យ ៖

- លេខសន្តិសុខសង្គម
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេស
- ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល
- ព័ត៌មានធនធាន និងទ្រព្យសម្បត្តិ (ដូចជាសមតុល្យគណនីធនាគារ ភាគហ៊ុន មូលបត្រ ទំនុកចិត្ត គណនីចូលនិវត្តន៍)

## ហេតុអ្វីយើងស្នើសុំព័ត៌មានច្រើនយ៉ាងនេះ?

- យើងនឹងប្រើព័ត៌មានដើម្បីកំណត់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីដែលអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិសុំ។ យើងរក្សាព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានសម្ងាត់ ដូចបានទាមទារដោយច្បាប់។

## ឆ្លើយទៅនឹងការសុំដែលបានបំពេញ និងបានចុះហត្ថលេខា ៖

សម្រាប់ Apple Health ដែលមានមូលដ្ឋានលើធនពិការ ធានារ៉ាប់រងជនភៀសខ្លួន និងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់មនុស្សចាស់អាយុ 65+ និងកម្មវិធីដែលជួយបង់ថ្លៃ Medicare កម្រិតខ្ពស់ និងការចំណាយ

- ធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នកតាមសំបុត្រទៅ ៖  
DSHS  
Community Services Division - Customer Service Center  
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- ធ្វើទូរសារពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅលេខ 1-888-338-7410
- យកពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅការិយាល័យសហគមន៍ក្នុងតំបន់ (CSO).
- មើល [dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office](http://dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office) សម្រាប់ទីតាំង
- ដាក់ពាក្យលើបណ្តាញនៅ [washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org)
- ដាក់ពាក្យតាមទូរសព្ទទៅ 1-877-501-2233

ធានារ៉ាប់រងសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរអង្វែងដាក់ការថែទាំតាមផ្ទះ ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងផ្ទះ មណ្ឌលស្នាក់នៅដែលជួយសម្រួល កម្មវិធីផ្ទះគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ និង TSOA

- ធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នកទេ ៖  
DSHS  
Home and Community Services  
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- ដើម្បីកំណត់ទីតាំងការិយាល័យសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCS) ចូលទៅ [dshs.wa.gov/office-locations](https://dshs.wa.gov/office-locations)
- ទូរសារពាក្យសុំរបស់អ្នកទេលេខ 1-855-635-8305
- ដាក់ពាក្យលើបណ្តាញនៅ [washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)
- សម្រាប់ធនធាន LTSS បន្ថែមនៅ [dshs.wa.gov/altsa/resources](https://dshs.wa.gov/altsa/resources)
- សម្រាប់ធនធាន TSOA បន្ថែម ទូរសព្ទទេលេខ 1-855-567-0252 ឬទាក់ទងភ្នាក់ងារតំបន់ក្នុងស្រុករបស់អ្នកស្តីពីវ័យចំណាស់និយាយជាមួយអ្នកដំនាញថែទាំគ្រួសារ។ ស្វែងរកការិយាល័យ AAA ក្នុងតំបន់របស់អ្នក [waclc.org](https://www.waclc.org)

# សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវធានារ៉ាប់រងសុខភាព

## សិទ្ធិរបស់អ្នក (យើងត្រូវតែ) សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់

ជួយអ្នកដឹង និងបំពេញបែបបទដែលបានស្នើសុំទាំងអស់។ អ្នកអាចទាក់ទងមន្ទីរសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) នៅលេខ 1-877-501-2233 សម្រាប់ជំនួយ។

ផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែ និងបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នក និងដោយគ្មានការរារាំងពេល នៅពេលទាក់ទងជាមួយ DSHS ឬអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (HCA)។

រក្សាឯកសារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ប៉ុន្តែយើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានមួយចំនួនជាមួយភ្នាក់ងារគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុរដ្ឋ និងសហព័ន្ធផ្សេងទៀត និងអ្នកម៉ាការ HCA សម្រាប់គោលបំណងសិទ្ធិទទួល និងការចុះឈ្មោះ។

ផ្តល់ឱកាសឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចចុងក្រោយធ្វើឡើងដោយ DSHS ឬ HCA ដែលមិនពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ (LTSS) ឬផែនការសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹង សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងសម្រាប់កម្មវិធី DSHS អ្នកអាចទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលទាក់ទងសេវាអតិថិជននៅលេខ 1-877-501-2233 ឬចូលទៅកាវិយាល័យសេវាសហគមន៍ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ប្រសិនបើបណ្តឹងគឺសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើធានារ៉ាប់រង Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយដោយការពិនិត្យសំណុំរឿង អ្នកនឹងត្រូវកំណត់ពេលឡើងសវនាការរដ្ឋបាល។

ប្រព្រឹត្តិការណ៍អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ការវិសោធន៍គឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ DSHS និង HCA គោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្ត និងមិនវិសោធន៍លើផ្នែកលើក្នុងសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។ DSHS និង HCA មិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តិការណ៍ពួកគេខុសគ្នា ព្រោះតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។

DSHS និង HCA ក៏គោរពតាមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន ហើយមិនវិសោធន៍ដោយផ្អែកលើជំនឿ យេនឌ័រ ការបង្ហាញ ឬអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ តម្រង់ទិសស្នេហាស្នេហា ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ សាសនា អតីតយុទ្ធជនដែលបានរំលាយដោយកិត្តិយស ឬស្ថានភាពយោធា ឬប្រើស្រាវជ្រាវដែលបានបណ្តុះបណ្តាល ឬសត្វសេវាដោយមនុស្សពិការ។

DSHS និង HCA ៖

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាគិតគិតថ្លៃដល់អ្នកមានពិការភាព ដូច្នេះពួកគេអាចទាក់ទងជាមួយយើងដោយមានប្រសិទ្ធភាព ដូចជា ៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (ពុម្ពធំ អូឌីយ៉ូ ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើបាន និងទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- ផ្តល់សេវាភាសាគិតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាម្តាយរបស់ពួកគេមិនមែនភាសាអង់គ្លេស ដូចជា ៖
  - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងភាសាផ្សេងទៀត

បសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ ទាក់ទងមកលេខ 1-877-501-2233។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា DSHS និង HCA បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬបានវិសោធន៍ក្នុងវិធីមួយផ្សេង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ៖

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DSHS</b><br/>ATTN: Constituent Services<br/>PO Box 45131<br/>Olympia, WA 98504-5131<br/>1-800-737-0617<br/>ទូរស័ព្ទ៖ 1-888-338-7410<br/><b>askdshs@dshs.wa.gov</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HCA Division of Legal Services</b><br/>ATTN: Compliance Officer<br/>PO Box 42704<br/>Olympia, WA 98504-2704<br/>1-855-682-0787<br/>ទូរស័ព្ទ៖ 1-360-586-9551<br/><b>compliance@hca.wa.gov</b></li> </ul> |
|---|---|

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដោយផ្ទាល់ ឬតាមទូរសព្ទ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សេវាកម្ម DSHS ឬ HCA ផ្នែកសេវាស្របច្បាប់គឺអាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សសហរដ្ឋអាមេរិកលើអ៊ីនធឺណិតនៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមសំបុត្រ ឬទូរសព្ទនៅលេខ ៖

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).

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងគឺអាចរកបាននៅ [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

**ទំនួលខុសរបស់អ្នក (អ្នកត្រូវ) សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់**

**SSN និងការបង្ហាញពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍។** ជាមួយការលើកលែងមួយចំនួន អ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេង ក្នុងក្រសួងរបស់អ្នកដែលចង់ដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ SSN ត្រូវបានទាមទារឱ្យដាក់ពាក្យសុំឯកសារពន្ធដារធានារ៉ាប់រងសុខភាពកម្រិតខ្ពស់។ យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួល របស់អ្នកដោយបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក ពលរដ្ឋភាព ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងលទ្ធភាពទទួលបានធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ យើងមិនចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយឡើយ។

វាមិនអាចទេរួចទេក្នុងការដាក់ពាក្យសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកក្រសួងរបស់អ្នកមួយចំនួន ប៉ុន្តែមិនមែនអ្នកដទៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់ សមាជិកក្រសួង អ្នកដទៃនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំ និងទទួលបានធានារ៉ាប់រង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កូនរបស់អ្នក បើទោះជាអ្នកមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យសុំនឹងមិនមែនជាស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬឱកាសក្លាយជាអ្នកស្រុក ឬពលរដ្ឋអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកនោះទេ។

មានកម្មវិធី Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនមួយចំនួនសម្រាប់អ្នកមិនមានបង្ហាញថាពួកគេមិននៅក្នុងប្រទេសដោយស្របច្បាប់។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនផ្តល់ SSN ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ សម្រាប់នរណាម្នាក់ក្នុងក្រសួងរបស់អ្នក យើងនឹងត្រូវតាមដានជាមួយអ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកមិនមែនជាអ្នកដាក់ពាក្យ។

ប្រសិនបើបានស្នើដោយភ្នាក់ងារ ផ្តល់ព័ត៌មាន ឬក៏ស្តាប់ឯកសារមួយដែលត្រូវការដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានឬអត់។

**រឿងដែលអ្នកត្រូវដឹងសម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាព**

**មានច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដាក់លាក់** ដែលគ្រប់គ្រងប្រតិបត្តិការការភ្ជាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន និងប្រព័ន្ធកម្មវិធីគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកដែលនរណាម្នាក់ដែលប្រើពួកគេ ហើយធានារ៉ាប់រងដែលទទួលបានពីការប្រើពួកគេ។ ដោយការប្រើប្រព័ន្ធទាំងនេះ អ្នកយល់ស្របគោរពតាមច្បាប់ដែលអនុវត្តដល់នរណាម្នាក់ដោយប្រើពួកគេ និងធានារ៉ាប់រងដែលទទួលបានជាលទ្ធផល។

**ច្បាប់ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ 1973** ទាមទារឱ្យរដ្ឋទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតតាមរយៈការិយាល័យជំនួយសាធារណៈរបស់ពួកគេ។ ការដាក់ពាក្យដើម្បីចុះឈ្មោះ ឬដើម្បីបដិសេធ ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនមែនជាសេវា ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារនេះ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅ [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) ឬបញ្ជាទម្រង់ចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោតដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881.

**ច្បាប់ស្តីពីធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព** ការរឹតត្បិតបង្គារ HCA និង DSHS ពិការពិភាក្សាព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមាជិកក្រសួងរបស់អ្នកណាមួយជាមួយនរណាម្នាក់ រួមទាំងតំណាងស្របច្បាប់។ លុះត្រាតែបុគ្គលនោះមានអំណាចមេធាវី ឬអ្នកមានបែបបទយល់ព្រមបានចុះហត្ថលេខាអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញព័ត៌មាននេះ។ នេះរួមទាំងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត HIV, AIDS, លទ្ធផលតេស្ត STD ឬការព្យាបាល និងសេវាអាស្រ័យលើគីមី។

**ច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យបង្គារ** DSHS និង HCA ពិការផ្តល់ព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (ភី) របស់អ្នក ឬសមាជិកក្រសួងរបស់អ្នកណាមួយទៅកាន់នរណាម្នាក់ដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យទទួលវា ហើយដោយគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នក។

**ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យ DSHS និង HCA** គឺជាប្រធានបទក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋចំពោះគោលចំណងនៃការកំណត់សិទ្ធិទទួលរបស់សម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ អាចរួមមានទំនាក់ទំនងបន្តពីបុគ្គលិកភ្នាក់ងារ។

**DSHS និង HCA មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការគ្រប់គ្រងផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។** ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកអាចផ្តល់អ្នកនូវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីលក្ខខណ្ឌផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍អ្វីដែលអ្នកមានសិទ្ធិ និងធ្វើការទាមទារអត្ថប្រយោជន៍ ឬបណ្តឹងបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ អ្នកត្រូវតែ ទាក់ទងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។

**អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំសេវាអនុវត្តការគាំទ្រតាមរយៈផ្នែកគាំទ្រកុមារ (DCS)។**

ដើម្បីទទួលបានពាក្យសុំសម្រាប់សេវាទាំងនេះ ចូលទៅ [www.childsupportonline.wa.gov](http://www.childsupportonline.wa.gov) ឬទាក់ទងការិយាល័យ DCS ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

**សិទ្ធិរបស់អ្នក (យើងត្រូវតែ) សម្រាប់ Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនតែប៉ូណ្លា:**

ពន្យល់ដល់អ្នកនូវសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកស្នើ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដាក់ស្នើពាក្យសុំជាផ្នែក ដែលរួមទាំងនេអេស៊ីមេ ឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់តំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកដាក់ពាក្យ។ ថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំជាផ្នែក គឺជាកាលបរិច្ឆេទពាក្យសុំរបស់អ្នក ដែលអាចខុសពីពេលវេលាដែលអ្នកបានប្រសិទ្ធភាព។ យើងនឹងមិនធ្វើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយអំពីការដាក់ពាក្យរបស់អ្នករហូតដល់ពេលអ្នកបំពេញពាក្យសុំ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដាក់ស្នើពាក្យសុំ ឬពាក្យសុំជាផ្នែកដោយប្រើវិធីសាស្ត្ររាយក្រោម WAC 182-503-0005។

ដំណើរការការពារពាក្យរបស់អ្នកភ្លាមៗ និងមិនយឺតយ៉ាវពេលវេលាដែលបានរៀបរាប់ក្នុង WAC 182-503-0060។

**ឱ្យអ្នក 10 ថ្ងៃ** ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម យើងនឹងផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមឱ្យអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានមកយើងទេ យើងអាចបដិសេធ ចិទ ឬផ្លាស់ប្តូរធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។

**ជួយអ្នក** ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាទទួលបានព័ត៌មាន ឬកស្តុភារដែលបានត្រូវណាមួយសម្រាប់យើងសម្រេចចិត្តថាអ្នកមានសិទ្ធិឬទេ។ ប្រសិនបើយើងទាមទារឯកសារដកគិតថ្លៃអ្នក យើងនឹងផ្ញើវា ហើយបង់ថ្លៃចំណាយ។

**ជូនដំណឹងអ្នក ក្នុងករណីមួយភាគច្រើន យ៉ាងហោចណាស់ 10 ថ្ងៃ** មុនពេលយើងបញ្ឈប់ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

**ផ្តល់ការសម្រេចចិត្តផ្តល់ព័ត៌មាន** ក្នុងករណីមួយភាគច្រើន 45 ក្នុងពេលថ្ងៃ។ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ករណីពិការភាពមួយចំនួនអាចចំណាយពេល 60 ថ្ងៃ។ យើងផ្តល់ ការសម្រេចចិត្តផ្តល់ព័ត៌មានអក្សរលើវេជ្ជសាស្ត្រចំពោះក្នុងពេល 15 ថ្ងៃ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបដិសេធមិនយាយទៅកាន់អ្នកស៊ើបអង្កេតប្រសិនបើយើងត្រូវបានពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ឱ្យអ្នកស៊ើបអង្កេតចូលទៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទេ។ អ្នកអាចស្នើឱ្យអ្នកស៊ើបអង្កេត ត្រលប់មកវិញនៅពេលមួយផ្សេង។ សំណើបែបនេះមិនមែនជាសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកចំពោះធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។

**បន្តធានារ៉ាប់រង Apple Health វ៉ាស៊ីនតោន** ខណៈពេលយើងសម្រេចចិត្តថាអ្នកមានសិទ្ធិឬអត់សម្រាប់កម្មវិធីមួយផ្សេងក្នុងមួយ WAC 182-504-0125។

**ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការចូលប្រើសេវាស្នើសុំ** បានរៀបរាប់ក្នុង WAC 182-503-0120 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។

**ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (អ្នកត្រូវតែ) សម្រាប់ Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនតែប៉ូណ្លា:**

រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរ ដូចបានទាមទារក្នុង WAC 182-504-0105 និង WAC 182-504-0110 ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ។ អានលិខិតអនុម័តរបស់អ្នកដើម្បីដឹងពីការផ្លាស់ប្តូរម្ល៉េះ ដែលអ្នកត្រូវតែរាយការណ៍។

**បំពេញការបន្តថ្មី** នៅពេលបានស្នើសុំ។

**ផ្តល់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ** ដែលត្រូវការដើម្បីចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព។

**ដាក់ពាក្យសុំ Medicare** ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានវា។

**សហការជាមួយបុគ្គលិកធានាគុណភាព** នៅពេលស្នើសុំ។

**ដាក់ពាក្យសុំ និងធ្វើការទំនៀមទម្លាប់** ដើម្បីទទួលបានប្រាក់សក្តានុពលពីប្រភពផ្សេងទៀតនៅពេលអ្នកស្នើសុំ ឬទទួលបានធានារ៉ាប់រង។

**រឿងដែលអ្នកត្រូវដឹងសម្រាប់ Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនតែប៉ូណ្លា:**

**ដោយស្មើស្មើ និងទទួលបាន Apple Health វ៉ាស៊ីនតោន** អ្នកផ្តល់សិទ្ធិទាំងអស់ឱ្យវ៉ាស៊ីនតោនចំពោះការគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងទូទាត់ដល់ភាគីទីបីសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

**ភ្នាក់ងារនេះអាចចែករំលែក** ប្រវត្តិការចាក់ថ្នាំបង្ការរាងកាយរបស់អ្នកជាមួយប្រព័ន្ធតាមដានការចាក់ថ្នាំបង្ការរាងកាយរបស់អ្នក។

**ព័ត៌មានដែលអ្នករាយការណ៍** អាចត្រូវបានផ្តល់ទៅ DSHS ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន និងអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែសម្រាប់កម្មវិធីជាធានារ៉ាប់រងសុខភាព ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ជំនួយជាអាហារ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភថែទាំកុមារ។

តាមច្បាប់ រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនអាចស្តារតម្លៃវាបានចំណាយសម្រាប់ប្រភេទសេវាវេជ្ជសាស្ត្រពីអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកតាមរយៈ **Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, និងជំពូក 182-527 WAC)**។ Estate Recovery មិនកើតឡើងរហូតទាល់តែស្លាប់ ការស្លាប់របស់ប្តី/ប្រពន្ធនៅរបស់អ្នក និងកូនរបស់អ្នកអាយុ 21 ឬលើសនេះ។ វាក៏មិនកើតឡើងទេ ប្រសិនបើអ្នកមានសេវាថែទាំ/មានពិការភាពនៅពេលអ្នកស្លាប់។ តម្លៃដែលអាចស្តារឡើងវិញរួមមាន ៖

- សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនជាក់លាក់ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឬលើសនេះ នៅពេលដែលអ្នកបានទទួលសេវា
- សេវាមូលនិធិរដ្ឋតែប៉ុណ្ណោះ ដោយមិនគិតពីអាយុរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលសេវា។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីសេវាដែលត្រូវស្តារវិញដើមក្រោម WAC 182-527-2742។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីទ្រព្យសម្បត្តិលើកលែងតែពីការស្តារក្រោម WAC 182-527-2746។

រដ្ឋក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងមុនមរណភាពលើទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក នៅអាយុណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកក្លាយស្ថាប័នអចិន្ត្រៃយ៍ (WAC 182-527-2734)។ រដ្ឋអាចស្តារពិការលក់ ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬអចលនទ្រព្យរបស់អ្នក លុះត្រាតែ ៖

- ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះ
- សាច់ញាតិរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្ទះ គឺជាសហម្ចាស់ ហើយបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់។
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះ ហើយពិការភ្នែក/មានពិការភាព ឬ
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះ ហើយមានអាយុតិចជាង 21 ឆ្នាំ។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីសេវាដែលត្រូវស្តារវិញដើមក្រោមចំណុចមុនពេលស្លាប់ក្នុង WAC 182-527-2734។

**អ្នកអាចត្រូវបានកំណត់ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព** ទិសចស្ថាន និង/ឬមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថាសេវាទាំសុខភាពមិនចាំបាច់ពីអ្នកផ្តល់សេវា។

[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 ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវលេខ 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, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣິໄດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. 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 و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 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 ਅੰਨੁਵਾਦ 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] ተርጓሚዎችን ናይ ዝተፀሓፉ 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).

# ពាក្យសុំ Apple Health

វិស័យសេវាសម្រាប់ចាស់ជរា មនុស្សពិការភ្នែក មានពិការភាព/សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ

**1** ឈ្មោះ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអ្នកដាក់ពាក្យ

នាមខ្លួន (ខ្លួនឯង) អក្សរកាត់កណ្តាល ត្រកូល

លេខ ID អតិថិជន (បើអាចអនុវត្តបាន) ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ ឬតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

អាសយដ្ឋានដែលអ្នករស់នៅ (បានទាមទារ)

ខោនធី ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺប៊ូកូដ

**គូសមើលប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានជាក់លាក់**

អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)

នាមខ្លួន ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺប៊ូកូដ

លេខទូរស័ព្ទចម្បង ចល័ត អ៊ីមែល

**ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌល រាយឈ្មោះមណ្ឌល និងអាសយដ្ឋាន ប្រសិនបើមិនដូចខាងលើ។**

ឈ្មោះមណ្ឌល

អាសយដ្ឋានមណ្ឌល

ខោនធី ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺប៊ូកូដ





2

កម្មវិធីដែលអ្នកពាក្យសុំ

ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់កំពុងដាក់ពាក្យសុំ ៖

សេវាថែទាំក្នុងផ្ទះ

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ចាស់ជរា ពិការភ្នែក ឬមានពិការភាព

ផ្ទះគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ/រស់នៅដែលបានសម្រួល

កម្មវិធីសន្សំសំចៃ Medicare

ការថែទាំតាមផ្ទះ

Apple Health សម្រាប់បុគ្គលិកដែលមានពិការភាព (HWD)

សេវាកាត់ដេរសម្រាប់មនុស្សចាស់ (TSOA)

3

ព័ត៌មានវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានបង់ប្រាក់

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានបង់ប្រាក់ដែលបានកើតឡើងបានតិចតួច 3 ខែនេះណាមួយមុនខែនេះ?

បាទ/ចាស ទេ បើមែន រាយគេនរណា ៖

4

ព័ត៌មានភាសា

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នឹងដាក់ពាក្យសុំត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬដើម្បីទទួលបានសេវានៅក្នុងភាសាមួយផ្សេងទៀត?

ប្រសិនបើមាន តើភាសា និងទម្រង់ជំនួសអ្វីដែលអ្នកត្រូវការ? រាយទាំងអស់ដែលត្រូវ៖ \_\_\_\_\_

5

ព័ត៌មានអំពី អ្នក និង គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ

រាយឈ្មោះខ្លួនអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធ និងអ្នកតាំងផ្នែកដែលរស់នៅជាមួយអ្នកបើទោះបីជាអ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យពួកគេក៏ដោយ (ភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែម បើចាំបាច់)។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)	កេរនៅពេលកើត	<b>ខ្លួនឯង</b> ខ្លួនឯងទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាចំពោះអ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
--------------------------------	-------------	---	------------------

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)*	តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ?	បាទ/ចាស	ទេ
-------------------------	--	---------	----

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវសម្រេច)	អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន	បាទ/ចាស	ទេ
--	---------------------	---------	----

តើអ្នកជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញឬ? (ស្រេចចិត្ត)

កុយបា	ម៉ិចស៊ិកូ/ម៉ិចស៊ិកូអាមេរិក/លីកាណូ	មិនមែនអេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ
អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត	ប៊ូតូរ៉ូ	

ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត - ជ្រើសរើសបានរហូតដល់ប្រាំដែលត្រូវ)

ជនជាតិដើមអាមេរិក	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហិម៉ាឌី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស

ស្រុកខ្មៅ ឬអាមេរិកស្បែកខ្មៅ	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេង	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាមីរ	
<hr/>			
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន គណ្តាល ត្រកូល)		តេទនៅពេលកើត	ទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាចំពោះអ្នក? ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)*		តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ?	បាទ/ចាស ទេ
ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវសម្រេច)			
ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក	បាទចាស ទេ	អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន	បាទចាស ទេ
តើអ្នកជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញឬ? (ស្រេចចិត្ត)			
កុយបា	មុចស៊ុច/មុចស៊ុចអាមេរិក/ឈីកាណូ	មិនមែនអេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ	
អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត	ប៊ូតូកូ		
<b>ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត - គ្រឿងសរសេរបានរហូតដល់ប្រាំដល់ប្រាំ)</b>			
ជនជាតិដើមអាមេរិក	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហិម៉ាធី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្រុកខ្មៅ ឬអាមេរិកស្បែកខ្មៅ	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេង	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាមីរ	

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន គណ្តាល ត្រកូល)		តេទនៅពេលកើត	ទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាចំពោះអ្នក? ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)*		តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ?	បាទ/ចាស ទេ
ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវសម្រេច)			
ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក	បាទចាស ទេ	អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន	បាទចាស ទេ
តើអ្នកជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញឬ? (ស្រេចចិត្ត)			
កុយបា	មុចស៊ុច/មុចស៊ុចអាមេរិក/ឈីកាណូ	មិនមែនអេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ	
អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត	ប៊ូតូកូ		

**ព្រះសាសន៍ (រៀបចំចិត្ត - ជ្រើសរើសបានរហូតដល់ច្រកដែលត្រូវ)**

ជនជាតិដើមអាមេរិក	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហិម៉ាធី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកស្បែកខ្មៅ	ហាវ៉ៃ	ព្រះសាសន៍ផ្សេង	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉េ	

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល) ភេទនេះពេលកើត ទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាចំពោះអ្នក? ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)\* តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ? បាទ/ចាស ទេ

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវសម្រេច) ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក បាទ/ចាស ទេ អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញឬ? (រៀបចំចិត្ត)

កុយបា ម៉ិចស៊ិកូ/ម៉ិចស៊ិកូអាមេរិក/ឈីកាណូ មិនមែនអេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ

អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត ប៊ូត្វីវ៉ូ

**ព្រះសាសន៍ (រៀបចំចិត្ត - ជ្រើសរើសបានរហូតដល់ច្រកដែលត្រូវ)**

ជនជាតិដើមអាមេរិក	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហិម៉ាធី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកស្បែកខ្មៅ	ហាវ៉ៃ	ព្រះសាសន៍ផ្សេង	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉េ	

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល) ភេទនេះពេលកើត ទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាចំពោះអ្នក? ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)\* តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ? បាទ/ចាស ទេ

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ (ត្រូវសម្រេច) ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក បាទ/ចាស ទេ អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញឬ? (រៀបចំចិត្ត)

កុយបា ម៉ិចស៊ិកូ/ម៉ិចស៊ិកូអាមេរិក/ឈីកាណូ មិនមែនអេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ

អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត ប៊ូត្វីវ៉ូ

**ពូជសាសន៍ (ស្របចិត្ត - ជ្រើសរើសបានរហូតដល់ប្រាំដែលត្រូវ)**

ជនជាតិដើមអាមេរិក	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហិម៉ាធី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកស្បែកខ្មៅ	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេង	
ខ្មែរ	ធម្មិន	សាមីរ	

\*HCA មិនចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយសម្រាប់គោលបំណងអនុវត្តអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។ ទុកចន្លោះនេះទទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN.

**6 ព័ត៌មានទូទៅ**

1. ក្នុងពេល ៣០ ថ្ងៃចុងក្រោយ ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកបានទទួលធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីរដ្ឋ កុលសម្ព័ន្ធ ឬប្រភពផ្សេងទៀត?  
បាទ/ចាស ទេ បើបាទចាស ចូរពន្យល់ \_\_\_\_\_
2. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានទទួលប្រាក់ចំណូលបន្ថែម (SSI) ក្នុងរដ្ឋផ្សេងទៀត?  
បាទ/ចាស ទេ បើមាន តើនរណា \_\_\_\_\_
3. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំស្ថិតក្នុងជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលបាន  
បាទ/ចាស ទេ បើមាន តើនរណា? \_\_\_\_\_
4. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានបម្រើក្នុងកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធអាមេរិក ភ្នំជាតិ ឬបម្រុង ឬជាអ្នកពិន័យ ឬប្តីប្រពន្ធនរណាម្នាក់ដែលបម្រើ ៖  
បាទ/ចាស ទេ បើមាន តើនរណា? \_\_\_\_\_
5. ខ្ញុំមានអ្នកពិន័យផ្នែកលើពន្ធដែលមិនទាន់បានបញ្ចូលលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំដែលមិនរស់នៅជាមួយខ្ញុំ?  
បាទ/ចាស ទេ បើមាន រាយឈ្មោះអ្នកពិន័យផ្នែកលើពន្ធ \_\_\_\_\_
6. ខ្ញុំ ៖ នៅលើ រៀបការរួចរស់នៅជាមួយប្តី/ប្រពន្ធ រៀបការរួចរស់នៅដោយឡែកពីប្តី/ប្រពន្ធ លែងលះគ្នា មេម៉ាយ  
ដែលក្នុងស្រុកបានចុះបញ្ជី បែកគ្នាស្របច្បាប់

**7 ប្រាក់ចំណូលការងារ ឬការងារដោយខ្លួនឯង (ភ្ជាប់សក្កានុពល)**

ប្រាក់ចំណូលដែលរកបានពីការងារដែលរកបានពីការងារ ឬការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង ឧទាហរណ៍ខ្លះ\* រួមមាន

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>ការងារ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់ប្រចាំខែ ប្រាក់ខែ ឬប្រាក់ដែលបានប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធត្រូវបានរក្សាទុកនៅក្នុងទម្រង់ W-2 ប្រអប់ទី 1</li> <li>• ដំណើរការការងារ ឬធ្វើការងារ</li> <li>• លក់ទំនិញតាមអនឡាញ ផ្តល់សេវាវេជ្ជប្រតិបត្តិ ឬជំនាញ</li> <li>• ផ្តល់ការងារបណ្តោះអាសន្ន តាមតម្រូវការ ឬឯករាជ្យផ្សេងទៀត</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់រង្វាន់ និងកម្រៃដើសារ</li> <li>• ការទូទាត់ផែនការសោធននិវត្តន៍</li> <li>• អត្ថប្រយោជន៍ពីក្នុងកម្មសហជីព</li> <li>• ប្រាក់ចំណូលពីការងារដែលនិយោជករបស់អ្នកមិនបានកាត់ពន្ធ (ដូចជាការងារសេដ្ឋកិច្ច)</li> <li>• បើកបររថយន្តសម្រាប់ការជិះដែលបានកក់ទុក ឬដឹកជញ្ជូន</li> </ul> | <p><b>ការងារដោយខ្លួនឯង</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ជាម្ចាស់ ឬធ្វើអាជីវកម្ម</li> <li>• ជាម្ចាស់ ឬធ្វើកសិកម្ម</li> <li>• រដ្ឋមន្ត្រី ឬសមាជិកសាសនា</li> <li>• បុគ្គលិកស្របច្បាប់ និងមានប្រាក់ចំណូល</li> </ul> |
|---|---|---|

**\*ប្រកាស irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables**

**1.** ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានប្រាក់ចំណូលពីការងារឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើមាន សូមបំពេញផ្នែកនេះ។

**2.** \_\_\_\_\_ អ្នកដែលរកបានប្រាក់ចំណូលនេះ ៖ \_\_\_\_\_ ឈ្មោះនិយោជក \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទនិយោជក

\_\_\_\_\_ តើការងារនេះជាការងារខ្លួនឯង? បាទ/ចាស ទេ

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម ៖ \_\_\_\_\_  
 ចំនួនសប្តាហ៍ដែលបានទទួល (ចំនួនដុល្លារមុនកាត់កង) \_\_\_\_\_ រៀងរាល់ ៖ ម៉ោង សប្តាហ៍ ពីរសប្តាហ៍  
 ពីរដងក្នុងមួយខែ ខែ

ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់ (ឧ ថ្ងៃទី 1 និងទី 15 ឬរៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ)

**3.** \_\_\_\_\_ អ្នកដែលរកបានប្រាក់ចំណូលនេះ ៖ \_\_\_\_\_ ឈ្មោះនិយោជក \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទនិយោជក

\_\_\_\_\_ តើការងារនេះជាការងារខ្លួនឯង? បាទ/ចាស ទេ

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម ៖ \_\_\_\_\_  
 ចំនួនសប្តាហ៍ដែលបានទទួល (ចំនួនដុល្លារមុនកាត់កង) \_\_\_\_\_ រៀងរាល់ ៖ ម៉ោង សប្តាហ៍ ពីរសប្តាហ៍  
 ពីរដងក្នុងមួយខែ ខែ

**8 ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់) (ភ្ជាប់តម្រូវការ)**

**1.** ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ៖

- ការគាំទ្រកុមារ ឬការថែទាំប្តី/ប្រពន្ធ
- អត្ថប្រយោជន៍អប់រំ (ប្រាក់កម្ចីសិស្ស ជំនួយ ការសិក្សា-ការងារ)
- ប្រាក់ចំណូលពីការលេងហ្គេម
- អំណោយ (ការគាំទ្រសាច់ប្រាក់/ប័ណ្ណអំណោយ)
- ការប្រាក់/ភាគលាភ
- ការងារ និងឧស្សាហកម្ម
- អត្ថប្រយោជន៍ផ្លូវដែក
- ប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ ឬសោធននិវត្តន៍
- កិច្ចសន្យាលក់/កំណត់សម្គាល់ការលក់
- សន្តិសុខសង្គម
- ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)
- ប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធ
- ទំនុកចិត្ត
- អត្ថប្រយោជន៍ពេលអត់ការងារធ្វើ
- រដ្ឋបាលអតីតយុទ្ធជន (VA) ឬអត្ថប្រយោជន៍យោធា
- ផ្សេងទៀត

**2.** រាយប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតដែលអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំទទួល៖

ប្រភេទប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត	អ្នកដែលទទួលបានប្រាក់ចំណូល	ចំនួនប្រចាំខែសរុប	អ្នកដែលទទួលបានប្រាក់ចំណូល	ចំនួនប្រចាំខែសរុប
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការអិទិយោគប្រចាំឆ្នាំ? បាទ/ចាស ទេ

អ្នកណាជាម្ចាស់ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ	ក្រុមហ៊ុន ឬគ្រឹះស្ថាន	ចំនួន ឬតម្លៃ	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទបានជាវ
អ្នកណាជាម្ចាស់ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ	ក្រុមហ៊ុន ឬគ្រឹះស្ថាន	ចំនួន ឬតម្លៃ	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទបានជាវ

**9 ការចំណាយលើផ្ទះ (ក្លាប់កសិកម្មមើលដាក់ពាក្យសុំ LTSS)**

ជួល	បញ្ចាំ	ជួលកន្លែង	ធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ	ពន្ធអចលនទ្រព្យ	ការចំណាយផ្សេងទៀត
តើអ្នកទទួលបានជំនួយពី បុគ្គល ឬភ្នាក់ងារមួយផ្សេង ដូចជាលំនៅដ្ឋានឧបត្ថម្ភធន ដែលបង់ប្រាក់ទាំងអស់ ឬដោយផ្អែកលើការចំណាយទាំងនេះ?					
បាទ/ចាស ទេ បើមែន រាយគេនរណា ៖ _____					

**10 ប្រាក់កាត់ទុកសម្រាប់បង់ពន្ធ**

1. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំការបង់ប្រាក់ ឬសន្ទគម្ភាត្រូវបង់ ៖

ការថែទាំកុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលរើងផ្គត់	ចំនួនប្រចាំខែ	អ្នកបង់ប្រាក់
ការថែទាំកុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលរើងផ្គត់	ចំនួនប្រចាំខែ	អ្នកបង់ប្រាក់
ថ្លៃសេវាអ្នកបង់ប្រាក់	ចំនួនប្រចាំខែ	អ្នកបង់ប្រាក់
ថ្លៃសេវាអាណាព្យាបាលភាព	ចំនួនប្រចាំខែ	អ្នកបង់ប្រាក់
ថ្លៃសេវាមេធាវីបញ្ហាគុណភាព	ចំនួនប្រចាំខែ	អ្នកបង់ប្រាក់
ការចំណាយថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រដែលកើតឡើង (រួមមាន Medicare ឬធានារ៉ាប់រងសុខភាពកម្រិតខ្ពស់ ផ្សេងទៀតដែលអ្នកបង់ប្រាក់)	ចំនួនប្រចាំខែ	អ្នកបង់ប្រាក់

2. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ ជំពាក់ថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រភេទការចំណាយថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រ	កាលបរិច្ឆេទដែលបានកើតឡើង	ចំនួនដែលបានជំពាក់	អ្នកជំពាក់
ប្រភេទការចំណាយថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រ	កាលបរិច្ឆេទដែលបានកើតឡើង	ចំនួនដែលបានជំពាក់	អ្នកជំពាក់
ប្រភេទការចំណាយថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រ	កាលបរិច្ឆេទដែលបានកើតឡើង	ចំនួនដែលបានជំពាក់	អ្នកជំពាក់

3. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានពិការភាព ហើយកំពុងធ្វើការ ហើយមានការចំណាយដែលគាំទ្រការងារនោះ? នេះហៅថាការចុះខ្សោយទាក់ទងនឹងការចំណាយការងារ (IRWE)។

បាទ/ចាស ទេ បើមាន ផ្តល់ចំនួន IRWE \_\_\_\_\_

**11 ធនធាន (ភ្ជាប់ភស្តុតាង)**

**(រំលងផ្នែកនេះ បើដាក់ពាក្យតែសម្រាប់កម្មវិធីសន្សំសំចៃ Medicare (MSP) ឬ Apple Health សម្រាប់កម្មវិធីដែលមានពិការភាព (HWD) ប៉ុណ្ណោះ)**

1. ធនធានគឺជាគ្រប់យ៉ាងដែលអ្នកមាន ឬកំពុងទិញ ហើយអាចលក់ ដោះដូរ ឬបម្រុងជាសាច់ប្រាក់ ឬលុយដែលកាន់ដោយអ្នកដទៃ។ ធនធានមិនរួមបញ្ចូលទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដូចជាគ្រឿងសង្ហារឹម, របស់របរក្នុងផ្ទះ, ឬសម្លៀកបំពាក់។ ឧទាហរណ៍នៃធនធានមាន ៖

- សាច់ប្រាក់
- គណនីសែក
- គណនីសន្សំ
- CDs
- គណនីទិញប្រាក់
- មូលបត្រសន្សំ
- មូលបត្រ
- ថវិកាប្រកួតប្រជែង
- ភាគហ៊ុន
- ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ
- ទំនុកចិត្ត
- IRA
- 401K
- ថវិកាចូលនិវត្តន៍
- ផ្ទះ រួមទាំងមួយដែលអ្នករស់នៅ
- ថវិកាបញ្ចុះសព
- ខុនដូ
- ដី
- កិច្ចសន្យាការលក់
- អគារ
- ទ្រព្យមានជីវិត
- ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត
- ផែនការបុណ្យសពបង់ប្រាក់ជាមុន
- ថវិកាបរិច្ចាគ
- ការថែទាំសុខភាពលើសពីការថែទាំ
- ឧបករណ៍អាជីវកម្ម
- ឧបករណ៍កសិកម្ម
- បញ្ចុះសត្វ

2. រាយធនធានដែលអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យជាម្ចាស់ ឬទិញ៖

ប្រភេទធនធាន	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ
ប្រភេទធនធាន	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ
ប្រភេទធនធាន	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ
ប្រភេទធនធាន	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ	អ្នកជាម្ចាស់	ទីតាំង	តម្លៃ

3. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានពិការភាពដោយឥតទំនិញ ទូក RVs កុងតឺន័រ ឬម៉ូតូ ៖

ឆ្នាំ (ឧ 2010)	ម៉ាក (ឧ Ford)	ម៉ូដែល (ឧ Escort)	ចំនួនជាកម្មសិទ្ធិ
ពិនិត្យមើល ប្រសិនបើបានជួល	ពិនិត្យមើល ប្រសិនបើបានប្រើក្នុងគោលបំណងវេជ្ជសាស្ត្រ		
ឆ្នាំ (ឧ 2010)	ម៉ាក (ឧ Ford)	ម៉ូដែល (ឧ Escort)	ចំនួនជាកម្មសិទ្ធិ
ពិនិត្យមើល ប្រសិនបើបានជួល	ពិនិត្យមើល ប្រសិនបើបានប្រើក្នុងគោលបំណងវេជ្ជសាស្ត្រ		

**12 ធនធាន LTSS បន្ថែម (បំពេញតែបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសេវា LTSS)**

1. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំជាម្ចាស់ ឬទិញផ្ទះដែលជាលំនៅដ្ឋានចម្បង ៖

អាសយដ្ឋានទ្រព្យសម្បត្តិ	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន (តាមអ្នកវាយតម្លៃ)	ចំនួនប្រាក់កម្ចីដែលដំណាក់លើទ្រព្យសម្បត្តិ
អាសយដ្ឋានទ្រព្យសម្បត្តិ	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន (តាមអ្នកវាយតម្លៃ)	ចំនួនប្រាក់កម្ចីដែលដំណាក់លើទ្រព្យសម្បត្តិ

2. ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំបានលក់ ដោះដូរ ផ្តល់ឱ្យគេ ឬផ្ទេរធនធានក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយ (រួមទាំងក្រីស្ត្រូស្ត្រូសម្បត្តិ រថយន្ត សាច់ប្រាក់ ឬទ្រព្យមានជីវិត) បាទ/ចាស ទេ បើមែន បំពេញខាងក្រោម ៖ (ភ្ជាប់សន្ធិកបន្ថែម បើចាំបាច់)

ប្រភេទធនធាន	កាលបរិច្ឆេទផ្ទេរ	តម្លៃធនធានដែលបានផ្ទេរ	អ្នកដែលបានផ្ទេរទៅកាន់
ប្រភេទធនធាន	កាលបរិច្ឆេទផ្ទេរ	តម្លៃធនធានដែលបានផ្ទេរ	អ្នកដែលបានផ្ទេរទៅកាន់

**13 ធានារ៉ាប់រងការថែទាំរយៈពេលយូរ (មិនត្រូវការសម្រាប់កម្មវិធីសន្សំ Medicare)**

ខ្ញុំ/យើងមានធានារ៉ាប់រងរយៈពេលវែង? បាទ/ចាស ទេ បើមែន បំពេញខាងក្រោម ៖ (ភ្ជាប់សន្ធិកបន្ថែម បើចាំបាច់) បាទ/ចាស ទេ បើមែន សូមរាយឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងអ្នកដែលគោលការណ៍ធានា ៖

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគោលការណ៍	ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍	បុគ្គលដែលបានធានា	តម្លៃដុល្លារ (បើ LTCP)
ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគោលការណ៍	ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍	បុគ្គលដែលបានធានា	តម្លៃដុល្លារ (បើ LTCP)

**ដើម្បីរួមបញ្ចូលកិច្ចសន្យាសម្រាប់ពាក្យសុំនេះ ភ្ជាប់សន្ធិកមួយជាមួយព័ត៌មាន។**

**14 ព័ត៌មានតំណាងដែលមានសិទ្ធិ**

តំណាងដែលមានសិទ្ធិគឺជាមនុស្សពេញវ័យណាមួយដែលដឹងពីស្ថានភាពក្រសារ ហើយត្រូវបានដោយក្រសារដើម្បីធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមក្រសារចំពោះគោលបំណងសិទ្ធិទទួល។ ដោយកំណត់តំណាងដែលមានសិទ្ធិ អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យតំណាងដែលមានសិទ្ធិរបស់អ្នក ៖

- ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំក្នុងនាមអ្នក
- ទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងចំនួន និង
- ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នកចំពោះបញ្ហាទាំងអស់ទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនី។

1. តើអ្នកកំណត់តំណាងដែលមានសិទ្ធិឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
2. តើអ្នកចង់ឱ្យតំណាងដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនីរបស់អ្នកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
3. តើតំណាងដែលមានសិទ្ធិមានអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើមាន សម្រាប់ រណា? \_\_\_\_\_
4. តើតំណាងដែលមានសិទ្ធិមានអំណាចមេធាវីឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើមាន សម្រាប់ រណា? \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ / អង្គការតំណាងដែលមានសិទ្ធិ

លេខទូរស័ព្ទ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រតំណាងដែលមានសិទ្ធិ



**ការបង់ប្រាក់វិញរបស់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការថែទាំរយៈពេលយូរ ៖**

តាមច្បាប់ រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនអាចស្តារកម្មវិធីដែលធានាថាសម្រាប់ប្រភេទសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ពីទ្រព្យរបស់អ្នកតាមរយៈ Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 និងជំពូក 182-527 WAC). Estate Recovery មិនកើតឡើងទេរហូតដល់អ្នកស្លាប់ ការស្លាប់របស់ប្តី/ប្រពន្ធនេះរស់របស់អ្នក និងកូននេះរស់របស់អ្នកអាយុ 21 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ។ វាក៏មិនកើតឡើងដែលបើកូននេះរស់របស់អ្នកពិការភ្នែក/មានពិការភាពនេះពេលអ្នកស្លាប់។ ប្រាក់ដែលអាចស្តារបានរួមមាន ៖

សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនជាក់លាក់ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬលើសនេះនោះពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម សេវាមូលនិធិរដ្ឋជាក់លាក់ ដោយមិនគិតពីអាយុរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីសេវាដែលត្រូវស្តារកម្មដើមរក្រោម WAC 182-527-2742. អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីទ្រព្យសម្បត្តិដែលមិនរាប់បញ្ចូលការស្តាររក្រោម WAC 182-527-2746។

រដ្ឋក៏អាចដាក់បណ្តឹងមុនមរណភាពលើទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក នៅអាយុណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកក្លាយស្ថាប័នអចិន្ត្រៃយ៍ (WAC 182-527-2734)។ រដ្ឋអាចស្តារពិការលក់ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬអចលនទ្រព្យ របស់អ្នក លុះត្រាតែ ៖

- ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះ
- សាច់ញាតិរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្ទះ គឺជាសហម្ចាស់ ហើយបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់។
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះ ហើយពិការភ្នែក/មានពិការភាព ឬ
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះ ហើយមានអាយុតិចជាង 21 ឆ្នាំ។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីសេវាដែលត្រូវស្តារកម្មដើមរក្រោមបំណុលមុនពេលស្លាប់ក្នុង WAC 182-527-2734.

**ការចាត់តាំងសិទ្ធិ និងសហប្រតិបត្តិការ ៖**

អ្នកយល់ថាអ្នកចាត់តាំងការទូទាត់ភាគីទីបីសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដល់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននៅពេលអ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់រង Apple Health វ៉ាស៊ីនតោន។ នេះមានន័យថារដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន និងចេញវិក្កយបត្រផែនការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតណាមួយដែលមានភាគីទីបីសម្រាប់ដើម្បីរ៉ាប់រងការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក (នេះគួរតែជាផែនការធានារ៉ាប់រងរបស់អតិថិជនប្រពន្ធ ឬអាណាព្យាបាលដែលលែងរស់នៅជាមួយ)។ អ្នកជាផែនការធានារ៉ាប់រងអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពីការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែលបង់ដោយផែនការនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកខ្លាចថាមាន អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក ឬកូនរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងមិនបន្តការទូទាត់ភាគីទីបីសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។

**ការបង្ហាញប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ ៖**

ប្រសិនបើអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នកចាប់អារម្មណ៍លើប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ ហើយអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ Apple Health (Medicaid) វ៉ាស៊ីនតោន អ្នកត្រូវតែដាក់ ឈ្មោះរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនជាអ្នកទទួលបានសេវាសម្រាប់ប្រចាំឆ្នាំ។

**សិទ្ធិសវនាការរដ្ឋបាល ៖**

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចចិត្ត យើងបានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬសេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវការសម្រេចចិត្តតាមរយៈដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំអ្នកគ្រប់គ្រង និងរដ្ឋបាលឱ្យត្រួតពិនិត្យការសម្រេចចិត្ត ឬសកម្មភាព ដែលមានជម្លោះដោយមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិរបស់អ្នកដល់សវនាការរដ្ឋបាលទេ។

ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ ឬបន្តជំនួយនិងក្លាយជាប្រធានបទដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដើម្បីកំណត់ថាតើវាត្រឹមត្រូវឬទេ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (HCA) និងក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) ឱ្យធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ និងដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា HCA និង DSHS អាចស្នើសុំអង្កេត និងទាក់ទងគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ ជាផ្នែកនៃដំណើរការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថា ការអនុញ្ញាតនេះបញ្ចប់នៅពេលការសម្រេចចិត្ត អវិជ្ជមានចុងក្រោយធ្វើឡើងលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បញ្ចប់ ឬខ្ញុំដកហូតការអនុញ្ញាត នៅពេលណាមួយដោយផ្តល់ការជូនដំណឹងដល់ HCA និង DSHS ជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរ។ ខ្ញុំក្រវែកដកហូត និងបដិសេធផ្តល់ការអនុញ្ញាត ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមិនមានសិទ្ធិចំពោះកម្មវិធី Medicaid (ដែលទាក់ទងនឹង សិស្ស) របស់ Apple Health វ៉ាស៊ីនតោនសម្រាប់ចាស់ជាង ពិការភ្នែក ឬ ពិការភាពឡើយ។

ការដកហូត ឬការបដិសេធអនុញ្ញាតការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ការគាំទ្រការកាត់ដេរសម្រាប់មនុស្សចាស់ (TSOA)។

នាយកដ្ឋានផ្តល់សេវាការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត រួមទាំងការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់សេវា ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីភ្នាក់ងារនេះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការជួយបំពេញបែបបទការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាគេស្វែងរក ឬទទួលបានជំនួយគឺជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញបែបបទការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿនរណាម្នាក់ជ្រៀតជ្រៀមសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុង ឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាគេចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួន ឬចំណូលចិត្តនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នក អាចបំពេញបំពេញជាមួយ – ផ្នែកបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន PO Box 40229, Olympia, WA 98504, អ៊ីមែល elections@sos.wa.gov, ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881.

**តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬអាចដេកការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ**

**ប្រសិនបើអ្នកមិនពិនិត្យប្រអប់ទេ យើងនឹងពិចារណាថាអ្នកបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នៅពេលនេះទេ លុះត្រាតែអ្នកមានសិទ្ធិ ហើយមិនបដិសេធការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។**

លុះត្រាតែអ្នកគ្មាន ទេ ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុយ៉ាងហោច ណាស់ 18 ឆ្នាំនៅការបោះឆ្នោតបន្ទាប់ អ្នកគឺជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយ DSHS មានឈ្មោះរបស់អ្នក លំនៅដ្ឋាន និងអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានពលរដ្ឋ និងហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ព័ត៌មានព័ត៌មានដែលបានផ្តល់លើពាក្យសុំនេះ។

**តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិឬទេ? បាទ/ចាស ទេ**

**ប្រសិនបើអ្នកគ្មាន បាទ/ចាស [ ឬមិនគួសប្រអប់ទាំងពីរ ហើយបំពេញតម្រូវការសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត DSHS និងផ្ញើព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅការិយាល័យរដ្ឋលេខាធិការ ហើយអ្នកនឹង ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។**

**ដើម្បីចែករំលែកមតិយោបល់ ឬរួមបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែម សូមភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែម។**

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំប្រកាស ក្រោមការភារពិន័យនៃការភូតកុហកក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យនេះ រួមទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងពលរដ្ឋភាព និងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់សមាជិកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ គឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញនៃចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។

_____	_____	_____
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
_____	_____	_____
ហត្ថលេខាប្តី/ប្រពន្ធ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
_____	_____	_____
ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយអតិថិជនកុមារជានីតិជន	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
_____	_____	_____
ហត្ថលេខាតំណាងដែលមានសិទ្ធិ ឬអ្នកជួយ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ