Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

ពាក្យសុំជំនួយសុខភាពផ្នែកបៅមរដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោន
សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ/ជំនួយធានារ៉ាប់រងជនចាស់ជរា ជនពិការភ្នែក ជនពិការកាយសម្បទា

ប្រើពាក្យសុំនេះ ដើម្បីឲ្យដឹងថាតើលោកអ្នកមានគុណសម្បត្តិទទួលជំនួយ ធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើ៖	• លោកអ្នកត្រូវដាក់ពាក្យសុំសេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ (កម្មវិធីថែទាំតាមមន្ទីរថែទាំសុខភាព មន្ទីរជំនួយការរស់នៅ លំនៅដ្ឋានថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យ ឬថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ) • លោកអ្នក ឬជនណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ • លោកអ្នក ឬជនណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានជំនួយមេឌីឃែរ (Medicare) • លោកអ្នកត្រូវការឲ្យគេជួយបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមេឌីឃែរ (Medicare) ឬថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង • លោកអ្នក ឬជនណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានពិការភាព
	សម្គាល់ ៖ បើលោកអ្នកត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្នែកពេទ្យឲ្យគ្រួសារ កូន ឬមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ សូមទាក់ទង Healthplanfinder (អ្នករកផែនការសុខភាព) តាម ៖ www.wahealthplanfinder.org ឬសូមទូរស័ព្ទទាក់ទងលេខ 1-855-923-4633
ដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីនធឺណិតលឿនជាង	លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំនេះតាមអ៊ីនធឺណិតនៅគេហទំព័រ www.washingtonconnection.org
ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកនឹងត្រូវការ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ ៖	• លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) • ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត • ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ • ព័ត៌មានស្តីពីប្រាក់ចំណូល • ព័ត៌មានស្តីពីធនធាន (ដូចជាប្រាក់ក្នុងគណនីធនាគារ សុក សញ្ញាបណ្ណកម្ម ត្រីស្ត, គណនីចូលនិវត្តន៍)
ហេតុអ្វីបានជាយើងស្នើសុំព័ត៌មានច្រើន?	យើងស្នើសុំព័ត៌មាន ដើម្បីកំណត់មើលថាតើលោកអ្នកមានគុណសម្បត្តិជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព ។ យើងរក្សាព័ត៌មាន ដែលលោកអ្នកផ្តល់ឲ្យរយើង ទុកដោយសម្ងាត់ ទៅតាមសេចក្តីតម្រូវរបស់ច្បាប់ ។
ឆ្នើពាក្យសុំ ដែលបានបំពេញរួច និងចុះហត្ថលេខារួច ៖	សម្រាប់សុខភាពផ្នែកបៅមរបស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោន (Washington Apple Health) ជំនួយធានារ៉ាប់រងផ្នែកជនភៀសខ្លួនសម្រាប់មនុស្សចាស់អាយុចាប់ពី 65+ ឆ្នាំ និងកម្មវិធីនានា ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមេឌីឃែរ (Medicare) ឬថ្លៃចំណាយផ្សេង។
	• ដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកទៅ ៖ DSHS Community Services Division - Customer Service Center PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699 • ឆ្នើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក តាមទូរសារទៅលេខ 1-888-338-7410 • យកពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ទៅដាក់នៅការិយាល័យសេវាបម្រើសហគមន៍ (Community Services Office, CSO) ក្នុងមូលដ្ឋាន ។ សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.dshs.wa.gov/onlinecso/findservice.shtml ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋាន ។ • ដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីនធឺណិតនៅ www.washingtonconnection.org • មានសំណួរឬ? ទូរស័ព្ទទាក់ទងទៅលេខ 1-877-501-2233
	ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយរ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ដូចជាកម្មវិធីថែទាំតាមមន្ទីរថែទាំសុខភាព ថែទាំផ្ទាល់ខ្លួននៅតាមផ្ទះ មន្ទីរជំនួយការរស់នៅ និងកម្មវិធីលំនៅដ្ឋានថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យ
	• ឆ្នើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកទៅ ៖ DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 • ឆ្នើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក តាមទូរសារទៅលេខ 1-855-635-8305 • យកពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ទៅដាក់នៅការិយាល័យសេវាបម្រើលំនៅដ្ឋាន និងសហគមន៍ (Home and Community Services, HCS)។ សូមចូលមើលគេហទំព័រ http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋាន ។ • ដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីនធឺណិតនៅ www.washingtonconnection.org • មានសំណួរឬ? ដើម្បីរកអាសយដ្ឋានការិយាល័យ HCS ក្នុងមូលដ្ឋាន សូមចូលមើលគេហទំព័រ http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm

HCA 18-005 CA (10/15) Cambodian

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ជំនួយរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាព

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នក (យើងត្រូវតែ) សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទាំងអស់ ។

ជួយលោកអ្នកអាន និងចំពោះទម្រង់ ដែលបានស្នើសុំទាំងអស់ ។ សម្រាប់ជំនួយអ្នកអាចទាក់ទង Washington Healthplanfinder ឬបើអ្នកជាបុគ្គលដែលចាស់ ពិការភ្នក ឬពិការ ឬត្រូវការសេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) អ្នកអាចទាក់ទងក្រសួងសេវាកម្មសង្គម និងសុខាភិបាល (DSHS)។

ផ្តល់អ្នកបកប្រែភ្លាល់មាត់ ឬសេវាបកប្រែក្រដាស ដោយឥតគិតថ្លៃ ជូនលោកអ្នក និងដោយមិនបង្ហង់នៅពេលទាក់ទងជាមួយ Washington Healthplanfinder (អ្នកស្វែងរកផែនការសុខភាពវ៉ាស៊ីងតោន) ឬ DSHS ។

រក្សាទុកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នកដោយសម្ងាត់ ប៉ុន្តែយើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានខ្លះជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធ សម្រាប់គោលបំណងពិនិត្យលក្ខណសម្បត្តិ និងការចុះឈ្មោះ ។

ផ្តល់ឱកាសឱ្យអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយសេចក្តីសម្រេចដែលបានធ្វើឡើង ដោយអ្នកស្វែងរកផែនការសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោន (Washington Healthplanfinder) ឬ DSHS ដែលដុះឥទ្ធិពលដល់ភាពអាចទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព LTSS គម្រោងសុខភាព ឥណទានពន្ធប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬការកាត់បន្ថយការចំណាយ។ ដោយការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អ្នកស្វែងរកផែនការ សុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោន (Washington Healthplanfinder) ដោយចូលមើលទំព័រ Healthplanfinder Appeals នៅ http://wahbexchange.org/appeals/ ឬ ការទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល គាំទ្រអតិថិជន Healthplanfinder តាមរយៈលេខ 1-855-923-4633។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សម្រាប់កម្មវិធី DSHS អ្នកអាចទាក់ទង មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាកម្មអតិថិជន DSHS តាមលេខ 1-877-501-2233 ឬទៅការិយាល័យសេវាកម្មផ្ទះ និងសហគមន៍ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។

ប្រសិនបើឧទ្ធរណ៍នេះគឺដើម្បីសើរើរសេចក្តីសម្រេចលើជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្ទៃចាំមកវ៉ាស៊ីងតោន (Washington Apple Health) ដែលគេដោះស្រាយមិនបានតាមរយៈការពិនិត្យសំណុំរឿងម្តងវិញ នោះលោកអ្នកនឹងត្រូវគេដាក់ពេលធ្វើសវនាការរដ្ឋបាល (Administrative Hearing) ។

ផ្តល់សេវាបម្រើជូនលោកអ្នកដោយយុត្តិធម៌ ដោយពុំគិតអំពីជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ និទ្ទានការនយោបាយ សញ្ជាតិដើម សាសនា អាយុ ភេទ (ដែលរួមមានទូវអត្តសញ្ញាណភេទ និងការនិយមភេទ) ជម្រើសផ្លូវភេទ ពិការភាព អតីតយុទ្ធជនដែលបានឈប់ពីតំណែងដោយកិត្តិយស ឬហានៃ យោធា ឬទិកវ៉ែងកេត ។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងប្រឆាំងការរើសអើង សូម លោកអ្នកទាក់ទងក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាប្រជាជន៖ សហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services) តាម ៖

- http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints; ឬ
- Regional Manager, Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services, 2201 Sixth Ave. – M/S: RX-11
  Seattle, WA 98121-1831
  ទូរស័ព្ទ 800-368-1019
  ទូរសារ 206-615-2297
  TDD 800-537-7697

ការទទួលរបស់លោកអ្នក (លោកអ្នកត្រូវតែ) សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទាំងអស់

ការបង្ហាញ **SSN** និងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍។ ជាមួយការលើកលែងមួយចំនួន អ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម(SSN) ឬលេខឯកសារអន្តោ ប្រវេសន៍របស់ខ្លួនឯង ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព។ SSN ត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំគណនីទានពន្ធប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ យើងប្រើប្រាស់ ព័ត៌មានទេះដើមកំណត់ពីភាពអាចទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកដោយការបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក សញ្ជាតិ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឆ្នាំកំណើត និងភាពអាចរកបាននៃការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ យើងមិនចំណាយព័ត៌មានទេះជាមួយទីភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយ។

វាអាចទៅរួចក្នុងការដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ របស់អ្នកមួយចំនួន ប៉ុន្តែមិនមែនអ្នកផ្សេងទៀតឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន លេខ SSN ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ អ្នកផ្សេងទៀតអាចនៅតែដាក់ពាក្យសុំ និងទទួលការធានារ៉ាប់រង។ មាន កម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃចាំមកវ៉ាស៊ីងតោនមួយចំនួនផងដែរសម្រាប់ប្រជាជន ដែលមិនអាចបង្ហាញថា ពួកគេនៅក្នុងប្រទេសដោយស្របច្បាប់។ ប៉ុន្តែ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនផ្តល់លេខ SSN ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ សម្រាប់ទរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក យើងនឹងត្រូវការការតាមដាន ជាមួយអ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកមិនដាក់ពាក្យ។

ប្រសិនបើព័ត៌មានទេះត្រូវបានស្នើសុំ ដោយទីភ្នាក់ងារ នោះលោកអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាន ឬកស្តុតាងណាមួយដែលគេត្រូវការ ដើម្បីសម្រេចមើលថាតើលោកអ្នកមាន លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយ ឬទេ ។

វត្ថុដែលលោកអ្នកគួរដឹង សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទាំងអស់

មានច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធមួយចំនួន ដែលគ្រប់គ្រងកិច្ចប្រតិបត្តិការរ៉ាន Washington Healthplanfinder (អ្នកស្វែងរកផែនការសុខភាពវ៉ាស៊ីនតោន) និងប្រព័ន្ធពាក្យសុំដែលរដ្ឋចាត់ចែង សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ដែលជាអ្នកប្រើប្រាស់ពួកវា និងធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកទទួលពីការប្រើពួកវា ។ ដោយប្រើប្រព័ន្ធទាំងនេះ អ្នកយល់ស្របគោរពតាមច្បាប់ដែលអនុវត្ត លើទរណាម្នាក់ដែលប្រើពួកវា និងធានារ៉ាប់រងដែលពួកគេទទួលបានជាលទ្ធផល ។

ច្បាប់ស្តីពីចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ **1973 (The National Voter Registration Act of 1973)** តម្រូវឲ្យរដ្ឋទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត តាមរយៈការិយាល័យជំនួយសាធារណៈរបស់រដ្ឋ។ ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនិងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬជំនួយដែលទិញ្ញាក់ងារនេះនិងផ្តល់ជូនលោកអ្នកទេ។ លោកអ្នកអាចចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតទៅតេហវិទ៍រ **www.vote.wa.gov** ឬស្នើសុំទម្រង់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ដោយទូរស័ព្ទទាក់ទងទៅលេខ 1-800-448-4881។

ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័ត និងគណនេយ្យភាព **(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)** ទប់ស្កាត់ HCA និង DSHS ពីការពិភាក្សាអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ឬរបស់សមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដោយផ្ទាល់ជនណាម្នាក់ សរុបទាំងតំណាងពេញសិទ្ធិដែរ លើកលែងតែបុគ្គលរូបនោះ មានលិខិតប្រគល់អំណាច ឬលោកអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ផ្តល់ការយល់ព្រម ដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យគេបើកបញ្ចេញព័ត៌មានទេះជូនទៅពួកគេ ។ ករណីនេះរួមបញ្ចូលទាំងការបើកបញ្ចេញព័ត៌មានស្តីពីលទ្ធផលធ្វើតេស្តសុខភាពសពិអារម្មណ៍ រោគ HIV ជម្ងឺ AIDS ជម្ងឺ STD ឬការព្យាបាល និងសេវាគ្រប់គ្រងអ្នកញ្ឆេះគ្រឿងញៀន ។

ច្បាប់ស្តីពីការថែទាំមានតម្លៃថោកសមរម្យ **(Affordable Care Act)** ទប់ស្កាត់ Washington Healthplanfinder និង DSHS ពីការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបង្ហាញអត្តសញ្ញាណ (PII) របស់លោកអ្នក ឬរបស់ សមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ទៅជនណាម្នាក់ដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យទទួលព័ត៌មានេះ និងដោយគ្មានការយល់ព្រមពីលោកអ្នក ។

ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន **Washington Healthplanfinder** និង DSHS គឺជាកម្មវត្ថុដែលត្រូវបញ្ជាក់ដោយមន្ត្រីរដ្ឋការសហព័ន្ធ និងមន្ត្រីរដ្ឋការរដ្ឋ សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់លក្ខណសម្បត្តិរបស់លោកអ្នក សម្រាប់ជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព ។ ការបញ្ជាក់នេះអាចរួមបញ្ចូលទាំងការទាក់ទងដាបន្ទប់ទាប់ពីបុគ្គលិករបស់ទិញ្ញាក់នេះដែរ ។

បើលោកអ្នកចាប់ផ្តើមបំពេញទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាម **Healthplanfinder** ហើយពុំបានបញ្ចប់ដំណើរការនេះដោយ ប្រការណាមួយ, នោះព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវរក្សាទុកក្នុង Healthplanfinder ហើយលោកអ្នកអាចចូលបំពេញបញ្ចប់នៅ ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ។ បើលោកអ្នកពុំបំពេញបញ្ចប់ការដាក់ពាក្យសុំ នេះនៅក្រោយពេល 90 ថ្ងៃទេ នោះព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវគេលុបចេញប្រព័ន្ធ Healthplanfinder ។

Washington Healthplanfinder HCA និង DSHS មិនទទួលខុសត្រូវលើការគ្រប់គ្រងផែនការធានារ៉ាប់រង សុខភាពរបស់លោកអ្នកទេ ។ អ្នកផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នកអាចផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវព័ត៌មានពិស្តារ បន្ថែមស្តីពីជំនួយរបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកមានសំណួរស្តីពីលក្ខខណ្ឌនានារបស់ផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដែលរួមមញ្ចូលទាំងប្រភេទជំនួយដែលលោកអ្នក មានលក្ខណសម្បត្តិទទួល ការចំណាយ ចេញពីហោរ៉ាបៀ៉ាផ្ទាល់ខ្លួនក្រោមផែនការរបស់លោកអ្នក និងការធ្វើការទាមទារជំនួយ ឬការស្នើងនុវណ៍សំណុំរឿងស្នើសុំជំនួយដែលត្រូវបានតេបដិសេធ នោះលោកអ្នកគប្បីទាក់ទងទៅអ្នកផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ បើលោកអ្នកមាន លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល COBRA បន្ទាប់ពីត្រូវបានគេបញ្ឈប់ជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយ ដែលបានទិញតាមរយៈ Healthplanfinder នោះការគ្រប់គ្រង COBRA និងការផ្តល់ជូន លោកអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី COBRA ដែលបានតម្រូវនេះ និងការជ្រើសរើសវាគឺជាការទទួលខុសត្រូវ របស់ទិយោគករបស់លោកអ្នក ។

កុំទាន់លុបចោលទូវការធានារ៉ាប់រង ឬបដិសេធជំនួយធានារ៉ាប់រង COBRA ណាមួយក្នុងបច្ចុប្បន្ននេះឲ្យសោះ រហូតទាល់តែលោកអ្នកបានទទួលលិខិតយល់ព្រម និងកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង ដែលគេអាចហៅម្យ៉ាងទៀតថាកិច្ចសន្យា ឬវិញ្ញាបនបត្រធានារ៉ាប់រង ណាមួយពីអ្នកផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ដែលលោកអ្នកបានអ្ជិសរើសជាមុនសិន ។ ចូរឲ្យប្រាកដថា លោកអ្នកបានដ្ជេតប្រាប និងយល់ព្រមចំពោះលក្ខខណ្ឌលើកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនេះ ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសទៅលើថ្ងៃផ្តើមមានសុពលភាព រយៈពេលរង់ចាំ ចំនួនថ្ងៃបង់ឬពួលាភធានារ៉ាប់រង ចំនួនតម្រៃធានារ៉ាប់រង លក្ខខណ្ឌកម្រិត ការមិនរាប់បញ្ចូល និងលក្ខខណ្ឌបន្ថែមផ្សេងៗ ។

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំរសវាអនុវត្តន៍ការបង់ប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន តាមរយៈ នាយកដ្ឋានគាំទ្រកុមារ **(Division of Child Support, DCS)** ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំរសវាទាំងនេះ សូមចូលទៅកាន់តេបហវិទ៍រ **www.childsupportonline.wa.gov** ឬសូមទាក់ទងទៅការិយាល័យ DCS ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នក ។

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នក (យើងត្រូវតែ) សម្រាប់តែកម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃណៅមវ៉ាស៊ីងតោន **(Washington Apple Health)** ប៉ុណ្ណោះ

ពន្យល់ប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំ ។

អនុញ្ញាតឲ្យលោកអ្នកដាក់ទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំតែមួយចំណែកណា ដែលមានផ្ទុកនូវព័ត៌មានក្នុងកម្រិតចាំបាច់ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ។ នៅថ្ងៃដែលយើងបានទទួលទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំតែមួយចំណែកណានោះគឺជាថ្ងៃធម្មានៃនទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ដែលអាចនឹងចាត់ទុកជាថ្ងៃកំណត់ការផ្តើមសុពលភាពនៃជំនួយធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក ។ យើងនឹងមិនធ្វើសេចក្តីសម្រេចផ្តាច់ព្រាត់អំពីជំនួយធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកទេ រហូតទាល់តែក្រោយពេលលោកអ្នកបានផ្តល់ពាក្យសុំពេញលេញជាស្ថាពរ ។

អនុញ្ញាតឲ្យលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំទាំងមូល ឬតែមួយចំណែកណា ដោយប្រើវិធីដែលបានចែងក្នុងច្បាប់ WAC 182-503-0005 ។

ត្រួតពិនិត្យមើលពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកទាន់ពេលកំណត់ និងមិនឲ្យហួសពេលកំណត់ ដែលបានចែងក្នុងច្បាប់ WAC 182-503-0060 ។

ផ្តល់ពេលជូនលោកអ្នកចំនួន **10** ថ្ងៃប្រតិទិន ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ ដើម្បីកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ ។ បើលោកអ្នកស្នើសុំពេលបន្ថែម នោះយើងនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវពេលបន្ថែម ។ បើលោកអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានមកយើងទេ ឬស្នើសុំពេលបន្ថែមទៀត នោះយើងអាចនិងបដិសេធ ចិទ ឬកែប្រែជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។

ជួយលោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការស្វែងរកព័ត៌មាន ឬ ភស្តុតាងណាមួយ ដែលយើងត្រូវការ ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេច ថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិ ឬទេ ។ បើយើងតម្រូវឲ្យលោកអ្នកផ្តល់ឯកសារដែលទាំឲ្យលោកអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ នោះយើងនឹងចេញប្រាក់ជូនលោកអ្នក ។

ផ្តល់ដំណឹងជូនលោកអ្នក ក្នុងករណីភាគច្រើន យ៉ាងតិច **10** ថ្ងៃ នៅមុនពេលយើងបញ្ឈប់ជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។

ធ្វើសេចក្តីសម្រេចដាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងករណីភាគច្រើន ក្នុងរយៈ 45 ថ្ងៃ ។ ជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពសម្រាប់សំណុំរឿងពិការភាពខ្ចី អាចប្រើពេលដល់ទៅ 60 ថ្ងៃ ។ យើងនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចដាលាយលក្ខណ៍អក្សរចំពោះតម្រូវការជំនួយផ្នែកពេទ្យសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ ។

អនុញ្ញាតឲ្យលោកអ្នកបដិសេធមិនទិយាយជាមួយអ្នកស៊ើបអង្កេត ប្រសិន បើយើងធ្វើការត្រួតពិនិត្យមើលសំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកស៊ើបអង្កេតចូលផ្ទះរបស់លោកអ្នកទេ ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំអ្នកស៊ើបអង្កេតឲ្យវិលត្រឡប់មកកាន់ផ្ទះរបស់លោកអ្នកនៅពេលក្រោយ ។ ការស្នើសុំបែបនេះនឹងមិនបង្កផលប៉ះពាល់ដល់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរបស់លោអ្នកឡើយ ។

បន្តផ្តល់ជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្ទៃពោះមកវ៉ាស៊ីងតោនជូនលោកអ្នក ក្នុងខណៈពេលយើងកំពុងសម្រេចមើលថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិ កម្មវិធីផ្សេងទៀត ទៅតាមច្បាប់ WAC 182-504-0125 ឬទេ ។

ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេវាផ្តល់សិទ្ធិស្មើភាពគ្នា ទៅតាមវាក្យខណ្ឌក្នុងច្បាប់ WAC 182-503-0120 ប្រសិនបើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិ ។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក (លោកអ្នកត្រូវតែ) សម្រាប់តែកម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃពោះមកវ៉ាស៊ីងតោនប៉ុណ្ណោះ

រាយការណ៍ប្រាប់អំពីការផ្ទាស់ប្តូរផ្សេងៗ ទៅតាមច្បាប់ WAC 182-504-0105 និង WAC 182-504-0110 នៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ពីការផ្ទាស់ប្តូរ ។ អានលិខិតយល់ស្របរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថាការផ្ទាស់ប្តូរអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ ។

បំពេញទម្រង់ដាក់ពាក្យសារឡើវិញ ទៅតាមការស្នើសុំ ។

ផ្តល់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្ទៃពោះនូវព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗ ដែលពួកគេត្រូវការដើម្បីប្រាប់យើងអំពីសេវាថែទាំសុខភាព ។

ដាក់ពាក្យសុំជំនួយមេឌីឃែរ **(Medicare)** បើលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ។

ធ្វើការសហការជាមួយបុគ្គលិកធានារ៉ាប់រងគុណភាព នៅពេលណាគេស្នើសុំ ។

ដាក់ពាក្យសុំ និងឯកសារដោយសមរម្យ ដើម្បីទទួលប្រាក់ចំណូលចាំបាច់ពី ប្រភពផ្សេង ។ នៅពេលណាលោកអ្នកស្នើសុំ ឬទទួលជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្ទៃពោះមកវ៉ាស៊ីងតោន (Washington Apple Health) ។

វត្ថុដែលលោកអ្នកគួរដឹង សម្រាប់តែជំនួយសុខភាពផ្ទៃពោះមកវ៉ាស៊ីងតោន **(Washington Apple Health)** ប៉ុណ្ណោះ

តាមរយៈការស្នើសុំ និងការទទួលជំនួយសុខភាពផ្ទៃពោះមកវ៉ាស៊ីងតោន នោះលោកអ្នកបានប្រគល់សិទ្ធិទាំងអស់ដល់រដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោនក្នុងការគ្រប់គ្រងការផ្តល់ការឧបត្ថម្ភ ផ្ទៃពោះណាមួយ និងការបង់ប្រាក់របស់ភាគីទីបីណាម្នាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ។

ទិន្នាន័យនេះអាចនឹងកំណត់លក ប្រវត្តិចាក់ថ្នាំបង្ការរោគកូនរបស់លោកអ្នក ជាមួយប្រព័ន្ធតាមដានប្រវត្តិចាក់បង្ការរោគកុមារ (Child Profile Immunization Tracking System) ។

ផ្តល់ព័ត៌មានជូនលោកអ្នកឲ្យបានជ្រាបថារបាយការណ៍អាចនឹងត្រូវគេផ្តល់ជូនទៅ DSHS ដើម្បីកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ និងជំនួយប្រចាំខែសម្រាប់កម្មវិធីទានា ដូចជាកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាព ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ ជំនួយអាហារ និងជំនួយផ្តល់ប្រាក់ឃើលកូនជារដើម ។

តាមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោនអាចទាញយកការចំណាយដែលវាបានបង់សម្រាប់ប្រភេទណាមួយនៃនេសវាកម្មរដ្ឋសាស្ត្រពីកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរយៈការទាញពីកម្មសិទ្ធិមកវិញ **(RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080,** និងជំពូក **182-527 WAC)** ។ ការទាញពីកម្មសិទ្ធិមកវិញមិនកើតឡើងរហូតក្រោយអ្នកស្លាប់ ការស្លាប់នៃសហព័ន្ធដែលនៅរស់ និងកូនដែលនៅរស់របស់អ្នកដែលមានអាយុ 21 ឆ្នាំ ឬច្រើនដងនេះ ។ វាក៏មិនកើតឡើង បើកូនដែលនៅរស់ពិការភ្នែក/ពិការនៅពេលដែលអ្នកស្លាប់ ។ ការចំណាយដែលអាចទាញមកវិញបានរួមមាន

- សេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលវែងនៃ Washington Apple Health ណាមួយ បើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬច្រើនដងនេះ នៅពេលដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម
- សេវាកម្មដែលឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋតែប៉ុណ្ណោះណាមួយ ដែលមិនគិតពីអាយុរបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម ។

រដ្ឋក៏អាចដាក់កាន់សិទ្ធិយាត់ទុកមុនការស្លាប់លើអចលនៈទ្រព្យរបស់អ្នកគ្រប់ពេល បើអ្នកត្រូវបានដាក់ក្នុងស្ថាប័នដារមិនត្ត្រេយ៍ (WAC 182-527-2820) ។ រដ្ឋ អាចទាញមកវិញពីការលក់ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នក លុះត្រាតែ ៖

- សហព័ន្ធរបស់អ្នករស់នៅលើទ្រព្យ
- បងប្អូនរបស់អ្នករស់នៅលើទ្រព្យ គឺជាសហម្ចាស់ផ្ទះ និងចំពោះលក្ខខណ្ឌណាមួយ ។
- កូនរបស់អ្នករស់នៅលើទ្រព្យ ហើយពិការភ្នែក/ពិការ ឬ
- កូនរបស់អ្នករស់នៅលើទ្រព្យ ហើយមានអាយុតិចជាង 21 ឆ្នាំ។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីនៃសេវាកម្មដែលអាចទាញការចំណាយមកវិញក្រោម WAC 182-527-2742 ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីនៃទ្រព្យដែលដកចេញពីការ ទាញមកវិញក្រោម WAC 182-527-2754 ។

អ្នកអាចដាក់កំហិតទៅកាន់អ្នកផ្តត់ផ្គង់ថែទាំសុខភាពមួយចាន ឱសថស្ថាន និង/ឬមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាពមិនចាំបាច់មួយពីអ្នកផ្តត់ផ្គង់របស់អ្នក។

វត្ថុដែលលោកអ្នកគួរដឹង សម្រាប់តែផែនការសុខភាព ដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប៉ុណ្ណោះ

បើលោកអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងផែនការសុខភាព ដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ តាមរយៈ **Healthplanfinder** ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ទៅកាន់អ្នកស្វែងរកផែនការសុខភាពក្នុងការបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ឬព័ត៌មានដែល មិនអាច ត្រូវ បានបញ្ជាក់ អ្នកនឹងមានពេល 90 ថ្ងៃ ដើម្បីផ្តល់អ៊ីដែលតម្រូវឲ្យមាន ។ ក្នុងកំឡុងពេលនេះ អ្នកគួរតែសហការជាមួយបុគ្គលិកអ្នកស្វែងរកផែនការសុខភាពដើម្បីដួយផ្តល់ព័ត៌មានដែលខ្វះខាត ឬដម្រុះសំណូរដែលនៅសល់ ។ វានឹងជួយអ្នកទទួលធានារ៉ាប់រងឲ្យបានឆាប់តាមតែអាចទៅបាន ។

ប្រសិនបើជាអ្នកចុះឈ្មោះចូលទៅក្នុងផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់មួយតាមរយៈអ្នកស្វែងរកផែនការសុខភាព ហើយអ្នកមានការផ្ទាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល អ្នកគួរតែប្រកាសប្រាប់ទៅអ្នកស្វែងរកផែនការសុខភាពកាន់តែឆាប់តាមតែអាចធ្វើទៅបាន។ ការផ្ទាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល អាចផ្ទាស់ប្តូរឥណទានពន្ធ ឬការដកយកចំណែកនៃចំណាយណាដែលអ្នកគួរតែទទួលបាន។ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានផែនការតាមូរថ្មោកសមរម្យ ដោយសារការផ្ទាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចស្នើឱ្យបង់ប្រាក់ផ្ទៃកនៃប្រាក់ដែលបានមកពីការធ្វើពន្ធដែលអ្នកបានទទួល ។ ប្រសិនជាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកកើនឡើង ហើយអ្នកមិនបានរាយការណ៍ពីវា។

តម្លៃដែលបានបង្ហាញទាំងប៉ុន្មានអាចផ្លាស់ប្តូរមិនទៀតទាត់ ដោយអាស្រ័យលើកិច្ចអនុវត្តនិងការចុះហត្ថលេខាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការប្រើសរើសរបស់អ្នកទូវណប្រើសដែលមាន។ តម្លៃផ្តាច់ព្រ័ត្រវគឺជាតម្លៃកំណត់ ដោយអ្នកផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង សុខភាព ។

តម្លៃដែលបានបង្ហាញគឺសម្រាប់តែកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមសុពលភាព ដែលបានស្នើសុំរបស់លោកអ្នកប៉ុណ្ណោះ ។ លើកូដ្ចាប់ផ្តើមសុពលភាពពិតប្រាកដនៃកិច្ចបន្សាធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកខុសគ្នាពីកូដ្ចាប់ផ្តើមសុពលភាពដែលបានស្នើសុំរបសលោកអ្នក នោះតម្លៃពិតប្រាកដនៃកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកអាចនឹងខុសគ្នាពីតម្លៃដែលបានបង្ហាញខាងលើដែរ ដោយអាស្រ័យលើការឡើងថ្ម ឬការប្រែប្រួលនៃកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និង/ឬសមាជិកម្នាក់ ឬច្រើនទាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានដល់ខួបកំណើត ។ (តម្លៃទាំងនេះផ្អែកជាចម្បងលើអាយុ ។) អ្នកផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកបានប្រើសរើសប្រជាជ្រើសមិនធានារក្សាតម្លៃសេវារបស់ពួកគេ សម្រាប់រយៈពេលណាមួយទេ ។ ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងមិនជំរុញការរហូតដល់អ្នកធានារបស់អ្នកបញ្ជាក់ពីការទទួលការទូទាត់ ។

អ្នកយល់ព្រមជាមួយក្រសួងសន្តិសុខការងាររដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោនក្នុងការផ្សព្វផ្ស ផ្សាយប្រាក់ឈ្នេវត្ស៍ររបស់អ្នក និងទិន្នន័យការងារទៅកាន់អ្នកស្វែងរកវគ្គនការសុខភាព រដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោន និង **DSHS**។ អ្នកទទួលស្គាល់ថាការផ្តល់នូវការយល់ព្រមនេះនឹងជួយកាត់បន្ថយភាពស្មុគស្មាញនៃការដាក់ពាក្យ និងជំរុញការកំណត់ឡើងវិញសម្រាប់អ្នកស្វែងវគ្គការសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោន។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានការការដូចដែលបានរៀបរាប់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនៃការអនុវត្តឯកជនភាព។

Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

ទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំជំនួយសុខភាពផ្ទៃពោះ"មរ"ាស៊ីងតោន

សម្រាប់ការថែទាំរយៈពេលយូរ/ជំនួយធានារ"ាប់រងសុខភាពជនចាស់ជរា ពិការភ្នែក និងពិការកាយសម្បា

ឈ្មោះរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងព័ត៌មានសម្រាប់ការទាក់ទងទៅអ្នកដាក់ពាក្យសុំ			
1. នាមខ្លួន នាមកណ្តាលជាអក្សរកាត់ នាមត្រកូល			**2.** លេខ ID អតិថិជន ACES
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ (ត្រូវបានតម្រូវ)			
3. អាសយដ្ឋានផ្ទះដែលលោកអ្នកកំពុងរស់នៅ			
ខោនធី	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្ស៊ីបកូដ
4. អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)			
ខោនធី	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្ស៊ីបកូដ
5. លេខទូរស័ព្ទចម្បង ☐ ដៃ ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងធ្វើការ ( )			
6. លេខទូរស័ព្ទទីពីរ ☐ ដៃ ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងធ្វើការ ( )			
7. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល			
ប្រសិនបើកំពុងរស់នៅក្នុងមន្ទីរណាមួយ ចូររាយឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរនោះ ប្រសិនបើមិនមែនដាលំនៅដ្ឋានខាងលើ ៖			
8. ឈ្មោះរបស់មន្ទីរ			
9. អាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរ			
ខោធនី	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្ស៊ីបកូដ

កម្មវិធីដែលកំពុងដាក់ពាក្យសម្រាប់ ៖

10. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬជនណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារខ្ញុំសម្រាប់ ៖

- ☐ ជំនួយរ"ាប់រងការថែទាំសុខភាពសំរ"ាប់ជនចាស់ជរា ពិការភ្នែក ឬពិការកាយសម្ពទា
- ☐ កម្មវិធីសន្សំ"ាក់មេឌីម៉ែរ (Medicare)
- ☐ សេវាផ្តល់អ្នកថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- ☐ សេវាថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាព
- ☐ សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលិកពិការ (HWD)
- ☐ សេវាថែទាំមនុស្សដែលរង់ចាំតែ"ាថ្ងៃស្លាប់
- ☐ មន្ទីរជំនួយការរស់នៅ/មន្ទីរមើលថែទាំមនុស្សពេញវ័យតាមផ្ទះ

ព័ត៌មានវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានបង់"ាក់

11. តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យឲ្យ ត្រូវការជំនួយបង់"ាក់សម្រាប់វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានបង់"ាក់ ដែលបានកើតឡើងក្នុង 3 ខែណាមួយភ្លាមៗ មុនខែបច្ចុប្បន្ន?

☐ ទេ ☐ បាទ/ចាស បើបាទ/ចាស រាយឈ្មោះនរណា ៖

_____ _____ _____

18005

ព័ត៌មានស្តីពីភាសា

12. ☐ ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ។ ខ្ញុំនិយាយភាសា ៖ _____ ឬ ☐ សញ្ញា បកប្រែលិខិតរបស់ខ្ញុំទៅជាភាសា ៖ _____

ព័ត៌មានស្តីពីគ្រួសាររបស់លោកអ្នក

13. ចូរចុះសមាជិកទាំងអស់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក បើទោះជាលោកអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ពួកគេក៏ដោយ (ដាក់ភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម បើចាំបាច់) ។

					សម្រាប់ជនមិនដាក់ពាក្យសុំ បំពេញផ្នែកនេះក៏បានមិនបំពេញក៏បាន			
ឈ្មោះ (ទាមខ្លួន ទាមកណ្តាល ទាមត្រកូល)	ភេទ ប្រុស ឬស្ត្រី	តើមនុស្សនេះត្រូវជាយ៉ាងមេចនឹងលោកអ្នក?	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំកំណើត	គ្មានប្រវត្តិ បើលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ជននេះ	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)	គ្មានប្រវត្តិ បើជាពលរដ្ឋអាមេរិក	ជាតិសាសន៍ (សូមមើលឧបករណ៍ខាងក្រោម)	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ (សំរាប់អាមេរិកាំងដើមកំណើតឥណ្ឌា ឬអាឡាស្កា)
		សាមីខ្លួន		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

I. ព័ត៌មានទូទៅ

ជាតិពន្ធុរបស់ខ្ញុំគឺហ៊ីស្پានិក ឬឡាតាំង ៖ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ព័ត៌មានស្តីពីជាតិសាសន៍ និងជាតិពន្ធុគឺជាព័ត៌មានស្ម័គ្រចិត្ត ។ ឧទាហរណ៍អំពីជាតិសាសន៍ ៖ ជនជាតិស្បែកស ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិក អាស៊ី ហាវ៉ៃ អ្នកកោះ ប៉ាស៊ីফিក អាមេរិកាំងដើមកំណើតឥណ្ឌា អាមេរិកាំងដើមកំណើតអាឡាស្កា ឬជនជាតិកូនកាត់ ។

1. នៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃកន្លងមកនេះ ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធខ្ញុំ ឬសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានទទួលជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពពីរដ្ឋមួយផ្សេងទៀត កុលសម្ព័ន្ធ ឬប្រភពដទៃទៀត? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

2. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានទទួលជំនួយសន្តិសុខសង្គមបំពេញបន្ថែម (SSI) នៅក្នុងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀត?
☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ បើចម្លើយថា បាទ/ចាំ តើនរណា? _____

3. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺជាជនបរទេស ដែលបានត្រូវធានាមករស់នៅលើទឹកដីនេះ ?
☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ បើចម្លើយថា បាទ/ចាំ តើនរណា? _____

4. ខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំគឺ:

a. បុគ្គលដែលធ្លាប់ចម្រើការនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក សន្តិសុខជាតិ ឬជនបម្រុង ☐ បាទ រឺ ចាស ☐ ទេ

b. អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់ បុគ្គលដែលធ្លាប់ចម្រើការនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក សន្តិសុខជាតិ ឬជនបម្រុង ☐ បាទ រឺ ចាស ☐ ទេ ប្រសិនបើចាទ រឺ ចាសទៅកាន់ 4a ឬ 4b អ្នកណា?: _____

5. ខ្ញុំមានមនុស្សរស់នៅក្នុងបន្ទុកពន្ធរបស់ខ្ញុំ ដែលខ្ញុំមិនទាន់បានចុះលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំនៅឡើយ ដែលមិនរស់នៅជាមួយខ្ញុំទេ?
☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

បើចម្លើយថា បាទ/ចាំ ចូររាយឈ្មោះជននៅក្នុងបន្ទុកពន្ធ ៖ _____ _____

6. ខ្ញុំ ៖ ☐ នៅលីវ ☐ រៀបការ រស់នៅជាមួយប្តី ឬប្រពន្ធ ☐ រៀបការ រស់នៅបែកគ្នាពីប្តី ឬប្រពន្ធ ☐ លែងប្តី ឬប្រពន្ធ ☐ មេម៉ាយ

☐ ដៃគូរស់នៅជាគ្រួសារដែលបានចុះបញ្ជី ☐ បែកគ្នាជាផ្លូវការ

II. ប្រាក់ចំណូលរកបាន (ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង)

1. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធខ្ញុំ ឬសមាជិកម្នាក់ ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះមានប្រាក់ចំណូលពីការងារ? ☐ បាទ/ចាំ៖ ☐ ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាំ៖ ចូរបំពេញផ្នែកនេះ ។

សម្គាល់ ៖ ជនជាតិអាមេរិកាំងដើមកំណើតឥណ្ឌា/អាឡាស្កាមិនចាំបាច់រាយការប្រាក់ចំណូលខ្លះ រួមមាន ៖ សាវដីវកម្មអាមេរិកាំងដើមកំណើតអាឡាស្កា និងត្រីស្ពតាំងទីលំនៅ វិភាគទានពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលមានក្នុងត្រីស្ត វិភាគទាន និងប្រាក់ទទួលបានពីធនធានទេសាទ ធនធាន និងភោគផលធម្មជាតិ វិភាគទានពីម្ចាស់ធនធាន និង កំណើនធម្មជាតិ ប្រាក់ពីម្ចាស់វត្ថុ ដែលមានសាសនា ជំនឿ, ទំនៃ្យមទម្លាប់ ឬវប្បធម៌ពិសេស ទៅតាមច្បាប់ ឬបែបបទរបស់កុលសម្ព័ន្ធ និងជំនួយបរិញ្ញាវត្ថុដល់សិស្សមកពី កម្មវិធីអប់រំរបស់ក្រសួងកិច្ចការឥណ្ឌា (Bureau of Indian Affairs) ។

2. តើនរណាជាអ្នករកប្រាក់ចំណូលនេះ ៖ _____	ប្រាក់ចំណូលសរុបដុលដែលបានទទួល (ចំនួនប្រាក់មុនការដកហូតថ្ងៃកាតព្វកិច្ច)
ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក	$ _____ រៀងរាល់ ៖ ☐ ម៉ោង ☐ អាទិត្យ ☐ ពីរអាទិត្យម្តង ☐ ពីរខែម្តង ☐ ខែ
កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ៖ _____
តើការងារនេះជាស្វយការងារឬ? ☐ បាទ/ចាំ៖ ☐ ទេ	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ (ឧ.ហ. ៖ ថ្ងៃទី 1 និងទី 15 ឬរាល់ថ្ងៃសុក្រ) ៖ _____
3. តើនរណាជាអ្នករកប្រាក់ចំណូលនេះ ៖ _____	ប្រាក់ចំណូលសរុបដុលដែលបានទទួល (ចំនួនប្រាក់មុនហូតថ្ងៃកាតព្វកិច្ច)
ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក	$ _____ រៀងរាល់ ៖ ☐ ម៉ោង ☐ អាទិត្យ ☐ ពីរអាទិត្យម្តង ☐ ពីរខែម្តង ☐ ខែ
កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ៖ _____
តើការងារនេះជាស្វយការងារឬ? ☐ បាទ/ចាំ៖ ☐ ទេ	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ (ឧ.ហ. ៖ ថ្ងៃទី 1 និងទី 15 ឬរាល់ថ្ងៃសុក្រ) ៖ _____

III. ប្រាក់ចំណូលដទៃៗទៀត (ប្រើសម្រាប់សមាជិកក្នុងគ្រួសារទាំងអស់) (សូមភ្ជាប់ភស្តុតាង)

1. ឧទាហរណ៍អំពីប្រាក់ចំណូលផ្សេងៗទៀត ៖

- ប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ឬប្រាក់ចិញ្ចឹមប្តី ឬប្រពន្ធ
- ជំនួយអប់រំ (ប្រាក់កម្ចីសិស្ស ប្រាក់ជំនួយឥតសំណង ប្រាក់ធ្វើការ-សិក្សា) ប្រាក់ចំណូលផ្នែកកីឡា
- អំណោយ (ការឧបត្ថម្ភប្រាក់សទ្ធ/ប័ណ្ណប្រាក់អំណោយ)
- ប្រាក់ការ/ប្រាក់ចុងការ
- ការងារ និងឧស្សាហកម្ម (L&I)
- ប្រាក់ការជ្រៀតជ្រែងផ្នែករថយន្តយោធា
- ប្រាក់ជ្រៃផ្ទល
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ ឬសោធនិវត្តន៍
- កិច្ចសន្យាលក់/ប័ណ្ណសន្យា
- សន្តិសុខសង្គម
- ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបំពេញបន្ថែម (SSI)
- ប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធ
- ប្រាក់ត្រីស្ត
- ប្រាក់ការជ្រៀតជ្រែងផ្នែកអត់ការងារធ្វើ
- ប្រាក់អតិបាលកិច្ចអតីតយុទ្ធជន (VA) ឬការជ្រៀតជ្រែងផ្នែករយោធិន
- ផ្សេងៗ

2. រាយឈ្មោះប្រាក់ចំណូលដទៃៗទៀត ដែលលោកអ្នក ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក ឬជនម្នាក់ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនោះ កំពុងតែទទួល ៖

ប្រភេទប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបាន	តើនរណាទទួលប្រាក់ចំណូលនេះ	ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុបដុលប្រចាំខែ	តើនរណាទទួលប្រាក់ចំណូលនេះ	ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុបដុលប្រចាំខែ
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$

3. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធ ឬជនម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ កំពុងទទួលប្រាក់ចំណូលពីការវិនិយោគផ្នែកធនធានលាតប្រចាំឆ្នាំ? ☐ បាទ/ចាំ៖ ☐ ទេ

តើនរណាជាម្ចាស់ធនធានលាតនេះ	ក្រុមហ៊ុន ឬស្ថាប័ន	ចំនួនប្រាក់ ឬតម្លៃ	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទទិញ
		$	$	

IV. ការចំណាយលើថ្ងៃលំនៅដ្ឋាន (ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង ប្រសិនបើអនុវត្តចំពោះសេវា **LTC** ហើយលោកអ្នកជាមនុស្សរៀបការ)

ថ្ងៃជួលផ្ទះ	ថ្ងៃបង់សងកម្ចីទិញផ្ទះ	ថ្ងៃជួលកន្លែង	ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងផ្ទះ	ថ្ងៃពន្ធទ្រព្យសម្បត្តិ	តម្លៃផ្សេងៗទៀត
$	$	$	$	$	$

មនុស្ស ឬទីភ្នាក់ងារទៃទៀត ជួចជាប្រាក់ជំនួយផ្នែកលំនៅដ្ឋាន ដើម្បីជួយខ្ញុំបង់ថ្ងៃចំណាយទាំងនេះទាំងអស់ ឬតែភាគខ្លះ ៖ ☐ បាទ/ចាំ៖ ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាំ៖ តើនរណា ៖ _____

V. ការដកហូតថ្លៃកាតព្វកិច្ច

1. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬជនម្នាក់ ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះត្រូវបង់ ៖

	ចំនួនថ្លៃបង់ប្រចាំខែ	ឈ្មោះអ្នកបង់
ថ្លៃមើលកូន ឬមើលមនុស្សពេញវ័យនៅក្នុងបន្ទុក	$	
ថ្លៃចិញ្ចឹមកូនទៅតាមដីកាតុលាការ	$	
ថ្លៃអ្នកដែលគេបង់ប្រាក់ឲ្យ	$	
ថ្លៃអ្នកអាណាព្យាបាល	$	
ថ្លៃមេធាវីទៅតាមដីកាតុលាការ	$	
ថ្លៃពេទ្យ (សរុបទាំងថ្លៃមេឌីស៊ែរ ឬថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃៗទៀត ដែលលោកអ្នកបង់)	$	

2. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬជនម្នាក់ ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះ កំពុងជំពាក់ថ្លៃពេទ្យ?

ប្រភេទទំនៃថ្លៃពេទ្យ	ថ្ងៃដែលថ្លៃនេះកើតឡើង	ចំនួនថ្លៃជំពាក់	ឈ្មោះអ្នកជំពាក់
		$	
		$	
		$	

3. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬជនម្នាក់ ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះ មានពិការភាព ហើយកំពុងធ្វើការ ព្រមទាំងត្រូវចំណាយប្រាក់បង់ថ្លៃទ្រទ្រង់ការងារ? ទាំងនេះត្រូវបានហៅว่า ការចំណាយលើថ្លៃពិការភាពទាក់ទងនឹងការងារ (IRWE) ។ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាំ ចូរប្រាប់ថ្លៃ IRWE $ _____

_____

VI. ធនធាន (ចូរភ្ជាប់ភស្តុតាង) (ចូររំលងផ្នែកនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រាន់តែដាក់ពាក្យសុំជំនួយថែទាំសុខភាព សម្រាប់បុគ្គលិកដែលមានពិការភាពប៉ុណ្ណោះ)

1. ធនធានគឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកគ្រប់គ្រងដាកម្មសិទ្ធិ ឬកំពុងទិញ ដែលអាចដាក់លក់ អាចដោះដូរ ឬអាចប្តូរទៅជាសាច់ប្រាក់ ឬក៏ជាប្រាក់ដែលកាន់កាប់ដោយផនផងទៅ ។ ធនធានមិនរាប់បញ្ចូលទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាគ្រឿងសង្ហារឹម ឬសំលៀកបំពាក់នោះទេ ។ ឧទាហរណ៍នៃធនធានគឺ ៖

- សាច់ប្រាក់
- គណនីចរន្ត
- គណនីសន្សំសំចៃ
- ប្រាក់សន្សំ CD
- គណនីទីផ្សារប្រាក់
- សញ្ញាប័ណ្ណសន្សំសំចៃ
- សញ្ញាប័ណ្ណកម្ចី (bonds)
- សង្គហធន
- សញ្ញាប័ណ្ណកម្មសិទ្ធិ (stocks)
- ធនលាភប្រចាំឆ្នាំ
- ត្រីស្ត
- IRA
- 401K
- មូលនិធិចូលនិវត្តន៍
- ផ្ទះ សរុបទាំងផ្ទះដែលលោកអ្នកកំពុងរស់នៅ
- មូលនិធិចញ្ចុះសព
- ផ្ទះខុនដូ
- ដី
- កិច្ចសន្យាលក់
- អាគារ
- ទ្រព្យមានជីវិត
- ការធានារ៉ាប់រងជីវិត
- ដែនការបញ្ចុះសពដែលបង់ប្រាក់មុន
- មូលនិធិសិក្សាមហាវិទ្យាល័យ
- មូលនិធិ Time-share
- គ្រឿងបរិក្ខារពាណិជ្ជកម្ម
- គ្រឿងបរិក្ខារកសិកម្ម
- បសុសត្វ

2. រាយឈ្មោះធនធានដែលលោកអ្នក ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក ឬជនម្នាក់ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះ កំពុងទិញ ៖

ប្រភេទធនធាន	ឈ្មោះអ្នកជំពាក់	ទីកន្លែង	តម្លៃ	ឈ្មោះអ្នកជំពាក់	ទីកន្លែង	តម្លៃ
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

3. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធខ្ញុំ ឬជនម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះ មានឡាន ឡានត្រីកូ ឡានវ៉ែន ទូក ឡានវិស្សមកាល យានសណ្តោង ឬយានយន្តផ្សេងៗទៀត ៖

ឆ្នាំ (ឧទាហរណ៍ ៖ 2010)	ម៉ាក (ឧទាហរណ៍ ៖ Ford)	ម៉ូដែល (ឧទាហរណ៍ ៖ Escort)	ចូរគូសប្រអប់ បើជួលឡានេះ	ចូរគូសប្រអប់ បើប្រើឡានេះ សម្រាប់គោលបំណងវេជ្ជសាស្ត្រ	ចំនួនថ្លៃជំពាក់
			☐	☐	$
			☐	☐	$

VII. សំណួរស្តីពីធនធានបន្ថែមសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ (ចូរបំពេញ តែប្រសិនណាបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសេវា **LTC** ប៉ុណ្ណោះ)

1. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធខ្ញុំ ឬជនម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះ ជំពាក់បំណុលផ្ទះ ឬកំពុងទិញផ្ទះ ដែលដាលំនៅដ្ឋានចម្បង ៖

អាសយដ្ឋានទីតាំងទ្រព្យសម្បត្តិ	តម្លៃសព្វថ្ងៃ (យោងតាមអ្នកវាយតម្លៃ)	ចំនួនប្រាក់កម្ចី ដែលបានជំពាក់លើទ្រព្យសម្បត្តិនេះ
	$	$
	$	$

2. ខ្ញុំ ប្តី ឬប្រពន្ធខ្ញុំ ឬជនម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះ បានលក់ ដោះដូរ ធ្វើអំណោយទាន ឬផ្តេរធនធានទៅក្នុងរយៈកាលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយនេះ (សរុបទាំងទ្រព្យសម្បត្តិ គ្រឹស្ត រថយន្ត ប្រាក់សុទ្ធ ឬទ្រព្យមានជីវិត)?
☐ បាទ/ចាំ៎ ☐ ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាំ៎, ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោម (ភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់)

ប្រភេទធនធាន	ថ្ងៃផ្តេរ	តម្លៃធនធានដែលបានផ្តេរ	តើបានផ្តេរឲ្យទៅនរណា
		$	
		$	

VIII. ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ (**ចំនួនត្រូវការកម្មវិធីសន្សំមេឌីឃែរ (Medicare Savings Program)**)

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំរយៈពេលយូរ ☐ បាទ/ចាំ៎ ☐ ទេ

នេះជាកិច្ចសន្យារ៉ាប់រងដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬ? LTC (LTCP) ☐ បាទ/ចាំ៎ ☐ ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាំ៎ សូមប្រាប់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង (ទាំងឡាយ) និងឈ្មោះជនដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រងនេះ។

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខកិច្ចសន្យា	ឈ្មោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យា	ឈ្មោះជនដែលបានរ៉ាប់រងដោយកិច្ចសន្យា	តម្លៃរ៉ាប់រង (**បើជា LTCP**)
				$
				$

IX. ព័ត៌មានស្តីពីអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ

អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិគឺជាមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ ដែលដឹងអំពីស្ថានភាពក្រុមគ្រួសាររបស់សាមីជន ហើយត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយក្រុមគ្រួសាររបស់សាមីជន ឲ្យទទួលខុសត្រូវជួសមុខក្រុមគ្រួសាររបស់សាមីជន សម្រាប់គោលបំណងលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយ ។

តាមរយៈការជ្រើសតាំងអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ នោះលោកអ្នកបានផ្តល់ទូវការអនុញ្ញាតជូនអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកឲ្យ ៖

- ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ ជំនួសមុខឲ្យលោកអ្នក
- ទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងផ្សេងៗ ដែលពាក់ព័ន្ធការដាក់ពាក្យសុំជំនួយ និងគណនីរបស់លោកអ្នក និង
- ទទួលខុសត្រូវជំនួសមុខលោកអ្នកលើគ្រប់ការៈកិច្ច ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការដាក់ពាក្យសុំជំនួយ និងគណនីរបស់លោកអ្នក ។

1. លោកអ្នកមានបានជ្រើសតាំងអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិណាម្នាក់ ឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ៎ ☐ ទេ

2. លោកអ្នកចង់ឲ្យអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងពាក់ព័ន្ធនឹងការដាក់ពាក្យសុំជំនួយ និងគណនីរបស់លោកអ្នក ឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ៎ ☐ ទេ

3. អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរូបនេះមានសិទ្ធិអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ៎ ☐ ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាំ៎ តើនរណា ៖ _____

4. អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរូបនេះមានលិខិតប្រគល់អំណាច ឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ៎ ☐ ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាំ៎ តើនរណា ៖ _____

ឈ្មោះជន/អង្គភាពតំណាងពេញសិទ្ធិ

លេខទូរស័ព្ទ
( )

អាសយដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្ររបស់អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល

X. សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន មុនទីងចុះហត្ថលេខា

ការប្រាក់ជូនរដ្ឋសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព និងការថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ៖

តាមច្បាប់ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលសេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ នោះអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (Health Care Authority, HCA) អាចស្តារយកប្រាក់ចំណូលពីអចលនទ្រព្យរបស់លោកអ្នក (ទ្រព្យធនទានាដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកនៅពេលស្លាប់) ដើម្បីសង HCA វិញ សម្រាប់ការចំណាយលើថ្ងៃសេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ (សរុបទាំង សេវាថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន ដែលរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃក្នុងមេឌីស៊ីតនោន (Medicaid)) ។ ចំណែកនៃការចំណាយលើថ្ងៃមេឌីយ៉ែរ (Medicare) ដែលបានបង់ជូនដោយ កម្មវិធីសន្សំប្រាក់មេឌីយ៉ែរ (Medicare Savings Program) ត្រូវបានលើកលែង ។ HCA អាចនឹងស្តារយកប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ដែលរដ្ឋផ្តល់ប្រាក់ទ្រទ្រង់ផ្ទាល់មុខ ដែលសាមីជនបានទទួលនៅក្នុងវ័យណាមួយ ។ ករណីទាំងនេះត្រូវបានហៅថា ការស្តារចំណូលពីអចលនទ្រព្យ ។ ដីរបស់កុលសម្ព័ន្ធអាចត្រូវបានលើកលែង ពីការស្តារចំណូលនេះ ។

សេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូររួមមាន COPES សេវាថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (Medicaid) ដែលឧបត្ថម្ភដោយកម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃក្នុងមេឌីស៊ីតនោន សេវាថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាព សេវាថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យនៅពេលថ្ងៃ សេវាថែទាំសុខភាពខាងកិច្ចការឯកជន អភិបាលកិច្ចអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព (DDA) និងកម្មវិធីអនុគ្រោះសេវាបម្រើការតាមលំនៅដ្ឋាននិងសហគមន៍ (HCBS) ហើយនិងសេវាផ្សេង។ដ៏ទៀតទៀត ដែលផ្តល់ដោយទីភ្នាក់ងារសេវាបម្រើការលំនៅដ្ឋាន និងសហគមន៍ និងអភិបាលកិច្ចអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព ។ សូមមើលច្បាប់ WAC 182-527-2742 ។

ការស្តារចំណូលពីអចលនទ្រព្យនឹងមិនកើតឡើងទេ រហូតក្រោយពេលស្លាប់របស់លោកអ្នក និងប្តី ឬប្រពន្ធដែលនៅរស់តាមក្រោយរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើមាន ។ បើលោកអ្នកមានអ្នកសួងមរតកក្រោមបន្ទុក នោះការស្តារចំណូលពីអចលនទ្រព្យអាចនឹងត្រូវពន្យាពេលសម្រាប់មូលហេតុដ៏រាជភាពលំបាកលំចិនខ្លះ ។

បើលោកអ្នករស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព ឬមន្ទីរព្យាបាលជម្ងឺផ្សេង។ទ្យេតដារអចិន្ត្រៃយ៍ នោះ HCA អាចនឹងដាក់បណ្តឹងសុំយាត់ប្រាទ្យរបស់លោកអ្នក ដើម្បីសងនៅថ្ងៃការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព សេវាព្យាបាលជម្ងឺ និងសេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ដែលលោកអ្នកបានទទួល ។ បើលោកអ្នកវិលទៅរស់នៅផ្ទះវិញ នោះ HCA នឹងដោះលែងទ្រព្យជូនលោកអ្នកវិញ ។ HCA នឹងមិនយាត់ផ្ទះរបស់លោកអ្នកទេ ប្រសិនបើ ៖

- ប្តី ឬប្រពន្ធកំពុងរស់នៅទីនោះ ។
- កូនរបស់លោកអ្នក ដែលពិការភ្នែក ពិការកាយសម្បទា ឬអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ កំពុងរស់នៅទីនោះ ។
- បងប្អូនរបស់លោកអ្នកដែលមានចំណែកមរតកក្នុងផ្ទះ កំពុងតែរស់នៅទីនោះ ហើយបានចូលទៅរស់នៅទីនោះយ៉ាងតិចមួយឆ្នាំ នៅមុនពេលលោកអ្នករើចូលទៅរស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព ។
- លោកអ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែមបន្ថែម (SSI) ឬសេវា LTC ក្រោមកម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃក្នុងមីស៊ីតនោនផ្អែកលើ MAGI ។

ការប្រគល់សិទ្ធិ និងការធ្វើសហប្រតិបត្តិការ ៖
លោកអ្នកយល់ថា លោកអ្នកបានប្រគល់សិទ្ធិជូនរដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោនឲ្យទារប្រាក់ពីភាគីទីបីដើម្បីបង់ថ្ងៃពេឡ នៅពេលលោកអ្នកទទួលការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃក្នុងមីស៊ីតនោន ។ នេះមានន័យថា រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោងនឹងទារប្រាក់ពីផែនការការធានារ៉ាប់រងផ្សេងណាមួយ ដែលមានជាប់ការតម្លៃកិច្ចផ្ទុយច្បាប់ក្នុងការចេញប្រាក់ថ្ងៃពេឡណាមួយរបស់លោកអ្នក (នេះអាច ជាផែនការធានារ៉ាប់រងរបស់ប្តីឬប្រពន្ធមុន ឬរបស់ជីវ:ពុក ឬម្តាយ ដែលលែងរស់នៅជាមួយលោកអ្នកនៅហើយនោះ) ។ អ្នកកាន់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងរបស់ផែនការធានារ៉ាប់រងនេះអាចទទួល ព័ត៌មានអំពីថ្ងៃពេឡទាំងឡាយ ដែលបានបង់ដោយផែនការនោះ ។ បើលោកអ្នកបារម្ភថា ករណីនេះអាចធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់លោកអ្នក ឬដល់កូនរបស់លោកអ្នក នោះលោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងកុំឲ្យទារប្រាក់ពីភាគីទីបីសម្រាប់ថ្ងៃពេឡទាំងនោះបាន ។

ការបើកធនលាភប្រចាំឆ្នាំ ៖
បើលោកអ្នក ឬប្តី ឬប្រពន្ធរបស់លោកអ្នកមានចំណែកមរតកក្នុងធនលាភប្រចាំឆ្នាំណាមួយ ហើយលោកអ្នកទទួលជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ (Medicaid) ពីកម្មវិធីសុខភាពផ្ទៃក្នុងមីស៊ីតនោន នោះលោកអ្នកត្រូវតែដាក់ឈ្មោះរដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោនធ្វើជាអ្នកទទួលមរតកមួយរូបរបស់ធនលាភប្រចាំឆ្នាំនោះ ។

សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាល ៖
បើលោកអ្នកមិនយល់ស្រុបតាមសេចក្តីសម្រេចណាមួយ ដែលយើងបានធ្វើឡើងពាក់ព័ន្ធជំនួយធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព ឬសេវាថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូររបស់លោកអ្នក នោះលោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចនោះតាមរយៈដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល ។ លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំអ្នកត្រាប់ត្រងការងារ និងអភិបាលឲ្យពិនិត្យឡើងវិញនូវ សេចក្តីសម្រេច ឬវិធានការចំរុងចំរាសនេះ ដោយមិនចុះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាលនេះឡើយ ។

ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត

ក្រសួងផ្តល់សេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដូចតម្រូវដោយច្បាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតថ្នាក់ជាតិឆ្នាំ 1993 ។

ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនចាប់ផ្តើមដល់សេវាកម្ម ឬបរិមាណផលប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចត្រូវបានផ្តល់ជូន ដោយទីភ្នាក់ងារនេះ ។ បើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ពួកយើងនឹងជួយអ្នក ។ ការសម្រេចថាតើស្វែងរក ឬទទួលជំនួយតីជារបស់អ្នក ។ អ្នកអាចចំពេញបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដាច់ឯកជន ។ បើអ្នកជឿជាក់ថានរណាម្នាក់បានជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នក សិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចថាតើចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក ឬចំណូលចិត្តនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹងជាមួយ ៖ ការិយាល័យការបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោន PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881) ។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើចិត្តុប្បន្នភាពការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
បើអ្នកមិនតួសប្រអប់មួយណាទេ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាបានសម្រេចមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះទេ ។

សេចក្តីប្រកាស និងហត្ថលេខា

ខ្ញុំបានអាន ហើយយល់ព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំនេះ ។ ខ្ញុំសូមប្រកាស ក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្បថចំពោះក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីងតោនថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្នុងពាក្យសុំនេះទាំងប៉ុន្មាន សរុបទាំងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសញ្ជាតិ និងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់បណ្តាសមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសំនំនួយនេះផង គឺសុទ្ធតែមានភាពពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ ទៅតាមការយល់ដឹងដ៏ជ្រៅជ្រះបំផុតរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិជាអក្សរពុម្ព

_____