Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

ទំរង់ស្នើរសុំពាក្យបណ្តឹង សវនាការ រឺ ឧទ្ធរណ៍

កិច្ចបំពេញទំរង់នេះមិនមែនជាតំរូវការមុនពេលស្នើរសុំពាក្យបណ្តឹង សវនាការ រឺ ឧទ្ធរណ៍នោះទេ,ប៉ុន្តែវាអាចជួយយើងក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាអោយបានឆាប់ជាងមុន។បំពេញហើយផ្ញើរទំរង់ទៅ

Health Care Authority
PO Box 45504
Olympia, WA 98504-5504

អ្នកក្រមទាំងអាចចូលទៅគណនីយគុនប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកតាមរយះ www.wahealthplanfinder.org ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង សវនាការ រឺ ឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ បើសិនជាអ្នកមានសំណួរលើជំរណើរការ សវនាការ រឺ ឧទ្ធរណ៍, ទូរស័ព្ទទៅ អ្នកស្វែងរកគំរោងសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន តាមរយះលេខ 1-855-923-4633.

ឈ្មោះ: _____ អត្តលេខ អតិថិជន: _____

អាស័យដ្ឋាន: _____

លេខ ទូរស័ព្ទ: _____ សំបុត្រអេឡិចត្រូនិច(E-Mail):: _____

តើអ្នកត្រូវការជំនួយជាការសរសេរ,អាន, រឺ និយាយភាសាអង់គ្លេសដែរឬទេ?

☐ ទេ ☐ បាទ រឺ ចាស: ជាភាសាអ្វី? _____

គូសប្រអប់ណាមួយដែលតំណាងអោយហេតុផលដែលអ្នកធ្វើការប្តឹងតវ៉ា

- ☐ គណទានពន្ធប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Premium Tax Credit) មិនត្រូវធ្វើការបដិសេធ រឺ លុបចោលទេ។
- ☐ ចំនួនប្រាក់បង់ធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំសំរាប់ គណទានពន្ធប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព មិនត្រឹមត្រូវ។
- ☐ សុខភាពផ្ទៃពោះមន្ទីរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ត្រូវបានបដិសេធ រឺ លុបចោល។
- ☐ ស្ថានភាព ប្រជាជនអន្តោប្រវេសន៍ រឺ ប្រជាជនមានសញ្ជាតិ នៃសមាជិកមួយក្នុងចង្កោមគ្រួសាររបស់អ្នក មិនត្រឹមត្រូវ។
- ☐ សមាជិកដែលបានចុះនៅក្នុងចង្កោមគ្រួសាររបស់អ្នក មិនត្រឹមត្រូវ។
- ☐ ចំនួន និង ប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូលដែលបានប្រើប្រាស់សំរាប់ការកំណត់ភាពទទួលបានរបស់ខ្ញុំ មិនត្រឹមត្រូវ។
- ☐ ប្រាក់បង់ហួសកំណត់ ដែលបានបង្កើតឡើង មិនត្រឹមត្រូវ។
- ☐ ហេតុផលផ្សេងទៀត រឺ យោបល់បន្ថែម។ សូមពន្យល់ :_____

  _____

  _____

☐ គូសប្រអប់នេះបើសិនជានរណាម្នាក់ទីងទៅជួយអ្នកជាមួយទីង សវនាការ រឺ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ រឺ តំណាងអោយអ្នកក្នុងជំណើរការ សវនាការ រឺ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ពួកគេមិនអាចជាមេធាវី,មិត្តភ័ក្ត្រ រឺ សមាជិកគ្រួសារ។ ផ្តល់ព័ត៌មានសំរាប់ទំនាក់ទំនងបុគ្គលនេះ:

ឈ្មោះ: _____ លេខ ទូរស័ព្ទ :_____

អាស័យដ្ឋាន: _____

សំបុត្រអេឡិចត្រូនិច(E-Mail): _____