

ពាក្យសុំកម្មវិធីសន្សំសំចៃ Medicare

សូមអានខាងក្រោម មុននឹងបំពេញពាក្យសុំនេះ។

អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក Medicare Savings (MSP) អាចជួយបង់ថ្លៃបុព្វលាភរបស់ Medicare របស់អ្នក ឬថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀតដែលមិនទូទាត់ឱ្យដោយ Medicare រួមទាំងប្រាក់ដែលអាចដកហូតបាន សហធានារ៉ាប់រង និងការបង់ប្រាក់រួមគ្នា។

មានវិធីចំនួនប្រាំដើម្បីដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះ៖

- **សំបុត្រ៖**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **ទូរសារ៖** 1-888-338-7410
- **អនឡាញ៖** washingtonconnection.org
- **ទូរសព្ទ៖** 1-877-501-2233
- **ដោយផ្ទាល់៖** ស្វែងរកទីតាំងទម្លាក់នៅការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍ក្នុងតំបន់របស់អ្នក នៅ dshs.wa.gov/office-locations

1 ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

នាមខ្លួន (ខ្លួនឯង)	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល	នាមត្រកូល និងឈ្មោះខាងចុង	
លេខ ID អតិថិជន (បើមានអនុវត្តបាន)			
អាសយដ្ឋានកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ កូសធិកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានរូបវន្ត	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប៊ូប
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប៊ូប
លេខទូរសព្ទចម្បង	លេខទូរសព្ទទីពីរ		
តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំឱ្យនឹងត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬត្រូវការទទួលបានឯកសារជាភាសាមួយផ្សេងដែរទេ?	ទេ	បាទ/ចាស	

ប្រសិនបើមែន តើភាសាអ្វី ឬទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវការ? ចូររាយទាំងអស់ដែលអនុវត្ត៖

តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិគឺជាមនុស្សពេញវ័យណាមួយដែលដឹងពីកាលៈទេសៈគ្រួសារ និងត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដោយគ្រួសារឱ្យធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមគ្រួសារសម្រាប់គោលបំណងសិទ្ធិទទួលបាន។

ដោយការចាត់តាំងតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការ៖

- ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំក្នុងនាមអ្នក;
- ទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនីរបស់អ្នក និង
- ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាំងអស់ទាំងនឹងពាក្យសុំ និងគណនី.

1. តើអ្នកចាត់តាំងតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឬទេ? ទេ បាទ/ចាស
2. តើអ្នកចង់ឱ្យតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនីរបស់អ្នកផងដែរឬទេ? ទេ បាទ/ចាស
3. តើតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិនេះមានអាណាព្យាបាលតាមប្រព័ន្ធបច្ចុប្បន្នឬទេ? ទេ បាទ/ចាស បើមាន នរណា៖ _____
4. តើតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិនេះមានអំណាចធារិយឬទេ? ទេ បាទ/ចាស បើមាន នរណា៖ _____

តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ ឈ្មោះ/អង្គភាព លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្លូវសម្រាប់តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

រាយបញ្ជីខ្លួនអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធ និងអ្នកពឹងផ្អែករស់នៅជាមួយអ្នក បើទោះបីជាអ្នកមិនដាក់ពាក្យសម្រាប់ពួកគេក៏ដោយ (ភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែម បើចាំបាច់).

ឈ្មោះ (ត្រកូល កណ្តាល ខ្លួន)	ភេទកំណត់ព័ត៌មាន	ខ្លួនឯង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
		ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក?	

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

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនពលរដ្ឋ៖ (ត្រូវប្រាប់)	អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន	ទេ	បាទ/ចាស
ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក	ទេ	បាទ/ចាស	

តើអ្នកមានដើមកំណើតអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញមែនទេ? (តាមចិត្ត)

គុយបា	មិកស៊ិក/ មិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកាណូ	មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញទេ
អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយ អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត	ព័រតូរីកូ	

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - ជ្រើសរើសរហូតដល់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាឡាស្កា	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហ្គីម៉ានី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាមីរ	

ហេតុអ្វីយើងប្រឡូក? – យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលរួមដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។

ឈ្មោះ (ត្រកូល កណ្តាល នាមខ្លួន)	ភេទកំណត់ព័ត៌មាន	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក (ដូចជាប្តី/ប្រពន្ធ កូន)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)*	តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ? ទេ បាទ/ចាស		
ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនពលរដ្ឋ៖ (ត្រូវប្តូរ)	ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ទេ បាទ/ចាស អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន ទេ បាទ/ចាស		

តើអ្នកមានដើមកំណើតអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញមែនទេ? (តាមចិត្ត)

កុយបា	ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លើកាណូ	មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញទេ
អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយ អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត	ព័រតូរីកូ	

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - ជ្រើសរើសរហូតដល់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាឡាស្កា	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហ្គីម៉ានី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉រ	

ហេតុអ្វីយើងប្រឡូក? – យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលរួមដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។

ឈ្មោះ (ត្រកូល កណ្តាល នាមខ្លួន)	ភេទកំណត់ព័ត៌មាន	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក (ដូចជាប្តី/ប្រពន្ធ កូន)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)*	តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ? ទេ បាទ/ចាស		
ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនពលរដ្ឋ៖ (ត្រូវប្តូរ)	ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ទេ បាទ/ចាស អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន ទេ បាទ/ចាស		

តើអ្នកមានដើមកំណើតអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញមែនទេ? (តាមចិត្ត)

កុយបា	ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លើកាណូ	មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញទេ
អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយ អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត	ព័រតូរីកូ	

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - ជ្រើសរើសរហូតដល់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាឡាស្កា	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហូម៉ានី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉េ	

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលប្រើដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនចេះពាល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។

ឈ្មោះ (ត្រកូល កណ្តាល នាមខ្លួន)	ភេទកំណត់ព័ត៌មាន	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក (ដូចជាប្តី/ប្រពន្ធ កូន)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
--------------------------------	-----------------	---	------------------

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)* តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ? ទេ បាទ/ចាស

ស្ថានភាពពលរដ្ឋ ឬមិនពលរដ្ឋ៖ (ត្រូវបញ្ជាក់)

ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ទេ បាទ/ចាស អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន ទេ បាទ/ចាស

តើអ្នកមានដើមកំណើតអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញមែនទេ? (តាមចិត្ត)

កុយបា ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/ឈីកាណូ មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញទេ

អេស្ប៉ាញ/ អ្នកនិយាយអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត ព័រតូរីកូ

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - ប្រើសរសេរព្រមទាំងលក្ខណៈ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាឡាស្កា	ចិន	កូរ៉េ	ថៃ
អាស៊ី	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហូម៉ានី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉េ	

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលប្រើដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនចេះពាល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។

ឈ្មោះ (ត្រកូល កណ្តាល នាមខ្លួន)	ភេទកំណត់ព័ត៌មាន	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក (ដូចជាប្តី/ប្រពន្ធ កូន)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
--------------------------------	-----------------	---	------------------

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)* តើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលនេះទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើមាន ប្រាប់យើងខែណាមួយ

5 ប្រាក់ចំណូល

រាយការណ៍ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នក និងភ្នំ ឬប្រពន្ធដែលកំពុងតែរស់នៅជាមួយអ្នក (បើអាចអនុវត្តបាន) រាយចំនួនប្រាក់ចំណូលមុនពេលកាត់កង (ដូចជាពន្ធ ឬធានារ៉ាប់រង) ត្រូវបានយកចេញ។ ប្រាក់ចំណូលរួមទាំង ប៉ុន្តែមិនបានកំណត់៖

- ប្រាក់ឈ្នួល
- ការងារខ្លួនឯង
- កម្រៃជើងសារ
- បន្ទប់ និងកន្លែង/រួល
- អត្ថប្រយោជន៍ផ្លូវដែក
- អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម
- អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន
- អត្ថប្រយោជន៍សោធនអាហារភិក្ខុ
- ភាពអត់ការងារធ្វើ ឬសំណងកម្មករ
- ប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធ*
- SSI/ជំនួយសាធារណៈ
- សោធន/ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ភាគលាភ និងការប្រាក់
- ផ្សេងទៀត

*មើលជំនួយការងារប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធដើម្បីស្វែងយល់ថាតើប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធរបស់អ្នកគឺអាចរាប់បានឬអត់៖ hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

ឈ្មោះ	និយោជក ឬធនធាននៃប្រាក់ចំណូល	ចំនួនទឹកប្រាក់មុនពេលកាត់កង	តើបានទទួលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

6 ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

នាយកដ្ឋានផ្តល់ជូនសេវាកម្មចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត រួមទាំងការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនិងមិនប៉ះពាល់ចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីភ្នាក់ងារនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាស្វែងរក ឬទទួលបានជំនួយពីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញពាក្យសុំដោយឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមាននរណាម្នាក់ជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ សិទ្ធិរបស់អ្នកជាឯកជនក្នុងការបដិសេធថាតើចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតឬអត់ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយ ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណូលចិត្តនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, អ៊ីមែល elections@sos.wa.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881.

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬអាប់ដេតការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់ប្រកបដោយអាយុ យើងនឹងពិចារណាថាអ្នកត្រូវតែបានសម្រេចថាមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតទេនៅពេលនេះ លុះត្រាតែអ្នកមានសិទ្ធិ ហើយមិនបដិសេធ ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកគូស "ទេ" ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិសម្រាប់ ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់ ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិប្រសិនបើអ្នកមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំនៅការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតបន្ទាប់ អ្នកគឺជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយ DSHS មានឈ្មោះរបស់អ្នក អោយយោងលើឈ្មោះ និងប្រសិទ្ធភាព ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានពលរដ្ឋភាព និងហត្ថលេខាបញ្ជាក់ពីការពិតនៃព័ត៌មានដែលបានផ្តល់លើពាក្យសុំនេះ។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិឬទេ?

ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើអ្នកគួសប្រអប់ថា “បាទ/ចាស” ឬមិនគួសប្រអប់ណាមួយ ហើយអ្នកបំពេញតម្រូវការសិទ្ធិទទួលបាន ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ **DSHS** និងធ្វើព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅ ការិយាល័យរដ្ឋលេខាធិការ ហើយអ្នកនឹងត្រូវចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ.

7 ការដោយប្រុងប្រយ័ត្នមុនពេលចុះហត្ថលេខា

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ភ្លាមៗទៅកាន់ភ្នាក់ងារ ឬអ្នករចនាភ្នាក់ងារ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមទូរសព្ទ ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំ។ ការរាយការណ៍យឺតយ៉ាវអាចបណ្តាលឱ្យ អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រឹមត្រូវ។
- ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំគឺជាប្រធានបទដើម្បីការរៀងផ្ទាត់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។
- ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងនៅពេលស្នើសុំ។ ភ្នាក់ងារ ឬអ្នករចនារបស់ភ្នាក់ងារអាចជួយខ្ញុំទទួលបានភស្តុតាង ឬទាក់ទងបុគ្គល ឬភ្នាក់ងារផ្សេងសម្រាប់វា។
- ដោយការស្នើសុំ និងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំចាត់តាំងឱ្យរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននិវេសន៍ទាំងអស់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ និងដល់ការទូទាត់ភាគីទីបីណាមួយសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដើម្បីចែករំលែកមតិ ឬរួមបញ្ចូលព័ត៌មានច្រើនទៀត ភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែម.

8 ការប្រកាស និងហត្ថលេខា

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំប្រកាសក្រោមការផែនការនិយាយភូតកុហក ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដល់ចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។

_____	_____	_____
ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ		កាលបរិច្ឆេទ
_____	_____	_____
ហត្ថលេខាអ្នកជួយអ្នកដាក់ពាក្យ (បើអាចអនុវត្តបាន)	អង្គភាព	កាលបរិច្ឆេទ

HCA និង DSHS អនុលោមជាមួយច្បាប់សហព័ន្ធ និងសិទ្ធិស៊ីវិលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន និងប្តេជ្ញាផ្តល់ការចូលប្រើសេវាកម្មរបស់យើងស្មើភាពគ្នា។
 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងស្នាក់នៅ ឬទាមទារឯកសារនៅក្នុងទម្រង់ ឬភាសាមួយផ្សេង
 សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-501-2233.