

ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងគំរោងសុខភាពសំរាប់ក្មេងជំទង់មានផ្ទៃពោះ (ព័ទ្ធជុំវិញ 19)

Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

ឈ្មោះដើម	ដំណាងឈ្មោះកណ្តាល	ត្រកូល	
អានវិញដោយអ្នករស់នៅ(បើសិនជាអ្នកពុំមានអានវិញដោយអ្នកជាក់លាក់មួយទេ, សូមផ្តល់អានវិញដោយអ្នករស់នៅសំបុត្រខាងក្រោម)។			
អានវិញដោយអ្នករស់នៅ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
អានវិញដោយអ្នករស់នៅ(បើសិនជាអ្នកចង់អោយរាល់សំបុត្រផ្ញើទៅកាន់អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិមួយ, សូមបំពេញខាងក្រោម)។			
អានវិញដោយអ្នករស់នៅ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
លេខទូរស័ព្ទដែលពេញចិត្ត			
តើទាំងនេះជាលេខទូរស័ព្ទដែលត្រូវពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាអាចផ្ញើសារទុកឱ្យមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើទេ ចូរកុំបំពេញផ្នែកនេះ។			
លេខទំនាក់ទំនង ៖	លេខ Voicemail ៖		
ភាសា និង សេវាធនធាន			
តើអ្នកមានបញ្ហាលំបាកក្នុងការ ទិញរបស់, សរសេរ, និង អាន ភាសាអង់គ្លេស ដែររឺទេ?	<input type="checkbox"/> ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកចង់បានអ្នកបកប្រែដែររឺទេ ?	<input type="checkbox"/> ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកត្រូវការបកប្រែបកប្រែដែររឺទេ?	<input type="checkbox"/> ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វី? _____			
តើអ្នកសរសេរភាសាអ្វី? _____			
សំណួរ(ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកទៅកាន់សំណួរទាំងនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ)			
តើអ្នកជាជនជាតិមានសញ្ជាតិអាមេរិក រឺ ជនអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់រស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ?	<input type="checkbox"/> ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកជាជនជាតិអាមេរិកអន្តរជាតិ រឺ ជនជាតិដើមអាស៊ី?	<input type="checkbox"/> ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកចង់អោយស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសំរាប់រ៉ាប់រង?	<input type="checkbox"/> ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកមានការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រមិនទាន់ទូទាត់ណាមួយដែលបានកើតឡើងដំបូងពេលមានផ្ទៃពោះដែរទេ?	<input type="checkbox"/> ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ផ្ទៃពោះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) (បើសិនជាអ្នកមិនដឹង, សូមសួរមេធាវី)	លេខសន្តិសុខសង្គម (បើសិនជាអ្នកពុំមានទេ, ចោលចន្លោះបំពេញនេះ)	
ដំណើរការតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ(AREP ម្នាក់គឺជាបុគ្គលដែលអ្នកអនុញ្ញាតិអោយ អាជ្ញាធរគំរោងសុខភាព ទិញរបស់ទៅកាន់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និង ការទទួលបានសំបុត្រធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្មេងជំទង់មានផ្ទៃពោះ ។ ដើម្បីមាន AREP ម្នាក់, សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ។			
ឈ្មោះ AREP's	ឈ្មោះអង្គការ	លេខទូរស័ព្ទ	
អានវិញដោយអ្នករស់នៅ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប៊ូប
ត្រូវលើកប្រយោជន៍ណាមួយ រឺ ទាំងពីរ: <input type="checkbox"/> ធ្វើសំបុត្ររបស់ខ្ញុំទៅកាន់អានវិញដោយអ្នករស់នៅ <input type="checkbox"/> ធ្វើសំបុត្ររបស់ខ្ញុំទៅកាន់អានវិញដោយអ្នក AREP			
អានវិញដោយអ្នកប្រើប្រាស់ប្រយោជន៍ពេលចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម			
ខ្ញុំយល់ដឹងថា:			
<ul style="list-style-type: none"> ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំគឺជាប្រធានក្នុងការធ្វើសេចក្តីបញ្ជាក់ដោយអាជ្ញាធរគំរោងសុខភាព រឺ ភ្នាក់ងាររដ្ឋ និង សហព័ន្ធផ្សេងទៀត។ បើសិនជាខ្ញុំចង់អោយស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះរបស់ខ្ញុំជាការសំរាប់រ៉ាប់រង, គ្មានវិក័យប្រកបដោយប្រាក់ធានារ៉ាប់រងណាមួយនឹងត្រូវបង់ប្រាក់សំរាប់សេវាដែលខ្ញុំទទួលបានតាមរយះកម្មវិធីនេះទេ។ 			
សេចក្តីប្រកាស និង ហត្ថលេខា			
ខ្ញុំបានអាន និង យល់ដឹងព័ត៌មានទាំងឡាយនៅក្នុងពាក្យសុំនេះហើយ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការពិន័យលើការភ្នាក់ងារគុកុកុកថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់អោយនៅក្នុងពាក្យសុំនេះពិតជាត្រឹមត្រូវ និង ជាក់លាក់ និង បំពេញ ដោយការទទួលស្គាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ។			
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ		