

ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບວັຍສິບທີ່ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ (ສໍາລັບວັຍສິບອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ)

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

ໂຮງ	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ		
ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ (ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ຕາຍຕົວ, ກະຮຸນາບອກທີ່ຢູ່ໄປສະນີລົງຂ້າງລຸ່ມນີ້.)				
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມັກຫລາຍກວ່າທີ່ຈະໃຫ້ຫນັງສືໄປສະນີທຸກໆຢ່າງຖືກສົ່ງໄປຫາຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ກະຮຸນາຂຽນປະກອບຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.)				
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ	
ເລກໂທຣະສັບທີ່ມັກໃຊ້ຫລາຍກວ່າ				
ເລກໂທຣະສັບອັນນີ້ແມ່ນບ່ອນທີ່ທ່ານຫນ້າ/ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຈະສັ່ງຄວາມໄວ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ? ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຢ່າສູ່ຂຽນໃສ່ພາກສ່ວນນີ້.				
ເລກຕິດຕໍ່ຫາ:		ເລກສັ່ງຄວາມໄວ້:		
ການບໍລິການດ້ານພາສາ ແລະ ຄວາມເສັຽອົງຄະ				
ທ່ານມີບັນຫານໍາການປາກເວົ້າ, ການອ່ານ, ຫລື ການຂຽນພາສາອັງກິດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ທ່ານຕ້ອງການເອກສານທີ່ຖືກແປພາສາແລ້ວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ພາສາຫຍັງທີ່ທ່ານມັກເວົ້າຫລາຍກວ່າ? _____				
ພາສາຫຍັງທີ່ທ່ານມັກເວົ້າຫລາຍກວ່າ? _____				
ຄໍາຖາມ (ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄໍາຖາມເຫລົ່ານີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານ.)				
ທ່ານເປັນຄົນສັນຊາດ U.S. ຫລື ຄົນເຮົາເມືອງອາໄສຢູ່ໃນ U.S. ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິເຊກັນອິນດຽນ ຫລື ຄົນອາລາດສະກາດັງເດີມບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ການຖືພາຕັ້ງທ້ອງຂອງທ່ານຖືກຮັກສາໄວ້ເປັນຄວາມລັບບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ທ່ານມີຮາຍຈ່າຍພະຍາຍາມທີ່ບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນອະໄວງການຖືພາຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ວັນເກີດ (ເດດ/ວວ/ປປປປ)	ວັນທີ່ການຖືພາຈົບລົງ (ເດດ/ວວ/ປປປປ) (ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຈັກ, ໃຫ້ກະຕວງເອົາ.)		ເລກຄວາມປອດພ້ອງສັງຄົມ (ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເລກນີ້, ໃຫ້ປະວ່າງໄວ້.)	
ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຕາມໃຈເລືອກ (AREP ແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ Health Care Authority ທີ່ຈະເວົ້າລິມນໍາກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານ ແລະ/ຫລື ເພື່ອຈະຮັບເອົາຫນັງສືໄປສະນີກ່ຽວກັບການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບຊາວຫນຸ່ມຖືພາຕັ້ງທ້ອງ.) ເພື່ອຈະມີ AREP, ກະຮຸນາຂຽນປະກອບຮາຍຮະອຽງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.				
ຊື່ຂອງ AREP	ຊື່ຂອງອົງການ		ເລກໂທຣະສັບ	
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ	
ຫມາຍໃສ່ອັນໃດອັນນຶ່ງ ຫລື ທັງສອງອັນ: <input type="checkbox"/> ສິ່ງຫນັງສືໄປສະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປຫາທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. <input type="checkbox"/> ສິ່ງຫນັງສືໄປສະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປຫາທີ່ຢູ່ຂອງ AREP ຄົນນີ້.				
ອ່ານຢ່າງຣະມັດຣະວັງກ່ອນເຊັນຊື່ລົງຂ້າງລຸ່ມນີ້				
ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຈຈຳເປັນ: <ul style="list-style-type: none"> ສະພາບການຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງໄດ້ຟື້ສູດໂດຍ Health Care Authority ຫລື ຫ້ອງການຂອງຮັດ ຫລື ຮັດຖະບານກາງອື່ນໆ. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າອໍໃຫ້ການຖືພາຕັ້ງທ້ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກປົກປິດໄວ້ເປັນຄວາມລັບຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້, ຈະບໍ່ມີປະກັນພ້ອງພະຍາດໃດຖືກສົ່ງໃບຍິນໄປເກັບເອົາເງິນນໍາສໍາລັບການປິ່ນປົວທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຜ່ານໂຄງການອັນນີ້. 				
ການຜູ້ຈັງການ ແລະ ລາຍເຊັນ				
ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເອົາໃຈຮາຍຮະອຽດຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າອໍຮູ້ຈັງວ່າພາຍໄດ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເຫດວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.				
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ			ວັນທີ	