

ពាក្យសុំសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (និងដើម្បីស្វែងរកថាតើអ្នកអាចទទួលបានជំនួយនូវតម្លៃដើមឬទេ)

ប្រើពាក្យសុំនេះដើម្បីដឹងពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖

- ធានារ៉ាប់រងឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាបពី Washington Apple Health (Medicaid), រួមទាំង Apple Health សម្រាប់កុមារដែលមានបុព្វលាភក៏ស្គាល់ផងដែរថាជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ (CHIP)
- ឥណទានពន្ធដែលអាចជួយអ្នកបង់ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងផែនការមាត់ធ្មេញ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឯកជនតម្លៃពេញ

ដាក់ពាក្យសុំរហ័សតាមអនឡាញ

- ដាក់ពាក្យសុំរហ័សតាមអនឡាញនៅ **wahealthplanfinder.org**

ព័ត៌មានដែលអ្នកនឹងត្រូវការដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង និងអ្នកដទៃ៖

- លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ៖ សម្រាប់សមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមាន SSN (មិនមែនគ្រប់កម្មវិធីសុខ្ចីដែលតម្រូវឱ្យអ្នកមាន SSN នោះទេ)
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសម្រាប់សមាជិកនីមួយៗនៃគ្រួសាររបស់អ្នក
- លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស “A” ឬលេខអន្តរប្រទេសស្ទើរទៀតសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលជាជនអន្តរប្រទេស ហើយកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព
- ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ និងអតិថិជនទាំងអស់ដែលមានប្រាក់ចំណូលគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទាមទារឱ្យពួកគេដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធ
- ព័ត៌មានអំពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចរកបានសម្រាប់អ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នក

ហេតុអ្វីយើងស្នើសុំព័ត៌មានច្រើនបែបនេះ?

យើងត្រូវការព័ត៌មានខាងក្រោមដើម្បីកំណត់ថាធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជាឯកជនដូចបានតម្រូវដោយច្បាប់។

ផ្ញើពាក្យសុំដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាទៅ៖

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
ឬទូរស័ព្ទលេខ 1-855-867-4467

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងស្នើសុំ អ្នកអាចចាប់ផ្តើម ពាក្យសុំរបស់អ្នកដោយបំពេញក្នុងឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខា ហើយផ្ញើវាជាសំបុត្រទៅអាសយដ្ឋានខាងលើ។

ទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ៖

- តាមអនឡាញ៖ **wahealthplanfinder.org**
- ទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអតិថិជននៅលេខ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ឬ 1-855-627-9604 (TTY)
- ដោយផ្ទាល់៖ ដើម្បីទទួលបានជំនួយពាក្យសុំ ស្វែងរកអ្នករុករក ឬលេខកូដកូដតាមរយៈកំណត់ជំនួយអតិថិជននៅ **wahealthplanfinder.org**.
- ភាសា ឬពិការភាព៖ ដើម្បីទទួលបានជំនួយឥតគិតថ្លៃនៅក្នុងភាសារបស់អ្នក (រួមទាំងអ្នកបកប្រែ ឬការបកប្រែឯកសារដែលបានបោះពុម្ព) ឬកន្លែងស្នាក់នៅសម្រាប់ជនមានពិការភាព ទូរស័ព្ទទៅ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ឬ 1-855-627-9604 (TTY)

និយមន័យ

បុព្វលាភរ៉ាប់រង៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់រៀងរាល់ខែសម្រាប់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើមាន។ អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដើម្បីរក្សាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក បើទោះបីជាអ្នកមិនទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពណាមួយក៏ដោយ។

ឥណទានពន្ធបុព្វលាភរ៉ាប់រងធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖ ឥណទានពន្ធត្រូវបានប្រើដើម្បីបន្ទាបបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នក។

Washington Healthplanfinder៖ ទីផ្សារអនឡាញមួយសម្រាប់បុគ្គល និង គ្រួសារ នៅវ៉ាស៊ីនតោនដើម្បីប្រៀបធៀប និងចុះឈ្មោះនៅក្នុងធានារ៉ាប់រង និងទទួលបានការចូលប្រើឥណទានពន្ធ ការចែករំលែកតម្លៃដែលបានកាត់បន្ថយ និងកម្មវិធីសាធារណៈដូចជា Washington Apple Health.

ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Washington Healthplanfinder.

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពចាំបាច់អប្បបរមា៖ នេះគឺជាប្រភេទធានារ៉ាប់រងដែលបុគ្គលម្នាក់ចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញតម្រូវការទំនួលខុសត្រូវបុគ្គលក្រោមច្បាប់ថែទាំសុខភាព។ នេះរួមទាំងគោលការណ៍ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពបុគ្គល និងគ្រួសារ ធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើការងារ, Medicare, Medicaid, កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ (CHIP), TRICARE និងធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលត្រូវប្រើអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភាពចាំបាច់ 10។

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភាពចាំបាច់៖ សំណុំនៃសេវាថែទាំសុខភាព 10 ដែលផែនការទាំងអស់ត្រូវតែត្រូវបានផ្តល់ ដូចជាទៅរួមបញ្ចូលផ្ទៃក្នុង ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ និងវិសេសតាមវេជ្ជបញ្ជា។ អត្ថប្រយោជន៍ មួយចំនួនគឺគិតតាមថ្ងៃ ហើយមួយចំនួនអាចមានសហចំណាយ និងសហធានារ៉ាប់រង។

Washington Apple Health៖ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈសម្រាប់អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោន។ Washington Apple Health គឺជាឈ្មោះប្រើនៅក្នុងវ៉ាស៊ីនតោន សម្រាប់ Medicaid, កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់កុមារ (CHIP), និងកម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

សម្រាប់អ្នកដែលធ្វើការខ្លួនឯង

អ្នកអាចដកការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាតក្រោមពិបាកកំណត់ចំណូលសរុបរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួនឯងសុទ្ធរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល “ការណែនាំសម្រាប់កាលវិភាគ C ឬកាលវិភាគ F” នៅ **www.irs.gov**.

ឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាតគឺ៖

- ការចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រ និងវេជ្ជបញ្ជាជំនាញ
- កម្រៃជើងសារ ថ្លៃសេវា និងកិច្ចសន្យាការងារ
- ការធ្លាក់ចុះ
- ការរំលស់
- កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍បុគ្គលិក ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍និងផែនការចែករំលែកប្រាក់ចំណូល
- ធានារ៉ាប់រង (លើកលែងតែសុខភាព) និងការប្រាក់បញ្ចាំ
- សេវាកម្មស្របច្បាប់ និងជំនាញ
- ការចំណាយលើការវិយាល័យ ផ្ទះ និងភតិសន្យា
- ទ្រព្យសម្បត្តិ បំណុល ឬធានារ៉ាប់រងការអនុវត្តអាជីវកម្ម
- គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ ឆ្លុះបញ្ចាំង និងថែទាំ
- ការធ្វើដំណើរ អាហារ និងកម្សាន្ត
- ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ពន្ធ និងអាជ្ញាប័ណ្ណ
- ប្រាក់ឈ្នួល

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវលើធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព

នៅក្នុងឯកសារនេះ៖

- ផ្នែកទី 1 កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទាំងអស់
- ផ្នែកទី 2 Washington Apple Health ប៉ុណ្ណោះ
- ផ្នែកទី 3 ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប៉ុណ្ណោះ
- ផ្នែកទី 4 ដាក់ពាក្យបណ្តឹង

1. កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទាំងអស់

សិទ្ធិរបស់អ្នក

Washington Health Benefit Exchange និងអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពត្រូវតែ៖

ជួយអ្នកអាន និងបំពេញទម្រង់បែបបទដែលបានស្នើសុំទាំងអស់។ Washington Health Benefit Exchange (HBE) គ្រប់គ្រង Washington Healthplanfinder ជាកន្លែងដែលអ្នកទៅដាក់ពាក្យសុំ និងគ្រប់គ្រងធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងធ្វើការប្រកាសអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអតិថិជន Washington Healthplanfinder តាមរយៈលេខ 1-855-923-4633។ ប្រសិនបើអ្នកជាបុគ្គលដែលមានវ័យចំណាស់ ពិការភ្នែក ឬពិការ ឬត្រូវការសេវា និងជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) អ្នកអាចទាក់ទងនាយកដ្ឋានសេវាសង្គម និងសុខភាព (DSHS) តាមរយៈលេខ 1-877-501-2233 បាន។

ផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬអ្នកបកប្រែ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក និងដោយគ្មានការពន្យារពេលនៅពេលធ្វើទំនាក់ទំនងជាមួយ HBE, អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (HCA) ឬ DSHS ។ អ្នកអាចស្នើសុំអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់បានគ្រប់ពេលដែលអ្នកទាក់ទងមកយើង។

រក្សាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាឯកជន ប៉ុន្តែយើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានមួយចំនួនជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធផ្សេងទៀត សម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានសិទ្ធិ និងការចុះឈ្មោះ។ សូមអានគោលការណ៍ឯកជនភាពរបស់ HBE [wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html](https://www.wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html)។

ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីប្តឹងខ្លួន ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចដែលធ្វើឡើងដោយ HBE ឬ DSHS ដែលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាព LTSS, ផែនការសុខភាព ឥណទានពន្ធបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព ជំនួយបុព្វលាភ ឬការកាត់បន្ថយការចែករំលែកថ្លៃ។ ដោយការស្នើសុំបណ្តឹងខ្លួន ករណីរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការបណ្តឹងខ្លួនរបស់ HBE ដោយចូលមើល [wahbexchange.org/contact-us/appeals](https://www.wahbexchange.org/contact-us/appeals) ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអតិថិជន Washington Healthplanfinder តាមរយៈ 1-855-923-4633។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការប្តឹងខ្លួនរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី DSHS សូមទាក់ទង DSHS តាមរយៈលេខ 1-877-501-2233 ឬចូលទៅកាន់ការិយាល័យសេវាផ្ទះ និងសហគមន៍ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានកំណត់ពេលសម្រាប់សវនាការរដ្ឋបាល ប្រសិនបើបណ្តឹងខ្លួនរបស់អ្នកសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ Washington Apple Health (Medicaid)។

ប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយយុត្តិធម៌។ ការរើសអើងគឺផ្ទុយនឹងច្បាប់។ HBE និង HCA អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្តបាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។ HBE និង HCA មិនរាប់បញ្ចូល ឬប្រព្រឹត្តលើមនុស្សដោយខុសគ្នាដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទរបស់ពួកគេនោះទេ។

HBE និង HCA អនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃជំនឿ ភេទ ការបង្ហាញយេនឌ័រ ឬអត្តសញ្ញាណ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ សាសនា ឋានៈជាអតីតយុទ្ធជន ឬយោធាដែលត្រូវបានរំលាយដោយកិត្តិយស ឬការប្រើប្រាស់មគ្គុទ្ទេសក៍ ឬសេវាកម្មសក្ខីសុខដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដោយជនពិការ។

HBE និង HCA:

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃដល់ជនពិការ ដូច្នេះពួកគេអាចធ្វើទំនាក់ទំនងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយយើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលបានសរសេរក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំ អូឌីយ៉ូ ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើបាន ទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀត)
- ផ្តល់សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅលេខ 1-855-923-4633។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា HBE ឬ HCA បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬមានការរើសអើងតាមវិធីមួយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុកជាមួយ៖

- **Washington Health Benefit Exchange
Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal
Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
ទូរសារ៖ 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

- **Health Care Authority Division
of Legal Services**
(ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
ទូរសារ៖ 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុកដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារទុក នាយកដ្ឋានច្បាប់នៃ Washington Health Benefit Exchange ឬផ្នែកសេវាច្បាប់ HCA អាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមរយៈអ៊ីមែល ទូរសព្ទ ឬតាមអនឡាញនៅ៖

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
ទូរសព្ទ៖ 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
អ៊ីមែល៖ **ocrmail@hhs.gov**
តាមអនឡាញ៖ **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖ **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

អ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ ប្រសិនបើអ្នកមាន ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ឬឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ទេ អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពបាន ប៉ុន្តែប្រហែលជាមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធីទាំងអស់ដែលមានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុទេ។ យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីពិនិត្យមើលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីដោយបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក សញ្ជាតិ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងភាពអាចរកបាននៃធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ យើងមិនចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយឡើយ។ SSN ត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ឥណទានពន្ធ និងកម្មវិធីដាក់លាក់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់លេខ SSN ឬលេខឯកសារអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទេ យើងប្រហែលជាត្រូវតាមដានជាមួយអ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ផ្តល់ព័ត៌មាន ឬភស្តុតាងណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកមានសិទ្ធិដែរឬទេ ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើសុំដោយទីភ្នាក់ងារ។

អ្វីដែលអ្នកគួរដឹង

មានច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធមួយចំនួនដែលគ្រប់គ្រងប្រតិបត្តិការរបស់ Washington Healthplanfinder និងប្រព័ន្ធកម្មវិធីដែលគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមនរណាម្នាក់ដែលប្រើប្រាស់ពួកវា និងការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកទទួលបានពីការប្រើប្រាស់ពួកវា។ តាមរយៈការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទាំងនេះ អ្នកយល់ព្រមអនុលោមតាមច្បាប់ដែលអនុវត្តចំពោះនរណាម្នាក់ដែលប្រើប្រាស់ពួកវា និងការធានារ៉ាប់រងដែលពួកគេទទួលបានជាលទ្ធផល។

ច្បាប់ស្តីពីការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ 1973 តម្រូវឱ្យរដ្ឋទាំងអស់ផ្តល់ជំនួយការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតតាមរយៈការិយាល័យជំនួយសាធារណៈរបស់ពួកគេ។ ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ឬអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់តាមរយៈភ្នាក់ងាររបស់យើង។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅ **vote.wa.gov** ឬបញ្ជាសុំទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881។

ការរឹតបន្តឹង **ច្បាប់លើលទ្ធភាពចល័ត និងគណនេយ្យភាពការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA)** រួមមាន HBE, HCA និង DSHS ពីការពិភាក្សាអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាមួយនរណាម្នាក់ រួមទាំងអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត លុះត្រាតែបុគ្គលនោះមានអំណាចនៃមេធាវី ឬអ្នកបានចុះហត្ថលេខា ទម្រង់បែបបទយល់ព្រមដែលអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត មេរោគហ៊ីវ ជំងឺអេដស៍ លទ្ធផលតេស្តជំងឺកាមរោគ ឬការព្យាបាល និងសេវាពឹងផ្អែកលើសារធាតុគីមី។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគោលការណ៍ឯកជនភាពរបស់ HBE សូមចូលមើល **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

ច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យបង្ការ HBE, HCA, និង DSHS ពីការផ្តល់ព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (PII) អំពីអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកទៅនរណាម្នាក់ដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបាន។ និងដោយគ្មានការយល់ព្រមរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យ HBE, HCA, និង DSHS គឺអាចរងការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋសម្រាប់គោលបំណងកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព។ ការផ្ទៀងផ្ទាត់អាចរួមបញ្ចូលការពិនិត្យក្រោយការទទួលបានសិទ្ធិ និងការតាមដានពីបុគ្គលិកទីភ្នាក់ងារ។

ប្រសិនបើអ្នកចាប់ផ្តើមកម្មវិធីសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Washington Healthplanfinder ហើយមិនបញ្ចប់ដំណើរការនេះដោយហេតុផលណាមួយនោះ ព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកនៅក្នុង Washington Healthplanfinder និងអាចចូលប្រើបានដោយអ្នកក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញពាក្យសុំបន្ទាប់ពីរយៈពេល 90 ថ្ងៃនោះ ព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានលុបចេញពីប្រព័ន្ធ Washington Healthplanfinder ។

HBE, HCA, និង DSHS មិនទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកនោះទេ។ ក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីលក្ខខណ្ឌនៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅក្រោមគម្រោងរបស់អ្នក និងការធ្វើការទាមទារអត្ថប្រយោជន៍ ឬការប្តឹងខ្លួនណាមួយចំពោះការបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ អ្នកគួរតែទាក់ទងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន COBRA បន្ទាប់ពីការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយដែលបានទិញតាមរយៈ Washington Healthplanfinder ការគ្រប់គ្រង COBRA និងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការជូនដំណឹង COBRA ដែលត្រូវការ និងអំឡុងពេលបោះឆ្នោតគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជករបស់អ្នក។

កុំលុបចោលការគ្របដណ្តប់ធានារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្ន ឬបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ COBRA ណាមួយរហូតដល់អ្នកទទួលបានលិខិតយល់ព្រម និងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង ឬវិញ្ញាបនបត្រពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកបានជ្រើសរើស។ ត្រូវប្រាកដថាអ្នកយល់ និងយល់ព្រមជាមួយលក្ខខណ្ឌនៃគោលការណ៍ យកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសចំពោះកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព រយៈពេលរង់ចាំ ចំនួនទឹកប្រាក់បុព្វលាភ អត្ថប្រយោជន៍ ដែនកំណត់ ឯកសារមិនរាប់បញ្ចូល និងខបន្ថែមភ្ជាប់មកជាមួយ។

2. Washington Apple Health ប៉ុណ្ណោះ

សិទ្ធិរបស់អ្នក

Washington Health Benefit Exchange និងអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពត្រូវតែ៖

ពន្យល់អ្នកអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកសួរ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដាក់ស្នើពាក្យសុំដោយផ្នែក ដែលរួមបញ្ចូលយ៉ាងហោចណាស់ ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។ ថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំដោយផ្នែកគឺជាកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យរបស់អ្នក ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចាប់មានប្រសិទ្ធភាព។ យើងនឹងមិនធ្វើការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ រហូតដល់បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញពាក្យសុំរួច។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកអនុវត្ត ឬដាក់ស្នើពាក្យសុំដោយផ្នែក ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រណាមួយដែលបានរាយនៅក្រោម WAC 182-503-0005 ។

ដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗ និងមិនយឺតជាងពេលកំណត់ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-503-0060 ។

ផ្តល់ពេលឱ្យអ្នក 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ដែលយើងត្រូវការដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានមកយើង ឬសុំពេលវេលាបន្ថែមទេ យើងអាចបដិសេធ បិទ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានណាមួយ ឬគិតថាមានការយឺតយ៉ាវដែលចាំបាច់សម្រាប់ពួកយើងក្នុងការសម្រេចចិត្តថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានឬទេ។ ប្រសិនបើយើងត្រូវការឯកសារដែលធ្វើឱ្យអ្នកចំណាយប្រាក់ យើងនឹងផ្ញើឱ្យវា ហើយបង់ថ្លៃចំណាយ។

ជូនដំណឹងដល់អ្នក ក្នុងករណីភាគច្រើន យ៉ាងហោចណាស់ 10 ថ្ងៃមុនពេល យើងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តអំពីសិទ្ធិជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងករណីភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ករណីពិការភាពមួយចំនួនអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 60 ថ្ងៃ។ យើងផ្តល់ការសម្រេចចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានផ្ទៃពោះក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។

អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបដិសេធមិននិយាយជាមួយអ្នកស៊ើបអង្កេត ប្រសិនបើយើងផ្ញើសន្ទនាកម្មករណ៍របស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ឱ្យអ្នកស៊ើបអង្កេតចូលក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទេ។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកស៊ើបអង្កេតត្រឡប់មកវិញនៅពេលផ្សេងទៀត។ សំណើបែបនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទេ។

បន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់ Washington Apple Health ខណៈពេលដែលយើងសម្រេចចិត្តថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីផ្សេងទៀតតាម WAC 182-504-0125 ឬអត់

ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្មចូលប្រើស្ទើរៗគ្នា ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-503-0120 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

អ្នកត្រូវតែ៖

រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរដូចដែលបានតម្រូវ នៅក្នុង WAC 182-504-0105 និង WAC 182-504-0110 ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរ។ អានលិខិតយល់ព្រមរបស់អ្នក ដើម្បីមើលថាតើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវតែរាយការណ៍។

បំពេញការបន្តជាថ្មី នៅពេលត្រូវបានគេសួរ។

លំព័ត៌មានដល់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលត្រូវការដើម្បីចេញវិក្កយបត្រមកយើងសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព។

ដាក់ពាក្យសុំ Medicare ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានវា។

សហការជាមួយបុគ្គលិក HCA នៅពេលត្រូវបានគេសួរ។

អ្វីដែលអ្នកគួរដឹង

តាមរយៈការស្នើសុំ និងទទួលបាន Apple Health អ្នកផ្តល់ឱ្យរដ្ឋ Washington នូវសិទ្ធិទាំងអស់ចំពោះការគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការបង់ប្រាក់ភាគីទីបីណាមួយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

- **ទីភ្នាក់ងារអាចចែករំលែក** ប្រវត្តិចាក់ថ្នាំបង្ការរស់រានត្រូវអ្នកជាមួយប្រព័ន្ធតាមដានការចាក់ថ្នាំបង្ការប្រវត្តិរបស់អ្នក។
- **ព័ត៌មានដែលអ្នករាយការណ៍** អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់ DSHS ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន និងអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែសម្រាប់កម្មវិធី ដូចជាការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព ជំនួយសាច់ប្រាក់ ជំនួយអាហារ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភថែទាំកុមារ។

តាមច្បាប់ រដ្ឋ Washington អាចប្រមូលយកវិញនូវថ្លៃចំណាយដែលខ្លួនបានបង់សម្រាប់ប្រភេទសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនពីអចលនទ្រព្យរបស់អ្នក

តាមរយៈការប្រមូលប្រាក់អចលនវត្ថុ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 និងជំពូក 182-527 WAC)។ ការប្រមូលប្រាក់អចលនវត្ថុមិនកើតឡើងទេ រហូតដល់បន្ទាប់ពីការស្លាប់របស់អ្នក ការស្លាប់របស់ប្តីប្រពន្ធដែលអ្នកនៅរស់រានមានជីវិតរបស់អ្នក ហើយកូនរបស់អ្នកដែលនៅរស់រានមានជីវិតមានអាយុចាប់ពី 21 ឆ្នាំឡើងទៅ។ វាក៏មិនកើតឡើងដែរ ប្រសិនបើកុមារដែលនៅរស់រានមានជីវិតពិការភ្នែក/ពិការនៅពេលអ្នកស្លាប់។ ការចំណាយដែលអាចទទួលបានមកវិញរួមមាន៖

- សេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលវែងរបស់ Washington Apple Health មួយចំនួន ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ នៅពេលដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្មនោះ។
- សេវាផ្តល់មូលនិធិសម្រាប់តែរដ្ឋមួយចំនួន ដោយមិនគិតពីអាយុរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មនោះ។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីសេវាកម្មដែលត្រូវចំណាយលើការប្រមូលមកវិញបាននៅក្រោម WAC 182-527-2746។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីទ្រព្យសម្បត្តិដែលដកចេញពីការប្រមូលមកវិញនៅក្រោម WAC 182-527-2754។ រដ្ឋក៏អាចដាក់សិទ្ធិរក្សាទ្រព្យមុនពេលស្លាប់សម្រាប់ការប្រមូលមកវិញបន្ទាប់ពីការស្លាប់ ស្របតាមតម្រូវការនៃ 42 US ក្រម 1396p ។ ដីកូលសម្ព័ន្ធ និងទ្រព្យសម្បត្តិមួយចំនួនដែលជាម្ចាស់សិទ្ធិរបស់ជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌា និងជនជាតិដើមអាណានិគមអាមេរិកត្រូវបានលើកលែងពីការប្រមូលមកវិញ (WAC 182-527-2754)។ រដ្ឋអាចប្រមូលមកវិញពីការលក់នូវអចលនទ្រព្យ ឬអចលនវត្ថុរបស់អ្នក លុះត្រាតែ៖

- ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យ;
- បងប្អូនបង្កើតរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យ ជាសហកម្មសិទ្ធិករ និងបំពេញលក្ខខណ្ឌមួយចំនួន។
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យ ហើយពិការភ្នែក/មានពិការភាព ឬ
- កូនរបស់អ្នករស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនេះ និងមានអាយុក្មេងជាង 21 ឆ្នាំ។

អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីសេវាកម្មដែលត្រូវចំណាយលើការប្រមូលមកវិញក្រោមសិទ្ធិរក្សាទ្រព្យមុនការស្លាប់នៅក្នុង WAC 182-527-2734។

អ្នកអាចត្រូវបានដាក់កំហិតចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឱសថស្ថាន និង/ឬមន្ទីរពេទ្យមួយ ប្រសិនបើអ្នកស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាពដែលមិនចាំបាច់ពីអ្នកផ្តល់សេវា។

3. ផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប៉ុណ្ណោះ

អ្វីដែលអ្នកគួរដឹង

ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់តាមរយៈ Washington Healthplanfinder ហើយមិនផ្តល់ព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកទេ អ្នកនឹងមានរយៈពេល 90 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីបំពេញតម្រូវការនៃសិទ្ធិទទួលបាន។ ការបង់ប្រាក់ជាមុនណាមួយនៃឥណទានពន្ធដែលបានបង់ក្នុងនាមអ្នកគឺជាកម្មវត្ថុនៃដំណើរស្រុះស្រួលគ្នា។

ប្រសិនបើអ្នកមានលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) អ្នកត្រូវតែផ្តល់វានៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ទេ អ្នកនៅតែអាចទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅលើ Washington Healthplanfinder ។ យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពដោយបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក សញ្ជាតិ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងភាពអាចរកបាននៃការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតឬទេ។ យើងមិនចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយភ្នាក់ងារអន្តោប្រវេសន៍ណាមួយឡើយ។ SSN ត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ឥណទានពន្ធ និងកម្មវិធីជាក់លាក់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទេ យើងប្រហែលជាត្រូវតាមដានជាមួយអ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់តាមរយៈ Washington Healthplanfinder ហើយមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល អ្នកគួរតែជូនដំណឹងមកយើងឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលអាចផ្លាស់ប្តូរឥណទានពន្ធ ឬការកាត់បន្ថយការចែករំលែកការចំណាយដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ អ្នកអាចមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងតម្លៃទាបជាងបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ឬអ្នកអាចត្រូវបានគេតម្រូវឱ្យសងផ្នែកនៃឥណទានពន្ធដែលអ្នកទទួលបាន ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកកើនឡើង ហើយអ្នកមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។

អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលដោយឡែកចូលទៅក្នុងគណនី Washington Healthplanfinder របស់អ្នក ហើយជ្រើសរើស "រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរ"។ សម្រាប់ជំនួយ ឬដើម្បីជូនដំណឹងមកយើងតាមទូរសព្ទ សូមហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអតិថិជនរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-855-923-4633។

ការផ្សះផ្សាឥណទានពន្ធគឺត្រូវបានទាមទារ៖ អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ឥណទានពន្ធដែលអ្នកទទួលបានទៅ IRS ។ អ្នកធ្វើដូច្នេះដោយដាក់លិខិតប្រកាសពន្ធប្រចាំឆ្នាំរបស់ IRS និងរួមទាំងទម្រង់បែបបទ IRS ត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានក្នុងការរាយការណ៍ឥណទានពន្ធទៅ IRS នឹងរារាំងអ្នកពីការទទួលបានឥណទានពន្ធនាពេលអនាគត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអានការណែនាំដែលបានផ្តល់ជាមួយទម្រង់បែបបទ IRS 1095 និង 8962។

ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានបង្ហាញអាចផ្លាស់ប្តូរ៖ ការចំណាយអាចផ្លាស់ប្តូរដោយផ្អែកលើការអនុវត្តធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងជម្រើសរបស់អ្នកនៃជម្រើសដែលមានទាំងឡាយ។

អត្រាដែលបានបង្ហាញគឺសម្រាប់តែកាលបរិច្ឆេទដែលបានស្នើសុំរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ អត្រាបុព្វលាភរបស់អ្នកអាស្រ័យលើអាយុរបស់អ្នកក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើសមាជិកក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានថ្ងៃកំណើតនៅចន្លោះពេលដែលអ្នកពិនិត្យមើលគម្រោង និងពេលដែលគម្រោងរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម (កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព) ថ្លៃចំណាយបុព្វលាភរបស់អ្នកអាចកើនឡើង។ ក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូនដែលអ្នកបានជ្រើសរើសអាចមិនធានាអត្រាការប្រាក់របស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលណាមួយឡើយ។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងមិនសកម្មទេ រហូតទាល់តែក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ជាក់ពីការទទួលបានការទូទាត់។

អ្នកយល់ព្រមឱ្យនាយកដ្ឋានសន្តិសុខការងាររដ្ឋ Washington ចេញផ្សាយអំពីប្រាក់ឈ្នួល និងទិន្នន័យការងាររបស់អ្នកទៅឱ្យ HBE ។ អ្នកទទួលស្គាល់ថាការផ្តល់ការយល់ព្រមនេះនឹងជួយសម្រួលដល់ការដាក់ពាក្យសុំ និងដំណើរការកំណត់ឡើងវិញនៅក្នុង Washington Healthplanfinder ។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានការពារ ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងគោលការណ៍ឯកជនភាពរបស់យើង។ មើលគោលការណ៍ឯកជនភាពរបស់ HBE នៅ wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html។

4. ដាក់ពាក្យបណ្តឹង

ដោយអនុលោមតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយក្រសួងសុខភាព និងសេវាមនុស្ស (HHS) សហរដ្ឋអាមេរិក ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាព។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមទាក់ទង HHS ។

**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
ទូរសព្ទ៖ 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
ទូរសារ៖ 206-615-2297

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ HHS, ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិល។

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የጽንፅ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែប្រភេទសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ وېلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਾਵਾ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚነትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሉ ናይ ጽንፅ ሓዘ ዓልጋሎት፤ በዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

ពាក្យសុំសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្នែកទី 1

1

ឈ្មោះ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងអ្នកដាក់ពាក្យសុំចម្បង

នាមខ្លួន	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល	នាមត្រកូន និងប្អូន
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)*	ភេទ កំណើត ប ស
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ		
តើអ្នកមានអាយុដូចម្តេច?	ទេ បាទ/ចាស	
បើទេ តើអ្នកចង់ទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៅក្នុងខោនធីណា? អ្នកនៅតែប្រវត្តិអាយុដូចម្តេច?		
អាយុដូចម្តេចដែលអ្នករស់នៅ	ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដប៊ូប
អាយុដូចម្តេចដែលអ្នករស់នៅ (បើខុសគ្នា)	ទីក្រុង	រដ្ឋ កូដប៊ូប
លេខទូរស័ព្ទចម្បង	លេខទូរស័ព្ទទីពីរ	អាយុដូចម្តេចដែល

Washington Healthplanfinder អាចត្រូវបានទំនាក់ទំនងអ្នកដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក និង/ឬស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម។ តើអ្នក

ចង់ឱ្យទំនាក់ទំនងតាមរបៀបណា? ទូរស័ព្ទ អ៊ីមែល ប្រៃសណីយ៍ USPS

***ព័ត៌មាននេះគឺមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។**
ទុកចន្លោះនេះទទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN។

2

ព័ត៌មានពិភាសា

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំចង់បានបកប្រែ និងដើម្បីទទួលបានឯកសារនៅក្នុងភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស?

ទេ បាទ/ចាស

បើបាទ/ចាស តើភាសាអ្វី ឬទម្រង់ជំនួសអ្វីដែលអ្នកត្រូវការ? រាយនាមអស់ដែលត្រូវ _____

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវការឯកសារនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើបាទ/ចាស តើទម្រង់ជំនួសអ្វីដែលយើងត្រូវផ្ញើអ្នក? ភាសាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្តាប



3

ព័ត៌មានពីការមានផ្ទៃពោះ

តើមាននារីណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានផ្ទៃពោះឬ? ទេ បាទ/ចាស

4

ព័ត៌មានពីតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

1. តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ (AREP) គឺជាមនុស្សពេញវ័យណាមួយដែលយល់ដឹងគ្រប់គ្រាន់ពីស្ថានភាពគ្រួសារ និងត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដោយគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើក្នុងនាមជាគ្រួសារសម្រាប់គោលបំណងសិទ្ធិទទួល។ នេះគឺជាមានភាពខុសគ្នាពីការចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នករុករក ឬឈ្មួញកណ្តាល។
2. ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនអាចចាត់តាំង AREP ទេ ដោយសារកូនក្មេងស្រី ឬក្មេងស្រីអ្នកដាក់ពាក្យចាត់តាំងដោយខ្លួនឯងជា AREP ដោយបំពេញបែបបទការចាត់តាំងតំណាងការផ្តល់សិទ្ធិ (DSHS 14-532) នៅ dshs.wa.gov/authorized-rep-form.
3. ដោយការចាត់តាំងតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការ៖
 - ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំក្នុងនាមអ្នក
 - ទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនីរបស់អ្នក និង
 - ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាំងអស់ទាំងនឹងពាក្យសុំ និងគណនី។

a. តើអ្នកចាត់តាំងតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

b. តើអ្នកចង់ឱ្យតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិរបស់អ្នកក៏ទទួលបានការជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងពាក្យសុំ និងគណនីរបស់អ្នកផងដែរឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិឈ្មោះ/អង្គភាព

លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់តំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

5

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក

អ្នកត្រូវតែរួមបញ្ចូលបុគ្គលទាំងនេះក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក៖ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក កូនរបស់អ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ឪពុកម្តាយទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយកូនរបស់អ្នក គេ និងនរណាម្នាក់ដែលអ្នករំពឹងថាទាមទារការប្រកាសពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកដាក់វា។ ប្រើទំព័រទី 9 ដល់ 16 ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកថាត្រូវទាមទារជាពន្ធអាស្រ័យលើការប្រកាសពន្ធរបស់នរណាម្នាក់ អ្នកត្រូវតែរួមបញ្ចូលសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំបង់ពន្ធដែលអ្នកនិងសមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។

អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវបង់ពន្ធដើម្បីដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុភាពទេ។

6

អ្នកដាក់ពាក្យដំបូង (ខ្លួនឯង)

នាមខ្លួន

អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)

តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុភាព?

ទេ បាទ/ចាស

ខ្លួនឯង

ទាក់ទងនឹងអ្នក

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិគិតតាមចិត្ត)

ស្ថានភាពសញ្ជាតិ (ត្រូវសម្រេច)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក

មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក

ផ្សេងទៀត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

ប្រសិនបើអ្នក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ ចញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍៖

លេខ "A" ៖

លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត៖

លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស៖

ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ៖

កាលបរិច្ឆេទចូល៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

កាលបរិច្ឆេទឯកសារផុតកំណត់៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

ស្ថានភាពនៃការបង់ពន្ធដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ជ្រើសរើសមួយ)

ការបង់ពន្ធលើឯកសារតែមួយ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់លើពាក្យសុំ

មេត្រូវសារ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ

ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក

បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពិន័យពន្ធ

រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា

រៀបការដាក់ពន្ធរួមគ្នា៖

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឋម៖ _____

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាជាមួយអ្នកដទៃដែលរាយការណ៍លើទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយការណ៍ដាក់ពន្ធគ្នាមុន៖

(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនមែនជាលំហូរសិទ្ធិទទួលបាន Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាជាស្ថានភាពពន្ធគ្នាប្រកាសដូចអ្នកបានធ្វើឆ្នាំនេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - គូសទាំងអស់ដែលព្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក

ហ្វីលីពីន

ឡាវ

វៀតណាម

ឥណ្ឌាអាស៊ី

ហ្វូម៉ានី

អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

សៀម

សៀមខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក

ហាវ៉ៃ

ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត

ខ្មែរ

ជប៉ុន

សាម៉ា

ចិន

កូរ៉េ

ថៃ

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាវ ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ?

គុយបា

ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកានូ

មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញ

អេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត

ព័រតូរីកូ

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលប្រើដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្លោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

នាមខ្លួន

អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

តើបុគ្គលនេះជាកាតាគូសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ?

ទេ

បាទ/ចាស

ភេទព័ត៌មាន

ប

ស

ទាក់ទងនឹងអ្នក (ដូចជាប្តី/ប្រពន្ធ ដៃគូក្នុងស្រុក ដៃគូ)

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិគិតតាមចិត្ត)

ស្ថានភាពសញ្ជាតិ (សម្រាប់)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក

មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក

ផ្សេងទៀត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់នេះ មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអន្តរាគ្នាប្រវេសន៍

លេខ "A" ៖

លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត

លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស

ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ

កាលបរិច្ឆេទចូល (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

កាលបរិច្ឆេទឯកសារផុតកំណត់ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)

ស្ថានភាពនៃការចងក្រងដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ប្រសិនបើសម្រាប់)

ការចងក្រងលើឯកសារតែមួយ

ត្រូវបានស្រាយលើឯកសារម្នាក់

មេត្រូវសារ

ត្រូវបានស្រាយលើឯកសារម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ

ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក

បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពាក្យ ឬពិនិត្យ

រៀបការដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា

រៀបការដាក់ពាក្យរួមគ្នា

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យបឋម

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពាក្យមុនដូចគ្នាឬបច្ចុប្បន្នដែលរាយការណ៍ទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយការណ៍ដាក់ពាក្យមុន៖

(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនមែនជាសិទ្ធិទទួលបាន Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាដាក់ស្នើសុំធានាសុខភាពក្រោយដូចអ្នកបានធ្វើឆ្នាំនេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ព្រះសាសន៍ (តាមចិត្ត - តួសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហ្គីនេ	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្លូវេន
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ព្រះសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉ា	
ចិន	កូរ៉េ	ថៃ	

តើអ្នកជាជនជាតិអស្ប្បាញ ឬដើមកំណើតអស្ប្បាញ?

គុយបា	ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកានូ	មិនមែនអស្ប្បាញ/អស្ប្បាញ
អស្ប្បាញ/អស្ប្បាញផ្សេងទៀត	ព័រតូរីកូ	

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមាជិកសុខភាព និងបង្កើនការចូលរួមដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្មោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកមែនទេ? ទេ បាទ/ចាស

8

រាយការណ៍ / អ្នកពឹងផ្អែកលើពន្ធ / សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត #1

នាមខ្លួន	អក្សរកាត់ឈ្មោះតាមពេញលេញ	នាមត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)
តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ?	ទេ បាទ/ចាស ភេទពិតកំណើត	ប ស	

ទាក់ទងនឹងអ្នក (រួចជាភរិយា/ប្រពន្ធ កូនស្រី ប្រុស បងប្អូន)

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិគិតតាមចិត្ត)

ស្ថានភាពសញ្ជាតិ (ត្រូវប្រើ)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក	មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក	ផ្សេងទៀត
-------------------------------------	---	----------

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) :

ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់នេះ មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ៖	លេខ "A" ៖	លេខបង្គោលដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត៖
លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស៖	ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ៖	
កាលបរិច្ឆេទចូល៖ (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)	កាលបរិច្ឆេទឯកសារផុតកំណត់៖ (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)	

ស្ថានភាពនៃការបង់ពន្ធដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ប្រើសរសេរតាមពិត)

ការបង់ពន្ធលើឯកសារតែមួយ	ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់លើពាក្យសុំ
មេត្រូវសារ	ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ
ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក	បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពិន័យពន្ធ
រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា	
រៀបការដាក់ពន្ធមួយគ្នា	
ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឋម៖ _____	

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឆ្នាំមុនដូចឆ្នាំបច្ចុប្បន្នដែលរាយខាងលើទេ? ទេ បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយស្ថានភាពដាក់ពន្ធឆ្នាំមុន៖ (ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួល Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាដាក់ស្ថានភាពពន្ធឆ្នាំក្រោយដូចអ្នកបានធ្វើឆ្នាំនេះទេ? ទេ បាទ/ចាស

ពូជសាសន៍ (តាមចិត្ត - គួសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហ្វូម៉ានី	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉រ	
ចិន	កូរ៉េ	ថៃ	

តើអ្នកជាជនជាតិអស្បៀរ ឡាវ ឬដើមកំណើតអស្បៀរ?

គុយបា	ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកានូ	មិនមែនអស្បៀរ/អស្បៀរ
អស្បៀរ/អស្បៀរផ្សេងទៀត	ព័រតូរីកូ	

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលប្រើដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្មោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកមែនទេ? ទេ បាទ/ចាស

នាមខ្លួន	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល	នាមត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)
----------	----------------------	-----------	-------------------------------

តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ?	ទេ	បាទ/ចាស	ភេទព័ត៌មាន	ប	ស
--	----	---------	------------	---	---

ទាក់ទងនឹងអ្នក (ដូចជាកូន/ចៅ ក្មួយស្រី ប្រុស បងប្អូន)

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិគិតតាមចិត្ត)

ស្ថានភាពសញ្ជាតិ (សម្រាប់)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក

មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក

ផ្សេងទៀត

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) :

ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់នេះ មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារឆ្លើយតបស្រប៖

លេខ "A" :

លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត៖

លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស៖

ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ៖

កាលបរិច្ឆេទចូល៖ (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)

កាលបរិច្ឆេទឯកសារផ្តុំកំណត់៖ (ខខ/ចច/ឆឆឆឆ)

ស្ថានភាពនៃការចងក្រងដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន (ជ្រើសរើសមួយ)

ការចងក្រងលើឯកសារតែមួយ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់លើពាក្យសុំ

មេត្រីសារ

ពន្ធអាស្រ័យលើនរណាម្នាក់មិននៅលើពាក្យសុំ

ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមានកូនក្នុងបន្ទុក

បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពិន័យពន្ធ

រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា

រៀបការដាក់ពន្ធរួមគ្នា

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឋម៖ _____

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឆ្នាំមុនដូចឆ្នាំបច្ចុប្បន្នដែលរាយខាងលើទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយស្ថានភាពដាក់ពន្ធឆ្នាំមុន៖

(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនចំពោះសិទ្ធិទទួល Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើពាក្យសុំនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាដាក់ស្ថានភាពពន្ធឆ្នាំក្រោយដូចអ្នកបានធ្វើឆ្នាំនេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ព្រះសាសន៍ (តាមចិត្ត - តួសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក	ហ្វីលីពីន	ឡាវ	វៀតណាម
ឥណ្ឌាអាស៊ី	ហ្គីនេ	អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ស្បែកស
ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	ហាវ៉ៃ	ព្រះសាសន៍ផ្សេងទៀត	
ខ្មែរ	ជប៉ុន	សាម៉េ	
ចិន	កូរ៉េ	ថៃ	

តើអ្នកជាជនជាតិអស្បៀរ ឬដើមកំណើតអស្បៀរ?

គុយបា	ម៉ិកស៊ិក/ ម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក/លីកាណូ	មិនមែនអស្បៀរ/អស្បៀរ
អស្បៀរ/អស្បៀរផ្សេងទៀត	ព័រតូរីកូ	

ហេតុអ្វីយើងប្រឈម? - យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមធម៌សុខភាព និងបង្កើនការចូលរួមដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្មោះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកមែនទេ? ទេ បាទ/ចាស

10

រាយកុមារ / អ្នកពឹងផ្អែកលើពន្ធ / សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត #3

នាមខ្លួន	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល។	នាមត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)
តើបុគ្គលនេះដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ?	ទេ បាទ/ចាស ភេទព័ត៌មាន	ប ស	

ទាក់ទងនឹងអ្នក (ដូចជាកូន/ចៅ ក្មួយស្រី ប្រុស បងប្អូន)

(សម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិភាគច្រើន)

ស្ថានភាពសញ្ជាតិ (តួសមួយ)

ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក	មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក	ផ្សេងទៀត
-------------------------------------	---	----------

លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)៖

ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់នេះ មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកមានវត្តមានស្របច្បាប់ បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ប្រភេទឯកសារអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ៖	លេខ "A" ៖	លេខបង្កាន់ដៃ ឬលេខផ្សេងទៀត៖
លេខលិខិតឆ្លងដែនបរទេស៖	ប្រទេសដែលចេញផ្សាយ៖	
កាលបរិច្ឆេទចូល៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)	កាលបរិច្ឆេទឯកសារផុតកំណត់៖ (ខខ/ថថ/ឆឆឆឆ)	

ស្ថានភាពនៃការចង់ពិនិត្យសរុបបច្ចុប្បន្ន (ប្រសិនបើសម្រាប់)

ការបង់ពន្ធលើឥណទាន

ពន្ធអាករលើប្រាក់ចំណូល

មេត្រូវសារ

ពន្ធអាករលើប្រាក់ចំណូល

ស្ត្រីមេម៉ាយមានសិទ្ធិមិនបានបង់បន្ទុក

បុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពន្ធ ឬពិន័យពន្ធ

រៀបការដាក់ពន្ធដោយឡែកពីគ្នា

រៀបការដាក់ពន្ធមួយគ្នា

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពន្ធបឋម៖ _____

តើអ្នកមានស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឬមិនដូចគ្នាបច្ចុប្បន្នដែលរាយការណ៍ទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

បើអត់ទេ រាយការណ៍ស្ថានភាពដាក់ពន្ធដូចគ្នាឬមិនដូចគ្នា?

(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនចំពោះសិទ្ធិទទួលបាន Apple Health របស់អ្នកទេ)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ស្នើសុំពន្ធនេះចន្លោះពីថ្ងៃ 11/01 និង 12/31 នៃឆ្នាំតែមួយ តើអ្នករំពឹងថាស្ថានភាពពន្ធដូចគ្នាឬមិនដូចគ្នាបានធ្វើដូច្នេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ព័ត៌មានសាសន៍ (តាមចិត្ត - គួសទាំងអស់ដែលត្រូវ)

ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិក

ហ្វីលីពីន

ឡាវ

វៀតណាម

ឥណ្ឌាអាស៊ី

ហូម៉ាទី

អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

សៀម

សៀមខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក

ហាវ៉ៃ

ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត

ខ្មែរ

ជប៉ុន

សាម៉ា

ចិន

កូរ៉េ

ថៃ

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬប្រភពដើមអេស្ប៉ាញ?

គុយបា

មិកស៊ីក/ មិកស៊ីក-អាមេរិក/លីកាណូ

មិនមែនអេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញ

អេស្ប៉ាញ/អេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត

ព័រតូរីកូ

ហេតុអ្វីយើងប្រមូលវា? – យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អសមត្ថភាព និងបង្កើនការចូលរួមដើម្បីថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នឹងមិនរារាំងសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការឈ្នះនៅក្នុងផែនការសុខភាព។

តើអ្នកជាឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមអាហ្វ្រិកមែនទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ដើម្បីរួមបញ្ចូលសមាជិកគ្រួសារច្រើនទៀត ភ្ជាប់សន្លឹកព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំសម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ។

ព័ត៌មានអំពីឥណ្ឌាអាមេរិក និងដើមកំណើតអាហ្វ្រិកា

ឥណ្ឌាអាមេរិក និងដើមកំណើតអាហ្វ្រិកាអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពារ Apple Health ពិសេស និងអត្ថប្រយោជន៍ពិសេសតាមរយៈ Washington Healthplanfinder។ បំពេញតារាងខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកនីមួយៗដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំដែលជាតំណាងឥណ្ឌាអាមេរិក ឬដើមកំណើតអាហ្វ្រិកា។

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាធិវកម្មដើមកំណើតអាហ្វ្រិកា	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ទេ បាទ/ចាស
ឈ្មោះបុគ្គលនោះ សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាធិវកម្មដើមកំណើតអាហ្វ្រិកា	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ទេ បាទ/ចាស
ឈ្មោះបុគ្គលនោះ សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាធិវកម្មដើមកំណើតអាហ្វ្រិកា	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ទេ បាទ/ចាស
ឈ្មោះបុគ្គលនោះ សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ Pueblo ឬ Rancheria ដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ ម្ចាស់ភាគហ៊ុននៅក្នុងភូមិភាគ ឬសាធិវកម្មដើមកំណើតអាហ្វ្រិកា	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ទេ បាទ/ចាស

ទីលំនៅ

អ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោនគឺជានរណាម្នាក់ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងវ៉ាស៊ីនតោន មានបំណងរស់នៅក្នុងវ៉ាស៊ីនតោន រួមទាំងអ្នកដែលគ្មានអាសយដ្ឋានថេរ ឬនរណាម្នាក់ដែលបានចូលមករដ្ឋជាមួយការប្តេជ្ញាចិត្តការងារ ឬស្វែងរកការងារ។

តើគ្រប់គ្នាកំពុងដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាអ្នកស្រុកវ៉ាស៊ីនតោនមែនទេ?	ទេ បាទ/ចាស
បើទេ រាយនរណាម្នាក់ដែលមិនមែនជាអ្នកស្រុក៖	

ប្រើថ្នាំជក់

មានសមាជិកគ្រួសារណាមួយលើពាក្យសុំនេះប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ជាប្រចាំនៅក្នុងពេល 6 ខែកន្លងនេះទេ?	ទេ បាទ/ចាស
---	-------------------

បើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេ៖
(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួល Apple Health របស់អ្នកទេ)

មនុស្សពេញវ័យមានពិការភាពពឹងផ្អែកលើពន្ធុ

មនុស្សពេញវ័យមានពិការភាពពឹងផ្អែកលើពន្ធុគឺជាអ្នកដែលមិនមានសមត្ថភាពការងារដោយសារតែពិការភាព និងពឹងផ្អែកលើសមាជិកគ្រួសារសម្រាប់ជំនួយ។

តើអ្នកមានកុមារពេញវ័យដែលមានពិការភាពពឹងផ្អែកអាយុ 26 ឆ្នាំឡើងឬទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ប្រសិនបើបាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេ៖

(ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងសំណួរនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួល **Apple Health** របស់អ្នកទេ)

ព័ត៌មានអំពីគុក និងពន្ធុនាគារ

1. តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំនៅក្នុងគុក និងពន្ធុនាគារ

ទេ

បាទ/ចាស

បើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេ៖

2. តើការចាត់ចែងការចោទប្រកាន់កំពុងរង់ចាំឬទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

3. តើកាលបរិច្ឆេទចេញក្នុងពេល 30 ឬទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងអ្នករស់នៅ តើអ្នកចង់សុំបោះឆ្នោតឬទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើស “បាទ/ចាស” អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ជូនបែបបទបោះឆ្នោត។

ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ចំនួនជំនួយដែលអ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ ឬសិទ្ធិទទួលរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត អ្នកអាចទទួលបានជំនួយនៅខ្សែទាត់ហេតុការណ៍ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតឥតគិតថ្លៃនៅលេខ 1-800-448-4881. ការសម្រេចចិត្តថាស្វែងរក ឬទទួលបានជំនួយគឺរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងបំពេញពាក្យសុំដោយឯកជន។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមាននរណាម្នាក់ជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ elections@sos.wa.gov, ឬហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-448-4881.

ហត្ថលេខាសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំផែនការសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់

ឈប់៖ អ្នកត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់គិតពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ហើយចង់ចុះឈ្មោះក្នុងផែនការដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (QHP) ចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ហើយដាក់ស្នើពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងបង់តម្លៃពេញសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ហើយមិនចាំបាច់បំពេញផ្នែកទី 2 នៃពាក្យសុំទេ។

ខ្ញុំបានអាន ឬត្រូវបានពន្យល់មកខ្ញុំសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។

ដោយចុះហត្ថលេខាលើពាក្យ អ្នកកំពុងយល់ស្របឱ្យ Washington Healthplanfinder ថែរក្សាលិខិតព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយរដ្ឋ និងភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងទៀត។

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

ផ្នែកទី 2

1

ព័ត៌មានអំពីធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រៅពី Washington Apple Health (Medicaid ឬ CHIP) ឬទេ?

(ឧទាហរណ៍រួមមានធានារ៉ាប់រងឯកជន ឬវិទ្យាល័យ ធានារ៉ាប់រងបុគ្គល ធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍មានកំណត់ Medicare អតីតយុទ្ធជន,

Peace Corps, Tri-Care, និងធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត) ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាសនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម។ ប្រសិនបើមានប្រព័ន្ធមួយនាក់មានធានារ៉ាប់រងផ្សេង ប្រើសន្លឹកបន្ថែម។

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬឈ្មោះវិទ្យាល័យ៖

លេខគោលការណ៍៖

លេខក្រុម៖

ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍/វិទ្យាល័យ៖

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកកាន់គោលការណ៍៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងនេះ៖

រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងនេះ៖

2

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ

រំលងសំណួរនេះ បើកុមារនៅក្នុងផ្ទះ (ព័ត៌មានអំពីវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រមិនទាន់បង់ប្រាក់) ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ។

តើធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកមានធានារ៉ាប់រងអ្នកឬទេ?

ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចេញលេខកូដ៖

តើអ្នកបានទម្លាក់ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កូនរបស់អ្នក ក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំ ក្នុងពេលប្តូរខែចុងក្រោយ ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើធានារ៉ាប់រងអ្វីដែលបានបញ្ចប់?

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលពាក្យសុំជំនួយបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានទទួលនៅក្នុងពេលណាមួយនៃ 3 ខែនេះភ្លាមៗមុនខែនេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖

តើសមាជិកណាមួយដែលឥឡូវនេះមានអាយុ 18-25 ឆ្នាំ នៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម នៅពេលពួកគេបានកើតអាយុដល់ 18 ឆ្នាំ មែនទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ប្រសិនបើមែន សូមបញ្ចូលរបស់ឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖

អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារអាចមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រង សម្រាប់បន្ទាន់មិនមែនពលរដ្ឋ បើទោះបីជាអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងប្រភេទស្ថានភាពអន្តរជាតិរបស់អ្នកក៏ដោយ។

គូសប្រអស់ទាំងដែលត្រូវនឹងមិនមែនពលរដ្ឋដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ហើយបញ្ចូលឈ្មោះរបស់ពួកគេនៅក្នុងចន្លោះដែលបានផ្តល់៖

ទទួលបានការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់បន្ទាន់នោះខែនេះ ឬអំឡុងពេលបីខែមុន៖

នរណា៖ _____

ត្រូវការលាងឈាម ឬព្យាបាលដំឡើងមេរោគ៖ នរណា៖ _____

ត្រូវការថ្នាំប្រឆាំងការបង្កើនសេដ្ឋកិច្ច ជាលទ្ធផលនៃការប្តូរសរីរាង្គ៖ នរណា៖ _____

ត្រូវការការផ្ទេរថែទាំ ជំនួយការរស់នៅ ឬការថែទាំក្នុងផ្ទះ៖ នរណា៖ _____

តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានផ្ទៃពោះឬ? ទេ បាទ/ចាស (ប្រើបន្ទាត់ទីពីរ ប្រសិនបើមានលើសពីមួយនាក់មានផ្ទៃពោះ ឬមានការបញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះ។) ប្រសិនបើបាទ/ចាស

បញ្ចូលឈ្មោះ៖

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖

លេខរំពឹងទុក៖

បញ្ចូលឈ្មោះ៖

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖

លេខរំពឹងទុក៖

តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាមួយនៅលើពាក្យសុំនេះមានផ្ទៃពោះនៅក្នុងពេល 12 ខែមុននេះទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

បញ្ចូលឈ្មោះ៖

កាលបរិច្ឆេទមានផ្ទៃពោះបញ្ចប់៖

បញ្ចូលឈ្មោះ៖

កាលបរិច្ឆេទមានផ្ទៃពោះបញ្ចប់៖

7

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសរុប

ផ្នែកនេះជួយយើងកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃប្រាក់ចំណូលសរុបដែលបានកែប្រែសម្រាប់ (MAGI). ប្រាក់ចំណូល MAGI ត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការបំបាត់សុខភាពធានាបានឬទេ។ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យបានត្រឹមត្រូវតាមតែអ្វីដែលបានកំណត់។ បញ្ចូលតែព័ត៌មានអំពីប្រភេទប្រាក់ចំណូលដែលបានរាយ។

អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល (ទឹកប្រាក់មូលធនកាត់កង) ប្រចាំខែសរុបបច្ចុប្បន្នសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក និងអតិថិជនណាមួយ និងអ្នកកំពុងផ្អែកលើព័ត៌មានដោយមិនគិតពីអាយុ លុះត្រាតែអតិថិជន ឬអ្នកកំពុងផ្អែកលើព័ត៌មានមិនត្រូវបានទាមទារឱ្យដាក់ពន្ធ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបរាយការណ៍ប្រាក់ចំណូល ចូលទៅ wahbexchange.org/how-to-report-income

កំណត់ចំណាំ៖ ឥណ្ឌាអាមេរិក/ដើមកំណើតអាហ្វ្រិកា (AI/AN) មិនចាំបាច់រាយការណ៍ប្រាក់ចំណូល AI/AN ណាមួយដែលសេវាកម្មចំណូលផ្ទៃក្នុងមិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសរុបដាច់ខាតរបស់ AI/AN. AI/AN មិនចាំបាច់រាយការណ៍ប្រភេទប្រាក់ចំណូលដាក់លក់សម្រាប់ Washington Apple Health (Medicaid) ដូចបានពណ៌នានៅក្នុងទេ WAC 182-509-0340។

ប្រាក់ចំណូលពីការងារ៖ តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកបច្ចុប្បន្នធ្វើការ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ឈ្មោះនិយោជក និងចំនួនប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលបានទទួលជាប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ឬចំណូលលុយធិប។ កុំបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួនឯងនៅក្នុងផ្នែកនេះ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកជាមធ្យម ប្រសិនបើប្រែប្រួលនាពេលអនាគតត្រូវបង្ហាញឱ្យច្បាស់, ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការជាមួយការងារតាមរដ្ឋកាល។ ការស្មានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែជាមធ្យមរយៈពេលតំណាងពេលវេលាដូចបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-509-0310។

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ

ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក

ទីក្រុង

រដ្ឋ

កូដប្រតិប

\$:

សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធិប សហការ សហការ-រួម)

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជករបស់ពួកគេឬទេ?

ទេ

បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រង

\$:

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជកនេះតែប៉ុណ្ណោះគឺអ្វី?

\$:

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជកនេះតែប៉ុណ្ណោះគឺអ្វី?*

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ

ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក

ទីក្រុង

រដ្ឋ

កូដប្រតិប

\$:

សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ធិប សហការ សហការ-រួម)

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជករបស់ពួកគេឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រង

\$: _____

តើបុគ្គលណាប្រចាំខែទាបបំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើបុគ្គលិកនេះតែប៉ុណ្ណោះគឺអ្វី?

\$: _____

តើបុគ្គលណាប្រចាំខែទាបបំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើគ្រួសាររបស់អ្នកគឺអ្វី?*

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ

ឈ្មោះនិយោជក

អាសយដ្ឋាននិយោជក

ទីក្រុង

រដ្ឋ

កូដប៊ូប

\$: _____

សរុប (មុនបង់ពន្ធ) ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ខែ ឆ័ប សហការ សហការរួម)

តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជករបស់ពួកគេឬទេ? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស រាយសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រង

\$: _____

តើបុគ្គលណាប្រចាំខែទាបបំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើបុគ្គលិកនេះតែប៉ុណ្ណោះគឺអ្វី?

\$: _____

តើបុគ្គលណាប្រចាំខែទាបបំផុតដែលនិយោជកនេះបានផ្តល់ដើម្បីធានាលើគ្រួសាររបស់អ្នកគឺអ្វី?*

***ផ្តល់វាបើទោះបីជាអ្នកមិនមានផែនការទទួលបានធានារ៉ាប់រងនិយោជកសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកក៏ដោយ។ ចម្លើយរបស់អ្នកទៅកាន់សំណួរទាំងនេះមិនមែនជាលំនាំដើមទទួលបាន Apple Health របស់អ្នកទេ។**

ប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួន តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចក្ខុប្រាណប្រាក់ចំណូលសរុបសុទ្ធដែលបានស្មាន (ប្រាក់ចំណូលពេលនៅចំណាយអាជីវកម្មត្រូវបានបង់) ពីការងារខ្លួនឯង។ សូមមើលទំព័រ ii

សម្រាប់ការចំណាយអាជីវកម្មដែលអាចចំណាយបាន។ អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកជាមធ្យម ប្រសិនបើប្រែប្រួលនាពេលអនាគតត្រូវបង្ហាញឱ្យច្បាស់។

ការស្មានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែជាមធ្យមក្នុងរយៈពេលគំណាងពេលវេលាអ្នកបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-509-0370.

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ

(មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ

(មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ

(មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

លេខសន្តិសុខសង្គម៖ តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងទទួលបានប្រាក់ចំណូល លេខសន្តិសុខសង្គម? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួលពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ការចូលរួមក្នុង ពិការភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍អ្នកនេះសោះ។ កុំភ្លេចការណ៍ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI)។

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប
ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប
ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល្មើស៖ តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល្មើស? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែបានទទួលពីការរដ្ឋល្មើសអចលនទ្រព្យ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន។ បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ បន្ទាប់ពីការចំណាយអាជីវកម្មអាចអនុញ្ញាតបាន។

ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល្មើស	ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ
ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល្មើស	ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ
ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរដ្ឋល្មើស	ឈ្មោះទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមាន)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ

ប្រាក់ចំណូលការងារខ្លួន៖ តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងធ្វើការនៅពេលបច្ចុប្បន្ន? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសរុបសុទ្ធដែលបានស្មាន (ប្រាក់ចំណូលពេលនៅចំណាយអាជីវកម្មត្រូវបានបង់) ពីការងារខ្លួនឯង។ សូមមើលទំព័រ ii សម្រាប់ការចំណាយអាជីវកម្មដែលអាចចំណាយបាន។ អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តល់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកជាមធ្យម ប្រសិនបើប្រែប្រួលនាពេលអនាគតត្រូវបង្ហាញឱ្យច្បាស់។

ការស្មានចំនួនទឹកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែជាមធ្យមក្នុងរយៈពេលតំណាងពេលវេលាដែលអាចបានពណ៌នានៅក្នុង WAC 182-509-0370.

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការខ្លួនឯង	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន (បើមានមួយ)	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ (មិនបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលសហការ ឬសហការរួមនៅទីនេះ)

លេខសន្តិសុខសង្គម៖ តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូល លេខសន្តិសុខសង្គម?

ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួលពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ការចូលរួមវគ្គ ពិការភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍អ្នកនេះរស់។ កុំរាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI)។

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

ឈ្មោះអ្នកទទួលសន្តិសុខសង្គម (មិនមែន SSI)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប

8

ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

កុំបញ្ចូលជំនួយកុមារ ឬការទូទាត់របស់យុទ្ធជនមិនមែនសោធននិវត្តន៍។ គូសទាំងអស់ដែលត្រូវ ហើយប្រាប់យើងថាទទួលបាននូវ តើពួកគេទទួលបានប៉ុន្មាន ហើយទទួលបានវាញ៉ឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

អាហារភិក្ខុ / ជំនួយប្តី/ប្រពន្ធ

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ ឬសោធននិវត្តន៍

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ដើមទុលចំណេញ

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ភាគលាភ

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ប្រាក់ចំណូលកសិកម្ម

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ប្រាក់ចំណូលបរទេស

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ប្រាក់ចំណូលពីទំនុកចិត្ត

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ប្រាក់ចំណូលពីការប្រាក់

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ប្រាក់ចំណូល IRA

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

នរណា៖ _____

\$: _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា: _____

ប្រាក់ចំណូលដាច់ខាតផ្សេងទៀត	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
អត្ថប្រយោជន៍ផ្លូវដែក	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
ប្រាក់ចំណូល	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
ប្រាក់ចំណូលកុលសម្ព័ន្ធដែលអាចដាច់ខាត	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
អត្ថប្រយោជន៍គ្មានការងារធ្វើ	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____

តើសមាជិកអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ឬក៏ផ្អែកលើពាក្យសុំនេះនឹងបំពេញតម្រូវការកម្រិតដើម្បីដាក់ប្រកាសពន្ធសហព័ន្ធឆ្នាំនេះ?

ឈ្មោះ: _____	19	បាទ/ចាស
ឈ្មោះ: _____	19	បាទ/ចាស
ឈ្មោះ: _____	19	បាទ/ចាស

9 ប្រាក់អាចកាត់កងបាន

ការចំណាយទាំងនេះអាចកាត់ចេញចំនួនទឹកប្រាក់នៃប្រាក់ចំណូលដែលយើងរាប់សម្រាប់ប្រភេទធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជា IRS ប្រើប្រាស់ដើម្បីកាត់ចេញចំនួនពន្ធដែលអ្នកជំពាក់។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើសេវាសម្រាប់ការងារ អ្នកនឹងត្រូវមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប។

អាហារភិក្ខុ / ជំនួយប្តី/ប្រពន្ធបានបង់ប្រាក់	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
ការចំណាយអាជីវកម្មដែលអាចទាមទារបានជាក់ស្តែង	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
ការចំណាយរបស់អ្នកអប់រំ	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
ការរួមចំណែកគណនីសន្សំសុខភាព	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____
	រដ្ឋបាល: _____	\$: _____	ប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ: _____

ការចំណាយលើការផ្លាស់ប្តូរយោធាផ្លូវការ	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ការដាក់ពិន័យលើការដកប្រាក់សន្សំមុន	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ការរួមចំណែកគណនីចូលនិវត្តន៍មុនពន្ធ	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ធានារ៉ាប់រងសុខភាពការងារខ្លួនឯង	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ផែនការចូលនិវត្តន៍ការងារខ្លួនឯង	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ពន្ធការងារខ្លួនឯង	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
ការប្រាក់កម្ចីសិស្ស	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____
	នរណា៖ _____	\$: _____	ញឹកញាប់បំផុត៖ _____

10

ព័ត៌មានបន្ថែម

តើសមាជិកណាមួយដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងត្រូវការសេវាកម្មណាមួយទាំងនេះទេ?

a. សេវាកម្មថែទាំរយៈពេលវែងព្រោះតែអ្នកកំពុងរស់នៅ ឬរំពឹងថាផ្លាស់ចូលស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាផ្ទះថែទាំ។ ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

ប្រភេទបរិក្ខារ៖ _____

b. ជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំតាមផ្ទះ? ទេ បាទ/ចាស ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

c. សេវាកម្មថែទាំជំនួយការរស់នៅ? ទេ បាទ/ចាស ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

d. សេវាកម្មតាមរយៈផ្នែកពិការភាពការលូតលាស់? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

e. ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ? ទេ បាទ/ចាស ប្រសិនបើ បាទ/ចាស បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលនោះ៖ _____

f. ធានារ៉ាប់រងសុខភាពព្រោះពួកគេមិនអាចធ្វើការដោយសារតែស្ថានភាពសុខភាព ឬពិការភាព? ទេ បាទ/ចាស

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ចេញលេខប្រាក់បៀវត្សនេះ៖ _____

អ្នកអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យបំពេញបែបបទ HCA 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) ប្រសិនបើខាងក្រោមណាមួយត្រូវ៖

- អ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើង ឬស្ថិតនៅ Medicare.
- អ្នកបានឆ្លើយ បាទ/ចាស លើសំណួរណាមួយនៅក្នុង a-f ខាងលើ។
- អ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MN) ឬ Apple Health សម្រាប់កម្មវិធីបុគ្គលិកដែលមានពិការភាព (HWD).

11

ការដោយប្រុងប្រយ័ត្នមុនចុះហត្ថលេខា

ការបង្ហាញព័ត៌មានទៅកាន់រដ្ឋ និងភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងៗ៖

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Washington Healthplanfinder ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានប្រកាសព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមេឡីត្រីចតិយ៍អំឡុងពេលដំណើរការបន្តប្រចាំឆ្នាំរយៈពេល 5 ឆ្នាំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំគ្រប់ពេល។ ដោយគូសប្រអប់នេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យឥណទានពន្ធត្រូវបានអនុវត្តចំពោះការបន្តប្រចាំឆ្នាំដោយគ្មានការចាត់វិធានការរបស់ខ្ញុំបន្ថែមទៀត។

ទេ បាទ/ចាស

ខ្ញុំបានអាន ឬត្រូវបានពន្យល់មកខ្ញុំនូវសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និងបានទទួលច្បាប់ចម្លងសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន។

12

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ និងហត្ថលេខា

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង Washington Apple Health (Medicaid) ឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប ឬឥណទានពន្ធដើម្បីបន្ទាបប្បលាភធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ទាមទារហត្ថលេខារបស់អ្នកនៅខាងក្រោម។

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំប្រកាសក្រោមការដាក់ពិន័យការនិយាយភូតកុហក ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដល់ចំណេះដឹងខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ