



**ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance - Medicaid)  
ពាក្យសុំលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានហិរញ្ញវត្ថុ  
សំរាប់ការថែទាំ ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង**

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ិនធឺណិតតាមរយៈ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)

សូមគូសយកមួយណាដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំ :

- Care in a Facility
- Home and Community Waiver Services វាយបញ្ចូលឈ្មោះលិខិតបដិសេធ/សេវាកម្ម : \_\_\_\_\_
- ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

- \* សូមអានទម្រង់ពាក្យសុំទាំងមូល ។
- \* សូមព្រមព្រៀងព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងផ្នែកដែលមិនមានស្រមោល ។
- \* ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀតអាចជួយអ្នក ឬអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ។

អ្នក ឬអ្នកតំណាងណាម្នាក់ដែលអ្នកបានជ្រើសរើស អាចបំពេញពាក្យសុំនេះ ។ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចជាថ្មី-ប្រពន្ធរបស់អ្នក មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬមនុស្សម្នាក់ដែលមានលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ។ វាគួរតែជាមនុស្សម្នាក់ដែលដឹង និងអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងប្រភពធនធានរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើអ្នករៀបការរួច ព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកមួយចំនួន ត្រូវតែបំពេញទាំងសំរាប់អ្នក និងថ្មី-ប្រពន្ធរបស់អ្នក ។

បន្ទាប់ពីទម្រង់ត្រូវបានបំពេញរួច សូមយកវា មាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតយកវា ឬផ្ញើតាមសំបុត្រមកកាន់ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី បើពុំនោះទេសូមត្រាតែអ្នកត្រូវបានណែនាំផ្សេងទៀត ។ ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី នឹងប្រាប់អ្នកថាតើត្រូវការការសម្របសម្រួលមុខគ្នាដែរឬអត់ ។ អ្នកនឹងត្រូវការភស្តុតាងអំពីអត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានផ្សេងទៀតនៅលើទម្រង់ បើពុំនោះទេសូមត្រាតែយើងខ្ញុំមានព័ត៌មានរួចជា

ស្រេចនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើងខ្ញុំ ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន សូមសាកសួរការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីសុំជំនួយ ។ អ្នកត្រូវភ្ជាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយនិងទម្រង់នេះ ។

ជនណាដែលបានបោះបង់ចោលទ្រព្យសម្បត្តិ (ប្រាក់ចំណូល ឬប្រភពធនធាន) អំឡុង 60 ខែមុន ឬបានបង្កើត ឬបានផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិទៅកាន់ម្តងម្តងអំឡុង 60 ខែមុនការដាក់ពាក្យសុំជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) សំរាប់ការថែទាំ ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង អាចមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ។ ដោយសារតែសេចក្តីតម្រូវនេះ អ្នកអាចត្រូវការផ្តល់ជូនការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលមានជាកម្មសិទ្ធិអំឡុង 60 ខែមុន ទោះបីជាអ្នកអាចលែងមានជាកម្មសិទ្ធិទ្រព្យសម្បត្តិនោះក៏ដោយ ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកសំរាប់ 60 ខែមុនការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក ។

ប្រសិនបើព័ត៌មានពេញលេញ ហើយអ្នកបានផ្តល់ជូនការផ្ទៀងផ្ទាត់ចាំបាច់ (ជាមួយនិងទម្រង់នេះប្រសិនបើអាច) ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី នឹងជូនដំណឹងអ្នកអំឡុង 30 ថ្ងៃនៃការទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ឬថាតើចាំបាច់មានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតដែរឬអត់ ។

PROVIDER USE		
NAME	NUMBER	
ADDRESS	NUMBER	
DATE OF ADMISSION	DATE OF OPTIONS ASSESSMENT	REQUESTED EFFECTIVE DATE
CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER/ADDRESS		

CAO USE				
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.
WORKER I.D.			CASELOAD	
<input type="checkbox"/> AUTHORIZED REASON				CATEGORY
<input type="checkbox"/> NOT AUTHORIZED REASON				DATE

## សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមសំរាប់ជនដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍នៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (MEDICAL ASSISTANCE) BENEFITS

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	(JR., SR., I, ។ល។)
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌល សូមប្រើប្រាស់អាសយដ្ឋានរបស់មណ្ឌល)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខប៊ូបកូដ + 4
កាលបរិច្ឆេទចូលអាសយដ្ឋាននេះ	ឃុំ	សាលាឪពុក	លេខកូដតំបន់ និងលេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានច្រើន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌល សូមផ្តល់អាសយដ្ឋានផ្សេងៗរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើអ្នករៀបការរួច សូមផ្តល់អាសយដ្ឋានប្តី-ប្រពន្ធរបស់អ្នក)			លេខកូដតំបន់ និងលេខទូរស័ព្ទ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើបាទ-ចាស តើភាសាអ្វី? \_\_\_\_\_

តើអ្នកត្រូវការសេចក្តីជំនួយដើម្បីបំពេញការងារនេះ?  បាទ-ចាស  ទេ

តើអ្នកធ្លាប់បានដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឬបានចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (Supplemental Nutrition Assistance Program -SNAP) ដែលត្រូវបានស្គាល់ថាជាប័ណ្ណបរិភោគអាហារ នៅក្នុងខោនធីមួយផ្សេងទៀតនៅក្នុងរដ្ឋនៃស៊ីធីហ្សែត ឬនៅក្នុងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀតដែរទេ?

បាទ-ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ-ចាស តើរដ្ឋណា? \_\_\_\_\_  
 ខោនធីណា? \_\_\_\_\_  
 រយៈពេលប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_  
 លេខកំណត់ត្រា \_\_\_\_\_

តើអ្នកធ្លាប់បានដាក់ពាក្យសុំ ឬបានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដោយប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គមផ្សេងទៀតដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើបាទ-ចាស តើលេខប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_

តើមុនអ្នកធ្លាប់រស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ-ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះ : \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន : \_\_\_\_\_  
 កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

**1 សូមបំពេញរាល់ព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកនេះសំរាប់ខ្លួនអ្នក ប្តី-ប្រពន្ធរបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នករៀបការរួច និងកូន ឬបងប្អូនបង្កើតនៅក្នុងបន្ទុកណាម្នាក់ ។**

\* សូមភ្ជាប់សន្លឹកឯកសារបន្ថែម ប្រសិនបើអ្នកមានមនុស្សក្នុងបន្ទុកបន្ថែមទៀត ។

ចំនាត់ថ្នាក់	នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	JR/SR	ឈ្មោះហៅក្រៅ/ឈ្មោះមុនរៀបការ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ	* សញ្ជាតិ	លេខ SSN
ខ្លួនឯង									
ប្តី-ប្រពន្ធ									
មនុស្សក្នុងបន្ទុក									

\* សំរាប់សញ្ជាតិ : អត្តប្រយោជន៍របស់អ្នកនិងមិនអង្គជំនួយរបស់ ប្រសិនបើអ្នកមិនអង្គជំនួយ ។ សូមប្រើប្រាស់កូដមួយក្នុងចំណោមកូដខាងក្រោម :

1. ស្បែកខ្មៅ 2. អេស្ប៉ាញ 3. អាមេរិកខាងជើងកាតូលិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា 4. អាស៊ី ឬប្រជាជនកោះប៉ាស៊ីហ្វិក 5. ស្បែកស (មិនមែនអេស្ប៉ាញ) 6. ផ្សេងទៀត

**2 សូមឆ្លើយ និងចុះហត្ថលេខា :**

តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិកមែនទេ?  បាទ-ចាស  ទេ ប្រសិនបើទេ សូមគូសយកមួយ :  អ្នកស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍  អ្នកស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្ន  ជនភៀសខ្លួន  ជនបរទេសមិនស្របច្បាប់

លេខជំនួសបរទេស : \_\_\_\_\_ ប្រទេសកំណើត : \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទចូល : \_\_\_\_\_

សូមចុះហត្ថលេខាដើម្បីប្រកាសពីសញ្ជាតិរបស់អ្នក ឬស្ថានភាពជនបរទេសដូចបានគូសបង្ហាញខាងលើ :

\_\_\_\_\_ ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានអ្នកធានាប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកធានា : \_\_\_\_\_

**3 ស្ថានភាពគ្រួសារ**

សូមគូសយកមួយ :  រៀបការរួច  នៅសិរី  ពោះម៉ាយ-ម៉ែម៉ាយ  លែងលះ  រស់នៅផ្សេងគ្នា

ប្រសិនបើអ្នកបានគូសយកពោះម៉ាយ-ម៉ែម៉ាយ តើប្តី-ប្រពន្ធរបស់អ្នកស្នាក់នៅថ្ងៃណា? \_\_\_\_\_ ឈ្មោះ : \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើអ្នកបានគូសយករស់នៅផ្សេងគ្នា តើរស់នៅផ្សេងគ្នានៅថ្ងៃណា? \_\_\_\_\_ សូមបំពេញចំណុចទី 1 ខាងលើសំរាប់ប្តី-ប្រពន្ធ ។

**4 ស្ថានភាពយោធា**

ឈ្មោះយោធា \_\_\_\_\_

សូមគូសយកមួយ :  អតីតយោធា  កំពុងធ្វើជាយោធា  ឆ្លាំប្រទេស  បម្រុង  ពោះម៉ាយ-ម៉ែម៉ាយ/ប្តី-ប្រពន្ធ ឬកូននៅក្នុងបន្ទុករបស់អតីតយោធា

សាខាធ្វើការ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទដែលបានចូល \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទដែលបានចាកចេញ \_\_\_\_\_ លេខបណ្តឹងទាមទារ \_\_\_\_\_

5

ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត (តាមជម្រើស)

ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានចុះឈ្មោះឱ្យបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅនាពេលនេះទេ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនាថ្ងៃនេះដែរឬទេ?  បាទ-ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើអ្នកមិនគួសយកប្រអប់ណាមួយទេ អ្នកនឹងត្រូវបានគិតថាបានសម្រេចមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនាពេលនេះ។

ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែ: 1) យ៉ាងហោចណាស់អាយុ 18 ឆ្នាំនៅថ្ងៃនៃការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ 2) ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិកយ៉ាងហោចណាស់មួយខែមុនការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ 3) រស់នៅផែនស៊ីលវ៉ានៀ និងមណ្ឌលបោះឆ្នោតយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់ ទឹកប្រាក់នៃជំនួយដែលអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈភ្នាក់ងារនេះឡើយ។  
ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយបំពេញទម្រង់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ សេចក្តីសម្រេចថាតើស្វែងរក ឬទទួលយកជំនួយ គឺជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ពាក្យសុំជាឯកជន។ សូមទាក់ទងការិយាល័យ ផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា នរណាម្នាក់បានជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចថាតើចុះឈ្មោះ ឬដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់របស់អ្នក ឬចំណូលចិត្តនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជូនរដ្ឋមន្ត្រីខុម្ពុឌីលីយ៉ា ក្រសួងការបរទេស PA អាសយដ្ឋាន Harrisburg, PA 17120 (លេខទូរស័ព្ទគិតថ្លៃ 1-877-VOTESPA ។)

បុគ្គលិកនៃការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី នឹងបំពេញប្រអប់នេះដោយផ្អែកតាមការឆ្លើយតបរបស់អ្នកខាងលើ

Given to client \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Sent to voter registration \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Mailed to client \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Declined, not interested \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Not a U.S. citizen \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Declined, already registered \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបាន ឬបានទទួលការថែទាំ ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង តើប្រាក់ចំណាយរបស់អ្នកត្រូវបានបង់ជូនប៉ុន្មាន?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7

តើអ្នកមានវិក្កយប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រមិនទាន់បង់ប្រាក់ដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ សំរាប់វិក្កយប័ត្រទាំងនេះ សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លង។

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ (រួមបញ្ចូលទាំងការធានារ៉ាប់រងថែទាំរយៈពេលវែង)

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/MEDICARE	អាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខកិច្ចព្រមព្រៀង/ ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង	លេខឈ្មោះក្រុម	កាលបរិច្ឆេទ មានប្រសិទ្ធភាព នៃការរ៉ាប់រង	ទឹកប្រាក់ ធានារ៉ាប់រង	តើត្រូវបានបង់ ញឹកញាប់យ៉ាងណា	ឈ្មោះម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអាសយដ្ឋាន

បន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមប្រសិនបើត្រូវការឆ្ពោះបន្ថែម ។ សូមដាក់លេខសំណួរដែលអ្នកកំពុងឆ្លើយនៅលើទំព័របន្ថែម ។

**9** សូមបំពេញព័ត៌មានអំពីប្រភពធនធានខាងក្រោមសំរាប់អ្នក និងប្តី-ប្រពន្ធរបស់អ្នក (ប្រសិនបើអ្នករៀបការរួច) :

**A. អចលនទ្រព្យ** គ្មាន

ទីកន្លែង	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	តម្លៃ \$	ប្រាក់ចំណូលរកបាន <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	អ្នកស្នាក់នៅ <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើនរណាខ្លះរស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនេះ?		តើអចលនទ្រព្យនេះត្រូវបានដាក់លក់ដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		ប្រសិនបើបាទ-ចាស សូមចុះកាលបរិច្ឆេទដាក់លក់
ប្រសិនបើសំរាប់លក់ សូមផ្តល់  ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនអចលនទ្រព្យ និងលេខទូរស័ព្ទ * សូមចងចាំថា ការណ៍អំពីការលក់អចលនទ្រព្យឱ្យយើងខ្ញុំ ។				
តើអ្នកមានគម្រោងត្រឡប់ទៅកាន់អចលនទ្រព្យវិញដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		តើអ្នកមានកម្មសិទ្ធិអចលនទ្រព្យផ្សេងទៀតទេ? <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		

**B. ផ្ទះចល័ត** គ្មាន

ទីកន្លែង	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	តម្លៃ \$	ប្រាក់ចំណូលរកបាន <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	អ្នកស្នាក់នៅ <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឆ្នាំ និងម៉ូដែល	តើនរណាខ្លះរស់នៅក្នុងផ្ទះចល័ត?			
តើផ្ទះចល័តត្រូវបានដាក់លក់ដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនអចលនទ្រព្យ និងលេខទូរស័ព្ទ				
ប្រសិនបើបាទ-ចាស សូមផ្តល់				

**C. កិច្ចព្រមព្រៀងបញ្ចុះសព** គ្មាន

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានធនាគារ/ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគណនី	
ផ្ទះបុណ្យសព	តម្លៃនៃគណនី \$	កាលបរិច្ឆេទបង្កើត
តើប្រាក់អាចដកមុនពេលស្លាប់របស់ខ្លួនដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើការប្រាក់អាចដកបានទេ? <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកមានកម្មសិទ្ធិកន្លែងបញ្ចុះសពដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ-ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើបាទ-ចាស សូមផ្តល់ទីកន្លែង	ចំនួនកន្លែង

**D. ការធានារ៉ាប់រងជីវិត** គ្មាន

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន	លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង	តម្លៃមធ្យម	តម្លៃសាច់ប្រាក់បច្ចុប្បន្ន	តើនរណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះ?

**E. យានយន្ត យានយន្តកំសាន្ត រថយន្តដឹកទំនិញ ម៉ូតូ** គ្មាន

ឈ្មោះម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ឆ្នាំ	ប្រទេសផលិត	ម៉ូដែល	ប័ណ្ណអនុញ្ញាត?	ផ្លាកលេខ	គណនី

**F. គណនីធនាគារ (មូលប្បទានបត្រ សំចៃ IRA ។ល។)** សូមរាយរាល់គណនីដែលមានឈ្មោះ និងប្រាក់របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬប្តី-ប្រពន្ធ គ្មាន

ឈ្មោះធនាគារ/សាខា	ប្រភេទគណនី	លេខគណនី	សមតុល្យបច្ចុប្បន្ន	ឈ្មោះលើគណនី/ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ

**G. ភាគហ៊ុន ធនប័ណ្ណ (រួមទាំងធនប័ណ្ណសំចៃអាមេរិក) មូលនិធិ Mutual Funds សាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ ។ល។** គ្មាន

ឈ្មោះលើការវិនិយោគ	ប្រភេទគណនី	លេខគណនី	តម្លៃគណនីបច្ចុប្បន្ន	ឈ្មោះលើគណនី/ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ

**10** អំឡុង 60 ខែមុន តើអ្នក ឬប្តី-ប្រពន្ធរបស់អ្នកបានបិទ បោះបង់ចោល លក់ ឬផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយដូចជា ផ្ទះ ដី អចលនទ្រព្យផ្ទាល់ខ្លួន ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃការធានារ៉ាប់រងជីវិត ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ គណនីធនាគារ ប័ណ្ណបញ្ជីមានកាលកំណត់ ភាគហ៊ុន IRA ធនប័ណ្ណ ឬសិទ្ធិចំពោះប្រាក់ចំណូលដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ

អំឡុង 60 ខែមុន តើអ្នក ឬប្តី-ប្រពន្ធរបស់អ្នកបានផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយទៅជាមូលនិធិដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ-ចាសចំពោះសំណួរណាមួយ សូមពន្យល់ពិស្តារភាព (សូមភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ប្រភេទនៃប្រភពធនធាន	តម្លៃទីផ្សារនាពេលផ្ទេរ  \$	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្ទេរ ឬបិទ
--------------------	----------------------------	----------------------------

**11** ប្រសិនបើអ្នកបានបិទ ឬបាត់បង់គណនីណាមួយដោយសារអ្នកបានបង់ប្រាក់សំរាប់សេវាកម្មថែទាំ សូមរាយបង្ហាញគណនីទាំងនេះ ។

ប្រភេទនៃប្រភពធនធាន	ទីកន្លែង	លេខគណនី	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	កាលបរិច្ឆេទបិទ

**12** តើអ្នក ឬប្តី-ប្រពន្ធរបស់អ្នកបានទទួល ឬនរណាម្នាក់រំពឹងទុកថាទទួលបានប្រាក់ចំណូល/ទ្រព្យសម្បត្តិ/ការទូទាត់សង/ការទូទាត់សរុប/កេរមរតកណាមួយដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ-ចាស សូមរៀបរាប់ \_\_\_\_\_ ទឹកប្រាក់ \$ \_\_\_\_\_  
 កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុក \_\_\_\_\_

**13** ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសំរាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ៖

<u>ប្រភពប្រាក់ចំណូល</u>	<u>កំណត់ប្រភេទ/ឈ្មោះនៃការវិនិយោគ</u>	<u>ទឹកប្រាក់ចំណូលដុល</u>	<u>តើត្រូវបានបង់ជូនពិភពលោកយ៉ាងណា</u>
<input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គម	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ជំនួយអត្ថប្រយោជន៍អតីតយោធា និងការចូលរួម	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សោធននិវត្តន៍	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សំណងនិយោជក	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សំណងនិវត្តន៍ពីការងារអយស្ម័យយាន	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សំណងពីការងាររ៉ៃ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ (ក្រុមហ៊ុន)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ការបង់ប្រាក់ពីមូលនិធិ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ការប្រាក់/ភាគលាភ (ប្រភព)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត	_____	_____	_____

តើមូលប្រទានបុត្រត្រូវបានដើរឱ្យនរណា? (អាណាចក្រ/ប្រទេស អ្នកទទួលប្រាក់តំណាង)  អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានប្តី-ប្រពន្ធ ឬមនុស្សនៅក្នុងបន្ទុក ។ សូមរំលងផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់រៀបការ ឬមិនមានមនុស្សនៅក្នុងបន្ទុក ។

**14** ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសំរាប់ប្តី-ប្រពន្ធ និង/ឬមនុស្សនៅក្នុងបន្ទុក :

<u>ប្រភពប្រាក់ចំណូល</u>	<u>កំណត់ប្រភេទ/ឈ្មោះនៃការវិនិយោគ</u>	<u>ទឹកប្រាក់ចំណូលដុល</u>	<u>តើត្រូវបានបង់ជូនញឹកញាប់យ៉ាងណា</u>
<input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គម	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ជំនួយអត្ថប្រយោជន៍អតិថយោធា និងការចូលរួម	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សោធននិវត្តន៍	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សំណងនិយោជក	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សំណងនិវត្តន៍ពីការងារអយស្ម័យយាន	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> សំណងពីការងាររើ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ (ក្រុមហ៊ុន)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ការបង់ប្រាក់ពីមូលនិធិ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ការប្រាក់/ភាគលាភ (ប្រភព)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត	_____	_____	_____

**15** ការចំណាយលើទីជម្រក :

ថ្លៃឈ្នួលប្រចាំខែ/បញ្ចាំ \$ .....	_____	ទូរស័ព្ទមូលដ្ឋាន .....	\$ _____
កិច្ចព្រមព្រៀងទិញលក់ ឬជួល.....	\$ _____	ហ្គាស .....	\$ _____
កម្រៃថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ឬជួលថែទាំលំនៅ.....	\$ _____	អគ្គិសនី .....	\$ _____
កម្រៃថែទាំសំរាប់ខុនដូ ឬកន្លែងស្នាក់នៅរួម .....	\$ _____	ប្រេងកំដៅ.....	\$ _____
ការជួលដីសំរាប់ផ្ទះចល័ត \$ .....	_____	ទឹក .....	\$ _____
ពន្ធលើអចលនៈទ្រព្យ - ទឹកប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ .....	\$ _____	លូទឹកស្អុយ.....	\$ _____
ការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ - ទឹកប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ.....	\$ _____	សំរាម .....	\$ _____

តើអ្នកបង់ប្រាក់សំរាប់ម៉ាស៊ីនកំដៅ និង/ឬម៉ាស៊ីនត្រជាក់ដាច់ចេញពីថ្លៃឈ្នួលផ្ទះរបស់អ្នកដែរទេ?  បាទ-ចាស  ទេ

**សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង**

យើងខ្ញុំមិនអាចរើសអើងលើមូលដ្ឋានអាយុ ភេទ សញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ឬប្រភេទសញ្ជាតិ ពិការភាព លទ្ធភាពសាសនា ជនជាតិដើម ចំណង់ចំណូលចិត្តភេទ បែបបទផ្សេងៗទៀត សមាជិកភាពសហជីព ជំនឿនយោបាយ ឬដោយសារអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬបានទទួលជំនួយពីមុនឡើយ ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកត្រូវបានរើសអើងដោយក្រសួង ឬដោយនរណាម្នាក់ដែលផ្តល់សេវាកម្មសំរាប់ក្រសួង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងផ្តល់មាត់ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនក្រសួង ឬការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី ។ បន្ទាប់មក ក្រសួង ឬការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី នឹងបញ្ជូនបណ្តឹងទៅកាន់ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋដែលត្រឹមត្រូវ ។

**សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹង**

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការក្រសួង ដើម្បីប្តឹងចំពោះសេចក្តីសម្រេចចិត្ត ឬការខកខានអនុវត្តដោយក្រសួង ដែលប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬអ្នកគិតថាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងនៅការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី ។ នៅសវនាការបណ្តឹង អ្នកអាចតំណាងឱ្យខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដូចជា មេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិអាចតំណាងឱ្យអ្នកបាន ។

**សិទ្ធិចំពោះការជួបប្រជុំជាមួយភ្នាក់ងារ**

ប្រសិនបើអ្នកប្តឹង អ្នកអាចមានការជួបប្រជុំជាមួយភ្នាក់ងារមុនពេលសវនាការបាន ។

**សិទ្ធិចំពោះសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ**

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបដិសេធ ផ្តល់ប្រព័ន្ធព័ន្ធនាគារ ឬបញ្ជប់អត្ថប្រយោជន៍ យើងខ្ញុំនឹងពន្យល់មូលហេតុនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹង ។ អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹង ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះវិធានការណ៍ដែលបានចាត់ឡើង និង/ឬមូលហេតុដែលបានផ្តល់ជូន ។

**សិទ្ធិចំពោះភាពជាសម្ងាត់**

យើងខ្ញុំរក្សាព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជូនជាសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់វាតែដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធីដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ ។ ជនណាម្នាក់ដែលបំពានដោយចេតនាវិធាន និងបទប្បញ្ញត្តិណាមួយរបស់ក្រសួងនេះ ដែលបានធ្វើឡើងយោងតាមមាត្រានេះ និងត្រូវបានទោសមជ្ឈិម ហើយផ្អែកតាមការចោទប្រកាន់ និងត្រូវបានកាត់ទោសបង់ពិន័យមិនលើសពីមួយរយដុល្លារ (\$100) ឬរងការជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទាំងពីរ (62 P.S. Section 483) ។

**កម្មវិធីទារមកវិញស្ថានភាព**

ប្រសិនបើអ្នកអាយុ 55 ឬ ច្រើនជាងនេះ ហើយទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់សេវាកម្មទៅមន្ទីរថែទាំ សេវាវិនិច្ឆ័យ និងសេវាវិនិច្ឆ័យបដិសេធតាមស្ថាប័នមិន ព្រមទាំងសេវាវិនិច្ឆ័យ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាពាក់ព័ន្ធណាមួយ អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់សងចំណាយសេវាកម្មទាំងនេះពីស្ថានភាពសាកល្បងរបស់អ្នក ។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីទារមកវិញស្ថានភាព (Estate Recovery Program) រដ្ឋ MA តាមរយៈលេខ 800-528-3708 ។

**ការផ្លាស់ប្តូរ**

ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថា តើអ្នកត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ ឬអត់ អ្នកត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ជូនសមាជិកនៃបុគ្គលិក របស់ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីដោយផ្ទាល់តាមទូរស័ព្ទ ឬតាមសំបុត្រ ។

**ការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS**

អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS សំរាប់សេវាកម្មតែអំឡុងពេលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ ។ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ប័ណ្ណតែសំរាប់ជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ហើយអ្នកអាចទទួលបានតែសេវាដែលចាំបាច់ និងសមរម្យតែប៉ុណ្ណោះ ។

**ការទទួលខុសត្រូវផ្តល់ SSN**

អ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Number - SSN) ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំ ។ ការបដិសេធ ឬការខកខានផ្តល់ SSN អាចនាំឱ្យមានការមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមានប្តី-ប្រពន្ធក្នុងសហគមន៍ គាត់/នាងត្រូវតែផ្តល់ SSN ដែរ ។ យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ SSN ដើម្បីផ្សេងៗគ្នា អត្តសញ្ញាណ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើងខ្ញុំ ទប់ស្កាត់ការបោកប្លន់នៅក្នុងកម្មវិធីរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ សំរាប់ផ្គត់ផ្គង់ក្នុងកម្មវិធីផ្សេងៗទៀត ហើយដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងប្រភពធនធានដើម្បីកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានសំរាប់ និង/ឬទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក (42 U.S.C. Section 1320b-7) ។

**ការពិន័យ**

ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដូចបានតម្រូវ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ជប់ ។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានដោយចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ ឬរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចត្រូវបានពិន័យ និង/ឬដាក់ក្នុងពន្ធនាគារ ។ ការប្រើប្រាស់មិនត្រឹមត្រូវប័ណ្ណ PA Access Card សំរាប់សេវាទាំងឡាយ អាចនាំឱ្យមានការពិន័យ ការជាប់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ ។

**ការទទួលខុសត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាន**

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមលទ្ធភាពប្រសើរបំផុតរបស់អ្នក ។ អ្នកត្រូវតែសហការក្នុងការកាត់ត្រា ឬផ្សេងៗផ្សេងៗព័ត៌មាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាង អ្នកត្រូវស្នើសុំការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីដើម្បីជួយ ។ អ្នកត្រូវតែសហការឱ្យពេញលេញជាមួយនិងការត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងជាមួយមន្ត្រីមកពីក្រសួង ឬការិយាល័យអត្តពិនិត្យ ដែលកំពុងធ្វើការស៊ើបអង្កេត ។

**ខ្ញុំដឹងថា :**

អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានដាក់ពិន័យសំរាប់ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពេញលេញ ឬក្នុងបន្តិច ឬសំរាប់ការមិនរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ។

ជនណាម្នាក់ដែលមានទ្រព្យធនដោយសារការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ ឬប្រាក់ចំណូល ដែលបានប៉ះពាល់ដល់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ និងទទួលខុសត្រូវសំរាប់សំណងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ដែលបានផ្តល់មិនត្រឹមត្រូវ ។

ដោយមាន ឬមិនមានវិធានការណ៍ផ្សេងៗ ខ្ញុំមម្តងឱ្យរដ្ឋនូវសិទ្ធិស្វែងរកសំណងពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ឬសាធារណៈ ឬតតិយភាពដែលទទួលខុសត្រូវ ។ ទឹកប្រាក់ទារមកវិញ និងមិនលើសទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ឱ្យដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) ឡើយ ។

រដ្ឋមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញរាល់កំណត់ត្រាសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានបង់ដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) ។

ការបង់ប្រាក់សំរាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម មិនមែនខ្ញុំឡើយ ។ នេះរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពី Medicare ផងដែរ ។

ខ្ញុំបានទទួលឯកសារសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំខ្ញុំយូរច្បាប់ បានអាន ឬនរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបានយល់ ។

ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ ឬសហការនៅក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានណាមួយចាំបាច់ដើម្បីបញ្ជាក់ពីសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ខ្ញុំ ។

ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំអំឡុង 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ ។

ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្នុងបន្តិច ដែលបានធ្វើឡើងនៅលើពាក្យសុំនេះ ទោះបីជាពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ជំនួសឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ ។

រដ្ឋអនុវត្តកម្មវិធីត្រួតពិនិត្យការកែប្រែបន្តិច ដោយស្វ័យប្រវត្តិការដែលមន្ត្រីថ្នាក់តំបន់ ថ្នាក់រដ្ឋ និងថ្នាក់សហព័ន្ធអាចផ្សេងៗគ្នាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូន ។

រដ្ឋអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំពីមន្ត្រី ឬអង្គការផ្សេងទៀត រួមទាំងការផ្តល់តាមកុំព្យូទ័រ និងការិយាល័យអន្តោប្រវេសន៍ និងសញ្ជាតិ ។

លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្សេងៗគ្នាស្ថានភាព និងលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ ។



**សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង**

យើងខ្ញុំមិនអាចរើសអើងលើមូលដ្ឋានអាយុ ភេទ សញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ឬពូជសាសន៍ ពិការភាព លទ្ធិសាសនា ជនជាតិដើម ចំណង់ចំណូលចិត្តភេទ បែបបែបផែនដីនៅ សមាជិកភាពសហជីព ជំនឿនយោបាយ ឬដោយសារ អ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬបានទទួលជំនួយពីមុនឡើយ ។ ប្រសិនបើអ្នក គិតថា អ្នកត្រូវបានរើសអើងដោយក្រសួង ឬដោយសរណាម្នាក់ដែលផ្តល់ សេវាកម្មសំរាប់ក្រសួង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងផ្តល់មាត់ ឬជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរជូនក្រសួង ឬការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី ។ បន្ទាប់មក ក្រសួង ឬការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី និងបញ្ជូនបណ្តឹងទៅកាន់ ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋដែលត្រឹមត្រូវ ។

**សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹង**

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការក្រសួង ដើម្បីប្តឹងចំពោះសេចក្តីសម្រេចចិត្ត ឬការខកខានអនុវត្តដោយក្រសួង ដែលប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍របស់ អ្នក ឬអ្នកគិតថាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងនៅ ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធី ។ នៅដល់សវនាការបណ្តឹង អ្នកអាច តំណាងឱ្យខ្លួនអ្នក ឬសរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដូចជា មេធាវី មិត្តភក្តិ ឬ សាច់ញាតិអាចតំណាងឱ្យអ្នកបាន ។

**សិទ្ធិចំពោះការជួបប្រជុំជាមួយភ្នាក់ងារ**

ប្រសិនបើអ្នកប្តឹង អ្នកអាចមានការជួបប្រជុំជាមួយភ្នាក់ងារមុនពេល សវនាការបាន ។

**សិទ្ធិចំពោះសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ**

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែល ពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបដិសេធ ផ្តល់ប្រ ពន្យល់ពេល ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ យើងខ្ញុំនឹងពន្យល់មូលហេតុនៅលើ សេចក្តីជូនដំណឹង ។ អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូន ដំណឹង ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះ វិធានការណ៍ដែលបានចាត់ឡើង និង/ឬមូលហេតុដែលបានផ្តល់ជូន ។

**សិទ្ធិចំពោះភាពជាសម្ងាត់**

យើងខ្ញុំរក្សាព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជូនជាសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់វាតែដើម្បី គ្រប់គ្រងកម្មវិធីដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិ ទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ ។ ជនណាម្នាក់ដែលបំពានដោយចេតនាវិធាន និងបទ ប្បញ្ញត្តិណាមួយរបស់ក្រសួងនេះ ដែលបានធ្វើឡើងយោងតាមមាត្រានេះ និងត្រូវមានទោសមជ្ឈឹម ហើយផ្អែកតាមការចោទប្រកាន់ និងត្រូវបាន កាត់ទោសបង់ពិន័យមិនលើសពីមួយរយដុល្លារ (\$100) ឬរងការជាប់ ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទាំងពីរ (62 P.S. Section 483) ។

**កម្មវិធីទារមកវិញស្ថានភាព**

ប្រសិនបើអ្នកអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ហើយទទួលបានជំនួយ វេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់សេវាកម្មនៅមន្ទីរថែទាំ សេវានៅផ្ទះ និងសេវាវិលិចត បដិសេធតាមសហគមន៍ ព្រមទាំងសេវាទាំងនេះ និងឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជាពាក់ព័ន្ធឈាមួយ អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់សងចំណាយ សេវាកម្មទាំងនេះពីស្ថានភាពសាកល្បងរបស់អ្នក ។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីទារមកវិញស្ថានភាព (Estate Recovery Program) រដ្ឋ MA តាមរយៈលេខ 800-528-3708 ។

**ការផ្តល់ប្រាក់**

ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថា តើអ្នកត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្តល់ប្រាក់លាក់លាក់ ឬអត់ អ្នកត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្តល់ប្រាក់ ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ជូន សមាជិកនៃបុគ្គលិក របស់ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីដោយផ្ទាល់ តាមទូរស័ព្ទ ឬតាមសំបុត្រ ។

**ការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS**

អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS សំរាប់សេវាកម្មតែអំឡុងពេល អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ ។ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ប័ណ្ណតែ សំរាប់ជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ហើយអ្នកអាចទទួលបានតែ សេវាដែលចាំបាច់ និងសមរម្យតែប៉ុណ្ណោះ ។

**ការទទួលខុសត្រូវផ្តល់ SSN**

អ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Number - SSN) ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំ ។ ការបដិសេធ ឬការខកខានផ្តល់ SSN អាចនាំឱ្យមានការមិនមាន លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមានប៊ិ-ប្រពន្ធក្នុងសហគមន៍ គាត់ក៏ ត្រូវតែផ្តល់ SSN ដែរ ។ យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ SSN ដើម្បីផ្សេងទៀត អត្តសញ្ញាណ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើងខ្ញុំ ទប់ស្កាត់ការជំនឿននៅក្នុង កម្មវិធីរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ សំរាប់ជនជំងឺក្នុងកំព្រៃទ្រាំជាមួយកម្មវិធីផ្សេងទៀត ហើយដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងប្រភពធនធានដើម្បីកំណត់ លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានសំរាប់ និង/ឬទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក (42 U.S.C. Section 1320b-7) ។

**ការពិន័យ**

ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ពីការផ្តល់ប្រាក់ដូចបានតម្រូវ អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ ។ ប្រសិនបើអ្នកខកខាន ដោយចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ ឬរាយការណ៍ការផ្តល់ប្រាក់ អ្នកអាចត្រូវ បានពិន័យ និង/ឬដាក់ក្នុងពន្ធនាគារ ។ ការប្រើប្រាស់មិនត្រឹមត្រូវប័ណ្ណ PA Access Card សំរាប់សេវាទាំងឡាយ អាចនាំឱ្យមានការពិន័យ ការជាប់ ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ ។

**ការទទួលខុសត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាន**

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមលទ្ធភាពប្រសើរ បំផុតរបស់អ្នក ។ អ្នកត្រូវតែសហការក្នុងការកត់ត្រា ឬផ្សេងទៀត ព័ត៌មាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាង អ្នកត្រូវស្នើសុំការិយាល័យ ផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីដើម្បីជួយ ។ អ្នកត្រូវតែសហការឱ្យពេញលេញ ជាមួយនិងការត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងជាមួយមនុស្សម្នាក់ពីក្រសួង ឬ ការិយាល័យអត្តពិនិត្យ ដែលកំពុងធ្វើការស៊ើបអង្កេត ។

**ខ្ញុំដឹងថា :**

អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានដាក់ ពិន័យសំរាប់ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពេញលេញ ឬក្លែងបន្លំ ឬសំរាប់ការមិន រាយការណ៍ការផ្តល់ប្រាក់ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ។

ជនណាម្នាក់ដែលមានទ្រព្យធនដោយសារការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ ឬប្រាក់ ចំណូល ដែលបានប៉ះពាល់ដល់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ នឹងទទួល ខុសត្រូវសំរាប់សំណងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ដែលបានផ្តល់មិន ត្រឹមត្រូវ ។

ដោយមាន ឬមិនមានវិធានការណ៍ផ្សេងៗ ខ្ញុំសូមផ្តល់ឱ្យរដ្ឋនូវសិទ្ធិ ស្វែងរកសំណងពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ឬសាធារណៈ ឬ តម្លៃភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ ។ ទឹកប្រាក់ទារមកវិញ និងមិនលើស ទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ឱ្យដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) ឡើយ ។

រដ្ឋមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញរាល់កំណត់ត្រាសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបាន បង់ដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) ។

ការបង់ប្រាក់សំរាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ ជូនអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម មិនមែនខ្ញុំឡើយ ។ នេះរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពី Medicare ផងដែរ ។

ខ្ញុំបានទទួលឯកសារសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំមួយច្បាប់ បានអាន ឬសរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបានយល់ ។

ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ ឬសហការនៅក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានណាមួយចាំបាច់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ខ្ញុំ ។

ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ការផ្តល់ប្រាក់ណាមួយនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំអំឡុង 10 ថ្ងៃនៃការផ្តល់ប្រាក់ ។

ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្លែងបន្លំ ដែលបានធ្វើឡើងនៅ លើពាក្យសុំនេះ ទោះបីជាពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានដាក់ជូនដោយសរណាម្នាក់ ជំនួសឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ ។

រដ្ឋអនុវត្តកម្មវិធីត្រួតពិនិត្យការក្លែងបន្លំ ដោយស្ថិតក្រោមការដែលមន្ត្រី ថ្នាក់តំបន់ ថ្នាក់រដ្ឋ និងថ្នាក់សហព័ន្ធអាចផ្សេងផ្តាច់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបាន ផ្តល់ជូន ។

រដ្ឋអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំពីមនុស្ស ឬអង្គការផ្សេង ទៀត រួមទាំងការផ្តល់តាមកុំព្យូទ័រ និងការិយាល័យអន្តោប្រវេសន៍ និង សញ្ជាតិ ។

លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន ផ្សេងផ្តាច់ស្ថានភាព និងលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ ។