



Pennsylvania

Department of Human Services

ពាក្យស្នើសុំសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medicaid) សម្រាប់ការថែទាំ ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង

គូសផឹកផ្នែកដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ៖

- ☐ ការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ
- ☐ សេវាកម្មលើកលែងតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ – ប្រភេទ/ឈ្មោះនៃការលើកលែង/សេវាកម្ម៖ _____
- ☐ ផ្សេងៗ៖ _____

- សូមអានទម្រង់បែបបទនេះទាំងស្រុង។
- សរសេរជាអក្សរធំនូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងផ្នែកដែលមិនមានពាណិជ្ជកម្ម។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ អ្នកផ្សេងទៀតអាចជួយអ្នកបាន ឬអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីនីដ៍សហរដ្ឋអាមេរិក។
- សូមពិនិត្យមើលរាល់ព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពចេញមិនត្រឹមត្រូវ ឬមានការផ្លាស់ប្តូរ សូមគូសចេញព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពនោះ រួចផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីដែលត្រឹមត្រូវជំនួសវិញ។ សូមពិនិត្យមើលរាល់សំណួរដែលមិនមានចម្លើយបោះពុម្ពស្រាប់ ហើយផ្តល់ចម្លើយឆ្លើយតប លើកលែងតែមានការណែនាំបញ្ជាក់ថា អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរទាំងនោះបាន។

អ្នក ឬអ្នកកំណត់ណាមួយដែលអ្នកជ្រើសរើសអាចបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះបាន។ កំណត់របស់អ្នកអាចជាប្តីឬប្រពន្ធ មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ អ្នកដែលមានលិខិតប្រគល់សិទ្ធិពីអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ កំណត់នោះគួរតែជាបុគ្គលដែលយល់ដឹង និងអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នករៀបការហើយ ព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកមួយចំនួនត្រូវតែបំពេញសម្រាប់ទាំងអ្នក និងប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក។ បន្ទាប់ពីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះរួចរាល់ សូមយកវាទៅដោយផ្ទាល់ ឱ្យអ្នកដទៃទៅជូន ឬផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់ការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីនី លើកលែងតែមានការណែនាំផ្សេងទៀតនេះ។ ការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីនី

ខោនធីនីនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើចាំបាច់ត្រូវមានការសម្ភាស។ អ្នកនឹងត្រូវការភស្តុតាងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ និងឯកសារផ្សេងៗសម្រាប់ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលមាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះ លើកលែងតែយើងមានព័ត៌មានទាំងនោះនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើងរួចហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានណាមួយ សូមស្នើសុំជំនួយពីការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីនី អ្នកគួរតែគ្រប់គ្រងឯកសារផ្សេងៗទៅជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ។

បុគ្គលដែលបានផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ (ប្រាក់ចំណូល ឬធនធាន) ក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមក ឬបានបង្កើត ឬផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិទៅក្នុងបរិច្ឆេទចាស់ជាងក្នុងរយៈពេល 60 ខែមុនពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការថែទាំ ជំនួយ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង អាចនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។ ដោយសារតែការការពារនេះ អ្នកអាចនឹងត្រូវផ្តល់ឯកសារផ្សេងៗដាក់អំពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលអ្នកបានកាន់កាប់ក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមក ទោះបីជាបច្ចុប្បន្នអ្នកលែងមានទ្រព្យសម្បត្តិទាំងនោះក៏ដោយ។ យើងនឹងប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេល 60 ខែ មុនពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើព័ត៌មានមានភាពពេញលេញ ហើយអ្នកបានផ្តល់ឯកសារផ្សេងៗដាក់ចាំបាច់ (រួមជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន) ការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីនីនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ គ្មានសិទ្ធិ ឬប្រសិនបើត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

This is an application for Medical Assistance benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអត្ថប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដ៏ល្អដែលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance.
Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office).
Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

这是关于医疗协助福利的申请。
如果你需要翻译协助，请联络你所在
地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế.
Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc
Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ.
Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى
مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك
ستقدم خدمات الترجمة مجاناً.



សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Inspiritec តាមរយៈលេខ 1-866-550-4355 ដើម្បីទទួលបានជំនួយ
ក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតាមរយៈទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាច
ដាក់ពាក្យស្នើសុំអនឡាញបានផងដែរតាមរយៈ៖ www.dhs.pa.gov/compass ។

DO NOT COMPLETE – PROVIDER USE ONLY			
PROVIDER NAME		NUMBER	
ADDRESS		CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER	
DATE OF ADMISSION	DATE OF LEVEL OF CARE DETERMINATION		REQUESTED EFFECTIVE DATE

DO NOT COMPLETE - COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY						
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.	WORKER I.D.	CASELOAD
☐ AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
☐ NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

ការចាប់ផ្តើម

What language do you prefer? ើអ្នកចង់ប្រើភាសាអ្វី? ☐ English/ភាសាអង់គ្លេស ☐ Spanish/ភាសាអេស៉្បាញ ☐ Other/ផ្សេងទៀត (specify/ចូរបញ្ជាក់) _____

Do you need an interpreter? ើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែរឬទេ? ☐ Yes/បាទឬចាស ☐ No/ទេ If yes, what language? ប្រសិនបើបាទឬចាស ើជាភាសាអ្វី? _____

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះសម្រាប់អ្នក ដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ប្រាប់យើងអំពីខ្លួនអ្នក។ សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានណាមួយដែលបានសរសេរខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវ សូមគូសស្វិតចោល រួចសរសេរព័ត៌មានត្រឹមត្រូវជំនួសវិញ។				
ឈ្មោះ (សូមបញ្ចូលនាមខ្លួន អក្សរដំបូងនៃឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល នាមបន្សំ - ដូចជា JR/SR/ជាដើម)៖		លេខរបបសន្តិសុខសង្គម៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)៖	ភេទ៖ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍៖ ☐ នៅលីវ ☐ រស់នៅបែកគ្នា ☐ រៀបការហើយ ☐ លែងលះប្តីប្រពន្ធ ☐ ពោះម៉ាយ ប្រសិនបើរស់នៅបែកគ្នា សូមបំពេញផ្នែកទំនាក់ទំនងសម្រាប់ប្តីឬប្រពន្ធដែលរស់នៅបែកគ្នា។	ប្រសិនបើអ្នកគូសផឹក បែកគ្នា ើកាលបរិច្ឆេទនៃការបែកគ្នាគឺនៅថ្ងៃណា?
ប្រសិនបើអ្នកគូសផឹក មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ ើកាលបរិច្ឆេទដែលប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នកទទួលមរណភាពគឺនៅថ្ងៃណា?	ឈ្មោះប្តី/ប្រពន្ធ?

ជាតិសាសន៍ (មានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ ដែលត្រូវ)			
☐ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក	☐ ជនជាតិអាស៊ី	☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	☐ ជនជាតិកណ្តាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា
☐ ជនជាតិស្បែកស	☐ ផ្សេងទៀត _____		

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ សូមប្រើអាសយដ្ឋានមណ្ឌលថែទាំ)៖	លេខទូរសព្ទ៖	កាលបរិច្ឆេទដែលបានផ្លាស់ប្តូរមកអាសយដ្ឋាននេះ៖
ទីប្រជុំជន៖	មណ្ឌលសិក្សាជីការ៖	អាសយដ្ឋានមុន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ សូមផ្តល់អាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នករៀបការរួច សូមផ្តល់អាសយដ្ឋានរបស់ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក។

ើអ្នកធ្លាប់បានដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬធ្លាប់បានចូលរួមក្នុងកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ដែលពិមិនត្រូវបានកែស្តារថាជា បំណុលរដ្ឋបាល រឺនៅខោនធីផ្សេងទៀតក្នុងរដ្ឋ PENNSYLVANIA ឬនៅក្នុងរដ្ឋផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ	ប្រសិនបើ បាទឬចាស ើរដ្ឋណា?	ើរយៈពេលប៉ុន្មាន?
	ើខោនធីណា?	លេខកំណត់ត្រា៖
ើអ្នកធ្លាប់រស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ	ប្រសិនបើ បាទឬចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះ៖	អាសយដ្ឋាន៖
		កាលបរិច្ឆេទ៖

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយកំពុងធ្វើការ និងមានប្រាក់ចំណូល អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់កម្មករមានពិការភាព (MAWD)។ MAWD មានដែនកំណត់ប្រាក់ចំណូល និងធនធានខ្ពស់ជាងកម្មវិធីជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ហើយកម្មវិធីអ្នកដែលបានចុះឈ្មោះបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ។ ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងទេ ដោយសារតែប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ឬមូលហេតុសម្បូរផ្សេងទៀត។			
ើសរសេរប្រអប់មួយខាងក្រោមនេះ ើឡើកំណត់ពេលដែលអ្នកចង់ឱ្យការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានសម្រេចថាមានសិទ្ធិទទួលបាន MAWD៖			
☐ ខ្ញុំចង់ចាប់ផ្តើមការធានារ៉ាប់រងនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែដែលពាក្យស្នើសុំរបស់ខ្ញុំត្រូវបានទទួល។ ខ្ញុំនឹងបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ខែនេះទាំងមូល។			
☐ ខ្ញុំចង់ចាប់ផ្តើមការធានារ៉ាប់រងនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់ បន្ទាប់ពីពាក្យស្នើសុំរបស់ខ្ញុំត្រូវបានទទួល។			

ើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិក? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិអាមេរិកាំងទេ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម៖		
ើអ្នកមានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ	ើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។	ប្រភេទឯកសារ៖	លេខសម្គាល់ឯកសារ៖
ើអ្នកបានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកមុនឆ្នាំ 1996 ដែរឬទេ? ☐ បាទឬចាស ☐ ទេ	ប្រទេសដើមកំណើត៖		
ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកធានា សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានអ្នកធានារបស់អ្នក៖			

ចុះហត្ថលេខាដើម្បីប្រកាសពិសញ្ញាតិ ឬស្ថានភាពជនបរទេសរបស់អ្នកដូចដែលបានគូសសម្គាល់ខាងលើ៖
ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ សម្រាប់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកបានរៀបការ ឬរស់នៅបែកគ្នា និងមានកូនឬបងប្អូន
បង្កើតនៅក្នុងបន្ទុក។ សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែល
ត្រឹមត្រូវ។

ទំនាក់ទំនង:	ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា JR/SR/ETC)។		ឈ្មោះហៅក្រៅ/ឈ្មោះដើម:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)។	ភេទ:	*ជាតិសាសន៍:	SSN

ទំនាក់ទំនង:	ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា JR/SR/ETC)។		ឈ្មោះហៅក្រៅ/ឈ្មោះដើម:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)។	ភេទ:	*ជាតិសាសន៍:	SSN

ទំនាក់ទំនង:	ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា JR/SR/ETC)។		ឈ្មោះហៅក្រៅ/ឈ្មោះដើម:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)។	ភេទ:	*ជាតិសាសន៍:	SSN

ទំនាក់ទំនង:	ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា JR/SR/ETC)។		ឈ្មោះហៅក្រៅ/ឈ្មោះដើម:
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)។	ភេទ:	*ជាតិសាសន៍:	SSN

*សម្រាប់ជាតិសាសន៍: ការបោះឆ្នោតរបស់អ្នកនឹងមិនមានផលរំលងប៉ះពាល់ទៅប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ឆ្លើយសំណួរ។ សូមប្រើប្រាស់កូដមួយក្នុងចំណោមកូដដូចខាងក្រោម។
1. អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក 2. ជនជាតិអាស៊ី 3. ជនជាតិដើមហៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក 4. ជនជាតិកណ្តាលអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា 5. ជនជាតិស្បែកស 6. ផ្សេងទៀត។ _____

ស្ថានភាព:យោធា
សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

សូមគូសយកមួយ៖

☐ អតីតយុទ្ធជន ☐ យោធាសកម្ម ☐ ឆ្លុះការពារជាតិ ☐ យោធាបម្រុង ☐ ជ្រើមម៉ាយ/ប្តីប្រពន្ធ ឬកូនក្នុងបន្ទុកនៃអតីតយុទ្ធជន

សាខាសេវាកម្ម:	កាលបរិច្ឆេទចូល:	កាលបរិច្ឆេទចេញ:	លេខបណ្តឹងទាមទារ:
---------------	-----------------	-----------------	------------------

ការចុះបញ្ជីឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត (ដែលមានជម្រើស)

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឡើយនេះទេ តើលោកអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនៅថ្ងៃនេះឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនគូសប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ លោកអ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះឡើយ។

**ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែ: 1) មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ នៅថ្ងៃបោះឆ្នោតបន្ទាប់ 2) ជាពលរដ្ឋអាមេរិកដែលមានរយៈពេលយ៉ាងតិចមួយខែមុន
ការបោះឆ្នោតបន្ទាប់ 3) រស់នៅក្នុងរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ានី (Pennsylvania) និងមណ្ឌលបោះឆ្នោតយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃមុនការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។**

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនមានផលរំលងប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយដែលលោកអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវស្វែងរកឬ
ទទួលយកជំនួយ គឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំជាលក្ខណៈឯកជន។ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធី
ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថា មាននរណាម្នាក់បានរំខានដល់សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិន
ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះ សិទ្ធិឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់
អ្នកដើម្បីជ្រើសរើសករណីបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួន របស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងនយោបាយផ្សេងទៀតនោះ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង
ទៅលេខាធិការកុម្មុនរីលនៃក្រសួងការបរទេសផេនស៊ីលវ៉ានី តាមអាសយដ្ឋាន Secretary of the Commonwealth, PA Department of
State, Harrisburg, PA 17120 ។ (លេខទូរស័ព្ទគគិតថ្លៃ
1-877-VOTESPA)។

បុគ្គលិកការិយាល័យជំនួយខោនធី នឹងបំពេញប្រអប់នេះដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកនៅខាងលើ

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងទទួលបានឬបានទទួលការថែទាំសុខភាព ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង តើការចំណាយរបស់អ្នកត្រូវបង់/បានបង់ ដោយរបៀបណា?

តើលោកអ្នកមានវិក្កយបត្រពេទ្យដែលមិនបានបង់ប្រាក់ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងស្នើសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់វិក្កយបត្រទាំងនេះ សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លង។

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (រួមទាំងការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង)
 សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

តើចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងអ្នកណា?	ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង	តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

ព័ត៌មានអំពីធនធានសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងប្តីឬប្រពន្ធ៖
 សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។ សូមបន្ថែមក្រដាសប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងសរសេរច្រើនទៀត។ សូមដាក់ស្លាកសំណួរណាមួយ៖ ដែលលោកអ្នកនឹងឆ្លើយនៅទំព័របន្ថែម។

A. អចលនទ្រព្យ គ្មាន ☐

ទីកន្លែង៖	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	តម្លៃ៖ \$	ការបង្កើតប្រាក់ចំណូល៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	អ្នកមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកណាស់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋាននេះ?	តើអ្នកមានគម្រោងរំលែកឡប់ទៅលំនៅដ្ឋានឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិអចលនទ្រព្យផ្សេងទៀតឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	
តើលំនៅដ្ឋានបានចុះបញ្ជីសម្រាប់លក់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	បើលក់ សូមឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ៖ (សូមចងចាំថាត្រូវរាយការណ៍មកយើងខ្ញុំអំពីការលក់អចលនទ្រព្យ)			បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទបានចុះបញ្ជី៖

ទីកន្លែង៖	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	តម្លៃ៖ \$	ការបង្កើតប្រាក់ចំណូល៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	អ្នកមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកណាស់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋាននេះ?	តើអ្នកមានគម្រោងរំលែកឡប់ទៅលំនៅដ្ឋានឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិអចលនទ្រព្យផ្សេងទៀតឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	
តើលំនៅដ្ឋានបានចុះបញ្ជីសម្រាប់លក់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	បើលក់ សូមឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ៖ (សូមចងចាំថាត្រូវរាយការណ៍មកយើងខ្ញុំអំពីការលក់អចលនទ្រព្យ)			បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទបានចុះបញ្ជី៖

B. ផ្ទះចល័ត គ្មាន ☐

ទីកន្លែង៖	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	តម្លៃ៖ \$	ការបង្កើតប្រាក់ចំណូល៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	អ្នកមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ផ្ទាំ និងម៉ូដែល៖	តើអ្នកណាស់នៅផ្ទះចល័តនេះ?			
តើលំនៅដ្ឋានបានចុះបញ្ជីសម្រាប់លក់? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	បើលក់ សូមឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ៖ (សូមចងចាំថាត្រូវរាយការណ៍មកយើងខ្ញុំអំពីការលក់អចលនទ្រព្យ)			បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទបានចុះបញ្ជី៖

C. ការរៀបចំបុណ្យបញ្ចុះសព គ្មាន ☐

ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានធនាគារ/ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគណនី៖
ផ្ទះពិធីបុណ្យសព៖	តម្លៃក្នុងគណនី៖ \$	កាលបរិច្ឆេទបានបង្កើត៖
តើប្រាក់អាចដកមុនពេលមរណភាពរបស់បុគ្គលឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	តើការប្រាក់អាចដកបានឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	
តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិទឹកល្អនៃបញ្ចុះសពណាមួយឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ទីកន្លែង៖	ចំនួនទឹកល្អនៃ៖

ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានធនាគារ/ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគណនី៖
ផ្ទះពិធីបុណ្យសព៖	តម្លៃក្នុងគណនី៖ \$	កាលបរិច្ឆេទបានបង្កើត៖
តើប្រាក់អាចដកមុនពេលមរណភាពរបស់បុគ្គលឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	តើការប្រាក់អាចដកបានឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	
តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិទឹកល្អនៃបញ្ចុះសពណាមួយឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ទីកន្លែង៖	ចំនួនទឹកល្អនៃ៖

D. ធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត គ្មាន ☐

សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

ម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	លេខក្រុមហ៊ុន	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	តម្លៃលើប័ណ្ណ	តម្លៃសាច់ប្រាក់បច្ចុប្បន្ន	អ្នកទទួលផល

E. រថយន្ត រថយន្តកំសាន្ត រថយន្តដឹកទំនិញ ម៉ូតូ គ្មាន ☐

សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

ឈ្មោះម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ឆ្នាំ ម៉ាក ម៉ូដែល	មានរាជ្ជាប័ណ្ណឬទេ?	ស្ថាប័នលេខ	ចំនួនប្រាក់ជំពាក់	មានកម្មសិទ្ធិ %	មតិយោបល់
		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				

សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមត្រឡប់មកកាន់គេហទំព័រ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។ ធនធានរួមបញ្ចូលទាំង គណនីធនាគារ (រួមមានគណនីចរន្ត គណនីសន្សំ គណនីវិស្វកម្ម) លិខិតបញ្ជាក់ពីការដាក់ប្រាក់បញ្ញើ (CD) គណនីចូលនិវត្តន៍ (រួមទាំង IRA, KEOGH) ស្តុកឬហ៊ុន ប័ណ្ណប្រាក់ដោះដូរបាន (រួមមានប័ណ្ណ សន្សំប្រាក់បង់) សហរដ្ឋអាមេរិក) ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ មូលនិធិវិនិយោគចិត្ត មូលនិធិទាំងសងខាង និងសាច់ប្រាក់សន្សំ។

[illegible]

ក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមកនេះ តើអ្នកឬប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក បានបិទ បានប្រគល់ឱ្យ បានលក់ ឬបានផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយ ដូចជាផ្ទះ ដីធ្លី ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន បំណុលធានារ៉ាប់រងអោយជីវិត ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ គណនីធនាគារ លិខិតបញ្ជាក់ពីការខាតបង់ប្រាក់បញ្ញើ ស្តុកប្រាក់ បំណុលប្រាក់រដ្ឋាភិបាល បំណុលនិងជំនុំកម្មវិធី ឬសិទ្ធិចំពោះ ប្រាក់ចំណូលឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមកនេះ តើអ្នកឬប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក បានផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយទៅក្នុងមូលនិធិទុកចិត្តឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើឆ្លើយសំណួរថា បាទ/ចាស សូមពន្យល់ពីស្ថានភាព (ភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចាំបាច់)៖

ប្រភេទធនធាន៖	កម្លាំងទីផ្សារនៅពេលផ្ទេរ៖ \$	កាលបរិច្ឆេទផ្ទេរប្រាក់៖
--------------	---------------------------------	-------------------------

ប្រសិនបើលោកអ្នកបានបិទឬលុបចោលគណនីណាមួយ ដោយសារលោកអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាផ្ទៃទៅសុខភាព សូមរៀបរាប់រាយបញ្ជីគណនីទាំងនេះ៖

ម្ចាស់គណនី	ប្រភេទធនធាន	ទីកន្លែង	លេខគណនី	កាលបរិច្ឆេទបិទ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមពន្យល់ពីស្ថានភាព (ភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចាំបាច់)៖

ចំនួនប្រាក់៖

\$

កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុក៖

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ប្តីឬប្រពន្ធ និង/ឬ អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក
 សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមត្រឡប់មកវិញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។ សូមបន្ថែមក្រដាស ថែមទៀត ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងសរសេរប្រើទៀត។ សូមដាក់ស្លាកសំណួរណាមួយ ដែលលោកអ្នកនឹងឆ្លើយនៅទំព័របន្ថែម។

សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារទាំងអស់ ដែលត្រូវរាប់បញ្ចូល មានជាអាទិ៍៖ ប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន (ប្រាក់ឈ្នួល ការងារធ្វើជាម្ចាស់ខ្លួនឯង ប្រាក់ចំណូលពីការផ្តល់ផ្ទះ បន្ទប់និងអាហារ កម្រៃជើងសារ ជាដើម) និងប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបាន (ប្រាក់សោធននិរត្តន៍ ការធានារ៉ាប់រងអតីតយុទ្ធជន ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច សំណងភាពគ្មានការងារធ្វើ សំណងនិយោជិត ប្រាក់សោធននិរត្តន៍ការងារផ្លូវដែក ការទូទាត់សំណងផង់ស្លក ការធានារ៉ាប់រងពេលឈឺ ការទូទាត់ពីមូលនិធិទូកចិត្ត ឬប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ ការគាំទ្រ ឬសោធនអាហារកិច្ច ចំណែកប្រាក់ចំណេញ ឬការប្រាក់ និងឆ្នោតផ្សេងសំណង និងការ ឈ្នះឈ្បួងស៊ីសង ជាដើម)

តើប្រាក់ចំណូលនេះជាប្រភេទណា?	ប្រភេទប្រាក់ចំណូល	ប្រភពប្រាក់ចំណូល	ភាពញឹកញាប់ (រៀងរាល់សប្តាហ៍ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ រៀងរាល់ខែ រៀងរាល់ឆ្នាំ)	ចំនួនម៉ោងមធ្យមបានធ្វើការនៅសប្តាហ៍នីមួយៗ	ចំនួនប្រាក់សរុប(ចំនួនប្រាក់ចំណូលមុនការបង់ពន្ធ និងការកាត់ចេញ)	មតិយោបល់
តើផ្ញើសេចក្តីទៅអ្នកណា? (អាណាព្យាបាល/អ្នកទទួលលុយបង់ដែលជាអ្នកតំណាង)			អាសយដ្ឋាន៖			

ការចំណាយលើជម្រក

\$	ថ្លៃឈ្នួលប្រចាំខែ/ការខ្ចីប្រាក់ដោយដាក់រក្សបញ្ចាំបំណុល
\$	កិច្ចព្រមព្រៀងទិញ លក់ ឬជួល
\$	ថ្លៃឈ្នួលមណ្ឌលថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន ឬនៅលំនៅដ្ឋាន
\$	ថ្លៃឈ្នួលលើការការថែទាំឬការជួសជុលសម្រាប់ខុនដូ ឬលំនៅដ្ឋានសហគមន៍
\$	ជួលផ្ទះចល័តយ៉ាងច្រើន
\$	ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ - ចំនួនប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ
\$	ការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ - ចំនួនប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ

\$	ទូរស័ព្ទធម្មតា
\$	ប្រាស
\$	អគ្គិសនី
\$	កន្លែងកម្ដៅ
\$	ទឹក
\$	លូទឹកស្អុយ
\$	សំរាមឬការសំណល់

តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់កម្ដៅ និង/ឬ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ដាច់ដោយឡែកពីការផ្តល់ផ្ទះរបស់អ្នកដែរឬទេ?

បាទ/ចាស
 ទេ

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក សូមអានអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សិទ្ធិទទួលបានការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិ ដើម ពិការភាព អាយុ ភេទ និងក្នុងករណីខ្លះជំនឿសាសនា ឬទស្សនៈនយោបាយឡើយ។ ជនមានពិការភាពដែលត្រូវការប្រយោជន៍បន្ថែម សម្រាប់ព័ត៌មាន កម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្នាម អក្សរធំ អូឌីយ៉ូ ភាសាសញ្ញាអាមេរិកដើម) គួរតែទាក់ទងទៅភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលប្តឹង ពិការភាពស្រាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយ អាចទាក់ទងទៅ USDA តាមរយៈសេវាកម្មបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធ តាមរយៈលេខ (800) 877-8339។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងទាក់ទងនឹងកម្មវិធីដែលទទួលបានជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុសាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (HHS) របស់ សហរដ្ឋអាមេរិក សូមសរសេរទៅកាន់ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ (202) 619-0403 (សំឡេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY)។

ស្ថាប័ននេះផ្តល់ឱកាសស្តីបន្ទាល់មនុស្សគ្រប់រូប។

សិទ្ធិទទួលបានការរក្សាការសម្ងាត់

យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាឯកជន។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់កែលម្អសម្រេចថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីណាខ្លះប៉ុណ្ណោះ។ ការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធី (CAO) នៅពេលមានការស្នើសុំ ត្រូវតែផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាន នូវអាសយដ្ឋាន លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (SSN) និងរូបថត (ប្រសិនបើមាន) របស់បុគ្គលដែលកំពុងរក្សាទុកខ្លួន ដើម្បីគេចវេរីការកាត់ទោស ការយំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំរងការបន្ទុកផ្ទៃក្នុង ឬការបំពានលក្ខខណ្ឌនៃការសាកល្បង ឬការដោះលែងឱ្យនៅក្រៅឃុំ។ បុគ្គលណាដែលដោយចេតនា រំលោភលើវិធាន និងបទប្បញ្ញត្តិណាមួយរបស់ក្រសួងនេះ ត្រូវបានទុកថាបានប្រព្រឹត្តបទល្មើសមជ្ឈិម ហើយនៅពេលត្រូវបានផ្ដន្ទាទោស ត្រូវទទួលទោសពិន័យជាប្រាក់មិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬដាក់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទោសទាំងពីរនេះរួមគ្នា (62 PS, មាត្រា 483)។

សិទ្ធិទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុ។ អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីការលាបរិច្ឆេទដែលបានផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងនោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។

សិទ្ធិក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការជាមួយក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាសេចក្តីសម្រេចនោះមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬប្រសិនបើ DHS មិនបានចាត់វិធានការលើការស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅ CAO។ ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកក៏អាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំជាមួយភ្នាក់ងារជាមុនសិន មុនពេលឈានដល់ការសវនាការផងដែរ។ នៅក្នុងសវនាការ អ្នកអាចធ្វើជាតំណាងឱ្យខ្លួនអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិអាចធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកបាន។

សិទ្ធិក្នុងការទាមទារមូលហេតុសមស្រប

ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ធ្លាប់តម្រូវឱ្យអ្នកសហការក្នុងការបញ្ជាក់ភាពជាឪពុក និងការស្វែងរកការគាំទ្រ។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលើកលែងពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់ថា វាអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក និង/ឬគ្រូរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាមូលហេតុសមស្រប។ លុះត្រាតែមានការលើកលែងដោយមូលហេតុសមស្របត្រូវបានបង្កើតឡើង អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល។ អ្នកក៏នឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការរាយការណ៍ប្រចាំឆមាសផងដែរ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតដោយមូលហេតុសមស្រប។

ការទាមទារសងថ្លៃសេវាព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសារ

ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ សេវាលើកលែងនៅតាមផ្ទះ និងសហគមន៍រួមទាំងសេវាផ្សេងៗ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ អ្នកនឹងត្រូវតម្រូវឱ្យសងថ្លៃសេវាទាំងនេះមកវិញព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបែងចែកតាមគុណភាព។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីទាមទារសងថ្លៃសេវាព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសារនៃជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតាមរយៈលេខ 1-800-528-3708។

សិទ្ធិទទួលបានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រងដែលមានសុពលភាព

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ពេលដែលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬកំណត់ សម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលមានស្រាប់។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងការប្រឆាំងធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាគ្រុម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការរៀបចំសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដែលមានពីមុនមក អ្នកអាចត្រូវបានកាត់ត្រាទុកនូវរយៈពេលដែលអ្នកបានទទួលការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នេះអាចជួយឱ្យអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកកាន់កិច្ចការរបស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំវិញ្ញាបនបត្រនេះ។

ទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវតែជួយក្នុងការបង្ហាញភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់។ អត្ថប្រយោជន៍អាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើអ្នកខកខានក្នុងការផ្តល់ភស្តុតាងជាភាសា។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបានទេ អ្នកគួរតែស្នើសុំ CAO ឱ្យជួយអ្នកដើម្បីទទួលបានវា។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានទាក់ទងដោយ DHS ឬការិយាល័យអគ្គនាយកដ្ឋាន អ្នកត្រូវតែសហការឱ្យបានពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតទាំងនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ សេវាលើកលែងនៅតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ រួមទាំងសេវាផ្សេងៗ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យសងថ្លៃសេវាទាំងនេះមកវិញព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបែងចែកតាមគុណភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់ យើងអាចតម្រូវឱ្យអ្នកចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងដើម្បីសងត្រលប់វិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នក ឬប្រពន្ធរបស់អ្នក និងកូនរូបរបស់អ្នកទទួលបាន។

ទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គម

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ទេ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យស្នើសុំវា។ ការមិនផ្តល់ SSN អាចបណ្តាលឱ្យអ្នកមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នករៀបការហើយ អ្នកអាចច្រើនរើសបានថាតើត្រូវផ្តល់ SSN របស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកដែរឬទេ ប្រសិនបើប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ SSN ដែលបានផ្តល់នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់អត្តសញ្ញាណ សម្រាប់ការផ្តល់ជូនតាមកំពូទ្រ ដែលផ្សេងទៀតប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារការស្តួនគ្នានៃអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ ការផ្តល់ SSN អាចកាត់បន្ថយពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីដំណើរការអត្ថប្រយោជន៍។ ជនមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំត្រឹមតែជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់ SSN ឡើយ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រើប្រាស់កាត PA ACCESS ដោយស្របច្បាប់

នៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ អ្នកនឹងទទួលបានកាត PA ACCESS មួយ។ កាតនេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់តែបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិ និងក្នុងអំឡុងពេលដែលមានសិទ្ធិប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់កាតនេះសម្រាប់តែសេវាកម្មដែលចាំបាច់ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់អ្នកទៅកាន់បុគ្គលិកកាន់កិច្ចការរបស់អ្នក ឬទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍នឹងរួមបញ្ចូលទាំងមនុស្សដែលចាកចេញ ឬផ្លាស់ទៅរស់នៅក្នុងផ្ទះ អាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់នរណាម្នាក់ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ ការសម្រាលកូន ប្រភពចំណូលថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល និងការឈ្នះឆ្នោត និងល្បែងស៊ីសង។ បុគ្គលិកកាន់កិច្ចការរបស់អ្នក នឹងការជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវបង្ហាញលើព័ត៌មានលម្អិតដោយផ្អែកលើកម្មវិធី និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលមានការតម្រូវនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីអាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ ការដាក់ទណ្ឌកម្ម ឬការចោទប្រកាន់ផ្នែករដ្ឋប្បវេណី ឬព្រហ្មទណ្ឌ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ CAO ដោយផ្ទាល់ តាមទូរសព្ទ ទូរសារ តាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមរយៈគណនី MyCOMPASS។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930 ឬសម្រាប់ទីក្រុង Philadelphia, 1-215-560-7226 នៅពេលណាក៏បាន។

ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

នៅពេលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ៖

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្លួនខ្ញុំ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូល (EVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អ្នកប្រើប្រាស់ និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្ញើរថ្នាក់ ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលមានតាមរយៈ EVS នឹងអនុវត្តការផ្សេងទៀត និងត្រូវបានផ្តល់ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ញើរផ្ទេរជូនតាមរយៈទំនាក់ទំនងជាមួយភាគីទីបី នៅពេលព័ត៌មានលម្អិតដែលផ្តល់ឱ្យត្រូវបានកែប្រែឡើងវិញដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មានបែបនេះអាចប្រើប្រាស់ដើម្បីសិទ្ធិទទួលបាន និងកម្មវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គ្រួសារខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើការស្នើសុំនេះ ខ្ញុំកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុ ណាមួយឬអង្គការព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ តាមរយៈអេឡិចត្រូនិក ឬរូបវន្តណាមួយ និងទំនាក់ទំនងដែលបានកាត់ដោយគ្រឹះស្ថាននោះ ទៅកាន់ក្រុមសមាជិកសហគមន៍ ឬក្រុមមេត្តាដែលបានចាត់តាំងសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ និងបញ្ជាក់ធនធាន (ហៅផងដែរថា "ទ្រព្យសម្បត្តិ") នៅពេលដែលចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់ ការដកប្រាក់ ការបិទកំណត់ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតដែលបានស្នើសុំ ឬទទួលបានពីគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុ រួមទាំងបេតិកភ័យផ្សេងទៀតដែលធ្វើឡើងដោយគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុទាក់ទងនឹងកំណត់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថាការអនុវត្តនេះមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ឬប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តចាត់ទុកវាដោយតាមរយៈការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅក្រសួង មិនថាមួយណាដែលកើតឡើងមុននោះទេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំចាត់ទុកការអនុវត្តនេះដោយខ្លួនខ្ញុំ នោះវាអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ លាក់បាំង ឬមិនបញ្ជាក់អំពីការពិតដែលអាចប្រើប្រាស់សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យសងប្រាក់ អត្ថប្រយោជន៍វិញ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យប្រគល់ឱ្យមិនឱ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួននៅពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកកំណត់ ឬសិទ្ធិកំណត់ស្របច្បាប់ដោយបញ្ចេញផ្នែកសិទ្ធិកំណត់ស្របច្បាប់ ឬអ្នកកំណត់ផ្សេងៗទៀត។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្នុងក្លាយណាមួយដែលបានធ្វើឡើងក្នុងការស្នើសុំនេះ ទោះបីជាការស្នើសុំនេះត្រូវបានដាក់ស្នើដោយនរណាម្នាក់ផ្សេងដែលកំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា បុគ្គលណាម្នាក់ដែលទទួលបានការជូនទ្រព្យសម្បត្តិជាលទ្ធផលពីការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ ឬប្រាក់ចំណូល ដែលនឹងប្រើប្រាស់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ នឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះដែលបានចេញដោយមិនត្រឹមត្រូវ។
- ខ្ញុំបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ បានអានវា ឬនរណាម្នាក់បានអានវាឱ្យខ្ញុំស្តាប់ ហើយខ្ញុំយល់ព័រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ចូលនៅក្នុងការស្នើសុំនេះនឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយគ្រាន់តែដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានផ្នែកស្រូវក្នុងគោលបំណងដាក់ពន្ធនៃសិទ្ធិទទួលបាន។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍អំពីការល្មើសឆោត និងល្មើសស្តីអង្វរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ចប់ សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះនឹងត្រូវផ្ញើមកឲ្យបុគ្គល។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃជូនដំណឹងនេះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងក្នុងការស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំល្អិតក្រោមការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិន័យធនក ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ការស្នើសុំត្រូវផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ ឬស្នើសុំលេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ ប្រសិនបើពួកគេមិនមានទេនោះ។ លេខនេះអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅលើការស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែបើកការ PA ACCESS ក្នុងអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំត្រូវតែបើកការ PA ACCESS សម្រាប់គេប្រគល់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ ហើយអាចទទួលបានតែអត្ថប្រយោជន៍ដែលចាំបាច់ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅលើការស្នើសុំនេះ។ ការផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ និងកាត់បន្ថយពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។

X

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬអ្នកកំណត់ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

X

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលនៃអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬអ្នកកំណត់ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលត្រូវបានបញ្ចូល គឺជាការពិតល្អិតក្រោមការពិនិត្យលើសម្បទាន។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រនៃការធានារ៉ាប់រងដែលអាចទុកចិត្តបាន ដើម្បីផ្ញើរថ្នាក់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកផ្នែកស្រូវរបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬមានកំណត់សម្រាប់ស្ថានភាពដែលមានស្រាប់មុននេះ។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោងសុខភាពជាតិក្រុមដែលមានលក្ខខណ្ឌដែលមានស្រាប់មុននេះ ខ្ញុំអាចទទួលបានកំណត់សម្រាប់ពេលដែលខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ ខ្ញុំនឹងត្រូវដាក់ក្នុងកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពដែលមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោងសុខភាពមួយ។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោងសុខភាពអាចក៏កើតថ្លៃ ឬថ្លៃចំណាយទាបសម្រាប់ខ្ញុំ ពីព្រោះក្រុមសុខភាពថ្លៃប្រចាំខែដែលកម្រោងសុខភាពជំនួសខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ថ្លៃសេវាប្រចាំខែក៏ជាថ្លៃសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺធ្ងន់។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានដោយសារតែកំហុស ការក្លែងបន្លំ ឬហេតុផលផ្សេងទៀត នោះខ្ញុំអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យសងទៅក្រសួងវិញនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ដែលបានទូទាត់ជំនួសខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវច្រើនជាងមួយ ខ្ញុំនឹងត្រូវដាក់ក្នុងប្រភេទកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវដែលមានអត្ថប្រយោជន៍បំផុតដែលមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិជ្រើសរើសប្រភេទកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវណាមួយដែលខ្ញុំទទួលបាន ហើយខ្ញុំអាចស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរទៅប្រភេទផ្សេងប្រសិនបើខ្ញុំមានសិទ្ធិសម្រាប់ប្រភេទនោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវដែលមានការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រានៃសេវាផ្នែកស្រូវទាំងអស់ដែលទូទាត់ដោយកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ។ កម្រោងសុខភាពនឹងត្រូវបានទូទាត់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា មិនមែនខ្ញុំទេ។ រួមបញ្ចូលទាំងការបង់ប្រាក់ពី Medicare។
- ខ្ញុំកំពុងផ្តល់ឱ្យខ្លួនខ្ញុំសិទ្ធិក្នុងការស្វែងរក ដោយមាន ឬគ្មានវិធានការផ្សេងៗ ច្បាប់ ការទូទាត់ប្រាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ឬសាធារណៈ ឬភាគីទីបីដែលទទួលខុសត្រូវ។ ជំនួសទីក្រប្រាក់ដែលបានកត់ត្រានឹងមិនលើសពីជំនួសទីក្រប្រាក់ដែលបានទូទាត់ដោយកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវនោះទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំជំនួយពីការិយាល័យជំនួយតាមខោនធី (CAO) ដើម្បីទទួលបានកម្រិតសេវាដែលកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ ហើយ CAO អាចទាត់ទង់បុគ្គលផ្សេងទៀតសម្រាប់ការបញ្ជាក់ ថា គេខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានកម្រិតសេវាដែលកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើមិនសូម្បីមួយចំនួន ឬទាំងអស់នៃបុគ្គលដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំដោយមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវតាមរយៈក្រសួង នោះពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីសហព័ន្ធ និង/ឬរដ្ឋក្រុងមើលថែទាំសុខភាពឯកជនតាមរយៈកម្មវិធីវិជ្ជាជីវៈធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ Pennsylvania (Pennie)។ ក្នុងករណីនេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅលើការស្នើសុំនេះទៅ Pennie។
- ការបន្តការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលបន្តបន្ទាប់៖** ដើម្បីធ្វើឱ្យការនាំចេញស្រូវក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយក្នុងការទូទាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំបន្តបន្ទាប់ទៀត ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធីវិជ្ជាជីវៈធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ Pennsylvania (Pennie) ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានពីលិខិតប្រកាសពន្ធ។ Pennie នឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងមកខ្ញុំ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ហើយខ្ញុំអាចបដិសេធមិនចូលរួមនៅពេលណាក៏បាន។

បាទប្រសិនបើ អ្នកបន្តសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ចំណុចខាងក្រោម៖ (ក្នុងជើកចម្លើយមួយ)៖

- ☐ រយៈពេលប្រាំឆ្នាំ (ជំនួសឆ្នាំ ជាអតិបរមាដែលបានអនុញ្ញាត)
- ☐ រយៈពេលបួនឆ្នាំ
- ☐ រយៈពេលបីឆ្នាំ
- ☐ រយៈពេលពីរឆ្នាំ
- ☐ រយៈពេលមួយឆ្នាំ
- ☐ ចូរកុំប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអំពីលិខិតប្រកាសពន្ធដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំជាថ្មីឡើយ។

សំខាន់៖ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន SNAP/LIHEAP អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់យល់ព្រមសម្រាប់ដំណើរការលឿន នៅក្នុងសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយផ្នែកស្រូវ។

ឈ្មោះអ្នកកំណត់ដែលមានការអនុញ្ញាត	អាសយដ្ឋានអ្នកកំណត់ដែលមានការអនុញ្ញាត	លេខទូរស័ព្ទ

សម្រាប់តែការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីប៉ុណ្ណោះ៖	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.
	CAO Signature
	Date

ត្រូវប្រាកដថា បានចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើការស្នើសុំនេះ និងរួមបញ្ចូលទាំងឯកសារដែលបានតម្រូវ។

លិខិតបញ្ជាក់

ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្នុងក្របខណ្ឌនេះ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញចំពោះចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានអានពាក្យសុំនេះពេញលេញ ឬមាននរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ស្តាប់នូវអ្វីដែលបានសួរ។ ខ្ញុំបានទទួលឯកសារចម្លងមួយច្បាប់អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ឬមាននរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងអំពីឯកសារនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត	កាលបរិច្ឆេទ	ID, បានផ្ទៀងផ្ទាត់	ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ
អាសយដ្ឋានអ្នកតំណាង		ទីក្រុង រដ្ឋ កូដទីក្រុង +4	លេខទូរស័ព្ទ
សាក្សី (បើបានចុះហត្ថលេខាដោយមាន X ខាងលើ)	កាលបរិច្ឆេទ		
អាសយដ្ឋានសាក្សី		ទីក្រុង រដ្ឋ កូដទីក្រុង +4	លេខទូរស័ព្ទ
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម (បើបានដាក់ជូនពិនិត្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម)	កាលបរិច្ឆេទ	☐ ការធ្វើសម្ភាសន៍ដូចដោយផ្ទាល់ជាមួយ៖	
		☐ ការធ្វើសម្ភាសន៍តាមទូរស័ព្ទជាមួយ៖	
ការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO ឬតាមការជ្រើសរើស	កាលបរិច្ឆេទ	☐ ការធ្វើសម្ភាសន៍ដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត	

អ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិ

សូមបំពេញ បើលោកអ្នកមានអ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិ។ ឯកសារចម្លងនៃលិខិតជូនដំណឹងនឹងត្រូវផ្ញើទៅអ្នកដែលមានឈ្មោះ។

នាមក្រកួល នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់៖	ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖			☐ អ្នកតំណាង ☐ លិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិ
អាសយដ្ឋាន៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខហ្វីបកូដ៖	លេខទូរស័ព្ទ៖

ខ្ញុំមានចំណងចង់ដកពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ៖

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក សូមអានអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សិទ្ធិទទួលបានការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីសម្រួលដល់ការបំពេញតួនាទីរបស់ពួកគេ ក្នុងការធានាថា អ្នកទាំងអស់គ្នា ត្រូវបានស្រាវជ្រាវដោយយោងតាមច្បាប់។

ជនមានពិការភាពដែលត្រូវការបន្ថែមទៀតនឹងទទួលបានសម្រាប់ព័ត៌មាន កម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្នាម អក្សរធំ អូឌីយ៉ូ ភាសាសញ្ញាអាមេរិកជាដើម) ក្នុងការទាក់ទងទៅក្នុងការងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលរងគ្រោះពីការរើសអើង ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយ អាចទាក់ទងទៅ USDA តាមរយៈសេវាកម្មបញ្ជូនបន្តសារព័ត៌មាន តាមរយៈលេខ (800) 877-8339។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងទៀតក្នុងការសម្ភាសន៍ផងដែរ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងទាក់ទងនឹងកម្មវិធីដែលទទួលបានជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុសហព័ន្ធតាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (HHS) របស់ សហរដ្ឋអាមេរិក សូមសរសេរទៅកាន់៖ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬអ៊ីម៉ែលទៅលេខ (202) 619-0403 (សំឡេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY)។

ស្ថាប័ននេះផ្តល់ឱកាសស្នើសុំការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ។

សិទ្ធិទទួលបានការរក្សាការសម្ងាត់

យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាឯកជន។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការសម្រេចថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីណាខ្លះឬទេ។ ការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធី (CAO) នៅពេលមានការស្នើសុំ ត្រូវតែផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាន នូវអាសយដ្ឋាន លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (SSN) និងបទប្បញ្ញត្តិ (ប្រសិនបើមាន) របស់បុគ្គលដែលកំពុងរក្សាទុកខ្លួន ដើម្បីគេចវេរីការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំឃាំងពីបទឧក្រិដ្ឋ ឬការរំលោភបំពានច្បាប់នៃការសាកល្បង ឬការដោះលែងឱ្យនៅក្រៅឃុំ។ បុគ្គលណាដែលដោយចេតនា រំលោភលើវិធាន និងបទប្បញ្ញត្តិណាមួយរបស់ក្រសួងនេះ ត្រូវបានទុកថាបានប្រព្រឹត្តបទល្មើសមជ្ឈិម ហើយនៅពេលត្រូវបានផ្ដន្ទាទោស ត្រូវទទួលទោសពិន័យជាប្រាក់មិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬដាក់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទោសទាំងពីរនេះរួមគ្នា (62 PS. មាត្រា 483)។

សិទ្ធិទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុ។ អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលបានផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងនោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។

សិទ្ធិក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការជាមួយក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាសេចក្តីសម្រេចនោះមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬប្រសិនបើ DHS មិនបានចាត់វិធានការលើការស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅ CAO។ ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកក៏អាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំជាមួយនិច្ចាគីការងារជាមុនសិន មុនពេលឈានដល់ការសវនាការផងដែរ។ នៅក្នុងសវនាការ អ្នកអាចធ្វើជាភាគីណាមួយក្នុងការសម្ភាសន៍ ឬអ្នកផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិអាចធ្វើជាភាគីណាមួយក្នុងការសម្ភាសន៍។

សិទ្ធិក្នុងការទាមទារមូលហេតុសមស្រប

ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ច្បាប់តម្រូវឱ្យអ្នកសហការក្នុងការបញ្ជាក់ភាពជាឪពុក និងការស្វែងរកការគាំទ្រ។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលើកលែងពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់ថា វាអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក និង/ឬកូនរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាមូលហេតុសមស្រប។ លុះត្រាតែមានការលើកលែងដោយមូលហេតុសមស្របត្រូវបានបង្កើតឡើង អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល។ អ្នកក៏នឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការការងាររបស់អ្នកប្រចាំឆមាសផងដែរ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតដោយមូលហេតុសមស្រប។

ការទាមទារសងថ្លៃសេវាព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសារ

ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាមនុស្សជាតិ សេវាលើកលែងនៅតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ រួមទាំងសេវាមន្ទីរពេទ្យ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ អ្នកនឹងត្រូវតម្រូវឱ្យសងថ្លៃសេវាទាំងនេះមកវិញព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបែងចែកតាមកុលការ។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីទាមទារសងថ្លៃសេវាព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសារនៃជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតាមរយៈលេខ 1-800-528-3708។

សិទ្ធិទទួលបានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រងដែលមានសុពលភាព

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ពេលដែលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬកំណត់ សម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលមានស្រាប់។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាគ្រុម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការរៀបចំសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដែលមានពីមុនមក អ្នកអាចត្រូវបានកក់ត្រាទុកនូវរយៈពេលដែលអ្នកបានទទួលការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នេះអាចជួយឱ្យអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកកាន់កិច្ចការរបស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំវិញ្ញាបនបត្រនេះ។

ទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវតែជួយក្នុងការបង្ហាញភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់។ អត្ថប្រយោជន៍អាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើអ្នកខកខានក្នុងការផ្តល់ភស្តុតាងជាក់លាក់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបានទេ អ្នកក៏អាចស្នើសុំ CAO ឱ្យជួយអ្នកដើម្បីទទួលបានវា។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានទាក់ទងដោយ DHS ឬការិយាល័យអគ្គនាយកដ្ឋាន អ្នកត្រូវតែសហការឱ្យបានពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតទាំងនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាមនុស្សជាតិ ថែទាំមនុស្សជាតិ សេវាលើកលែងនៅតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ រួមទាំងសេវាមន្ទីរពេទ្យ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យសងថ្លៃសេវាទាំងនេះមកវិញព័ទ្ធជាមួយក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបែងចែកតាមកុលការរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់ យើងអាចតម្រូវឱ្យអ្នកចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងដើម្បីសងត្រលប់វិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នក ឬប្រពន្ធរបស់អ្នក និងកូនរបស់អ្នកទទួលបាន។

ទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គម

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ទេ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យស្នើសុំវា។ ការមិនផ្តល់ SSN អាចបណ្តាលឱ្យអ្នកមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នករៀបការហើយ អ្នកអាចច្រើនរើសបានថា តើត្រូវផ្តល់ SSN របស់ឬប្រពន្ធរបស់អ្នកដែរឬទេ ប្រសិនបើឬប្រពន្ធរបស់អ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ SSN ដែលបានផ្តល់នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់អត្តសញ្ញាណ សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់តាមកុំព្យូទ័រ ដែលផ្សេងទៀតប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារការស្តួនគ្នានៃអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ ការផ្តល់ SSN អាចកាត់បន្ថយពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីដំណើរការអត្ថប្រយោជន៍។ ជនមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំត្រឹមតែជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់ SSN ឡើយ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រើប្រាស់កាត PA ACCESS ដោយស្របច្បាប់

នៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ អ្នកនឹងទទួលបានកាត PA ACCESS មួយ។ កាតនេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់តែបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិ និងក្នុងអំឡុងពេលដែលមានសិទ្ធិប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់កាតនេះសម្រាប់តែសេវាកម្មដែលចាំបាច់ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់អ្នកទៅកាន់បុគ្គលិកកាន់កិច្ចការរបស់អ្នក ឬទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍នឹងរួមបញ្ចូលទាំងមនុស្សដែលចាកចេញ ឬផ្លាស់ទៅរស់នៅក្នុងផ្ទះ អាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់នរណាម្នាក់ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ ការសម្រាលកូន ឬកាច់ប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល និងការឈ្នះឆ្នោត និងល្បែងស៊ីសង។ បុគ្គលិកកាន់កិច្ចការរបស់អ្នក និងការជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវបង្កើតឡើងលើព័ត៌មានលម្អិតដោយផ្អែកលើកម្មវិធី និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលមានការតម្រូវនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធីអាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ការងារកំណត់មួយ ឬការចោទប្រកាន់ផ្នែករដ្ឋប្បវេណី ឬព្រហ្មទណ្ឌ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ CAO ដោយផ្ទាល់ តាមទូរសព្ទ ទូរសារ តាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមរយៈគណនី MyCOMPASS។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930 ឬសម្រាប់ទីក្រុង Philadelphia, 1-215-560-7226 នៅពេលណាក៏បាន។

ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

នៅពេលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ៖

- ខ្ញុំយល់ថា រដ្ឋ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ឬការងារណាមួយដែលបានបញ្ជាក់សិទ្ធិក្នុងការងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្សេងៗទៀតព័ត៌មានដែលខ្ញុំជឿជាក់ថា ព័ត៌មានដែលមានកម្រិត៖ IEVS និងអង្គភាពផ្សេងទៀតនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈទំនាក់ទំនងជាមួយភាគីទីបីនៅពេលព័ត៌មានលម្អិតដែលបានត្រូវបានរកឃើញដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មានរបស់នេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន និងកម្រិតនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់ក្រុមហ៊ុន។
- ខ្ញុំយល់ថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ ខ្ញុំកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយបំភ្លឺព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ តាមរយៈអេឡិចត្រូនិក ឬរូបវន្តណាមួយ និងទាំងអស់ដែលបានកាត់ដោយគ្រឹះស្ថាននោះ ទៅកាន់ក្រសួងសេវាមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារ ឬអ្នកបើកបរដែលបានចាត់តាំងសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ និងបញ្ជាក់ជូនបាន (ហៅផងដែរថា "ទ្រព្យសម្បត្តិ") នៅពេលដែលចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរួមបញ្ចូលទាំងការដាក់ប្រាក់ ការដកប្រាក់ ការបើកគណនី និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតដែលបានស្នើសុំ ឬទទួលបានពីគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុ រួមទាំងប្រតិបត្តិការផ្សេងទៀតដែលបានឡើងដោយគ្រឹះស្ថានហិរញ្ញវត្ថុទាក់ទងនឹងកំណត់ ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថាការអនុញ្ញាតនេះមានលក្ខណៈស្មើគ្នាជាមួយសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ឬប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តចាត់ទុកវាជាមោឃៈតាមរយៈការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅក្រសួង មិនថាមួយណាក៏ដោយឡើយនោះទេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំចាត់ទុកការអនុញ្ញាតនេះជាមោឃៈ នោះវាអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬក្រុមហ៊ុនខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ លាក់បាំង ឬមិនបង្ហាញអំពីការពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យសងប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍វិញ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានចោទប្រកាន់តាមផ្លូវច្បាប់ និងត្រូវបានដកសិទ្ធិមិនឱ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួននៅពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកកំណត់ ឬសិទ្ធិកំណត់សម្របច្បាប់ដោយបំពេញផ្នែកសិទ្ធិកំណត់សម្របច្បាប់ ឬអ្នកកំណត់ផ្លូវច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ និងព្រមព្រៀងថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្នុងក្លាយណាមួយដែលបានធ្វើឡើងក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ទោះបីជាពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវបានដាក់ស្នើដោយនរណាម្នាក់ដែលកំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលទទួលបានការបង្កើនទ្រព្យសម្បត្តិជាលទ្ធផលពីការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ ឬប្រាក់ចំណូល ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះដែលបានចេញដោយមិនត្រឹមត្រូវ។
- ខ្ញុំជឿជាក់ថាខ្ញុំមិនបានបំពានច្បាប់ណាមួយនៃសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ បានអានវា ឬនរណាម្នាក់បានអានវាឱ្យខ្ញុំស្តាប់ ហើយខ្ញុំយល់ពីវា។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ចូលនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះនឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយគ្រាន់តែដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានរដ្ឋសាស្ត្រក្នុងគោលបំណងកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍អំពីការឈ្នះឆ្នោត និងល្បែងស៊ីសង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ចប់ សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះនឹងពន្យល់ពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃជូនដំណឹងនេះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំល្អិតត្រឹមត្រូវផ្ទៀងផ្ទាត់ពីនិយោជក ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំត្រូវផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ ឬស្នើសុំលេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ ប្រសិនបើពួកគេមិនមានទេនោះ។ លេខនេះអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើកាត PA ACCESS ក្នុងអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំត្រូវតែប្រើកាត PA ACCESS សម្រាប់គ្រប់ក្នុងដែលមានសិទ្ធិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ ហើយអាចទទួលបានតែអត្ថប្រយោជន៍ដែលចាំបាច់ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ។ ការផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ និងកាតបន្ថយពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។

- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលត្រូវបានបញ្ចូល គឺជាការពិតល្អិតត្រឹមត្រូវហើយនឹងលើសម្បូរចំពោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានការប្រកាសនៃការធានារ៉ាប់រងដែលអាចទុកចិត្តបាន ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែករដ្ឋសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬមានកំណត់សម្រាប់ស្ថានភាពដែលមានស្រាប់មុននេះ។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោងសុខភាពជាគ្របដណ្តប់ដែលមានស្ថាប័នមុននេះ ខ្ញុំអាចទទួលបានឥរិយាបថនៃការធានារ៉ាប់រងដែលខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវដាក់ក្នុងកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយបំផុតដែលមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោងសុខភាពមួយ។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោងរដ្ឋសាស្ត្រ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារតែកំហុស ការក្លែងបន្លំ ឬហេតុផលផ្សេងទៀត នោះខ្ញុំអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យសងទៅក្រសួងវិញនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ដែលបានទូទាត់ជំនួសខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រច្រើនជាងមួយ ខ្ញុំនឹងត្រូវដាក់ក្នុងប្រភេទកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រដែលមានអត្ថប្រយោជន៍បំផុតដែលមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិជ្រើសរើសប្រភេទកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រណាមួយដែលខ្ញុំទទួលបាន ហើយខ្ញុំអាចស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរទៅប្រភេទផ្សេង ប្រសិនបើខ្ញុំមានសិទ្ធិសម្រាប់ប្រភេទនោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រដែលមានការរងថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រានៃសេវារដ្ឋសាស្ត្រទាំងអស់ដែលទូទាត់ដោយកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ។ កម្រោងសុខភាពនឹងធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា មិនមែនខ្ញុំទេ។ រួមបញ្ចូលទាំងការបង់ប្រាក់ពី Medicare។
- ខ្ញុំកំពុងផ្តល់ឱ្យរដ្ឋនូវសិទ្ធិក្នុងការស្វែងរក ដោយមាន ឬគ្មានវិធានការផ្លូវច្បាប់ទូទាត់ប្រាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ឬសាធារណៈ ឬភាគីទីបីដែលទទួលខុសត្រូវ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកក់ត្រានឹងមិនលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានទូទាត់ដោយកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រនោះទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំជំនួយពីការិយាល័យជំនួយតាមខោនធី (CAO) ដើម្បីទទួលបានកម្រិតកាត់បន្ថយអំពីការចំណាយ ហើយ CAO អាចទាត់ទម្រង់ប្រាក់ផ្សេងទៀតសម្រាប់ការបញ្ជាក់ ថាខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានកម្រិតកាត់បន្ថយដែលខ្ញុំទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើមនុស្សមួយចំនួន ឬទាំងអស់នៃបុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំដោយមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រតាមរយៈក្រសួង នោះពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីសហព័ន្ធនិង/ឬក្រសួងមេរៀនថែទាំសុខភាពឯកជនតាមរយៈកម្មវិធីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ Pennsylvania (Pennie)។ ក្នុងករណីនេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះទៅ Pennie។
- ការបន្តការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឆ្នាំបន្តបន្ទាប់ ដើម្បីធ្វើឱ្យកាន់តែងាយស្រួលក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយក្នុងការទូទាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំបន្តបន្ទាប់ទៀត ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ Pennsylvania (Pennie) ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានពីលិខិតប្រកាសពន្ធ។ Pennie នឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងមកខ្ញុំដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ហើយខ្ញុំអាចបដិសេធមិនចូលរួមនៅពេលណាក៏ដោយ។

ប្រសិនបើ អ្នកបន្តសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ចំណុចខាងក្រោម៖ (ក្លែងបន្លំឡើយមួយ)

- ☐ រយៈពេលប្រាំឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំ ជាអតិបរមាដែលបានអនុញ្ញាត)
- ☐ រយៈពេលបួនឆ្នាំ
- ☐ រយៈពេលបីឆ្នាំ
- ☐ រយៈពេលពីរឆ្នាំ
- ☐ រយៈពេលមួយឆ្នាំ
- ☐ ចូរកុំប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអំពីលិខិតប្រកាសពន្ធ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំជាថ្មីឡើយ។