



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ពាក្យសុំសិទ្ធិទទួលបានហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medicaid) សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង

សូមគូសចំណុចណាមួយដែលលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ៖

- ☐ ការថែទាំសុខភាពនៅមណ្ឌល
- ☐ សេវាអនុគ្រោះសិទ្ធិសម្រាប់ការថែទាំតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ - ប្រភេទ/ឈ្មោះការអនុគ្រោះសិទ្ធិ/សេវា _____
- ☐ ផ្សេងៗ៖ _____

- សូមអានសំណុំបែបបទទាំងអស់។
- សរសេរព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំជាអក្សរពុម្ពនៅចន្លោះកន្លែងដែលមិនមានស្រមោល
- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬគួរឱ្យកត់សម្គាល់អំពីការបំពេញពាក្យសុំ ឬលោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។
- សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពលើសំណុំបែបបទនេះ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពចំហើយ មិនត្រឹមត្រូវ ឬបានផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមគូសចោលព័ត៌មានដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ព និងផ្តល់ជូនព័ត៌មានថ្មីៗ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណុំរូបថតទាំងអស់ ដែលមិនមានចម្លើយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ព ហើយផ្តល់ចម្លើយ ល្អៗត្រឹមត្រូវមានការណែនាំដែលប្រាប់លោកអ្នកថាលោកអ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។

លោកអ្នកឬអ្នកតំណាងណាម្នាក់ ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើសនោះ អាចបំពេញពាក្យសុំនេះ។ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចជាប្តីប្រពន្ធ មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ អ្នកដែលមានលិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ត្រូវមាននរណាម្នាក់ដែលយល់ដឹង និងអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នករៀបការហើយនោះ ព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកខ្លះត្រូវតែបំពេញសម្រាប់អ្នកនិងប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក។

បន្ទាប់ពីសំណុំបែបបទនេះត្រូវបានបំពេញហើយ សូមយកវា ឬចុះនរណាម្នាក់យកវាមក ឬផ្ញើតាមបុស្សប្រៃសណីយ៍ទៅការិយាល័យជំនួយខោនធី លើកលែងតែលោកអ្នកត្រូវបានណែនាំតាមរបៀបផ្សេងទៀត។ ការិយាល័យជំនួយខោនធីនឹងប្រាប់លោកអ្នកថាត្រូវការធ្វើសម្ភាសនាឬទេ។ លោកអ្នកនឹងត្រូវការលិខិត

បញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណកម្ម និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានផ្សេងទៀតនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ រៀបរៀងឡើងវិញដើម្បីមានព័ត៌មានរួចហើយនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានសំណុំបែបបទនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធី។ លោកអ្នកត្រូវគ្រប់គ្រងការផ្ទៀងផ្ទាត់ទៅនឹងសំណុំបែបបទនេះ។

អ្នកដែលបានចែកទ្រព្យសម្បត្តិ (ប្រាក់ចំណូល ឬធនធាន) ក្នុងរយៈពេល 60 ខែ ខេន្ទង់មកប្រចាំឆ្នាំ ឬផ្សេងទៀតសម្រាប់ផ្នែកក្នុងរយៈពេល 60 ខែ មុនពេលដាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង អាចមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ ដោយសារតែមានតម្រូវការទាមទារនេះ លោកអ្នកអាចត្រូវផ្តល់ជូនការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលជាកម្មសិទ្ធិក្នុងរយៈពេល 60 ខែ ខេន្ទង់មក ទោះបីជាលោកអ្នកអាចមិនមែនជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិទៅទៀតក្តីឡើយ។ យើងខ្លួនប្រើលេខបណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ខែ មុនការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើព័ត៌មានបានបំពេញ ហើយលោកអ្នកបានផ្តល់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ដែលចាំបាច់ (ដោយមានសំណុំបែបបទនេះ បើអាចធ្វើទៅបាន) ក៏បើករយៈពេលជំនួយខោនធីនិងជូនដំណឹងដល់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិ ឬមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន 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
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យជំនួយដែលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។

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.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំតាមអនឡាញផងដែរ៖ www.compass.state.pa.us

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	

ចាប់ផ្តើម

តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្ត? ☐ អង់គ្លេស ☐ អេស៉្បាញ ☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) _____

តើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើចម្លើយថា បាទ/ចាស តើភាសាអ្វី? _____

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ សម្រាប់លោកអ្នកដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។			
សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីលោកអ្នកផ្ទាល់។ សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។			
ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា JR./SR./ETC.)	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ៖ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍៖ ☐ នៅលើ ☐ រស់នៅបែកគ្នា ☐ រៀបការហើយ ☐ លែងលះប្តីប្រពន្ធ ☐ ពោះម៉ាយ		តើកាលបរិច្ឆេទនៃការរស់នៅបែកគ្នាគឺនៅពេលណា ?	
ប្រសិនបើរស់នៅបែកគ្នា សូមបំពេញផ្នែកទំនាក់ទំនងសម្រាប់ប្តីប្រពន្ធដែលរស់នៅបែកគ្នា។			
ប្រសិនបើគូសយកពោះម៉ាយ តើកាលបរិច្ឆេទនៃមរណភាពរបស់ប្តីប្រពន្ធអ្នកគឺនៅពេលណា ?		ឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ	

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

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌល សូមប្រើអាសយដ្ឋានអគារ)៖		លេខទូរស័ព្ទ៖	កាលបរិច្ឆេទបានផ្លាស់ទៅអាសយដ្ឋាននេះ៖
ទីប្រជុំជនឬតំបន់៖	មណ្ឌលសិក្សាធិការ៖	អាសយដ្ឋានពីមុន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌល សូមផ្តល់ជូនអាសយដ្ឋានថ្មី៖ ប្រសិនបើលោកអ្នករៀបការហើយ សូមផ្តល់អាសយដ្ឋានប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក)៖	

តើលោកអ្នកធ្លាប់ដាក់ពាក្យសុំ ឬបានទទួលស្តាប់ច្បាប់ ឬការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបានចូលរួមកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ដែលត្រូវបានដឹងពីពេលមុនថាជាប័ណ្ណជនក្រីក្រទិញអាហារក៏ម្ចាស់ក៏ម្ចាស់នៅខោនធីផ្សេងទៀតនៅក្នុងរដ្ឋនេះឬទេ? ឬនៅក្នុងរដ្ឋផ្សេងទៀតឬទេ?		បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើដូចម្តេច?	រយៈពេលប៉ុន្មាន?
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ខោនធីដូចម្តេច?		លេខកំណត់ហេតុ៖
តើលោកអ្នកធ្លាប់រស់នៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ឬទេ?	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះ៖	អាសយដ្ឋាន៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ			

តើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិក? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		ប្រសិនបើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិក សូមឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ៖		
តើលោកអ្នកមានស្ថានភាព៖ អន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក៖	ប្រភេទឯកសារ៖	លេខឯកសារប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន៖	លេខជនបរទេស៖
តើលោកអ្នកបានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកមុនឆ្នាំ 1996 ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		ប្រទេសដើម៖		
ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអ្នកជួយឧបត្ថម្ភ សូមផ្តល់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានអ្នកជួយឧបត្ថម្ភរបស់អ្នក៖				
សូមចុះហត្ថលេខាដើម្បីបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិឬស្ថានភាពជនបរទេសរបស់អ្នកដូចដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើ៖				
_____		_____		
ហត្ថលេខា		កាលបរិច្ឆេទ		

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ សម្រាប់ប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកបានរៀបការ ឬរស់នៅបែកគ្នា និងមានកូនៗឬបងប្អូនបង្កើតនៅក្នុងបន្ទុក។
សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

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៖ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងមិនមានផលចំណេញប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ឆ្លើយសំណួរ។ សូមប្រើប្រាស់កូដមួយក្នុងចំណោមកូដដូចខាងក្រោម៖
 1. អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក 2. ជនជាតិអាស៊ី 3. ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក 4. ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា 5. ជនជាតិស្បែកស 6. ផ្សេងទៀត៖ _____

ស្ថានភាព៖ បេឡា
សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

សូមគូសយកមួយ៖

☐ អតីតយុទ្ធជន
 ☐ យោធាសកម្ម
 ☐ ឆ្នាំការពារជាតិ
 ☐ យោធាបម្រុង
 ☐ ស្ត្រីមម៉ាយ/ប្តីប្រពន្ធ ឬកូនក្នុងបន្ទុកនៃអតីតយុទ្ធជន

សាខាសេវាកម្ម៖	កាលបរិច្ឆេទចូល៖	កាលបរិច្ឆេទចេញ៖	លេខបណ្តឹងទាមទារ៖
---------------	-----------------	-----------------	------------------

ការចុះបញ្ជីឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត (ដែលមានជម្រើស)

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឥឡូវនេះទេ តើលោកអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនៅថ្ងៃនេះឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
 ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនគួសប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ លោកអ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះឡើយ។

ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែ៖ 1) មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ នៅថ្ងៃបោះឆ្នោតបន្ទាប់ 2) ជាពលរដ្ឋអាមេរិកដែលមានរយៈពេលយ៉ាងតិចមួយខែមុនការបោះឆ្នោតបន្ទាប់ 3) រស់នៅក្នុងរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ានី (Pennsylvania) និងមណ្ឌលបោះឆ្នោតយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃមុនការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនមានផលចំណេញដល់ចំនួនជំនួយដែលលោកអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវស្វែងរកឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំជាលក្ខណៈឯកជន។ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខ្មោចឆ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថា មាននរណាម្នាក់បានរំខានដល់សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះសិទ្ធិឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងនយោបាយផ្សេងទៀតនោះ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅលេខាធិការកុមារនៃក្រសួងការបោះឆ្នោតផេនស៊ីលវ៉ានីនៀតាមអាសយដ្ឋាន Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 *1 (លេខទូរស័ព្ទតំកល់គិតថ្លៃ 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/បានបង់ដោយរបៀបណា?

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។ សូមបន្ថែមក្រដាសប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងសរសេរប្រសិនបើទៀត។ សូមដាក់ស្លាកសម្គាល់ណាមួយ ដែលលោកអ្នកនឹងឆ្លើយនៅទំព័របន្ថែម។

A. អចលនទ្រព្យ គ្មាន ☐

ទីកន្លែង៖	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	តម្លៃ៖ \$	ការបង្កើតប្រាក់ចំណូល៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	អ្នកមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកណាស់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋាននេះ ?	តើអ្នកមានគម្រោងរំលែកទ្រព្យទៅលំនៅដ្ឋានឬទេ ? ☐ 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 ?	តើអ្នកមានគម្រោងរំលែកទ្រព្យទៅលំនៅដ្ឋានឬទេ ? ☐ 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
ឆ្នាំ និងថ្ងៃដែល៖	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/ចាស់ ☐ ទេ	តើការប្រាក់អាចដកបានឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	
តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិទីកន្លែងបញ្ចុះសពណាមួយឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ សូមបញ្ជាក់ទីកន្លែង៖	ចំនួនទីកន្លែង៖

ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានធនាគារ/ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគណនី៖
ផ្ទះពិធីបុណ្យសព៖	តម្លៃក្នុងគណនី៖ \$	កាលបរិច្ឆេទបានបង្កើត៖
តើប្រាក់អាចដកមុនពេលមរណភាពរបស់បុគ្គលឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	តើការប្រាក់អាចដកបានឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	
តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិទីកន្លែងបញ្ចុះសពណាមួយឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ សូមបញ្ជាក់ទីកន្លែង៖	ចំនួនទីកន្លែង៖

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	មានអាជ្ញាប័ណ្ណឬទេ ?	ស្លាកលេខ	ចំនួនប្រាក់ដំណាក់	មានកម្មសិទ្ធិ %	មតិយោបល់
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ				
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ				

F. ធនធានផ្សេងទៀត គ្មាន ☐

សូមពិនិត្យមើលទៀងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។ ធនធានរួមបញ្ចូលទាំងគណនីធនាគារ (រួមមានគណនីចរន្ត គណនីសន្សំ គណនីស្បៀងកុល) លិខិតបញ្ជាក់ពីការដាក់ប្រាក់បញ្ញើ (CD) គណនីចូលនិវត្តន៍ (រួមទាំង IRA, KEOGH) ស្តុកឬហ៊ុន ប័ណ្ណប្រាក់រដ្ឋាភិបាល (រួមមានប័ណ្ណសន្សំប្រាក់របស់សហរដ្ឋអាមេរិក) ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ មូលនិធិទុកចិត្ត មូលនិធិទាំងសងខាង និងសាច់ប្រាក់សុទ្ធ។

ឈ្មោះម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ធនធាន	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	ឈ្មោះធនាគារ/លេខគណនី	ភាគរយមានកម្មសិទ្ធិ	មតិយោបល់
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

ក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមកនេះ តើអ្នកឬប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក បានបិទ បានប្រគល់ឱ្យ បានលក់ ឬបានផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយ ដូចជាផ្ទះ ដីធ្លី ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ គណនីធនាគារ លិខិតបញ្ជាក់ពីការដាក់ប្រាក់បញ្ញើ ស្តុកឬហ៊ុន ប័ណ្ណប្រាក់រដ្ឋាភិបាល ប័ណ្ណមូលនិធិទុកចិត្ត ឬសិទ្ធិចំពោះប្រាក់ចំណូលឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

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

បើឆ្លើយសំណួរថា បាទ/ចាស សូមពន្យល់ពីស្ថានភាព (ភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចាំបាច់)៖ _____

ប្រភេទធនធាន៖	តម្លៃទីផ្សារនៅពេលផ្ទេរ៖ \$	កាលបរិច្ឆេទផ្ទេរឬបិទ៖
--------------	-------------------------------	-----------------------

ប្រសិនបើលោកអ្នកបានបិទឬលុបចោលគណនីណាមួយ ដោយសារលោកអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព សូមរៀបរាប់រាយបញ្ជីគណនីទាំងនេះ៖

ម្ចាស់គណនី	ប្រភេទធនធាន	ទីកន្លែង	លេខគណនី	កាលបរិច្ឆេទបិទ

តើអ្នកប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកបានទទួល ឬលោកអ្នករំពឹងថានឹងទទួលបានប្រាក់ចំណូល/ទ្រព្យសម្បត្តិ/ការទូទាត់បញ្ជី/ការគិតជាចំនួនសរុប/ការទទួលបានមរតកឬទេ ?

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ សូមពន្យល់ពីស្ថានភាព (ភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចាំបាច់) ៖

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ប្តីឬប្រពន្ធ និង/ឬ អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក
 សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។ សូមបន្ថែមក្រដាសថែមទៀត ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងសរសេរច្រើនទៀត។ សូមដាក់ស្លាកសំណួរណាមួយ៖ ដែលលោកអ្នកនឹងឆ្លើយនៅទំព័របន្ថែម។

សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារទាំងអស់ ដែលត្រូវរាប់បញ្ចូល មានជាអាទិ៍៖ ប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន (ប្រាក់ឈ្នួល ការងារធ្វើជាម្ចាស់ខ្លួនឯង ប្រាក់ចំណូលពីការផ្តល់ជូន បន្ទប់និងអាហារ កម្រៃជើងសារ ជាដើម) និងប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបាន (ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ការធានារ៉ាប់រងអតីតយុទ្ធជន ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច សំណង់ភាពគ្មានការងារធ្វើ សំណង់និយោជិត ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ការងារផ្លូវដែក ការទូទាត់សំណងជំងឺស្លឹក ការធានារ៉ាប់រងពេលឈឺ ការទូទាត់ពីមូលនិធិទុកចិត្ត ឬប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ ការគាំទ្រ ឬសោធនអាហារកិច្ច ចំណែកប្រាក់ចំណេញ ឬការប្រាក់ និងឆ្នោតផ្សេងសំណង និងការលុះល្អែងស៊ុសង ជាដើម)

តើប្រាក់ចំណូលនេះជាប្រភពណា ?	ប្រភេទប្រាក់ចំណូល	ប្រភពប្រាក់ចំណូល	ភាពញឹកញាប់ (រៀងរាល់សប្តាហ៍ រៀងរាល់ខែ រៀងរាល់ឆ្នាំ)	ចំនួនម៉ោងមធ្យមបានធ្វើការនៅសប្តាហ៍នីមួយៗ	ចំនួនប្រាក់សរុប (ចំនួនប្រាក់ចំណូលមុនការបង់ពន្ធនិងការកាត់ចេញ)	មតិយោបល់

តើធ្វើសែកទៅអ្នកណា ? (អាណាព្យាបាល/អ្នកទទួលបន្ទុកដែលជាអ្នកតំណាង) ៖

អាសយដ្ឋាន៖

\$	ថ្លៃឈ្នួលប្រចាំខែ/ការខ្ចីប្រាក់ដោយដាក់រ៉ាប់បញ្ចាំចំណូល	\$	ទូរស័ព្ទធម្មតា
\$	កិច្ចព្រមព្រៀងទិញ លក់ ឬជួល	\$	ហ្គាស
\$	ថ្លៃឈ្នួលមណ្ឌលថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន ឬនៅលំនៅដ្ឋាន	\$	អគ្គិសនី
\$	ថ្លៃឈ្នួលលើការការពារថែទាំការផ្តល់ជូនសម្រាប់ខ្លួនឬ ឬលំនៅដ្ឋានសហករណ៍	\$	ឥន្ធនៈកម្ដៅ
\$	ផ្តល់ផ្ទះចល័តយ៉ាងច្រើន	\$	ទឹក
\$	ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ - ចំនួនប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ	\$	លូទឹកស្អុយ
\$	ការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ - ចំនួនប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ	\$	សំរាមឬការសំណល់

តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់កម្ដៅ និង/ឬ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ដាច់ដោយឡែកពីការផ្តល់ជូនរបស់អ្នកដទៃឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ទំព័រ 7

PA 600 L-C (AS) 1/20

សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីជួយដល់ការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងក្នុងករណីមួយចំនួន គឺជំនឿខាងសាសនា ឬ គោលនយោបាយ។

អ្នកមានពិការភាពដែលត្រូវការបន្ថែមទ្វារទំនាក់ទំនងដែលមានជម្រើសសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ដូចជាអក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភាព អក្សរធំៗ ភាសាសញ្ញាអាមេរិកជាដើម) ត្រូវទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង។ ឬគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ពីការរើសអើងសហព័ន្ធ តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធតាមលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងៗទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី ដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សហព័ន្ធ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)), សូមសរសេរមក៖ នាយិក (HHS Director), ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ (Office for Civil Rights), បន្ទប់ (Room 515-F), 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬការិយាល័យទូរស័ព្ទលេខ (202) 619-0403 (ជាសំឡេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY)។ ស្ថាប័ននេះ គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា។

សិទ្ធិចំពោះព័ត៌មានសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាតើកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងករណីមានការស្នើសុំ ការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) ត្រូវផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាននានាសម្រាប់ការបញ្ជូនបន្តឯកសារ (SSN) និងរូបថត (ប័រមាន) របស់ ឬគ្រួសារដែលកំពុងរៀនសូត្រនេះដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការប្តឹងប្រកាស ឬការបង្ខាំងទុកចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬការរំលោភបំពានលើការព្យាបាលមានលក្ខណៈពិការភាព។ ជនណាដែលរំលោភបំពានលើច្បាប់ឬបទបញ្ញត្តិណាមួយរបស់នាយកដ្ឋាននេះដោយចេតនាត្រូវមានទោស ពីបទល្មើសមជ្ឈឹម ហើយនៅពេលផ្ដន្ទាទោសត្រូវកាត់ទោសឱ្យបង់ប្រាក់ពិន័យមិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬត្រូវជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬត្រូវជាប់ទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483)។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងដែលសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាកឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងនោះ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុ។ លោកអ្នកនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទលិខិតជូនដំណឹងតាមប៉ុស្តិ៍របស់លិខិត ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ។

សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៃក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាវាអយុត្តិធម៌ឬមិនត្រឹមត្រូវប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅការិយាល័យ CAO ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំទីភ្នាក់ងារមន្ត្រីពេលសវនាការផងដែរ។ នៅក្នុងសវនាការ លោកអ្នកអាចតំណាងឱ្យខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចធ្វើតំណាងក្នុងនាមជាលោកអ្នក។

សិទ្ធិដើម្បីទាមទារហេតុផលត្រឹមត្រូវ

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសាច់ប្រាក់ ឬការធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រនោះ ច្បាប់តម្រូវឱ្យលោកអ្នកសហការដោយមានការបង្កើតភាពជាឪពុកនិងការស្វែងរកការគាំទ្រ។ លោកអ្នកអាចត្រូវបានលើកលែងពីតម្រូវការទាមទារទាំងនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកបង្ហាញថាវាអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់លោកអ្នក និង/ឬ កូនរបស់អ្នក។ ហើយនេះត្រូវបានគេដឹងថាជាហេតុផលត្រឹមត្រូវ។ លុះត្រាតែមានការលើកលែងហេតុផលត្រឹមត្រូវមួយ ត្រូវបានបង្កើតឡើងនោះ លោកអ្នកនឹងតម្រូវឱ្យបំពេញលក្ខខណ្ឌការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល។ លោកអ្នកនឹងតម្រូវឱ្យមានឱ្យបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌរបាយការណ៍ពាក់កណ្តាលឆ្នាំផងដែរ លើកលែងតែមានការផ្តល់ជូនហេតុផលត្រឹមត្រូវ។

ការទទួលបានមកវិញអចលនទ្រព្យ

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មករបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីស្តីពីការទទួលបានមកវិញអចលនទ្រព្យជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតាមលេខ 1-800-528-3708 ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលដែលមានឥណទាន

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាក្រុម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួចមកហើយ លោកអ្នកអាចទទួលបានឥណទានសម្រាប់ពេលវេលាដែលអ្នកបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការណ៍នេះអាចជួយលោកអ្នកឱ្យទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាន

លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ លោកអ្នកត្រូវតែជួយបង្ហាញភស្តុតាងចំពោះព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន។ ការធានារ៉ាប់រងនានាអាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ដាក់លាក់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ទេ លោកអ្នកត្រូវស្នើសុំការិយាល័យ CAO ឱ្យជួយលោកអ្នកទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់នេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការទាក់ទងពីក្រសួង DHS ឬការិយាល័យអធិការកិច្ចទូទៅ លោកអ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតទាំងនោះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មករបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់យើងខ្ញុំអាចទាមទារលោកអ្នកចុះកិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់ធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នក ឬបុគ្គលនៃ កូនរបស់អ្នកបានទទួល។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខប័ណ្ណ SSN លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណនេះ។ ការមិនផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN អាចបណ្តាលឱ្យមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។ លេខប័ណ្ណ SSN របស់អ្នក នឹងត្រូវប្រើសម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការផ្ទៀងផ្ទាត់តាមកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារពីការស្វែងរកការធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ លោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN ទេ។ (42 U.S.C 1320b-7)

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS CARD តាមច្បាប់ត្រឹមត្រូវ។

នៅពេលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកនឹងទទួលបានប័ណ្ណ PA ACCESS ។ ប័ណ្ណនេះអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយនៅអំឡុងពេលមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ លោកអ្នកអាចប្រើតែប័ណ្ណសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលត្រូវការចាំបាច់និងសមហេតុផលតែប៉ុណ្ណោះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍រួមមានដែលមនុស្សចាកចេញឬផ្លាស់ចូលក្នុងផ្ទះ អាសយដ្ឋានថ្មី ការដោះស្រាយប្រាប់នរណាម្នាក់ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ កំណើតកើតជាប្រភពចំណូលថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល និងឆ្នោតផ្សេងសំណាង និងការឈ្នះល្បែងស៊ីសង។

ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

នៅពេលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ៖

- ខ្ញុំយល់ថាផ្ទះផែនស៊ីលវ៉ានឆៀ Pennsylvania ទទួលព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ចំពោះប្រាក់ចំណូល (EVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដើម្បី ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ EVS និងអង្គភាពផ្សេងទៀត និងត្រូវបានស្នើសុំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈប្រភពព័ត៌មាននៅពេលព័ត៌មានលម្អិតដែល ខុសគ្នា ត្រូវបានរកឃើញដោយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាននឹងបែបនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់ និងកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ បញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមអ្វីៗត្រូវបាន ឬតាមមធ្យោបាយណាមួយផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ ក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានាដែលគ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ជូនទៅក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ ឬភ្នាក់ងារ ដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកមេការរបស់ខ្លួន សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ ទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងករណីមានតម្រូវការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះ ជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ រួមមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបើកធនាគារ និង ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានទាំងប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ ផ្សេងទៀត ដែលទទួលរ៉ាប់រងដោយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុចំពោះគណនី ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សិទ្ធិ អនុញ្ញាតនេះ មានប្រសិទ្ធភាពរហូតដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជូនទៅនាយកដ្ឋានណាមួយដែលកំពុងតែឡើងមុខគេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណែនាំអាចធ្វើឱ្យខូច ឬត្រូវការខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបកស្រាយខុស បិទបាំង ឬមិនព្រមទទួលការពិនិត្យដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមាន សិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការធានារ៉ាប់រង ខ្ញុំអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវការទោស និងត្រូវដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់នាពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចរៀនសូត្រសិទ្ធិអ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិដោយបំពេញផ្នែកអ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្នុងបន្ទំណាមួយដែលមាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះ ជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនពិនិត្យដោយនរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលធ្វើឱ្យមានលទ្ធផលនៃការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ ឬប្រាក់ចំណូល ដែលអាចធ្វើឱ្យមានផល ប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំនោះ នឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងប្រាក់លើការធានារ៉ាប់រងទាំង នោះ ដែលចេញដោយមិនត្រឹមត្រូវ។
- ខ្ញុំបានទទួលឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយបានអានឬមាននរណាម្នាក់ បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងអំពីឯកសារនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ចូលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រង ការធានារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និង ព័ត៌មានរដ្ឋសាស្ត្រសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលតម្រូវឱ្យខ្ញុំយកការណែនាំ ត្រូវតែយកការណែនាំក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវយកការណែនាំពីការឈ្នះឆ្នោត និងល្បែងស៊ីសង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើ ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ចប់នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ នឹង ពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃដោយគិតចាប់ពីការលើកចេញនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ មួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោគ ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណ ធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។ លេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាន នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះនៅទូទាំងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែ ប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានតែការធានា រ៉ាប់រងដែលត្រូវការចាំបាច់ និងសមហេតុផលតែប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំជំនួយ ឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុង ពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការសន្យាថ បំពាន (បទឧក្រិដ្ឋ) ។

X ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត កាលបរិច្ឆេទ

ចំណុចសំខាន់៖ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP/LIHEAP លោកអ្នកអាចទទួលបានសំណុំបែបបទស្តីពីការព្រមព្រៀងលើការពិនិត្យមើលយ៉ាង ឆាប់រហ័ស Fast Track តាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងកម្មវិធីជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ។

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត	អាសយដ្ឋានអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត	លេខទូរស័ព្ទ

COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities. _____ CAO Signature	_____ Date
-------------------------------	---	---------------

ត្រូវប្រាកដថា ត្រូវចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយបញ្ចូលឯកសារដែលបានទាមទារ។

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានតំណទាន ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃ ធានារ៉ាប់រងផ្នែករដ្ឋសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថានៅពេលណាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព អាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំ សុខភាពជាគ្រុម ដែលមានការកំណត់លក្ខខណ្ឌដែលមានស្រាប់កាលពីមុន ខ្ញុំអាចទទួលបានក្រុំឱកាសនៅពេល ដែលខ្ញុំបានទទួលជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែករដ្ឋសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេកំណត់ នៅក្នុងកញ្ចប់ធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយបំផុត ដែលអាចមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចនឹងត្រូវ បានគេទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថាការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព អាច មានដោយគិតគិតថ្លៃ ឬការចំណាយតិចសម្រាប់ខ្ញុំ ដោយសារក្រសួងបង់ថ្លៃសេវាប្រចាំខែសម្រាប់គម្រោង ថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាថ្លៃសេវាប្រចាំខែ គឺជាថ្លៃសេវាពន្ធអាករ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយផ្នែករដ្ឋសាស្ត្រដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារមានកហុស ការក្លែងបន្លំ ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មកខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានគេទាមទារទូទាត់សងប្រាក់ជូនក្រសួងនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ដែលបានបង់ក្នុង នាមជំនួសខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា រដ្ឋមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញរាល់កំណត់ត្រានៃសេវាកម្មរដ្ឋសាស្ត្រទាំងអស់ ដែលបានបង់ដោយ ជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រ។ ការទូទាត់ប្រាក់សេវាកម្មនឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម មិនមែនបង់ជូនខ្ញុំទេ។ ហើយនេះ រួមបញ្ចូលទាំងការបង់ប្រាក់ពីកម្មវិធីមេឌីគែម Medicare ។
- ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិជូនដូក្នុងការស្វែងរកដោយមានប្រដោយគ្នានូវធានាការផ្លូវច្បាប់ ការបង់ប្រាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឯកជនឬរដ្ឋ ឬភាគីទីបីដែលទទួលខុសត្រូវ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកកត្រានេះ នឹងមិនមានលើសពីចំនួនទឹក ប្រាក់ដែលបានបង់ដោយជំនួយរដ្ឋសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំការិយាល័យជំនួយរដ្ឋនានា (CAO) សម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពី ការចំណាយ ហើយថាការិយាល័យ CAO អាចទាត់ទងមកផ្សេងទៀត ដើម្បីសុំការបញ្ជាក់ថា តើខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុង ការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីអ្វីមួយឬទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំ សុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំ សុខភាពជាលក្ខណៈឯកជនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ឱ្យក្រសួង ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទីផ្សារ។
- ការបន្តថ្មីឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅផ្ទះក្រោយៗទៀត៖ ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ភាពមានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការជួយបង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅផ្ទះក្រោយៗទៀតនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រើទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានទាំង ព័ត៌មានពីសំណងពន្ធផង់ដែរ។ ទីផ្សារនេះ នឹងធ្វើលិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរធានា ហើយខ្ញុំ អាចរៀនសូត្រយកបានគ្រប់ពេល។

បាទ/ចាស ការបន្តថ្មីឡើងវិញភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលបន្ទាប់ទៀត៖
(សូមគូសយកមួយ) ៖

☐ ប្រាំឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមា ដែលបានអនុញ្ញាត)

☐ បួនឆ្នាំ

☐ បីឆ្នាំ

☐ ពីឆ្នាំ

☐ មួយឆ្នាំ

☐ មិនត្រូវប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីសំណងពន្ធ ដើម្បីបន្តធ្វើថ្មីឡើងវិញ ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។

លិខិតបញ្ជាក់

ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាចំពោះការកំណត់ទោសទណ្ឌដែលចែងដោយច្បាប់នោះ ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញចំពោះចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានអានពាក្យសុំនេះពេញលេញ ឬមាននរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់សំណួរដែលបានសួរ។ ខ្ញុំបានទទួលឯកសារចែកចម្លងមួយច្បាប់អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ឬមាននរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងអំពីឯកសារនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត	កាលបរិច្ឆេទ	I.D. បានផ្ទៀងផ្ទាត់	ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ
អាសយដ្ឋានអ្នកតំណាង		ទីក្រុង រដ្ឋ កូដទីក្រុង +4	លេខទូរស័ព្ទ
សាក្សី (បើបានចុះហត្ថលេខាដោយមាន X ខាងលើ)	កាលបរិច្ឆេទ		
អាសយដ្ឋានសាក្សី		ទីក្រុង រដ្ឋ កូដទីក្រុង +4	លេខទូរស័ព្ទ
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សវាកម្ម (បើបានដាក់ជូនពិនិត្យដោយអ្នកផ្តល់សវាកម្ម	កាលបរិច្ឆេទ	☐ ការធ្វើសម្ភាសន៍ជួបដោយផ្ទាល់ជាមួយ៖ _____	
		☐ ការធ្វើសម្ភាសន៍តាមទូរស័ព្ទជាមួយ៖ _____	
ការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO ឬតាមការជ្រើសរើស	កាលបរិច្ឆេទ	☐ ការធ្វើសម្ភាសន៍ដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត	

អ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិ

សូមបំពេញ បើលោកអ្នកមានអ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិ។ ឯកសារចែកចម្លងនៃលិខិតជូនដំណឹងនឹងត្រូវផ្ញើទៅអ្នកដែលមានឈ្មោះ។

នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ពេញលេញ	ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖	☐ អ្នកតំណាង
		☐ លិខិតប្រគល់សិទ្ធិតំណាងដោយអាណត្តិ
អាសយដ្ឋាន៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖
		លេខបរិបក្ស៖
		លេខទូរស័ព្ទ៖

ខ្ញុំមានចំណងចង់ដកពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ៖

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលមានជម្ងឺមេរោគសីស ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងក្នុងករណីមួយចំនួន គឺជំនឿខាងសាសនា ឬ គោលនយោបាយ។

អ្នកមានពិការភាពដែលត្រូវការបន្ថែមទ្វារទំនាក់ទំនងដែលមានជម្រើសសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ដូចជាការស្រាវជ្រាវមនុស្សពិការភាព អក្សរធំៗ ភាសាសញ្ញាអមេរិកជាដើម) ត្រូវទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង។ បុគ្គលដែលរងការរើសអើងក្នុងការស្ថាប័ន ឬពិការភាពទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្ទុកសហព័ន្ធតាមលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងៗទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី ដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសហព័ន្ធ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)), សូមសរសេរមក៖ នាយក (HHS Director), ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ (Office for Civil Rights), បន្ទប់ (Room 515-F), 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬការហៅទូរស័ព្ទលេខ (202) 619-0403 (ជាសំឡេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY)។

ស្ថាប័ននេះ គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា។

សិទ្ធិចំពោះព័ត៌មានសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាតើកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។

ក្នុងករណីមានការស្នើសុំ ការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) ត្រូវផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាននូវអាសយដ្ឋាន លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) និងប្រព័ន្ធ (បើមាន) របស់បុគ្គលដែលកំពុងរៀនសូត្រនេះដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃ្លាំង ឬការបង្ខាំងទុកចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬការរំលោភបំពានលើការព្យាបាលមានលក្ខណៈ ឬការដោះលែងមានលក្ខណៈ។ ជនណាដែលរំលោភបំពានលើច្បាប់ឬបទបញ្ញត្តិណាមួយរបស់នាយកដ្ឋាននេះដោយចេតនាត្រូវមានទោសពីបទល្មើសមជ្ឈិម ហើយនៅពេលផ្ដន្ទាទោសត្រូវកាត់ទោសឱ្យបង់ប្រាក់ពិន័យមិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬត្រូវជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬត្រូវជាប់ទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483)។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងដែលសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបង្កើត ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាកឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងនោះ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុ។ លោកអ្នកនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទលិខិតជូនដំណឹងតាមបុស្សីប្រសិទ្ធិ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ។

សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៃក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាអយុត្តិធម៌ឬមិនត្រឹមត្រូវប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅការិយាល័យ CAO ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំទីភ្នាក់ងារមនុស្សពិការភាពផងដែរ។ នៅក្នុងសវនាការ លោកអ្នកអាចចំណាងឱ្យខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចធ្វើតំណាងក្នុងនាមជាលោកអ្នក។

សិទ្ធិដើម្បីទាមទារហេតុផលត្រឹមត្រូវ

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសាច់ប្រាក់ ឬការធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រនោះ ច្បាប់តម្រូវឱ្យលោកអ្នកសហការដោយមានការបង្កើតភាពជាដៃគូនិងការស្វែងរកការគាំទ្រ។ លោកអ្នកអាចត្រូវបានលើកលែងពីតម្រូវការទាមទារទាំងនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកបង្ហាញថាវាអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់លោកអ្នក និង/ឬ កូនៗរបស់អ្នក។ ហើយនេះត្រូវបានគេដឹងថាជាហេតុផលត្រឹមត្រូវ។ លុះត្រាតែមានការលើកលែងហេតុផលត្រឹមត្រូវមួយ ត្រូវបានបង្កើតឡើងនោះ លោកអ្នកនឹងតម្រូវឱ្យបំពេញលក្ខខណ្ឌការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល។ លោកអ្នកនឹងតម្រូវឱ្យមានឱ្យបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌរបាយការណ៍ពាក់កណ្តាលឆ្នាំផងដែរ លើកលែងតែមានការផ្តល់ជូនហេតុផលត្រឹមត្រូវ។

ការទទួលបានមកវិញអចលនទ្រព្យ

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មនិពន្ធដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មករបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីស្តីពីការទទួលបានមកវិញអចលនទ្រព្យជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រតាមលេខ 1-800-528-3708 ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានឥណទាន

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបង្វិលសេចក្តី ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាក្រុម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួចមកហើយ លោកអ្នកអាចទទួលបានឥណទានសម្រាប់ពេលលោកអ្នកបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការណ៍នេះអាចជួយលោកអ្នកឱ្យទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកការងារសំណុំរឿងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាន

លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ លោកអ្នកត្រូវតែជួយបង្ហាញភស្តុតាងចំពោះព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន។ ការធានារ៉ាប់រងនានាអាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ជាក់លាក់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ទេ លោកអ្នកត្រូវស្នើសុំការិយាល័យ CAO ឱ្យជួយលោកអ្នកទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់នេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការទាក់ទងពីក្រសួង DHS ឬការិយាល័យអធិការកិច្ចទូទៅ លោកអ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតទាំងនោះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មនិពន្ធដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មករបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់យើងខ្ញុំអាចទាមទារលោកអ្នកចុះកិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់ធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នក ឬបុគ្គលនិងកូនៗរបស់អ្នកបានទទួល។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខប័ណ្ណ SSN លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណនេះ។ ការមិនផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN អាចបណ្តាលឱ្យមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។ លេខប័ណ្ណ SSN របស់អ្នក នឹងត្រូវប្រើសម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការផ្ទៀងផ្ទាត់តាមកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងជនជាតិ និងដើម្បីការពារពីការស្វែងរកការធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ លោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN ទេ។ (42 U.S.C 1320b-7)

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS CARD តាមច្បាប់ត្រឹមត្រូវ

នៅពេលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកនឹងទទួលបានប័ណ្ណ PA ACCESS ។ ប័ណ្ណនេះអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយនៅអំឡុងពេលមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ លោកអ្នកអាចប្រើប័ណ្ណសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលត្រូវការចាំបាច់ និងសមហេតុផលតែប៉ុណ្ណោះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍មានលក្ខណៈដែលមនុស្សចាកចេញឬផ្លាស់ចូលក្នុងផ្ទះ អាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់នរណាម្នាក់ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ កំណើតកើតជាប្រភពចំណូលថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល និងឆ្នោតផ្សងសំណាង និងការឈ្នះឈ្មោះល្បែងស៊ីសង។

ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

នៅពេលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ៖

- ខ្ញុំយល់ថាផ្ទះនេះស្ថិតនៅ Pennsylvania ទទួលបានការពារពីប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ចំពោះប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទំនាក់ទំនងផ្សេងៗទៀត ដើម្បី ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ IEVS និងអង្គភាពផ្សេងទៀត នឹងត្រូវបានស្នើសុំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈប្រភពព័ត៌មាននៅពេលព័ត៌មានលម្អិតដែល ខុសគ្នា ត្រូវបានកម្រើតដោយទំនាក់ទំនង ហើយព័ត៌មានបែបនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់ និងកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើការស្នើសុំនេះ ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ បញ្ជូញឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមអេឡិចត្រូនិក ឬតាមរយៈរបាយការណ៍ផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ ក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានាដែលគ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ជូនទៅក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ ឬភ្នាក់ងារ ដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកមេការបស់ខ្លួន សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ ទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងករណីមានតម្រូវការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះ ជំនួយផ្ទះស្នាក់នៅ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ រួមមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបែងចែក និង ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានទាំងប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ ផ្សេងទៀត ដែលទទួលរ៉ាប់រងដោយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុចំពោះគណនី ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សិទ្ធិ អនុញ្ញាតនេះ មានប្រសិទ្ធភាពរហូតដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយផ្ទះស្នាក់នៅ ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជូនទៅនាយកដ្ឋានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមុនគេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណែនាំអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្ទះស្នាក់នៅឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំប្រកាសខុស ប៊ិចចាំង ឬមិនព្រមទទួលការពិនិត្យដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមាន សិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការធានារ៉ាប់រង ខ្ញុំអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់ទោស និងត្រូវដកសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដាក់លាក់នាពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចជ្រើសរើសអ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិកំណត់ដោយអាណត្តិដោយបញ្ចេញផ្នែកអ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិកំណត់ដោយអាណត្តិ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្នុងបន្ទំណាមួយដែលមាននៅក្នុងការស្នើសុំនេះ ទោះ ជាងាការស្នើសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនពិនិត្យដោយនរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលធ្វើឱ្យមានលទ្ធផលនៃការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ ឬប្រាក់ចំណូល ដែលអាចធ្វើឱ្យមានផល ប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំនោះ នឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងប្រាក់លើការធានារ៉ាប់រងទាំង នោះ ដែលចេញដោយមិនត្រឹមត្រូវ។
- ខ្ញុំបានទទួលការស្នើសុំថតចម្លងមួយច្បាប់អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយបានអានឬមាននរណាម្នាក់ បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងអំពីកាសារនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ចូលនៅក្នុងការស្នើសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រង ការធានារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និង ព័ត៌មានផ្ទះស្នាក់នៅសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលតម្រូវឱ្យខ្ញុំងាយរងការ ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការឈ្នះឆ្នោត និងល្បែងស៊ីសង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើ ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ចប់នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ នឹង ពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃដោយគិតចាប់ពីការបញ្ចប់នៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ មួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងការស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោជក ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យស្នើត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណ ធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។ លេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាន នៅក្នុងការស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះនៅអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែ ប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានតែការធានា រ៉ាប់រងដែលត្រូវការចាំបាច់ និងសមរម្យផលតែប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំជំនួយ ឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុង ការស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការរក្សា ចំហនៃ (បទឧក្រិដ្ឋ) ។

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានតំណាង ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃ ធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថាថាធានារ៉ាប់រងដែលមានតំណាង ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃ ធានារ៉ាប់រងសេចក្តី ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំ សុខភាពជាត្រឹម ដែលមានការកំណត់លក្ខខណ្ឌដែលមានស្រាប់កាលពីមុន ខ្ញុំអាចទទួលបានក្រុំឱកាសនៅពេល ដែលខ្ញុំបានទទួលជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេកំណត់ នៅក្នុងកញ្ចប់ធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយបំផុត ដែលអាចមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចនឹងត្រូវ បានគេទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថាការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព អាច មានដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការចំណាយតិចតួចសម្រាប់ខ្ញុំ ដោយសារក្រសួងបង់ថ្លៃសេវាប្រចាំខែសម្រាប់គម្រោង ថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាថ្លៃសេវាប្រចាំខែ គឺជាថ្លៃសេវាពន្ធអាករ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារមានកហុស ការក្នុងបន្ត ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មកខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានគេទាមទារទូទាត់សងប្រាក់ជូនក្រសួងនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ដែលបានបង់ក្នុង នាមជំនួសខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា រដ្ឋមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញរាល់កំណត់ត្រានៃសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ ដែលបានបង់ដោយ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការទូទាត់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗដោយផ្ទាល់ជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម មិនមែនបង់ជូនខ្ញុំទេ។ ហើយនេះ រួមបញ្ចូលទាំងការបង់ប្រាក់ពីកម្មវិធីមេឌីមែរ Medicare ។
- ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិជូនដំណឹងក្នុងការស្វែងរកដោយមានប្រយោជន៍នៃការផ្លូវច្បាប់ ការបង់ប្រាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដឹកជូនឬដូ ឬកាត់ទឹកប្រាក់ដែលទទួលខុសត្រូវ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកាត់ត្រានេះ នឹងមិនមានលើសពីចំនួនទឹក ប្រាក់ដែលបានបង់ដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) សម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពី ការចំណាយ ហើយថាការិយាល័យ CAO អាចទាត់ទងមកផ្សេងទៀត ដើម្បីសុំការបញ្ជាក់ថា តើខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុង ការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីអ្វីមួយឬទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំ សុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំ សុខភាពជាលក្ខណៈដកជនតាមរយៈមន្ត្រីធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ឱ្យក្រសួង ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងការស្នើសុំនេះទៅមន្ត្រី។
- ការបន្តធ្វើឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀតនេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ភាពមានសិទ្ធិ ស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការផ្ទេរបង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀតនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានទាំង ព័ត៌មានពលករផ្ទាល់ខ្លួនផងដែរ។ មន្ត្រីនេះ នឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរធានា ហើយខ្ញុំ អាចជ្រើសយកបានគ្រប់ពេល។

បាទ/ចាស៎ ការបន្តធ្វើឡើងវិញនៃការមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលបន្ទាប់ទៀតនេះ (សូមគូសយកមួយ) ៖

- ☐ ប្រាក់ឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមា ដែលបានអនុញ្ញាត)
- ☐ បួនឆ្នាំ
- ☐ បីឆ្នាំ
- ☐ ពីរឆ្នាំ
- ☐ មួយឆ្នាំ
- ☐ មិនត្រូវប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីសំណួរពន្ធ ដើម្បីពិនិត្យធ្វើឡើងវិញ ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។