



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

# ពាក្យសុំការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព

## ការការពារងាយស្រួល និងមានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក។

This is an application for health care 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.

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

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.

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。

នេះជាពាក្យដាក់សុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបូត្រពេទ្យ។ បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែរ៉ាប់រងសម្រាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយមន្ត្រីរដ្ឋបាលយើងដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ ការបកប្រែនឹងផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance. Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в окружное отделение социальной помощи (county assistance office). Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

### ប្រើពាក្យសុំនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើលថា តើមានជម្រើសចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់៖

- ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពចំណាយទាប ឬក៏គិតថ្លៃកម្មវិធីជំនួយថ្លៃកម្រិតខ្ពស់ (CHIP)
- គណនាពន្ធដារដែលអាចជួយបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក
- ផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលមានតម្លៃសមរម្យដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងទូលំទូលាយ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ

### តើអ្នកណាអាចប្រើពាក្យសុំនេះ?

អ្នកអាចប្រើពាក្យសុំនេះ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ប្រាក់ប្រចាំខែនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទោះជាពួកគេក៏នៅមានការធានារ៉ាប់រងរួចហើយក៏ដោយ។ អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំបាន ទោះជាអ្នកមិនដាក់របាយការណ៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលក៏ដោយ។

**សូមកត់សម្គាល់៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំផ្សេងគ្នា។

### ដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ិនធឺណិតយ៉ាងងាយស្រួល៖

ដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ិនធឺណិតយ៉ាងងាយស្រួលតាម [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) ។  
បើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំតាមទូរស័ព្ទ សូមហៅទូរស័ព្ទមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនរបស់យើងសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពតាមលេខ 1-866-550-4355 ។

### អ្វីខ្លះដែលអ្នកអាចត្រូវការដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ?

- លេខសន្តិសុខសង្គម (ឬលេខឯកសារជនអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ណាមួយ) សម្រាប់មនុស្សគ្រប់រូបដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រង
- ព័ត៌មានអំពីនិយោជក និងប្រាក់ចំណូលសម្រាប់មនុស្សគ្រប់រូបនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍ ព័ត៌មានលម្អិតប្រាក់ ទម្រង់ W-2 ឬរបាយការណ៍ប្រាក់ឈ្នួលនិងពន្ធ)
- លេខគោលនយោបាយសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពកាលពីមុន ឬប្តូរថ្មីណាមួយ
- ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងការងារណាមួយដែលអាចមានចំពោះគ្រួសាររបស់អ្នក

### ហេតុអ្វីយើងខ្ញុំស្នើសុំព័ត៌មាននេះ?

យើងខ្ញុំសាកសួរអំពីប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីឱ្យអ្នកដឹងថា តើមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបាន ហើយប្រសិនបើអ្នកអាចទទួលបានជំនួយណាមួយដែលចំណាយលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ។ **យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលអ្នកផ្តល់ជូនជាលក្ខណៈឯកជននិងមានសុវត្ថិភាព ដូចដែលបានកំណត់ដោយច្បាប់។**

### តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?

បញ្ជូនពាក្យសុំដែលបានចុះហត្ថលេខាលេចញញយល់របស់អ្នក ទៅការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-842-2020 ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងថាត្រូវបញ្ជូនសំណុំបែបបទ របស់អ្នកទៅទីកន្លែងណា។ **ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បើអ្នកមិនមានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំនោះទេ ក៏អ្នកត្រូវចុះហត្ថលេខានិងប្រគល់ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកផងដែរ។**

យើងខ្ញុំនឹងកាត់ដាច់ថវិកាអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ទៀត។ អ្នកនឹងទទួលបានការណែនាំអំពីវិធានបន្ទាប់ទៀត ដើម្បីបំពេញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានឮពីយើងខ្ញុំទេ សូមទាក់ទងមកការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-877-395-8930 ។

### ទទួលបានជំនួយដោយប្រើពាក្យសុំនេះ៖

- **តាមអ៊ិនធឺណិត៖** [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)
- **តាមទូរស័ព្ទ៖** សូមហៅទូរស័ព្ទបណ្តាញជំនួយ (DHS Helpline) តាមលេខ 1-800-842-2020 ។
- **ជួបដោយផ្ទាល់៖** សូមទៅជួបនៅការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក
- **អ្នកប្រើប្រាស់ TTY** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-451-5886
- **En Español:** Si necesita esta información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការសំណុំបែបបទនេះជាអក្សរព្រុម ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-692-7462 ។  
បុគ្គលនានាដែលផ្តល់ព័ត៌មានស្តាប់ ឬមានពិការភាពខាងការនិយាយ និងមានបំណងចង់ទំនាក់ទំនងជាមួយបណ្តាញជំនួយនេះ អាចហៅទូរស័ព្ទស្តាប់បន្ត PA ដោយឥតគិតថ្លៃ 711 ។



អ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ (Medical Providers Use Only)

Provider Name, Provider Number, Emergency checkbox

ការិយាល័យ CAO ប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ (CAO Use Only)

Application Registration Number, Caseload, County, District, Record Number, Date Stamp

ចាប់ផ្តើម:

What language do you prefer? English, Spanish, Other (specify)
¿Qué idioma prefiere usted? Inglés, Español, Otro (especifique)

ចូលទៅរកឯកសារអេឡិចត្រូនិក! តើអ្នកចង់ទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងរបស់អ្នកកាមេរ៉ិនដីណិកឬទេ? សូមចូលទៅ www.compass.state.pa.us និងចុះឈ្មោះនៅក្នុង My COMPASS Account របស់អ្នក។

យើងខ្ញុំជម្រុញលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យឆ្លើយសំណួរជាច្រើនតាមដែលអ្នកអាចធ្វើទៅបាន លើកលែងតែមានការណែនាំប្រាប់អ្នកថា អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរ។ ព័ត៌មានពេញលេញថែមទៀតដែលយើងខ្ញុំមាន យើងខ្ញុំអាចដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកកាន់តែងាប់រហ័ស។

ចំណុចសំខាន់៖ បុគ្គលទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ ត្រូវផ្តល់ជូនឬដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ហើយឆ្លើយសំណួរអំពីសញ្ជាតិ។ ការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN គឺជាជម្រើសសម្រាប់បុគ្គលនានាដែលមិនដាក់ពាក្យសុំការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព ឬប៉ុន្តែការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណអាចបង្កើនល្បឿនដំណើរការដាក់ពាក្យសុំនេះ។ យើងខ្ញុំប្រើលេខប័ណ្ណ SSNs ដើម្បីត្រួតពិនិត្យប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើមាននរណាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយការចំណាយលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ ត្រូវការទទួលបានជំនួយ SSN សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅ www.socialsecurity.gov ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-325-0778 ។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីអ្នក។ យើងខ្ញុំត្រូវការទាក់ទងមនុស្សពេញវ័យ/មាតាឬបិតា/អ្នកមើលថែទាំ។

បុគ្គលទី 1 សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់

Form for Person 1: Name, DOB, gender, marital status, SSN, address, phone, emergency contact.

ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង។

Checklist of questions regarding eligibility, income, and household information.

សំណួរនានាសម្រាប់អ្នកដែលមានអាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ: ធាតុសមន័យ, ក្រុមជនជាតិភាគតិច



# សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក។

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ យើងខ្ញុំត្រូវដឹងអំពីមនុស្សគ្រប់រូបនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។  
**សម្គាល់:** អ្នកមិនត្រូវការដាក់ឯកសារពន្ធ ដើម្បីទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ។

## ហើយនេះជាអ្នកដែលត្រូវបញ្ចូលក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក:

- ប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូដែលមិនរៀបការរបស់អ្នក
- កូនរបស់អ្នកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក
- នរណាម្នាក់ដែលអ្នករាប់បញ្ចូលក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធរបស់អ្នក បើទោះជាពួកគេមិនរស់នៅជាមួយអ្នកក៏ដោយ
- នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ហើយអ្នកមើលថែទាំ

ប្រសិនបើអ្នកមានសមាជិកច្រើនជាងប្រាំមួយនាក់ ដែលត្រូវរាប់បញ្ចូលនោះ អ្នកត្រូវការថតចម្លងទំព័រនានា ហើយភ្ជាប់វា មកជាមួយ។

បុគ្គលទី 2		សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់	
ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)		តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ?	លេខសន្តិសុខសង្គម:
		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<b>ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍</b>	<input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ
តើបុគ្គលនេះ មានជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?	<input type="checkbox"/> ប្តីឬប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់ទាក់ទង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះមានកម្មវិធី?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើមានកម្មវិធីណា?	តើអ្នករំពឹងទុកថា មានកូនចំនួនប៉ុន្មាននាក់?
<b>ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។</b>			
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ?		
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងគ្រួសារសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើពួកគេមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលមានប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ និងមិនមែន សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញឬទេ?		
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះក៏យន្តចាត់ចែងដែលពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីឬប្រពន្ធគឺពួកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ?		
តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
<b>បើបុគ្គលនេះមិនមែនពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិក សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ៖</b>			
តើបុគ្គលនេះមានឋានៈជាអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ	បើឆ្លើយថា បាទ សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន។	ប្រភេទឯកសារ: _____ ឯកសារលេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន: _____
តើបុគ្គលនេះបានរស់នៅអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះ ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬកំពុងបំពេញភារកិច្ចសម្រាប់ក្នុងកងទ័ពអាមេរិកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
តើបុគ្គលនេះមានពិការភាព ឬមានការរៀនសូត្រមិនល្អសម្រាប់ការងារ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើមានភាពពិការអ្វី? (ដែលមានជម្រើស)	តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃប្រព្រឹត្តិការណ៍មួយពីរយៈពេលបីខែចុងក្រោយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពយៈពេលវែងឬមន្ទីរសុខាភិបាល ឬមានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអាយុវែងដែលបណ្តាលឱ្យមានការកំណត់កម្រិតសម្រាប់ការងារ (ដូចជាការរៀនសូត្រ ការស្លៀកពាក់ ការងារផ្ទះប្រចាំថ្ងៃ ជាដើម)? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
<b>សំណួរសម្រាប់បុគ្គលនានាអាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ:</b>	តើបុគ្គលនេះជាសិស្សឬនិស្សិតរៀនពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបានស្ថិតនៅកន្លែងថែទាំកូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ននៅអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាងនេះឬទេ?	នៅរដ្ឋមួយណា? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
<b>ជាតិសាសន៍</b> (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត)	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហៃ ឬគោរដាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	
<b>គ្រុមជនជាតិភាគតិច</b> (ដែលមានជម្រើស)	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន		



**បុគ្គលទី 3**

**សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់**

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)		តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	លេខសន្តិសុខសង្គម
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<b>ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍</b> <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ	
តើបុគ្គលនេះ មានជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់ទាក់ទង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____			តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
តើបុគ្គលនេះ មានកម្មវិធី? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើមានកម្មវិធីណា?	តើអ្នករំពឹងទុកថា មានកូនចំនួនប៉ុន្មាននាក់?	

**ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។**

<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារកែប្រែឬទេ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណែនាំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារកែប្រែឬទេ? ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារនិងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញឬទេ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះក៏យំខ្លាចថាព័ត៌មានដែលពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធដីពុកម្តាយរបស់ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិកឬទេ?

**បើបុគ្គលនេះមិនមែនពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិក សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ៖**

តើបុគ្គលនេះមានឋានៈជាអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ	បើឆ្លើយថា បាទ សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន។	ប្រភេទឯកសារ	ឯកសារលេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន
តើបុគ្គលនេះបានរស់នៅអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះ ឬប្តីប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬកំពុងបំពេញភារកិច្ចសកម្មនៅក្នុងកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះមានពិការភាព ឬមានកម្រិតថែទាំសុខភាពពិសេសឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះមានពិការភាព ឬមានកម្រិតថែទាំសុខភាពពិសេសឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើមានភាពពិការអ្វី? (ដែលមានជម្រើស)	តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយបង់វិញ្ញាបនបត្រពេទ្យណាមួយពីរយៈពេលបីខែចុងក្រោយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែងឬមន្ទីរសុខាភិបាល ឬមានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យមានការកំណត់កម្រិតសកម្មភាពនានា (ដូចជាការដឹកទឹក ការស្លៀកពាក់ ការងារផ្ទះប្រចាំថ្ងៃ ជាដើម)? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			

<b>សំណួរសម្រាប់បុគ្គលនានា អាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ៖</b>	តើបុគ្គលនេះជាសិស្សឬស្នាក់នៅរៀនពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបានស្ថិតនៅកន្លែងថែទាំកូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ននៅអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	នៅរដ្ឋមួយណា?
<b>ជាតិសាសន៍</b> (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត)	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> គណ្តាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A)	<input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហៃ ឬគោរដ្ឋាស៊ី <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____
<b>ក្រុមជនជាតិភាគតិច</b> (ដែលមានជម្រើស)	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន	<input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន	



**បុគ្គលទី 4**

**សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់**

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរតិរិះឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖		តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	លេខសន្តិសុខសង្គម៖
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<b>ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍</b> <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ	
តើបុគ្គលនេះ មានជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នកយ៉ាងម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់ទាក់ទង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____		តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះ មានកម្មវិធី? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើកើតថ្ងៃណា?	តើអ្នករំពឹងទុកថា មានកូនចំនួនប៉ុន្មាននាក់?	

**ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។**

<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារនឹងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញឬទេ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យខ្លាចថាព័ត៌មានដែលពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធឪពុកម្តាយរបស់ ឬអ្នកដទៃ ទៀតឬទេ?
តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	

**បើបុគ្គលនេះមិនមែនពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិក សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ៖**

តើបុគ្គលនេះមានឋានៈជាអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ	បើឆ្លើយថា បាទ សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន។	ប្រភេទឯកសារ៖	ឯកសារលេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន៖
តើបុគ្គលនេះបានរស់នៅអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះ ឬប្តីប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬកំពុងបំពេញភារកិច្ចសកម្មភាពនៅក្នុងកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះមានពិការភាព ឬមានគ្រុឌរាងថែទាំសុខភាពពិសេសឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
បើឆ្លើយថា បាទ តើមានភាពពិការអ្វី? (ដែលមានជម្រើស)		តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយបង់វិក្កយបត្រពេទ្យណាមួយពីរយៈពេលបីខែចុងក្រោយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែងឬមិនមែនសុខាភិបាល ឬមានស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យមានការកំណត់កម្រិតសកម្មភាពនានា (ដូចជាការដឹកទឹក ការស្លៀកពាក់ ការងារផ្ទះប្រចាំថ្ងៃ ជាដើម)? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			

<b>សំណួរសម្រាប់បុគ្គលនានា អាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ៖</b>	តើបុគ្គលនេះជាសិស្សឬនិស្សិតរៀនពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបានស្ថិតនៅកន្លែងថែទាំកូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ននៅអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	នៅរដ្ឋមួយណា?
<b>ជាតិសាសន៍</b> (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត)	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> គណ្តាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A) <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____		
<b>ក្រុមជនជាតិភាគតិច</b> (ដែលមានជម្រើស)	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន		



បុគ្គលទី 5

សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)		តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ?	លេខសន្តិសុខសង្គម
		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<b>ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍</b> <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ	
តើបុគ្គលនេះ មានជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នកយ៉ាងម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់ទាក់ទង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____		តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះ មានកម្មវិធី?	បើឆ្លើយថា បាទ តើកើតច្នៃណា?	តើអ្នករំពឹងទុកថា មានកូនចំនួនប៉ុន្មាននាក់?	
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			

ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។

<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារនឹងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញឬទេ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យខ្លាចថាព័ត៌មានដែលពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធឪពុកម្តាយរបស់ ឬអ្នកដទៃ ទៀតឬទេ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ

បើបុគ្គលនេះមិនមែនពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិក សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានៈជាអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ	បើឆ្លើយថា បាទ សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន។	ប្រភេទឯកសារ៖	ឯកសារលេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន៖
តើបុគ្គលនេះបានរស់នៅអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះ ប្តីប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬកំពុងបំពេញភារកិច្ចសកម្មនៅក្នុងកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះមានពិការភាព ឬមានគ្រុន្រ្តិយភាពថែទាំសុខភាពពិសេសឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើមានភាពពិការអ្វី? (ដែលមានជម្រើស)	តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយបង់វិក្កយបត្រពេទ្យណាមួយពីរយៈពេលបីខែចុងក្រោយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែងឬមន្ទីរសុខាភិបាល ឬមានស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យមានការកំណត់កម្រិតសកម្មភាពនានា (ដូចជាការដឹកទឹក ការស្លៀកពាក់ ការងារផ្ទះប្រចាំថ្ងៃ ជាដើម)?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			

<b>សំណួរសម្រាប់បុគ្គលនានា អាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ៖</b>	តើបុគ្គលនេះជាសិស្សឬនិស្សិតរៀនពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបានស្ថិតនៅកន្លែងថែទាំកូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ននៅអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	នៅរដ្ឋមួយណា?
<b>ជាកិសាសន៍</b> (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត)	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	
<b>ក្រុមជនជាតិភាគតិច</b> (ដែលមានជម្រើស)	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន		



បុគ្គលទី 6

សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)		តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ?	លេខសន្តិសុខសង្គម
		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<b>ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍</b> <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ	
តើបុគ្គលនេះ មានជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នកយ៉ាងម្តេច?	<input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់ទាក់ទង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះ មានភ័យទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើកើតឡើងនៅណា?	តើអ្នករំពឹងទុកថា មានកូនចំនួនប៉ុន្មាននាក់?

ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។

<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារនឹងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពពេញលេញឬទេ?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យខ្លាចថាព័ត៌មានដែលពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធឱពុកម្តាយរបស់ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ?
តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ

បើបុគ្គលនេះមិនមែនពលរដ្ឋអាមេរិកឬសញ្ជាតិអាមេរិក សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានៈជាអន្តរប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ	បើឆ្លើយថា បាទ សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន។	ប្រភេទឯកសារ៖	ឯកសារលេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន៖
តើបុគ្គលនេះបានរស់នៅអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះ ឬប្តីប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬកំពុងបំពេញភារកិច្ចសកម្មនៅក្នុងកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើបុគ្គលនេះមានពិការភាព ឬមានគម្រោះការថែទាំសុខភាពពិសេសឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ តើមានភាពពិការអ្វី? (ដែលមានជម្រើស)	តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយបង់វិគ្គយបត្រពេទ្យណាមួយពីរយៈពេលបីខែចុងក្រោយឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែងឬមន្ទីរសុខាភិបាល ឬមានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យមានការកំណត់កម្រិតសកម្មភាពនានា (ដូចជាការដឹកទឹក ការស្លៀកពាក់ ការងារផ្ទះប្រចាំថ្ងៃ ជាដើម)?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			

<b>សំណួរសម្រាប់បុគ្គលនានា អាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ៖</b>	តើបុគ្គលនេះជាសិស្សស្និស្សិតរៀនពេញម៉ោង?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបានស្ថិតនៅកន្លែងថែទាំកូនចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ននៅអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាងនេះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	នៅរដ្ឋមួយណា?
<b>ជាតិសាសន៍</b> (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត)	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហៃ ឬគោរដ្ឋស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> គណ្តាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A) <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____			
<b>ក្រុមជនជាតិភាគតិច</b> (ដែលមានជម្រើស)	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន				



## ព័ត៌មានអំពីពន្ធ

បំពេញព័ត៌មាននេះសម្រាប់ប្តីឬប្រពន្ធ/ដៃគូរបស់អ្នក និងកូនៗដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬ អ្នកផ្សេងទៀតនៅក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធដូចគ្នារបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកដាក់ឯកសារមួយច្បាប់។

តើបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលនានាដែលមានរាយបញ្ជីឈ្មោះក្នុងពាក្យសុំ នឹងទាមទារសំណងចំពោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកណាម្នាក់នៅក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធរបស់ពួកគេឬទេ?  បាទ  ទេ

**បើឆ្លើយថា បាទ** សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ និងរាយបញ្ជីឈ្មោះប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ ប្រសិនបើការដាក់ឯកសាររបាយការណ៍រួមគ្នា។

ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ	ប្រសិនបើការដាក់ឯកសាររួមគ្នា ឈ្មោះប្តីឬប្រពន្ធ

តើបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលនានាដែលមានរាយបញ្ជីឈ្មោះក្នុងពាក្យសុំ នឹងទាមទារសំណងក្នុងនាមជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកនៅក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធរបស់អ្នកណាម្នាក់ឬទេ?  បាទ  ទេ

**បើឆ្លើយថា បាទ** សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ និងរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក។

អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកម្នាក់ អាចទាមទារសំណងដោយអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធតែមួយប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធរួមគ្នា អ្នកគ្រាន់តែត្រូវការរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកសម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ ដែលនឹងចុះហត្ថលេខាសំណុំបែបបទពន្ធ។

ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ	អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក

តើបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលនានាដែលមានរាយបញ្ជីឈ្មោះក្នុងពាក្យសុំ នឹងទាមទារសំណងក្នុងនាមជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកនៅក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធរបស់អ្នកណាម្នាក់ឬទេ?  បាទ  ទេ

**បើឆ្លើយថា បាទ** សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក និងរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធសម្រាប់អ្នកណាដែលជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក ដែលនឹងត្រូវទាមទារសំណង។

អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញព័ត៌មានក្នុងតារាងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក ត្រូវបានរាយបញ្ជីឈ្មោះខាងលើហើយនោះ។

ឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក	ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ	ញាតិភាពចំពោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ

## ការកាត់យកពន្ធ

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វីមួយជាក់លាក់ ដែលអាចកាត់យកក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ដែលប្រាប់យើងអំពីពួកគេនោះ អាចរៀបចំការចំណាយលើការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពទាបជាងបន្តិច។

**សម្គាល់៖** ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកប្រកបកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង កុំបំបញ្ចូលការចំណាយដែលអ្នកនឹងរៀបរាប់បញ្ជីការចំណាយលើសំណុំបែបបទពន្ធតាមកម្មវិធីផ្នែក C របស់អ្នកឡើយ (ឧទាហរណ៍ការចំណាយលើថយន្ត និងថយន្តដឹកទំនិញ ការបញ្ជុះកម្តៅ ប្រាក់ឈ្នួលនិយោជិត និងអត្ថប្រយោជន៍បន្ទាប់បន្សំ ជាដើម)។

តើមាននរណាម្នាក់ មានការចំណាយពី៖ (✓)(សូម បាទ)	បាទ	តើការចំណាយនេះជាបឋមនរណា?	តើផ្ទៃចំណាយនេះ ត្រូវបង់ប្រាក់ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (មួយដង រៀងរាល់ខែ រៀងរាល់បីខែ ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ រៀងរាល់ឆ្នាំ)	ប៉ុន្មាន?
ការកាត់យកប្រាក់កម្ចីរបស់សិស្សឬនិស្សិត				
ការកាត់យកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកប្រកបកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង				
ផ្នែកដែលអាចកាត់យកបានពីពន្ធប្រកបកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង				
ការកាត់យកតាមករណ៍សៀវភៅថែទាំសុខភាព				
ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)				





# ប្រាក់ចំណូល

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់កូនណាម្នាក់ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលអ្នកបានរាយបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។

## សមរយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ ដូចជា៖

- ការងារ (ប្រាក់ឈ្នួល ប្រាក់ទឹកកក កម្រៃជើងសារ ប្រាក់បន្ថែមលើកទឹកចិត្ត)
- ការប្រកបកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង (រួមទាំងការមើលក្មេង និងបន្ទប់និងអាហារបរិភោគ ដែលបង់ប្រាក់ជូនអ្នក)
- សំណងការគ្មានការងារធ្វើ
- អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម
- ប្រាក់ចូលនិរន្តរ៍/ការចូលនិរន្តរ៍
- សោធនអាហារកិច្ច
- ភាគលាភ/ការប្រាក់
- ការធ្វើកសិកម្ម/ការនេសាទ
- ការផ្តល់/ថ្លៃសួយសារ

តើប្រាក់ចំណូលនេះជាប្រភេទណា?	ប្រភេទ/ប្រភពប្រាក់ចំណូល	តើប្រាក់ចំណូលនេះ ទទួលបានញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (រៀងរាល់សប្តាហ៍ រៀងរាល់ខែ រៀងរាល់ឆ្នាំ)	ចំនួនម៉ោងមធ្យម បានធ្វើការនៅ ទីកន្លែងនោះ ក្នុងមួយខែ	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប? (ចំនួនប្រាក់ចំណូលមុនការបង់ពន្ធ និងការកាត់ចេញ)

កាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ តើមាននរណាម្នាក់ (សូមជ្រើសរើសចំណុចទាំងអស់ ដែលត្រូវអនុវត្ត)

ផ្លាស់ប្តូរការងារ? នរណា? \_\_\_\_\_  ចាប់ផ្តើមធ្វើការងារពីម៉ោងមួយទៅនរណា? \_\_\_\_\_

ឈប់ធ្វើការ? នរណា? \_\_\_\_\_

តើមានប្រាក់ចំណូលរបស់នរណាម្នាក់ផ្លាស់ប្តូរពីមួយខែទៅមួយខែឬទេ?  បាទ  ទេ

**បើឆ្លើយថា បាទ** សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលផ្លាស់ប្តូរ និងប្រាក់ចំណូលសរុបដែលរំពឹងទុកក្នុងឆ្នាំនេះ និងឆ្នាំក្រោយ។

ឈ្មោះ	ប្រាក់ចំណូលសរុបដែលរំពឹងទុកក្នុងឆ្នាំនេះ	ប្រាក់ចំណូលសរុបដែលរំពឹងទុកនៅឆ្នាំក្រោយ (ប្រសិនបើមានឧសគ្គ)



# ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងពេលកន្លងមកថ្មីៗនេះសូមបំពេញផ្នែកនេះ។

តើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ?  បាទ  ទេ

តើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយឬទេ?  បាទ  ទេ

**បើឆ្លើយថា បាទ** សូមបំពេញផ្នែកបន្ទាប់ ហើយប្រាប់យើងអំពីការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលអ្នកអាច។ **បើគ្មាន** សូមរំលងផ្នែកនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមាន (ឬមានក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយ) ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពច្រើនជាងមួយប្រភេទ សូមបំពេញក្នុងប្រអប់មួយសម្រាប់គោលនយោបាយ **នីមួយៗ** ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងនយោបាយច្រើនជាងមួយ អ្នកត្រូវការថែទាំសុខភាព ហើយក្លាបា មកជាមួយ។

**ប្រភេទនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព**  ការធានារ៉ាប់រងនិយោជក  Medicare  TRICARE\*  
 Peace Corps  ផែនការបុគ្គល  ផ្សេងៗ

## រាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកណាដែលទទួលបាន (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃ:

ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលនយោបាយ:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:
ឈ្មោះគ្រូបង្វឹកធានារ៉ាប់រង:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:
លេខគោលនយោបាយ:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:
ឈ្មោះ/លេខគ្រូបង្វឹក:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:

**តើទទួលបាន (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃអ្វីខ្លះ?**  ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ  ការចេញថ្លៃបញ្ជាក់  ការថែទាំភ្នែក  ថ្លៃថ្នាំពេទ្យ  ផ្សេងៗ

តើការធានារ៉ាប់រងនេះមាន (ឬមានរួចហើយ) ផែនការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ (ដូចជាគោលនយោបាយគ្រោះថ្នាក់នៅសាលា) ឬទេ?  បាទ  ទេ

**តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?** **តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានឈប់ (ឬនឹងឈប់) នៅពេលណា?**

(សូមទុកកន្លែងនេះទំនេរ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែទទួលបានការចេញថ្លៃ)

តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ បានបញ្ចប់ (ឬនឹងបញ្ចប់) ដោយសារអ្នកកាន់កាប់គោលនយោបាយចាត់បង់ការងារ (ការងារបញ្ចុះអាសន្នតែមានបង់ប្រាក់ បញ្ចប់ការងារ ចាកចេញពីការងារ) ឬផ្លាស់ប្តូរការងារឬទេ?  បាទ  ទេ

**បើឆ្លើយថា បាទ** អ្នកណាចាត់បង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង?

តើមានកូនណាម្នាក់បាន (ឬនឹង) ចាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសារនិយោជកឈប់ផ្តល់ថ្លៃនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឬទេ?  បាទ  ទេ

\*សូមកុំភ្លេច បើអ្នកមានការថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ ឬកាក្នុងកិច្ចការងារដែលមានគ្រោះថ្នាក់។

**ប្រភេទនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព**  ការធានារ៉ាប់រងនិយោជក  Medicare  TRICARE\*  
 Peace Corps  ផែនការបុគ្គល  ផ្សេងៗ

## រាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកណាដែលទទួលបាន (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃ:

ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលនយោបាយ:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:
ឈ្មោះគ្រូបង្វឹកធានារ៉ាប់រង:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:
លេខគោលនយោបាយ:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:
ឈ្មោះ/លេខគ្រូបង្វឹក:	នាមខ្លួន:	នាមត្រកូល:

**តើទទួលបាន (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃអ្វីខ្លះ?**  ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ  ការចេញថ្លៃបញ្ជាក់  ការថែទាំភ្នែក  ថ្លៃថ្នាំពេទ្យ  ផ្សេងៗ

តើការធានារ៉ាប់រងនេះមាន (ឬមានរួចហើយ) ផែនការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ (ដូចជាគោលនយោបាយគ្រោះថ្នាក់នៅសាលា) ឬទេ?  បាទ  ទេ

**តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?** **តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានឈប់ (ឬនឹងឈប់) នៅពេលណា?**

(សូមទុកកន្លែងនេះទំនេរ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែទទួលបានការចេញថ្លៃ)

តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ បានបញ្ចប់ (ឬនឹងបញ្ចប់) ដោយសារអ្នកកាន់កាប់គោលនយោបាយចាត់បង់ការងារ (ការងារបញ្ចុះអាសន្នតែមានបង់ប្រាក់ បញ្ចប់ការងារ ចាកចេញពីការងារ) ឬផ្លាស់ប្តូរការងារឬទេ?  បាទ  ទេ

**បើឆ្លើយថា បាទ** អ្នកណាចាត់បង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង?

តើមានកូនណាម្នាក់បាន (ឬនឹង) ចាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសារនិយោជកឈប់ផ្តល់ថ្លៃនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឬទេ?  បាទ  ទេ

\*សូមកុំភ្លេច បើអ្នកមានការថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ ឬកាក្នុងកិច្ចការងារដែលមានគ្រោះថ្នាក់។

(ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)។



# ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (បន្ត)

ប្រភេទនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព

- ការធានារ៉ាប់រងនិយោជក
- Medicare
- TRICARE\*
- Peace Corps
- ផែនការបុគ្គល
- ផ្សេងៗ

## រាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកណាដែលទទួលបាន (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃ:

ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលនយោបាយ:	នាមខ្លួន:	នាមក្រុមលុះ:
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង:	នាមខ្លួន:	នាមក្រុមលុះ:
លេខគោលនយោបាយ:	នាមខ្លួន:	នាមក្រុមលុះ:
ឈ្មោះ/លេខក្រុម:	នាមខ្លួន:	នាមក្រុមលុះ:

តើទទួលបាន (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃអ្វីខ្លះ?

- ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការចេញវេជ្ជបញ្ជា
- ការថែទាំភ្នែក
- ជួបគ្រូពេទ្យ
- ធ្មេញ

តើការធានារ៉ាប់រងនេះមាន (ឬមានរួចហើយ) ផែនការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ (ដូចជាគោលនយោបាយគ្រោះថ្នាក់នៅសាលា) ឬទេ?  
 បាទ  ទេ

តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?



តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានឈប់ (ឬនឹងឈប់) នៅពេលណា?



តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ បានបញ្ចប់ (ឬនឹងបញ្ចប់) ដោយសារអ្នកកាន់កាប់គោលនយោបាយចាត់បង់ការងារ (ការងារបញ្ចុះអាសន្នតែមានបង់ប្រាក់ បញ្ចប់ការងារ ចាកចេញពីការងារ) ឬផ្លាស់ប្តូរការងារឬទេ?  
 បាទ  ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ អ្នកណាចាត់បង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង?

តើមានកូនណាម្នាក់បាន (ឬនឹង) ចាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសារនិយោជកឈប់ផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឬទេ?  បាទ  ទេ

\* សូមកុំស្រេច បើអ្នកមានការថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ ឬកាតព្វកិច្ចការងារដែលមានគ្រោះថ្នាក់។



## ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពិនិយោជករបស់អ្នក

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មាន ឬត្រូវបានគេផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារមួយនោះ សូមបំពេញផ្នែកនេះ។ ហើយនេះរាប់បញ្ចូលទាំងការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងពី ការងាររបស់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកម្តាយ ឬប្តីឬប្រពន្ធ។

តើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារមួយឬទេ?  បាទ  ទេ តួសមក បាទ បើទោះជាមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះមកពីការងាររបស់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកម្តាយ ឬប្តីឬប្រពន្ធក៏ដោយ។

### បើឆ្លើយថា បាទ សូមបំពេញផ្នែកនេះ និងព័ត៌មានជាច្រើនទៀត ដែលអ្នកអាចធ្វើបាននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ B: ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ។

តើនេះជាផែនការអត្រាប្រយោជន៍និយោជិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង COBRA ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើនេះជាផែនការថែទាំសុខភាពសម្រាប់សិទ្ធិក្នុងប្រទេសនីតិក្តី? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងាររបស់អ្នក តើអ្នកត្រូវ (ឬនឹងអាច) បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកត្រូវ (ឬនឹងអាច) បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
តើមានការចំណាយប៉ុន្មានលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អ្នក? យៈ: ផែនការថែទាំសុខភាពគ្រប់គ្រងនិយោជករបស់អ្នក? <span style="float: right;">▶</span>	តើមានការចំណាយប៉ុន្មាន ដើម្បីចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នក? យៈ: ផែនការថែទាំសុខភាពនិយោជករបស់អ្នក? <span style="float: right;">▶</span>	

## ការចុះបញ្ជីឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត (ដែលមានជម្រើស)

ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឡើយនោះ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនៅថ្ងៃនេះឬទេ?  បាទ  ទេ  
**ប្រសិនបើអ្នកមិនគួសប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះឡើយ។**

**ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែ: 1) មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ នៅថ្ងៃបោះឆ្នោតបន្ទាប់; 2) ជាពលរដ្ឋអាមេរិកដែលមានរយៈពេលយ៉ាងតិចមួយខែមុនការបោះឆ្នោតបន្ទាប់; 3) រស់នៅក្នុងរដ្ឋផែននីលស៊ីលវ៉ាន់នៃ Pennsylvania និងមណ្ឌលបោះឆ្នោតយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃមុនការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។**

**ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយដែលអ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។**  
 ប្រសិនបើអ្នកចង់ជួយបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវស្វែងរកឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំជាលក្ខណៈឯកជន។ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធី ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា មាននរណាម្នាក់បានដល់សិទ្ធិរបស់អ្នក ចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះសិទ្ធិឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីជ្រើសរើសករណីបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងនយោបាយផ្សេងទៀតនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅលេខាធិការសហគមន៍នៃក្រសួងការបរទេសរដ្ឋផែននីលស៊ីលវ៉ាន់នៃ តាមអាសយដ្ឋាន Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 ។ (លេខទូរស័ព្ទគក្កិក៍ថ្ងៃ 1-877-VOTESPA)។

### COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE បុគ្គលិកការិយាល័យជំនួយនៅខោនធី នឹងបំពេញប្រអប់នេះដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកនៅខាងលើ

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__



ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ IEVS និងអង្គការផ្សេងទៀត នឹងត្រូវបាន ស្នើសុំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈប្រភេទព័ត៌មាននៅ ពេលព័ត៌មានលម្អិតដែលខុសគ្នាត្រូវបានរកឃើញដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាន បែបនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងកម្រិតនៃអត្ថប្រយោជន៍ គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ បញ្ជូនឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមអេឡិចត្រូនិក ឬតាមមធ្យោបាយណាមួយផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានាដែល គ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ជូនទៅក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ ឬភ្នាក់ងារដែលបាន ចាត់តាំង ឬអ្នកម៉ៅការរបស់ខ្លួន សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងករណីមានតម្រូវការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាន ហិរញ្ញវត្ថុ រួមមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបិទករណីនិងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធ ផ្សេងទៀត ដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានទាំង ប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ផ្សេងទៀត ដែលទទួលរ៉ាប់រងដោយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុចំពោះ ករណីនី ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ មានប្រសិទ្ធភាព ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនទៅក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណ៍នោះអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបកស្រាយខុស បិទបាំង ឬមិនព្រមទទួលការពិតដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំអាច ត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវ កាត់ទោស និងត្រូវដកសិទ្ធិពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់នា ពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបញ្ជូនផ្នែកអ្នកតំណាង ដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្នែកនេះជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្លែងបន្លំណាមួយដែលបាន ធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ និងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍តែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការ ចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលតម្រូវឱ្យខ្ញុំរាយការណ៍ ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃដើមខែ បន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពី អត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានបដិសេធផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ឈប់ នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ នឹងពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើ ឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោជកប្រកបហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គម ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។ លេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធបញ្ជូនអត្ថប្រយោជន៍តាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS តែប៉ុណ្ណោះនៅអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។

- ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធ EBT ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានតែអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខសន្តិសុខសង្គម របស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូលគឺជាព័ត៌មានពិតដែលស្ថិតក្រោម ទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការរក្សាសម្ងាត់។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមាន តម្លៃសមរម្យ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា នៅពេលណាការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព អាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះ ឈ្មោះនៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាពជាគ្រុម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាព ដែលខ្ញុំមានរួចមកហើយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានកេងកម្មឱ្យនៅពេលនេះ ដែលខ្ញុំបានទទួល ការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដាក់ក្នុងកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពទូលំទូលាយគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដែលខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់បាន។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចនឹងកកិតកិច្ច ឬមានតម្លៃទាបសម្រាប់ខ្ញុំ ពីព្រោះក្រសួងទូទាត់ផ្លែស្លេកប្រចាំខែសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពខ្ញុំខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ផ្លែស្លេកប្រចាំខែគឺជាផ្លែបង្កើនថែរ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារកំហុស ការបោកបន្លំ ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មក ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យសងទៅករស្តង់វិញនូវផ្លែស្លេកប្រចាំខែទាំងអស់ ដែលបានទូទាត់ជំនួសឱ្យបន្ត ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាកម្មវិធី CHIP ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈ ឯកជនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាករណីកើតឡើងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិ អនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង ផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំ នេះទៅទីផ្សារ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោម ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

CHIP

អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះ៖

- ការសម្ងាត់ - ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់។ ពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវចែករំលែកតែជាមួយកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាល ដែលក្នុងនោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬ អាចមានសិទ្ធិទទួលបានដូចជាជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងជំនួយបុព្វលាភ ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ចាត់តាំងអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន - អ្នកអាចជ្រើសរើសបុគ្គលផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលព័ត៌មានទាក់ទងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក ឬកូនជាអនីតិជនរបស់អ្នក ដោយបញ្ជូនសំណុំបែបបទអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន។
- លិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតម្លៃសមរម្យ - ក្នុងករណីអ្នកចាក ចេញពីកម្មវិធីនេះ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមាន តម្លៃសមរម្យ ដើម្បីពិនិត្យមើលការចេញផ្ទៃធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រសិនបើអ្នកមាន សិទ្ធិស្របច្បាប់។
- លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ - អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីភាព



**សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (បន្ត)**

មានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នក។

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ - អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញដែលមិនលំអៀង ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចចិត្តណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការដាក់ពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើសំណើត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការសម្រេចនេះ។

**អ្នកមានការទទួលខុសត្រូវចំពោះ៖**

- សូមអាននិងយល់ដឹងពេញលេញអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដោយយល់ដឹងថាមានការដាក់ទណ្ឌកម្ម ចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនា វាជាបទល្មើសធ្ងន់ធ្ងរនិងចាត់ទុក ថាជាបទឧក្រិដ្ឋចំពោះការកែតម្រូវការធានារ៉ាប់រង។
- ជួយពិនិត្យឡើងវិញនៃការដាក់ពាក្យសុំនេះ ដែលអាចរួមបញ្ចូលការធ្វើសម្ភាសន៍ និងការពិនិត្យឡើងវិញទូទៅកំណត់ត្រាសុខភាព។
- ត្រូវយល់ថា ព័ត៌មានជាក់លាក់ អាចត្រូវកំណត់ការផ្ទេរផ្នែកព័ត៌មានយោជកប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងភារកិច្ចបិទផ្សេងទៀត។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណ និងភាពជាពលរដ្ឋអាមេរិក ប្រសិនបើព័ត៌មាននោះ មិនត្រូវបានទទួលតាមរយៈដំណើរការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ ដោយបង្ហាញឯកសារពិសោធកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និងភាពជាពលរដ្ឋអាមេរិក ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក។
- រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងត្រួតពិនិត្យរបស់អ្នក ដែលរួមមានទាំងប្រាក់ចំណូល អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទឱ្យបានឆាប់រហ័សនៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។

**ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា៖**

- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងធានារ៉ាប់រងផ្តល់ជូនព័ត៌មាន ណាមួយឬទាំងអស់ដែលបានរកឃើញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានប្រយោជន៍សហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជនតាមរយៈទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាករណីកើតឡើងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង ផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយឬទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទិដ្ឋភាព។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ប្រសិនបើត្រូវបានកំណត់ថាកូនរបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានឬបានចុះឈ្មោះចូលក្នុង អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់និយោជករដ្ឋពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយទីភ្នាក់ងារនេះ នឹងអាចបង់ប្រាក់ជូន ទោះជាបំណែកតិចតួចនៃការធានារ៉ាប់រង ឬការចំណាយ លើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដោយ បន្ទាប់មកកូនរបស់ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CHIP ឡើយ។

ប្រសិនបើនេះជាករណីកើតឡើង ហើយកូនរបស់ខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP នោះ អត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធី CHIP របស់កូនខ្ញុំ អាចនឹងត្រូវបានបញ្ចប់ដោយមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ ពីកាលបរិច្ឆេទកាលពីមុន។

**ទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖**

- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិត ក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការរក្សាសម្ងាត់ព័ត៌មាន។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចប្រឈមនឹងការដាក់ ទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ បើខ្ញុំផ្តល់ជូនព័ត៌មានក្លែងបន្លំ និង/ឬ មិនពិត ដោយចេតនា។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរ (និងមានខុសគ្នាជាង) អ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំអាចចូលរូបសាយ [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 ដើម្បីរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ អាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការរើសអើងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាត ដោយផ្អែក លើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភេទ អាយុ និន្នាការផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬពិការភាព។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង អំពីការរើសអើង ដោយចូលទៅ [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាគ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន (ឃុំខ្លួនឬដាក់គុក) ឡើយ ។

ប្រសិនបើមិន ដូច្នោះទេ \_\_\_\_\_ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន។  
(ឈ្មោះរបស់បុគ្គល)

**• ការបន្តថ្មីឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀត៖**

ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការជួយបង់ការ ចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀតនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិ អនុញ្ញាតឱ្យទិដ្ឋភាព ប្រើទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានទាំងព័ត៌មានពី របាយការណ៍ពន្ធដងដែរ។ ទិដ្ឋភាពនេះ នឹងផ្តល់ឱកាសដល់ខ្ញុំ ដែលអនុញ្ញាត ឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរធានា ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសយកបានគ្រប់ពេល។

**ចាស់ ការបន្តថ្មីឡើងវិញភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលបន្ទាប់ទៀត៖**

- (សូមគូសយកមួយ)
- 5 ឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមាដែលបានអនុញ្ញាត)
  - 4 ឆ្នាំ
  - 3 ឆ្នាំ
  - 2 ឆ្នាំ
  - 1 ឆ្នាំ
  - កុំប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីរបាយការណ៍ពន្ធ ការបន្តថ្មីឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។



- តាមការយល់ដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយថាព័ត៌មានដែលបានបញ្ចូលក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺជាព័ត៌មាន ពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្លាប់ជំពាក់។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ការផ្តល់ជូនព័ត៌មានក្លែងបន្លំ ឬមិនពេញលេញនៅក្នុង ការដាក់ពាក្យសុំនេះ គឺជា ការក្លែងបន្លំការធានារ៉ាប់រង។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញផ្នែកអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្នែកនេះជាមួយ ពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្លែងបន្លំណាមួយដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ ជូនដោយ នរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា បុគ្គលទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ នឹងត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធីនេះ ដែលក្នុងនោះពួកគេមានសិ ទ្ធិស្របច្បាប់ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ កម្មវិធី CHIP ឬអត្ថប្រយោជន៍សហព័ន្ធតាមរយៈទីផ្សារ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ ផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាកម្មវិធី CHIP ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងធានារ៉ាប់រង ផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយឬទាំងអស់ដែលបានរកឃើញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ ប្រសិន បើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ នៅរដ្ឋផ្សេងស៊ីលវ៉ានីនៅ Pennsylvania និងក្រសួងធានារ៉ាប់រងនៅរដ្ឋផ្សេងស៊ីលវ៉ានីនៅ Pennsylvania ទៅទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សហព័ន្ធ និង/ឬ ចង់ស្វែងរកជម្រើស ថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជន។
- ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិ ទ្ធិស្របច្បាប់ និងសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញនៃកម្មវិធី CHIP, ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ និងកម្មវិធីទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាបុគ្គលដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំ គឺពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនបរទេសដែលមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់។

**X**

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬបុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត អ្នកអាចចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ ដរាបណាព័ត៌មានដែលតម្រូវឱ្យមាននោះ ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុង ផ្នែកអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត។

**អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត**

អ្នកអាចផ្តល់ជូនសិទ្ធិដល់អ្នកដែលទុកចិត្ត ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះជាមួយយើងខ្ញុំ សូមមើលព័ត៌មានរបស់អ្នកនិងធ្វើដាក់តំណាងឱ្យអ្នកចំពោះបញ្ហានានាដែលទាក់ទងនឹងការដា ក់ពាក្យសុំនេះ ដែលរួមមានការទទួលបានព័ត៌មានអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកនិងការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នកក្នុងនាមជំនួសឱ្យអ្នក។ បុគ្គលនេះ ត្រូវបានគេហៅថាជា "អ្នកតំណា ងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត"។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការផ្លាស់ប្តូរអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នក សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលបានកែតំណាងស្របច្បាប់សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំនេះ អ្នកអាចដាក់ជូនកម្មស្ថានបញ្ជាក់នៅកន្លែងហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំដូចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើនេះជាករណីកើតឡើង សូមដាក់ជូនកម្មស្ថានបញ្ជាក់ជាមួយពាក្យសុំនេះ។

តើអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ជាអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកឬទេ?  បាទ  ទេ

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត:	លេខទូរស័ព្ទ: (      )	ទូរស័ព្ទប្រើនៅ (✓): <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទចល័ត
-------------------------------------	--------------------------	---

អាសយដ្ឋានផ្ទះ (រួមមាន ផ្លូវ លេខផ្ទះ ទីក្រុង រដ្ឋ & លេខកូដតំបន់ 4):

មុខងារអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត:	<input type="checkbox"/> អ្នកមើលថែទាំ	<input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	<input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនងបឋម	<input type="checkbox"/> អ្នកប្រតិបត្តិលិខិតបណ្តាំជីវិតរស់នៅ
	<input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រុមគ្រួសារ	<input type="checkbox"/> អ្នកតំណាង	<input type="checkbox"/> លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត	

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្សារអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ និងដើម្បីធ្វើដាក់តំណាងឱ្យអ្នកចំពោះបញ្ហានានាពេលអនាគតទាំងអស់ជា មួយទីភ្នាក់ងារនេះ។

ហត្ថលេខាបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

ត្រូវប្រាកដថា ត្រូវចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយបញ្ចូលឯកសារដែលតម្រូវឱ្យមាន។







# សមាជិកគ្រួសារជនជាតិដើមឥណ្ឌូអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (AI/AN)

បំពេញឧបសម្ព័ន្ធនេះ បើអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារជាជនជាតិដើមឥណ្ឌូអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។ ដាក់ជូនឧបសម្ព័ន្ធនេះជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការពេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

## ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីសមាជិកគ្រួសារជនជាតិដើមឥណ្ឌូអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្ការបស់អ្នក។

ជនជាតិដើមឥណ្ឌូអាមេរិក និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាចទទួលបានសេវាកម្មនានាពីសេវាកម្មសុខភាពកណ្តាល កម្មវិធីសុខភាពកណ្តាលកុលសម្ព័ន្ធនៅតាមទីក្រុង។ ពួកគេប្រហែលមិនត្រូវ រាប់បញ្ចូលទៅក្នុងបញ្ជីបញ្ជូនមកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ។

**សម្គាល់:** ប្រសិនបើអ្នកមានមនុស្សច្រើននាក់ទៀតត្រូវរាប់បញ្ចូល សូមថតចម្លងទំព័រនេះ ហើយភ្ជាប់ជាមួយពាក្យសុំ។

បុគ្គល 1		សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់	
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកណ្តាល នាមត្រកូល):		សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
		លើកលែង ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____ រដ្ឋ: _____	
តើបុគ្គលនេះធ្លាប់ទទួលបានសេវាកម្មពីសេវាកម្មសុខភាពកណ្តាល កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពកណ្តាលនៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញត្រូវបញ្ជូនមកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		ប្រសិនបើឆ្លើយថា ទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិបញ្ចូលបញ្ជីទទួលបានសេវាកម្មនានាពីសេវាកម្មសុខភាពកណ្តាល ឬកម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពកណ្តាលនៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញត្រូវបញ្ជូនមកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
ប្រាក់ខ្លះដែលបានទទួល អាចមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងការថែទាំសុខភាពឡើយ។ សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូល (ចំនួនទឹកប្រាក់ និងញឹកញាប់បំប៉ង) ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក ដែលមានប្រាក់ប្រកបទាំងនេះ: <ul style="list-style-type: none"> <li>ការបង់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលមកពីធនធានធម្មជាតិ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ ការជួល ឬថ្លៃស្នូលសារ។</li> <li>ការបង់ប្រាក់ពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើស្រែចំការ ការចិញ្ចឹមសត្វ ការនេសាទ ការជួល ឬថ្លៃស្នូលសារមកពីដីដែលបានកំណត់ទុកជាដី ដែលទុកចិត្តប្រគល់ជនជាតិឥណ្ឌូអាមេរិកដោយស្របច្បាប់ (ដែលមានការទុកបម្រុង និងការទុកបម្រុងកាលពីមុន)។</li> <li>លុយពីការលក់ត្រូវប្រើប្រាស់ ដែលមានសារៈសំខាន់ខាងវប្បធម៌។</li> </ul>	\$ _____  ញឹកញាប់បំប៉ង? _____		

បុគ្គល 2		សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់	
ឈ្មោះ (នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកណ្តាល នាមត្រកូល):		សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
		លើកលែង ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____ រដ្ឋ: _____	
តើបុគ្គលនេះធ្លាប់ទទួលបានសេវាកម្មពីសេវាកម្មសុខភាពកណ្តាល កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពកណ្តាលនៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញត្រូវបញ្ជូនមកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		ប្រសិនបើឆ្លើយថា ទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិបញ្ចូលបញ្ជីទទួលបានសេវាកម្មនានាពីសេវាកម្មសុខភាពកណ្តាល ឬកម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពកណ្តាលនៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញត្រូវបញ្ជូនមកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
ប្រាក់ខ្លះដែលបានទទួល អាចមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងការថែទាំសុខភាពឡើយ។ សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូល (ចំនួនទឹកប្រាក់ និងញឹកញាប់បំប៉ង) ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក ដែលមានប្រាក់ប្រកបទាំងនេះ: <ul style="list-style-type: none"> <li>ការបង់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលមកពីធនធានធម្មជាតិ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ ការជួល ឬថ្លៃស្នូលសារ។</li> <li>ការបង់ប្រាក់ពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើស្រែចំការ ការចិញ្ចឹមសត្វ ការនេសាទ ការជួល ឬថ្លៃស្នូលសារមកពីដីដែលបានកំណត់ទុកជាដី ដែលទុកចិត្តប្រគល់ជនជាតិឥណ្ឌូអាមេរិកដោយស្របច្បាប់ (ដែលមានការទុកបម្រុង និងការទុកបម្រុងកាលពីមុន)។</li> <li>លុយពីការលក់ត្រូវប្រើប្រាស់ ដែលមានសារៈសំខាន់ខាងវប្បធម៌។</li> </ul>	\$ _____  ញឹកញាប់បំប៉ង? _____		





# ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ

**ប្រាប់យើងអំពីការងារដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។** អ្នកមិនត្រូវការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ លុះត្រាតែនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារមួយ។

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ អ្នកអាចត្រូវការឆ្លើយសំណួរនិយោជករបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកបំពេញផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះពីនិយោជករបស់អ្នកទាន់ពេលវេលា ឬអ្នកមានអារម្មណ៍ថាការបំពេញនេះនឹងអាចពន្យារពេលការចាប់ផ្តើមនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកនោះ អ្នកអាចដាក់ជូនពាក្យសុំ របស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់មានឧបសម្ព័ន្ធ B ឡើយ។

សូមក្តាប់ឯកសារថតចម្លងនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ការងារនីមួយៗដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក	
ឈ្មោះនិយោជក (ឧបន្តន ឈ្មោះកណ្តាល ធាមក្រកូល)	លេខសន្តិសុខសង្គម

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក	
ឈ្មោះនិយោជក	លេខអត្តសញ្ញាណនិយោជក (EIN)

អាសយដ្ឋាននិយោជក (ប្រមាន ផ្លូវ លេខផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ & លេខកូដតំបន់ +4)៖	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក ( )
--	--------------------------

តើយើងខ្ញុំអាចទាក់ទងអ្នកណាអំពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជកចំពោះការងារនេះ?	លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនបើមានខុសពីខាងលើ) ( )	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
---	--	-----------------

**តើបច្ចុប្បន្ននិយោជកមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយនិយោជកនេះ ឬតើនិយោជកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងរយៈពេល 3 ខែក្រោយឬទេ?**

**បាទ** (បន្ត) ប្រសិនបើនិយោជកមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់នៅថ្ងៃនេះ ដែលប្រមាទាំងលទ្ធផលនៃការដេញ ឬរយៈពេលសាកល្បងការងារ តើនិយោជកមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅពេលណា? \_\_\_\_\_

**ទេ** (ឈប់ និងប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជកវិញ)

ប្រាប់យើងអំពី **ផែនការថែទាំសុខភាព** ដែលផ្តល់ជូនដោយ **និយោជកនេះ។**

តើនិយោជកផ្តល់ផែនការថែទាំសុខភាពដែលចេញថ្លៃសម្រាប់ប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់របស់និយោជកឬទេ?  បាទ អ្នកណា៖  ប្តីឬប្រពន្ធ  អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់

ទេ (សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)

តើនិយោជកផ្តល់ជូនផែនការសុខភាពដែលបំពេញតាមស្តង់ដារកម្ពុជាឬទេ?  បាទ (សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)  ទេ (ឈប់ និងប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជកវិញ)

សម្រាប់ផែនការថែទាំសុខភាពដែលបំពេញតាមស្តង់ដារកម្ពុជាឬទេ? **តើនិយោជកបំណុល** (កំណត់បញ្ចូលផែនការសុខភាព) ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីសុខុមាលភាព សូមផ្តល់ជូនបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនិយោជកនឹងអាចបង់ ប្រសិនបើគាត់/នាងបានទទួលការបញ្ជូនកម្មវិធីសុខុមាលភាពសម្រាប់កម្មវិធីបញ្ជូនការងារនេះ ហើយមិនបានទទួលការបញ្ជូនកម្មវិធីសុខុមាលភាពផ្សេងទៀត ដោយផ្អែកលើកម្មវិធីសុខុមាលភាព។

តើនិយោជកនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការនេះ ប៉ុន្មាន? \$ \_\_\_\_\_

តើភ្នាក់ងារបំណុល?  រៀងរាល់សប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ពីរដងក្នុងមួយខែ  រៀងរាល់ខែ  រៀងរាល់បីខែ  រៀងរាល់ឆ្នាំ

ប្រសិនបើផែនការរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ ហើយអ្នកដឹងថាផែនការថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ជូន នឹងផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹង សូមឈប់ និងប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជកវិញ។

តើនិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ផែនការឆ្នាំថ្មីនេះ?

និយោជកនឹងមិនផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ

និយោជកនឹងប្តូរផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់និយោជកនានា ឬផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដែលអាចផ្តល់ជូនតែនិយោជកដែលបំពេញតាមស្តង់ដារកម្ពុជាឬទេ?  បាទ អ្នកណា៖  ប្តីឬប្រពន្ធ  អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ (បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ត្រូវបង្ហាញពីការបញ្ជូនកម្មវិធីសុខុមាលភាព។ សូមមើលសំណួរខាងលើ)។

តើនិយោជកនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការនេះឬទេ? \$ \_\_\_\_\_

តើភ្នាក់ងារបំណុល?  រៀងរាល់សប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  ពីរដងក្នុងមួយខែ  រៀងរាល់ខែ  រៀងរាល់បីខែ  រៀងរាល់ឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_

\*ផែនការថែទាំសុខភាពដែលប្តូរដោយនិយោជក បំពេញតាម "ស្តង់ដារកម្ពុជាឬទេ" ប្រសិនបើការចូលរួមរបស់ផែនការនៃការថែទាំសុខភាពដែលបានអនុញ្ញាតសរុប ចេញថ្លៃដោយផែនការនេះមិនតិចជាង 60% នៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (ផ្នែក 36B(C)(2)(C)(ii) នៃក្រមស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុងឆ្នាំ 1986)។





# សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

## ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ

- ខ្ញុំយល់ថារដ្ឋ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធផ្សេងៗទៀតភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្ញើផ្ទេរព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ IEVS និងអង្គការផ្សេងទៀត នឹងត្រូវបាន រៀបចំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ញើផ្ទេរទៅតាមរយៈប្រភេទព័ត៌មាននោះ ពោលព័ត៌មាននៃម៉ូតូដែលខុសគ្នាត្រូវបានរកឃើញដោយគ្នាភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាន បែបនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងកម្រិតនៃអត្ថប្រយោជន៍ គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ ឬពេញលេញដឹងព័ត៌មានតាមអេឡិចត្រូនិក ឬតាមមធ្យោបាយណាមួយផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានាដែល គ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ជូនទៅក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ ឬភ្នាក់ងារដែលបាន ចាត់តាំង ឬអ្នកម៉ៅការរបស់ខ្លួន សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ញើផ្ទេរព័ត៌មានទៅក្រុមហ៊ុនអន្តរជាតិ រក្សាទុកទៅដោយស្ថាប័ននោះ ឬសម្រាប់ស្រាវជ្រាវការងារ ឬការប្រើប្រាស់ ឬការផ្តល់ជូន និងកំណត់ ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាន ហិរញ្ញវត្ថុ រួមមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបិទកណនី និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធ ផ្សេងទៀត ដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានទាំង ប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ផ្សេងទៀត ដែលទទួលរាប់រងដោយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុចំពោះ កណនី ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះមានប្រសិទ្ធភាពហួតដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ឈប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសុំឱ្យបិទបញ្ជាបច្ចេកវិទ្យាផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនទៅក្រសួងណាមួយដែល កើតឡើងមុនគេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណ៍នោះអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបកស្រាយខុស បិទបញ្ជា ឬមិនព្រមទទួលការពិតដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំអាច ត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវ កាត់ទោស និងត្រូវដកសិទ្ធិការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ជាក់លាក់នា ពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញផ្នែកអ្នកតំណាង ដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្នែកនេះជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្នុងបន្តណាមួយដែលបាន ធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ កែប្រែប្រែ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការ ចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលកម្រិតខ្ពស់នៃការណ៍ ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃដើមខែ បន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពី អត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្តាក់ ឬបញ្ឈប់ នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ នឹងពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើ ឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ញើផ្ទេរទឹកកកនិយោជក ប្រកបហិរញ្ញវត្ថុ និងកាតិទីប័ផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គម ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មានលេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវប្រើប្រព័ន្ធបញ្ជូនអត្ថប្រយោជន៍តាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS កែប្រែប្រែនៅអង្គុយពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។

ខ្ញុំត្រូវប្រើប្រព័ន្ធ EBT ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់កែប្រែប័ណ្ណ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ ។

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិនិត្យផ្តល់ជូនលេខសន្តិសុខសង្គម របស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូលគឺជាព័ត៌មានពិតដែលល្អិតក្រោម ទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការរលោភ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមាន តម្លៃសមរម្យ ដើម្បីផ្ញើផ្ទេរការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា នៅពេលណាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព អាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះ ឈ្មោះនៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាពជាគ្រូម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាព ដែលខ្ញុំមានច្រមុយហើយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់ទោសឱ្យនៅពេលនេះ ដែលខ្ញុំបានទទួល ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដាក់ក្នុងកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរួមទូលាយគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដែលខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់បាន។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានកម្រិតចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចនឹងឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាបសម្រាប់ខ្ញុំ ពីព្រោះក្រសួងទូទាត់ថ្លៃសេវាប្រចាំខែសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពខ្ញុំខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ថ្លៃសេវាប្រចាំខែគឺជាថ្លៃបង់ថែ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារកំហុស ការបោះបង់ ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មក ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានកម្រិតថ្លៃសងទៅកុរស្តង់វិញនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ ដែលបានទូទាត់ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រខ្ញុំ ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះប្តូរទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។ ប្រសិនបើនេះជាភារិណដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាកម្មវិធី CHIP ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ដែលល្អិតក្រោមកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះប្តូរទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈ ឯកជនតាមរយៈវិញ្ញាធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាភារិណកើតឡើងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិ អនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង ផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំ នេះទៅវិញ្ញាធានារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលល្អិតក្រោម វិញ្ញាធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

## CHIP

### អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះ:

- ការសម្ងាត់ - ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់។ ពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយកម្មវិធីអ្នកជាតិ ដែលក្នុងនោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬ អាចមានសិទ្ធិទទួលបានដូចជាជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងជំនួយបុព្វលាភ វិញ្ញាធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ចាត់តាំងអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន - អ្នកអាចជ្រើសរើសបុគ្គលផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលព័ត៌មានទាក់ទងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក ឬកូនជាអតិថិជនរបស់អ្នក ដោយបំពេញសំណុំបែបបទអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន។
- លិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមាន តម្លៃសមរម្យ - ក្នុងករណីអ្នកបោះបង់ ចេញពីកម្មវិធីនេះ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមាន តម្លៃសមរម្យ ដើម្បីពិនិត្យមើលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ -



**សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (បន្ត)**

អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នក។

- បណ្តឹងខ្លួនឯង - អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញដែលមិនលំអៀង ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចចិត្តណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការដាក់ពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើសំណើត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការសម្រេចនេះ។

**អ្នកមានការទទួលខុសត្រូវចំពោះ:**

- សូមអាននិងយល់ដឹងពេញលេញអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដោយយល់ដឹងថាមានការដាក់ទណ្ឌកម្ម ចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនា; វាជាបទល្មើសធ្ងន់ធ្ងរ និងចាត់ទុក ថាជាបទឧក្រិដ្ឋចំពោះការក្លែងបន្លំការធានារ៉ាប់រង។
- ជួយពិនិត្យឡើងវិញនៃការដាក់ពាក្យសុំនេះ ដែលអាចរួមបញ្ចូលការធ្វើសម្ភាសន៍ និងការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាសុខភាព។
- ត្រូវយល់ថា ព័ត៌មានជាក់លាក់ អាចត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោជកប្រករពិរុញរុក្ខ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណ និងភាពជាពលរដ្ឋអាមេរិក ប្រសិនបើព័ត៌មាននោះ មិនត្រូវបានទទួលតាមរយៈដំណើរការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ ដោយបង្ហាញឯកសារពិសោធកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និងភាពជាពលរដ្ឋអាមេរិក ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក។
- រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានទាំងប្រាក់ចំណូល អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទឱ្យបានឆាប់រហ័សនៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។

**ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា:**

- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យគ្រួសារធានារ៉ាប់រងផ្តល់ជូនព័ត៌មាន ណាមួយឬទាំងអស់ដែលបានរកឃើញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការប្រយោជន៍សហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជនតាមរយៈទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាករណីកើតឡើងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យគ្រួសារ ផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយឬទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទិដ្ឋភាព ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ប្រសិនបើត្រូវបានកំណត់ថាកូនរបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបានចុះឈ្មោះចូលក្នុង អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់និយោជិករដ្ឋពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយទីភ្នាក់ងារនេះ នឹងអាចបង់ប្រាក់ជូន ទោះជាចំណែកតិចតួចនៃការធានារ៉ាប់រង ឬការចំណាយ លើប្រព័ន្ធសុខភាពធានារ៉ាប់រងដោយ បន្ទាប់

មកកូនរបស់ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CHIP ឡើយ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីកើតឡើង ហើយកូនរបស់ខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP នោះ អត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធី CHIP របស់កូនខ្ញុំ អាចនឹងត្រូវបានបញ្ចប់ដោយមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ ពីកាលបរិច្ឆេទកាលពីមុន។

**ទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព:**

- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិត ក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្លាប់ពាន។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចប្រឈមនឹងការដាក់ ទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ បើខ្ញុំផ្តល់ជូនព័ត៌មានក្លែងបន្លំ និង/ឬ មិនពិត ដោយចេតនា។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរ (និងមានខុសគ្នាជាង) អ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំអាចចូលវិបសាយ [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 ដើម្បីរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ អាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការរើសអើងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាត ដោយផ្អែក លើជាកិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភេទ អាយុ និន្នាការផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬពីការភាព។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង ដោយចូលទៅ [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាគ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន (ឃុំខ្លួនឬដាក់គុក) ឡើយ ។  
ប្រសិនបើមិន ដូច្នោះទេ \_\_\_\_\_ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន។  
(ឈ្មោះរបស់បុគ្គល)

**ការបន្តឱ្យឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀត:**

ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការជួយបង់ការ ចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀតនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិ អនុញ្ញាតឱ្យទិដ្ឋភាព ប្រើទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានទាំងព័ត៌មានពី របាយការណ៍ពន្ធដងដែរ។ ទិដ្ឋភាពនេះ នឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាត ឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនានា ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសយកបានគ្រប់ពេល។

**ចាស់ ការបន្តឱ្យឡើងវិញភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលបន្ទាប់ទៀត:**

- (សូមគូសយកមួយ)
- 5 ឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមាដែលបានអនុញ្ញាត)
  - 4 ឆ្នាំ
  - 3 ឆ្នាំ
  - 2 ឆ្នាំ
  - 1 ឆ្នាំ
  - កុំប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីរបាយការណ៍ពន្ធ ការបន្តឱ្យឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។

