



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ពាក្យសុំសិទ្ធិទទួលបានហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medicaid) សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង

សូមគូសចំណុចណាមួយដែលលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ៖

- ការថែទាំសុខភាពនៅមណ្ឌល
- សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតតាមផ្ទះនិងសហគមន៍ - ប្រភេទ/ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត/សេវាកម្ម៖ _____
- ផ្សេងៗ៖ _____

- សូមអានសំណុំបែបបទទាំងអស់។
- សរសេរព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំជាអក្សរពុម្ពនៅចន្លោះកន្លែងដែលមិនមានស្រមោល
- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬគ្មានម្នាក់ទៀតអាចជួយលោកអ្នក ឬលោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។
- សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពលើសំណុំបែបបទនេះ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពចេញហើយ មិនត្រឹមត្រូវ ឬបានផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមគូសចោលព័ត៌មានដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ព និងផ្តល់ជូនព័ត៌មានថ្មី។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណួរទាំងអស់ ដែលមិនមានចម្លើយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ព ហើយផ្តល់ចម្លើយ លុះត្រាតែមានការណែនាំដែលប្រាប់លោកអ្នកថា លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។

លោកអ្នកឬអ្នកតំណាងណាម្នាក់ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើសនោះ អាចបំពេញពាក្យសុំនេះ។ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចជាប្តីប្រពន្ធ មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ អ្នកដែលមានលិខិតប្រគល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកនេះ។ ត្រូវមាននរណាម្នាក់ដែលយល់ដឹង និងអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នករៀបរាប់ហើយនោះ ព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកខ្លះត្រូវតែបំពេញសម្រាប់អ្នកនិងប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក។

បន្ទាប់ពីសំណុំបែបបទនេះត្រូវបានបំពេញហើយ សូមយកសំណុំបែបបទនេះឱ្យទៅនរណាម្នាក់យកទៅ ឬផ្ញើតាមប៊ុស្តិ៍ប្រសិនបើយើងទៅការិយាល័យជំនួយខោនធី លើកលែងតែលោកអ្នកត្រូវបានណែនាំតាមរបៀបផ្សេងទៀត។ ការិយាល័យជំនួយខោនធីនឹងប្រាប់លោកអ្នកថាតើត្រូវការធ្វើសម្ភាសន៍ឬទេ។ លោកអ្នកនឹងត្រូវការលិខិត

បញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណកម្ម និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានផ្សេងទៀតនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ លើកលែងតែយើងខ្ញុំមានព័ត៌មានរួចហើយនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានសំណុំបែបបទនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធី។ លោកអ្នកត្រូវភ្ជាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទៅនឹងសំណុំបែបបទនេះ។

អ្នកដែលបានចែកទ្រព្យសម្បត្តិ (ប្រាក់ចំណូល ឬធនធាន) ក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមកឬបង្កើត ឬផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិទុកក្នុងរយៈពេល 60 ខែ មុនពេលដាក់ពាក្យសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលវែង អាចមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ ដោយសារតែមានការទាមទារនេះ លោកអ្នកអាចត្រូវផ្តល់ជូនការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិដែលជាកម្មសិទ្ធិក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមក ទោះបីជាលោកអ្នកអាចមិនមែនជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិទៅទៀតក្តីដែរ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើលេខបណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ខែ មុនការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើព័ត៌មានបានបំពេញ ហើយលោកអ្នកបានផ្តល់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ដែលចាំបាច់ (ដោយមានសំណុំបែបបទនេះ បើអាចធ្វើទៅបាន) ក្តីយើងយល់យល់ជំនួយខោនធីនឹងផ្តល់ដំណឹងដល់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន 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.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអត្ថប្រយោជន៍សុំបុគ្គលឱ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលស្ថិតនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ឱ្យដោយឥតគិតថ្លៃ។

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. CAO ستقدم خدمات الترجمة مجاناً.



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
<input type="checkbox"/> AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
<input type="checkbox"/> NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

ចាប់ផ្តើម

តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្ត? អង់គ្លេស អេស៉្បាញ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) _____
 តើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាឬទេ? បាទ ទេ បើចម្លើយថា បាទ ចាស់ តើភាសាអ្វី? _____

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ សម្រាប់លោកអ្នកដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
 សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីលោកអ្នកផ្ទាល់។ សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា JR./SR./ETC.)៖	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
---	--------------------------------	-----------------------------------	--

ស្ថានភាពគ្រួសារ៖ <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការហើយ <input type="checkbox"/> លែងលះប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយ	តើកាលបរិច្ឆេទនៃការរស់នៅបែកគ្នាគឺនៅពេលណា?
ប្រសិនបើរស់នៅបែកគ្នា សូមបំពេញផ្នែកទំនាក់ទំនងសម្រាប់ប្តីប្រពន្ធរស់នៅបែកគ្នា។	
ប្រសិនបើគូសយកពោះម៉ាយ តើកាលបរិច្ឆេទនៃមរណភាពរបស់ប្តីប្រពន្ធអ្នកគឺនៅពេលណា?	ឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ

ជាតិសាសន៍ (មានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ ដែលត្រូវមណ្ឌល)
<input type="checkbox"/> អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> អេស៉្បាញ <input type="checkbox"/> អេស៉្បាញ <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្តេចអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាណានិគម <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌល សូមប្រើអាសយដ្ឋានអគារ)៖	លេខទូរស័ព្ទ៖	កាលបរិច្ឆេទបានផ្លាស់ទៅអាសយដ្ឋាននេះ៖
ទីប្រជុំជនប្តីប្រពន្ធ៖	មណ្ឌលសិក្សាធិការ៖	អាសយដ្ឋានពីមុន (ប្រសិនបើនៅក្នុងមណ្ឌល សូមផ្តល់ជូនអាសយដ្ឋានថ្មី៖ ប្រសិនបើលោកអ្នករៀបការហើយ សូមផ្តល់អាសយដ្ឋានប្តីប្រពន្ធរស់នៅ)៖

តើលោកអ្នកធ្លាប់ដាក់ពាក្យសុំ ឬបានទទួលស្តាប់ប្រាក់ ឬការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបានចូលរួមម៉ឺនីជីនិយម អាហារប្រតិបត្តិបន្ថែម (SNAP) ដែលត្រូវបានដឹងពីពេលមុនថាជាប័ណ្ណជនក្រីក្រក្រៅក្រុមគ្រួសារក្រៅផ្ទះក្រៅផ្ទះនៅខោនធីផ្សេងទៀតនៅរដ្ឋធីនស៊ីរ៉ាគូសឺត ឬនៅរដ្ឋផ្សេងទៀតឬទេ?	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ តើដើម្បីមូលហេតុ?	រយៈពេលប៉ុន្មាន?
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	ហេតុអ្វីមួយណា?	លេខកំណត់ហេតុ៖

តើលោកអ្នកធ្លាប់រស់នៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ឬទេ?	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ សូមផ្តល់ជូនឈ្មោះ៖	អាសយដ្ឋាន៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ			

តើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក? បាទ/ចាស់ ទេ ▶ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិក, សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖

តើលោកអ្នកមានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ឬទេ?	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក៖	ប្រភេទឯកសារ៖	លេខឯកសារប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន៖	លេខជនបរទេស៖
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ				

តើលោកអ្នកបានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកមុនឆ្នាំ 1996 ឬទេ?	ប្រទេសដើម៖
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអ្នកជួយឧបត្ថម្ភ សូមផ្តល់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានអ្នកជួយឧបត្ថម្ភរបស់អ្នក៖

សូមចុះហត្ថលេខាដើម្បីបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិឬស្ថានភាពជនបរទេសរបស់អ្នកដូចដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើ៖

_____ ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ

សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ សម្រាប់ប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកបានរៀបការ ឬរស់នៅបែកគ្នា និងកូនៗប្តូរឯងប្តូរឯងនៅក្នុងបន្ទុក។
 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៖ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ទៅប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ឆ្លើយសំណួរ។ 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)

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឡើយទេ តើលោកអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនៅថ្ងៃនេះឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនគួសប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ លោកអ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះឡើយ។

ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែ៖ 1) មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ នៅថ្ងៃបោះឆ្នោតបន្ទាប់; 2) ជាពលរដ្ឋអាមេរិកដែលមានរយៈពេលយ៉ាងតិចមួយខែមុនការបោះឆ្នោតបន្ទាប់; 3) រស់នៅក្នុងរដ្ឋផ្សេងស៊ីលវ៉ានីយ៉ា Pennsylvania និងមូលដ្ឋានបោះឆ្នោតយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃមុនការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយដែលលោកអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។
 ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវស្វែងរកបុគ្គលិកជំនួយ គឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំជាលក្ខណៈឯកជន។ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខ្មែរ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ។
 ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថា មាននរណាម្នាក់បានរំខានដល់សិទ្ធិរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ សិទ្ធិឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីជួសជុលសកលបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងនយោបាយផ្សេងទៀតនោះ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅលេខាធិការកុម្មុនរ៉ែនៃក្រសួងការបរទេសរដ្ឋផ្សេងស៊ីលវ៉ានីយ៉ា តាមអាសយដ្ឋាន Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 ។ (លេខទូរស័ព្ទតំបន់តិចតួច 1-877-VOTESPA)។

បុគ្គលិកការិយាល័យជំនួយខ្មែរ និងបំពេញប្រអប់នេះដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកទៅខាងលើ

<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 __/__/__

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។ សូមបន្ថែមក្រដាសថែមទៀត ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងសរសេរច្រើនទៀត។ សូមដាក់ស្លាកសំណួរអ្វីខ្លះ ដែលលោកអ្នកនឹងឆ្លើយនៅទំព័របន្ថែមណាមួយ។

A. អចលនទ្រព្យ គ្មាន

ទីកន្លែង៖	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	តម្លៃ៖ \$	ការបង្កើតប្រាក់ចំណូល៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	អ្នកមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកណាស់នៅលំនៅដ្ឋាននេះ ?	តើអ្នកមានគម្រោងរើលក្រឡប់ទៅលំនៅដ្ឋានឬទេ ?		តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិអចលនទ្រព្យផ្សេងទៀតឬទេ ?	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើលំនៅដ្ឋានបានចុះបញ្ជីសម្រាប់លក់ ?	បើលក់ សូមឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ៖ (សូមចងចាំថាត្រូវងាយការណ៍មកយើងខ្ញុំអំពីការលក់អចលនទ្រព្យ)			បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទបានចុះបញ្ជី៖
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				

ទីកន្លែង៖	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	តម្លៃ៖ \$	ការបង្កើតប្រាក់ចំណូល៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	អ្នកមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកណាស់នៅលំនៅដ្ឋាននេះ ?	តើអ្នកមានគម្រោងរើលក្រឡប់ទៅលំនៅដ្ឋានឬទេ ?		តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិអចលនទ្រព្យផ្សេងទៀតឬទេ ?	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើលំនៅដ្ឋានបានចុះបញ្ជីសម្រាប់លក់ ?	បើលក់ សូមឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ៖ (សូមចងចាំថាត្រូវងាយការណ៍មកយើងខ្ញុំអំពីការលក់អចលនទ្រព្យ)			បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទបានចុះបញ្ជី៖
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				

B. ផ្ទះចល័ត គ្មាន

ទីកន្លែង៖	ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ៖	តម្លៃ៖ \$	ការបង្កើតប្រាក់ចំណូល៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	អ្នកមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ផ្តាំ និងម៉ូដែល៖	តើអ្នកណាស់នៅផ្ទះចល័តនេះ ?			
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
តើលំនៅដ្ឋានបានចុះបញ្ជីសម្រាប់លក់ ?	បើលក់ សូមឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ៖ (សូមចងចាំថាត្រូវងាយការណ៍មកយើងខ្ញុំអំពីការលក់អចលនទ្រព្យ)			បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទបានចុះបញ្ជី៖
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				

C. ការរៀបចំបុណ្យបញ្ជូនសព គ្មាន

ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ:	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានធនាគារ/ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគណនី:
ផ្ទះពិធីបុណ្យសព:	តម្លៃក្នុងគណនី: \$	កាលបរិច្ឆេទបានបង្កើត:
តើប្រាក់អាចដកមុនពេលមរណភាពរបស់បុគ្គលឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើការប្រាក់អាចដកបានឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិទីកន្លែងបញ្ចុះសពណាមួយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ទីកន្លែង:	ចំនួនទីកន្លែង:

ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ:	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានធនាគារ/ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគណនី:
ផ្ទះពិធីបុណ្យសព:	តម្លៃក្នុងគណនី: \$	កាលបរិច្ឆេទបានបង្កើត:
តើប្រាក់អាចដកមុនពេលមរណភាពរបស់បុគ្គលឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើការប្រាក់អាចដកបានឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើលោកអ្នកមានកម្មសិទ្ធិទីកន្លែងបញ្ចុះសពណាមួយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស 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 ផលិតនៅណា ម៉ូដែល	មានអាជ្ញាប័ណ្ណ?	ឆ្នាំកលេខ	ចំនួនប្រាក់ដំណាក់	មានកម្មសិទ្ធិ %	មតិយោបល់
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				

F. ធនធានផ្សេងទៀត **គ្មាន**

សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។ ធនធានរួមបញ្ចូលទាំងគណនីធនាគារ (រួមមានគណនីចរន្ត គណនីសន្សំ គណនីស្សរមកាល); លិខិតបញ្ជាក់ពីការដាក់ប្រាក់បញ្ញើ (CD); គណនីចូលនិវត្តន៍ (រួមទាំង IRA, KEOGH) ស្តុកប្រាក់; ប័ណ្ណប្រាក់រដ្ឋាភិបាល (រួមមានប័ណ្ណសន្សំប្រាក់របស់សហរដ្ឋអាមេរិក); ប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ មូលនិធិទុកចិត្ត; មូលនិធិទាំងសងខាង និងសាច់ប្រាក់សុទ្ធ។

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

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

ក្នុងរយៈពេល 60 ខែកន្លងមកនេះ តើអ្នកប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក បានផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយទៅក្នុងមូលនិធិទុកចិត្តឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយសំណួរថា បាទ/ចាស សូមពន្យល់ពីស្ថានភាព (ភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចាំបាច់)៖ _____

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

ប្រសិនបើលោកអ្នកបានបិទឬលុបចោលគណនីណាមួយ ដោយសារលោកអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព សូមរៀបរាប់វាយបញ្ជីគណនីទាំងនេះ៖

ម្ចាស់គណនី	ប្រភេទធនធាន	ទីកន្លែង	លេខគណនី	កាលបរិច្ឆេទបិទ

តើអ្នកឬប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នកបានទទួល ឬលោកអ្នករំពឹងថានឹងទទួលបានប្រាក់ចំណូល/ទ្រព្យសម្បត្តិ/ការទូទាត់បញ្ជី/ការគិតជាចំនួនសរុប/ការទទួលបានមរតកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមពន្យល់ពីស្ថានភាព (ភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចាំបាច់)៖ _____

ចំនួនប្រាក់៖ \$	កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុក៖
--------------------	----------------------

ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ប្តីប្រពន្ធ និង/ឬ អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក
 សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញ ហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។ សូមបន្ថែមក្រដាសបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងសរសេរច្រើនទៀត។ សូមដាក់ស្លាកសំណួរអ្វីខ្លះ ដែលលោកអ្នកនឹងឆ្លើយនៅទំព័របន្ថែមណាមួយ។

សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារទាំងអស់ ដែលត្រូវរាប់បញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះ៖ ប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន (ប្រាក់ឈ្នួល ការងារធ្វើជាម្ចាស់ខ្លួនឯង ប្រាក់ចំណូលពីការផ្តល់ជូន បន្ទប់និងអាហារ កម្រៃជើងសារ ជាដើម) និងប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបាន (ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ការធានារ៉ាប់រងអត្តធិការ ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច សំណងភាពគ្មានការងារធ្វើ សំណងនយោបាយ ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ការងារផ្លូវដែក ការទូទាត់សំណងជំងឺស្លូត ការធានារ៉ាប់រងឈឺ ការទូទាត់មូលនិធិទុកចិត្ត ឬប្រាក់បង់ប្រចាំឆ្នាំ ការគាំទ្រ ឬសោធនភាពរ៉ាប់រងកិច្ច ចំណែកប្រាក់ចំណេញ ឬការប្រាក់ ជាដើម)

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

តើធ្វើសែកទៅអ្នកណា? (អាណាព្យាបាល/អ្នកទទួលខុសត្រូវដែលជាអ្នកតំណាង)៖ _____ អាសយដ្ឋាន៖ _____

ការចំណាយលើជម្រក

\$	ថ្លៃឈ្នួលប្រចាំខែ/ការខ្ចីប្រាក់ដោយដាក់តុបញ្ចាំចំណូល
\$	កិច្ចព្រមព្រៀងទិញ លក់ ឬជួល
\$	ថ្លៃឈ្នួលមណ្ឌលថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន ឬនៅលំនៅដ្ឋាន
\$	ថ្លៃឈ្នួលលើការការពារទំហំការជួសជុលសម្រាប់ខ្លួន ឬលំនៅដ្ឋានសហករណ៍
\$	ជួលផ្ទះចល័តយ៉ាងច្រើន
\$	ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ - ចំនួនប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ
\$	ការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ - ចំនួនប្រាក់ប្រចាំឆ្នាំ

\$	ទូរស័ព្ទធម្មតា
\$	ហ្គាស
\$	អគ្គិសនី
\$	ឥន្ធនៈកម្ដៅ
\$	ទឹក
\$	លូទឹកស្អុយ
\$	សំរាមឬកាកសំណល់

តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់កម្ដៅ និង/ឬ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ដាច់ដោយឡែកពីការផ្តល់ជូនរបស់អ្នក? បាទ/ចាស ទេ

សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងក្នុងករណីមួយចំនួន គឺជំនឿខាងសាសនា ឬគោលនយោបាយ។

អ្នកមានពិការភាពដែលត្រូវការប្រើប្រាស់ទំនាក់ទំនងដែលមានជម្រើសសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ដូចជាអក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភាព អក្សរធំៗ ភាសាសញ្ញាអារមេរិកជាដើម) ត្រូវទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង។ ឬគ្រូដែលផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងការស្តាប់ ឬពិការភាពទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តសេវាពិនិត្យសេវា (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងៗទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី ដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសហព័ន្ធ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)), សូមទូរស័ព្ទមក៖ 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 ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាតើកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកអាចទទួលបានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងករណីមានការស្នើសុំ ការិយាល័យជំនួយខាង (CAO) ត្រូវផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាននូវអាសយដ្ឋាន លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) និងរូបថត (ប៊ែរមាន) របស់បុគ្គលដែលកំពុងរៀនសូត្រដើម្បីចៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំឃាំង ឬការបង្ខាំងទុកចំពោះបទប្បញ្ញត្តិ ឬការរំលោភបំពានលើការព្រមព្រៀងទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ។ ជនណាដែលរំលោភបំពានលើច្បាប់ឬបទប្បញ្ញត្តិណាមួយរបស់នាយកដ្ឋាននេះដោយចេតនា ត្រូវមានទោសពីបទល្មើសមធ្យម ហើយនៅពេលផ្តន្ទាទោសត្រូវកាត់ទោសឱ្យបង់ប្រាក់ពិន័យមិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬត្រូវជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬត្រូវជាប់ទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483)។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងដែលសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

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

សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៃក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាវាមិនត្រឹមត្រូវប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅឯការិយាល័យ CAO ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំទីភ្នាក់ងារមនុស្សជាតិដែលសវនាការផងដែរ។ នៅក្នុងសវនាការ លោកអ្នកអាចតំណាងឲ្យខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចធ្វើតំណាងក្នុងនាមជាលោកអ្នក។

សិទ្ធិដើម្បីទាមទារហេតុផលត្រឹមត្រូវ

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

ការទទួលបានមរិញ្ញាធជនលទ្ធផល

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធនិងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មករបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីស្តីពីការទទួលបានមរិញ្ញាធជនលទ្ធផលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតាមលេខ 1-800-528-3708 ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលដែលមានឥណទាន

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាគ្រូម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួមមកហើយ លោកអ្នកអាចទទួលបានឥណទានសម្រាប់ពេលវេលាដែលលោកអ្នកបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការណែនាំអាចផ្តល់លោកអ្នកឱ្យទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកការសណ្តឹងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាន

លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ លោកអ្នកត្រូវតែជួយបង្ហាញភស្តុតាងចំពោះព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន។ ការធានារ៉ាប់រងនានាអាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ជាក់លាក់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ទេ លោកអ្នកត្រូវស្នើសុំការិយាល័យ CAO ឱ្យជួយលោកអ្នកទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់នេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការទាក់ទងពីក្រសួង DHS ឬការិយាល័យអធិការកិច្ចទូទៅ លោកអ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតទាំងនោះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធនិងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មករបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់យើងខ្ញុំអាចទាមទារលោកអ្នកចុះកិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់ធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នក ឬប្រពន្ធ និងកូនៗរបស់អ្នកបានទទួល។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខប័ណ្ណ SSN លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណនេះ។ ការមិនផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN អាចបណ្តាលឱ្យមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។ លេខប័ណ្ណ SSN របស់អ្នក នឹងត្រូវប្រើសម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការផ្ទៀងផ្ទាត់តាមកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារពីការសន្យាធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ 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

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការធានារ៉ាប់រងនោះ លោកអ្នកនឹងត្រូវបានទាមទារឱ្យរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទៅបុគ្គលិកការសណ្តឹងរបស់អ្នក ឬទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍ រួមមានបុគ្គលនានាដែលចាកចេញ ឬផ្លាស់ទីលំនៅនៅផ្ទះអាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់នរណាម្នាក់ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ ការសម្រាលកូន ប្រភពចំណូលថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល។ បុគ្គលិកការសណ្តឹងរបស់អ្នក និងលិខិតជូនដំណឹងដែលលោកអ្នកទទួលបាន និងរាប់បញ្ចូលចំណុចជាក់លាក់អំពីព័ត៌មានលម្អិតដោយផ្អែកលើកម្មវិធីនិងការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំកម្មវិធី អាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង ការដាក់ទណ្ឌកម្ម ឬការចោទប្រកាន់តាមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី ឬព្រហ្មទណ្ឌ។ លោកអ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យ CAO ដោយផ្ទាល់តាមទូរស័ព្ទ ទូរសារ ប៊ុស៊ីនេស៊ីស ឬតាមរយៈគណនី My COMPASS ។ លោកអ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930 ឬសម្រាប់ទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វី Philadelphia, 1-215-560-7226 ដំណើរការគ្រប់ពេលវេលា។

ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

នៅពេលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ៖

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំជំនួយឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្របច្របីបាន (បទឧក្រិដ្ឋ) ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានឥណទាន ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា នៅពេលណាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬមានការកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាគ្រូបង្រៀន ដែលមានការកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានស្រាប់កាលពីមុន ខ្ញុំអាចទទួលបានការកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលខ្ញុំបានទទួលជូនវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេកំណត់នៅក្នុងករណីប្រសិនបើខ្ញុំបានបដិសេធការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយបំផុត ដែលអាចមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានគេទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថាការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពអាចមានដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការចំណាយតិចតួចសម្រាប់ខ្ញុំ ដោយសារត្រូវបានបដិសេធការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាថ្លៃសេវាប្រចាំខែ គឺជាថ្លៃសេវាពន្ធអាករ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារមានកំហុស ការកំណត់ ឬប្រសិនបើខ្ញុំបានបដិសេធការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព ខ្ញុំអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា រដ្ឋមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញលើកំណត់ត្រានៃសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ ដែលបានបង់ដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការទាមទារកំណត់ត្រាទាំងនេះត្រូវធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ជូនដល់សាក្សី មិនមែនបង់ជូនខ្ញុំទេ។ ហើយនេះ រួមបញ្ចូលទាំងការបង់ប្រាក់ពីកម្មវិធីមេឌីគែរ Medicare ។
- ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិជូនក្នុងការស្វែងរកដោយមានប្រយោជន៍នៃការផ្លាស់ប្តូរ ការបង់ប្រាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដឹកជូនផ្ទះ ឬការគាំទ្រដែលទទួលខុសត្រូវ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកត់ត្រានេះ នឹងមិនមានលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) សម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីការចំណាយ ហើយថាការយល់យល់ CAO អាចទាក់ទងមន្ត្រីផ្សេងទៀត ដើម្បីសុំការបញ្ជាក់ថា តើខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីអ្វីមួយឬទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះៗទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈដឹកជូនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាការណាមួយដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្លួននៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទីផ្សារ។
- ការបន្តឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយទៀតនេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ការមានសិទ្ធិស្របច្របីរបស់ខ្ញុំចំពោះការផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយទៀតនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រើចំនួនយោបល់របស់ខ្ញុំ ដែលមានទាំងព័ត៌មានព័ត៌មានពន្ធដារផងដែរ។ ទីផ្សារនេះ នឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាតឱ្យទីផ្សារផ្លាស់ប្តូរនោះ ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសយកបានគ្រប់ពេល។

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំជំនួយឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្របច្របីបាន (បទឧក្រិដ្ឋ) ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានឥណទាន ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា នៅពេលណាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬមានការកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាគ្រូបង្រៀន ដែលមានការកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានស្រាប់កាលពីមុន ខ្ញុំអាចទទួលបានការកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលខ្ញុំបានទទួលជូនវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេកំណត់នៅក្នុងករណីប្រសិនបើខ្ញុំបានបដិសេធការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយបំផុត ដែលអាចមានសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានគេទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថាការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពអាចមានដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការចំណាយតិចតួចសម្រាប់ខ្ញុំ ដោយសារត្រូវបានបដិសេធការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាថ្លៃសេវាប្រចាំខែ គឺជាថ្លៃសេវាពន្ធអាករ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារមានកំហុស ការកំណត់ ឬប្រសិនបើខ្ញុំបានបដិសេធការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព ខ្ញុំអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា រដ្ឋមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញលើកំណត់ត្រានៃសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ ដែលបានបង់ដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការទាមទារកំណត់ត្រាទាំងនេះត្រូវធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ជូនដល់សាក្សី មិនមែនបង់ជូនខ្ញុំទេ។ ហើយនេះ រួមបញ្ចូលទាំងការបង់ប្រាក់ពីកម្មវិធីមេឌីគែរ Medicare ។
- ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិជូនក្នុងការស្វែងរកដោយមានប្រយោជន៍នៃការផ្លាស់ប្តូរ ការបង់ប្រាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដឹកជូនផ្ទះ ឬការគាំទ្រដែលទទួលខុសត្រូវ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកត់ត្រានេះ នឹងមិនមានលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ដោយជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) សម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីការចំណាយ ហើយថាការយល់យល់ CAO អាចទាក់ទងមន្ត្រីផ្សេងទៀត ដើម្បីសុំការបញ្ជាក់ថា តើខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីអ្វីមួយឬទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះៗទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈដឹកជូនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាការណាមួយដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្លួននៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទីផ្សារ។
- ការបន្តឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយទៀតនេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ការមានសិទ្ធិស្របច្របីរបស់ខ្ញុំចំពោះការផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយទៀតនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រើចំនួនយោបល់របស់ខ្ញុំ ដែលមានទាំងព័ត៌មានព័ត៌មានពន្ធដារផងដែរ។ ទីផ្សារនេះ នឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាតឱ្យទីផ្សារផ្លាស់ប្តូរនោះ ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសយកបានគ្រប់ពេល។

បាទ/ចាស៎ ការបន្តឡើងវិញនៃការមានសិទ្ធិស្របច្របីរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលបន្តបន្ទាប់ទៀត (សូមគូសយកមួយ)៖

- ប្រាំឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមា ដែលបានអនុញ្ញាត)
- បួនឆ្នាំ
- បីឆ្នាំ
- ពីរឆ្នាំ
- មួយឆ្នាំ
- មិនត្រូវប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីសំណងពន្ធ ដើម្បីបន្តធ្វើឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។

X ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត កាលបរិច្ឆេទ

ចំណុចសំខាន់ៗ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការប្រយោជន៍ **SNAP/LIHEAP** លោកអ្នកអាចទទួលបានសំណុំបែបបទស្តីពីការព្រមព្រៀងលើការពិនិត្យមើលយ៉ាងឆាប់រហ័ស **Fast Track** តាមប៊ុស្តីប្រែសំណុំបែបបទដែលអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត	អាសយដ្ឋានអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត	លេខទូរស័ព្ទ

COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	<p style="text-align: center;">I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.</p> <p style="text-align: center;">_____ CAO Signature</p> <p style="text-align: right;">_____ Date</p>
--------------------------------------	--

លិខិតបញ្ជាក់

ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាចំពោះការកំណត់ទោសទណ្ឌដែលចែងដោយច្បាប់នោះ ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញចំពោះចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានអានពាក្យសុំនេះពេញលេញ ឬមាននរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់សំណួរដែលបានសួរ។ ខ្ញុំបានទទួលឯកសារចម្លងមួយច្បាប់អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ 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
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម (បើបានដាក់ជូនពិនិត្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម)	កាលបរិច្ឆេទ	<input type="checkbox"/> ការធ្វើសម្ភាសន៍ជួបដោយផ្ទាល់ជាមួយ៖ _____	
		<input type="checkbox"/> ការធ្វើសម្ភាសន៍តាមទូរស័ព្ទជាមួយ៖ _____	
ការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO ឬការិយាល័យសម្របសម្រួល	កាលបរិច្ឆេទ	<input type="checkbox"/> ការធ្វើសម្ភាសន៍ដែលបានផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត	

អ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត

សូមបំពេញ បើលោកអ្នកមានអ្នកតំណាង ឬលិខិតប្រគល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត។ ឯកសារចម្លងនៃលិខិតជូនដំណឹងនឹងត្រូវផ្ញើទៅអ្នកដែលមានឈ្មោះ។

នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាត់ពេញលេញ		ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖			<input type="checkbox"/> អ្នកតំណាង <input type="checkbox"/> លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត
អាសយដ្ឋាន៖	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខហត្ថលេខា	លេខទូរស័ព្ទ៖	

ខ្ញុំមានចំណងចង់ដកពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ៖

_____ កាលបរិច្ឆេទ
 ហត្ថលេខា

សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក សូមអានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងក្នុងករណីមួយចំនួន គឺជំនឿខាងសាសនា ឬគោលនយោបាយ។

អ្នកមានពិការភាពដែលត្រូវការការប្រយោជន៍ទំនាក់ទំនងដែលមានជម្រើសសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ដូចជាការស្រាវជ្រាវមនុស្សពិការភាព អក្សរធំៗ ភាសាសញ្ញាអារម្មណ៍ជាដើម) ត្រូវទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង។ ឬគ្រូដែលផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងការស្តាប់ ឬពិការភាពទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធតាមលេខ (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។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាតើកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងករណីមានការស្នើសុំ ការិយាល័យជំនួយខាងធឺ (CAO) ត្រូវផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាននូវអាសយដ្ឋាន លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) និងរូបថត (បើមាន) របស់បុគ្គលដែលកំពុងរៀនសូត្រដើម្បីចៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំឃាំង ឬការបង្ខាំងទុកចំពោះបទល្មើសឬការរំលោភបំពានលើការព្រមព្រៀងមានលក្ខណៈ ឬការដោះលែងមានលក្ខណៈ។ ជនណាដែលរំលោភបំពានលើច្បាប់ឬបទល្មើសត្រូវបានប្រគល់ឱ្យសមត្ថកិច្ចពាក់ព័ន្ធនេះដោយចេតនា ត្រូវមានទោសពីបទល្មើសដ៏ធ្ងន់ ហើយនៅពេលផ្តន្ទាទោសត្រូវកាត់ទោសឱ្យបង់ប្រាក់ពិន័យមិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬត្រូវជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬត្រូវជាប់ទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483)។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងដែលសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

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

សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងខ្មួលខ្មួល

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៃក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) ដើម្បីប្តឹងខ្មួលខ្មួលចំពោះការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាវាមិនត្រឹមត្រូវឬមិនត្រឹមត្រូវប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងខ្មួលខ្មួលនៅការិយាល័យ CAO ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តឹងខ្មួលខ្មួល លោកអ្នកអាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំទីភ្នាក់ងារមុនពេលសវនាការផងដែរ។ នៅក្នុងសវនាការ លោកអ្នកអាចតំណាងឱ្យខ្លួនឯង 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 សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មនិរទេសដល់ពាក់ព័ន្ធនិងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មតករបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីស្តីពីការទទួលបានមកវិញអចលនទ្រព្យជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រតាមលេខ 1-800-528-3708 ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានឥណទាន

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាគ្រូម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួមមកហើយ លោកអ្នកអាចទទួលបានឥណទានសម្រាប់ពេលលោកអ្នកបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការណែនាំ៖

អាចជួយលោកអ្នកឱ្យទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាន

លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ លោកអ្នកត្រូវតែជួយបង្ហាញភស្តុតាងចំពោះព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន។ ការធានារ៉ាប់រងនានាអាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ជាក់លាក់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនអាចផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់ទេ លោកអ្នកត្រូវស្នើសុំការិយាល័យ CAO ឱ្យជួយលោកអ្នកទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់នេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការទាក់ទងពីក្រសួង DHS ឬការិយាល័យអធិការកិច្ចទូទៅ លោកអ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស្រាវជ្រាវទាំងនោះ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង់ថ្លៃសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មនិរទេសដល់ពាក់ព័ន្ធនិងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចលនទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មតករបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់យើងខ្ញុំអាចទាមទារលោកអ្នកចុះកិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់ធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នក ឬប្រពន្ធ និងកូនៗរបស់អ្នកបានទទួល។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខប័ណ្ណ SSN លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណនេះ។ ការមិនផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN អាចបណ្តាលឱ្យមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។ លេខប័ណ្ណ SSN របស់អ្នក និងត្រូវប្រើសម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការផ្តល់ថ្នាក់តាមកុំព្យូទ័រដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារពិការភាពនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ 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

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការធានារ៉ាប់រងនោះ លោកអ្នកនឹងត្រូវបានទាមទារឱ្យរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទៅបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍ រួមមានបុគ្គលនានាដែលចាកចេញ ឬផ្លាស់ទីលំនៅចូលរស់នៅផ្ទះអាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់នរណាម្នាក់ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ ការសម្រាលកូន ប្រភពចំណូលថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល។ បុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងលិខិតជូនដំណឹងដែលលោកអ្នកទទួលបាន និងរាប់បញ្ចូលចំណុចជាក់លាក់អំពីព័ត៌មានលម្អិតដោយផ្អែកលើកម្មវិធីនិងការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំកម្មវិធី អាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង ការដាក់ទណ្ឌកម្ម ឬការចោទប្រកាន់តាមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី ឬក្រហូណូណូ។ លោកអ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យ CAO ដោយផ្ទាល់តាមទូរស័ព្ទ ទូរសារ ប៊ុស៊ីណេសលើយ ឬតាមរយៈគណនី My COMPASS ។ លោកអ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930 ឬសម្រាប់ទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វី Philadelphia, 1-215-560-7226 ដំណើរការគ្រប់ពេលវេលា។

