



ពាក្យសុំសម្រាប់ការបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង កម្មវិធីមេឌីវែរ
Medicare ធានារ៉ាប់រងរួមគ្នានិងប្រាក់ដែលអាចកាត់កងបាន

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការសំណុំបែបបទនេះជាអក្សរពុម្ពធំ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទតាមបណ្តាញជំនួយរបស់យើង
ទូរស័ព្ទលេខ 1-800-692-7462 ។ បុគ្គលនានាដែលឆ្លង ពីប្រាក់ស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយ និងមានបំណងចង់
ទាក់ទងជាមួយបណ្តាញទូរស័ព្ទជំនួយ អាចហៅទូរស័ព្ទទៅសេវាកម្មបញ្ជូនបន្ត PA Relay Services ដោយចុចលេខ 711.

This is an application for payment of your Medicare premiums, Coinsurance and Deductibles.
If you need this application in a different language or someone to interpret, please contact
your local county assistance office, CAO. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para el pago de su Cobertura de Salud y/o primas de Medicare. Si necesita
esta solicitud en otro idioma o servicios de interpretación, comuníquese con su oficina de
asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) local. La asistencia para comunicarse en
otro idioma se proporcionará gratuitamente.

Đây là một đơn xin thanh toán phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm và các
khoản khấu trừ của chương trình Medicare của quý vị. Nếu quý vị
cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc cần người phiên
dịch, vui lòng liên hệ văn phòng hỗ trợ của hạt tại địa phương (CAO).
Việc hỗ trợ về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសុំសម្រាប់ការបង់ថ្លៃបុព្វលាភកម្មវិធីមេឌីវែរ Medicare ធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា និង
ប្រាក់ដែលអាចកាត់កងបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង
ឬត្រូវការនរណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកការិយាល័យជំនួយប្រចាំប្រទេស,
CAO។ ជំនួយខាងផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយពុំគិតថ្លៃ។

Данный документ является заявлением на оплату страховых премий
программы Medicare, совместного страхования и нестрахуемого минимума. Если
это заявление необходимо вам на другом языке, или если вам требуются услуги
переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки в
вопросах социального обеспечения (County assistance office, CAO).
Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

这是用于支付您医疗 (Medicare) 保险费用、共负保险额和自负额的申请书。如果您
需要另一语言版本的申请书, 或者需要他人加以解释, 请与您当地的县援助办公室
(CAO) 联系。将免费提供语言援助。

هذا طلب لسداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين والاقطاعات الخاصة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا
الطلب بلغة مختلفة أو إلى شخص لترجمته فوري، يرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي
مقاطعتك CAO ستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

ព័ត៌មានអំពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក

តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំឬទេ?

បាទ/ចាស លោកអ្នកត្រូវដាក់ពាក្យសុំ មនុស្សគ្រប់រូបមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យសុំ និងជម្រុញ
លើកទឹកចិត្តឱ្យដាក់ពាក្យសុំ។

តើមានការធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ?

មានការធានារ៉ាប់រងខុសៗគ្នាជាច្រើន។ អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលនិងធនធានរបស់អ្នក លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងតាមចំណាត់ថ្នាក់កម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោម
ចំណាត់ថ្នាក់កម្មវិធីនានា ដូចខាងក្រោម៖

ការធានារ៉ាប់រងជាលក្ខណៈបុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (QI)

- បង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមេឌីវែរផ្នែក B (Medicare Part B premium) របស់អ្នក។
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ មិនអាចលើសពី 135% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីកម្រិតប្រាក់ចំណូល ភាពត្រីគ្របរបស់សហព័ន្ធ។ ការកំណត់ធនធាន មានចំនួនច្រើនជាងកម្ម
មវិធីជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដទៃទៀត។ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO
ឬមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន (CAC) នៅមូលដ្ឋានតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-877-395-
8930 សម្រាប់ការកំណត់បច្ចុប្បន្ន។ អ្នករស់នៅរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ាននៅ Philadelphia
សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-215-560-7226 ។

អ្នកទទួលបានប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធីមេឌីវែរ Medicare
មានប្រាក់ចំណូលទាបដែលបានបញ្ជាក់ (SLMB)

- បង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រផ្នែក B (Medicare Part B premium)
របស់អ្នក។ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ មិនអាចលើសពី 120% នៃ
គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីកម្រិតប្រាក់ចំណូលភាពត្រីគ្របរបស់សហព័ន្ធ។ ការកំណត់ធនធាន មានចំនួនច្រើនជាងកម្ម
មវិធីជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត។ សូមទាក់ទង CAO
ឬ CSC នៅមូលដ្ឋានតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-877-395-8930
សម្រាប់ការកំណត់បច្ចុប្បន្ន។ អ្នករស់នៅរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ាននៅ Philadelphia
សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-215-560-7226 ។

អ្នកទទួលបានប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធីមេឌីវែរ Medicare មានលក្ខណៈ
សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (QMB)

- បង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមេឌីវែរផ្នែក Part A (Medicare Part A)
របស់អ្នក។ (ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដោយ
ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់), បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមេឌីវែរផ្នែក Part B (Medicare
Part B), ប្រាក់ដែលអាចកាត់កងបាន ពីកម្មវិធីមេឌីវែរ Medicare
និងការចំណាយធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា (ការបង់ប្រាក់សហការ)។ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ
មិនអាចលើសពី 100% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីកម្រិតប្រាក់ចំណូលភាព
ត្រីគ្របរបស់សហព័ន្ធ។ ការកំណត់ធនធាន មានចំនួនច្រើនជាងកម្មវិធីជំនួយ
ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត។ សូមទាក់ទង CAO ឬ CSC នៅមូលដ្ឋានតាមទូរស័ព្ទលេខ
1-877-395-8930 សម្រាប់ការកំណត់បច្ចុប្បន្ន។ អ្នករស់នៅរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ាននៅ
Philadelphia សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-215-560-7226 ។
- អ្នកទទួលបានប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធីមេឌីវែរ Medicare មានលក្ខណៈសម្បត្តិ
គ្រប់គ្រាន់ អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
ពេញលេញ (រួមបញ្ចូលទាំងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅការណែនាំបង្កើត
វេជ្ជសាស្ត្រ) និងការ បង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមេឌីវែរ Medicare ។
ការកំណត់ធនធានមានចំនួន \$2,000 បុគ្គលម្នាក់/\$3,000 គូស្វាមីភរិយារៀបការ។

ទោះបីជាប្រាក់ចំណូលនិងធនធានដែលអ្នកបាននិងមិនទាន់រកបានរបស់អ្នក មានកម្រិត
ខ្ពស់ជាងកំណែទម្រង់ ក៏លោកអ្នកត្រូវដាក់ពាក្យសុំផងដែរ ដោយសារមិនមែនប្រាក់ចំណូល
ទាំងអស់ត្រូវបានរាប់បញ្ចូលនោះទេ។ ធនធានមួយចំនួនដូចជាផ្ទះដែលលោកអ្នករស់នៅ
មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលឡើយ។ ការកំណត់ប្រាក់ចំណូល អាចផ្លាស់ប្តូរជាញឹកញយ។

ពាក្យសុំរបស់អ្នក នឹងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងមេឌីវែរផ្នែក B
(Medicare Part B) របស់អ្នក ដែលមានរយៈពេល 3 ខែមុន។





ពាក្យសុំបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមេឌីយែរ Medicare Premium ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា និងប្រាក់ដែលអាចកាត់កងបាន

តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំដោយរបៀបណា?

សូមបំពេញពាក្យសុំនេះ។ សូមអានសំណុំបែបបទពាក្យសុំទាំងអស់ដែលមានសេចក្តីណែនាំនានា។ សូមសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពនូវចម្លើយរបស់អ្នកនៅក្នុងពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជួយឆ្លើយសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមកការិយាល័យជំនួយនៅខោនធី នៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ឬ CAO, ឬ **បណ្តាញទូរស័ព្ទ HELPLINE at 1-800-842-2020 (ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាស្តាប់សូមហៅទូរស័ព្ទ TDD 1-800-451-5886)។**

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំតាមបណ្តាញអេឡិចត្រូនិកតាមវេបសាយ **www.compass.state.pa.us** តាមប៊ូស្តីប្រៃសណីយ៍ ឬតាមការមកជួបនៅការិយាល័យជំនួយនៅខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

តើខ្ញុំត្រូវបញ្ជូនពាក្យសុំនេះទៅណា?

នៅពេលលោកអ្នកបានបំពេញពាក្យសុំនេះ សូមបញ្ជូនវាទៅការិយាល័យ CAO របស់អ្នក។ សូមទាក់ទង CSC តាមទូរស័ព្ទលេខ **1-877-395-8930** សម្រាប់អាស័យដ្ឋានត្រឹមត្រូវ។ អ្នករស់នៅរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ានេ Philadelphia សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-215-560-7226 ។

តើត្រូវចំណាយពេលប៉ុន្មាន ដើម្បីដឹងថាខ្ញុំត្រូវបានគេពិនិត្យមើល ថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីនេះឬទេ? វាត្រូវចំណាយពេល 30 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម វាអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 45 ថ្ងៃ។

តើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាម្នាក់ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើភាសាអ្វី?

PROVIDER USE ONLY				
PROVIDER NAME		PROVIDER NUMBER		
<input type="checkbox"/> INPATIENT	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> EMERGENCY		
<input type="checkbox"/> NON-APPLICABLE				
COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE				
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK-IN	FILE CLEAR BY DATE	SCREEN BY DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME				AM PM
<input type="checkbox"/> APPLICATION		<input type="checkbox"/> RENEWAL		
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED		
DATE				
BY				
CAT				
REASON CODE				

សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់

សំណួរ 1 - សូមប្រាប់យើងអំពីលោកអ្នក អ្នកដាក់ពាក្យសុំ យើងខ្ញុំត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានអំពីលោកអ្នក បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង។

Office Use Line #	ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរឈ្មោះកណ្តាល)	JR/SR/ ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច		
លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងមេឌីយែរ Medicare	តើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋ អាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខសម្គាល់ខ្លួនចុះបញ្ជីល្ខោះមិនមែនជាពលរដ្ឋ	តើលោកអ្នកមានប័ណ្ណ PA Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំណងទាក់ទង ដោយខ្លួនឯង			
ព័ត៌មាន (ដែលមានចម្លើយ)	បុគ្គលនានាអាចមានច្រើនជាងមួយគ្រូម។ សូមសរសេរពាក្យទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មិនមានផលប៉ះពាល់ទេ បើលោកអ្នកមិនឆ្លើយសំណួរ។		1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/>	2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	3 គណៈអាមេរិច ឬ ជនជាតិដើមអាឡាស្កា <input type="checkbox"/>	4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/>	5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> (មិនមែនជនជាតិស្បែកស)
6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/>	7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/>	ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> បានបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ <input type="checkbox"/> ការរៀបការមិនជួបការ <input type="checkbox"/> បានលែងលះប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយឬពោះម៉ាយ <input type="checkbox"/>					
អាសយដ្ឋានចុះ (ប្រមាន ផ្លូវ លេខអគារ ទីក្រុង រដ្ឋ និងហ្វីប៊ូកូ +4)			លេខទូរស័ព្ទ				
អាសយដ្ឋានប៊ូស្តីប្រៃសណីយ៍ (ប្រមាន ផ្លូវ លេខអគារ ទីក្រុង រដ្ឋ និងហ្វីប៊ូកូ +4)							
ទីប្រជុំជន ឬទីក្រុង			មណ្ឌលសិក្សាធិការ				



សំណួរ 2 - សូមប្រាប់យើងអំពីប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ប្រសិនបើគាត់ឬនាងរស់នៅជាមួយអ្នក។ ដើម្បីកំណត់ថាតើលោកអ្នក មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងអំពីប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នករស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ។

តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក? បាទ/ចាស ទេ

Office Use Line #	ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរឈ្មោះកណ្តាល)	JR/SR/ ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខប័ណ្ណរាយការណ៍ដកថវិកា Medicare							
តើប្តីឬប្រពន្ធជាពលរដ្ឋ អាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខសម្គាល់ខ្លួនចុះបញ្ជីឈ្មោះមិនមែនជាពលរដ្ឋ	តើប្តីឬប្រពន្ធមានប័ណ្ណ PA Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំណងទាក់ទង ប្តីឬប្រពន្ធ										
ព័ត៌មានសំខាន់ៗ (ដែលមានចម្លើង) បុគ្គលនានាអាចមានច្រើនជាងមួយក្រុម។ សូមត្រួតពិនិត្យទាំងអស់ ដែលត្រូវអនុវត្ត។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មិនមានផលប៉ះពាល់ទេ បើលោកអ្នកមិនឆ្លើយសំណួរ។ <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/></td> <td>2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/></td> <td>3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/></td> <td>4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/></td> <td>5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/></td> <td>6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/></td> <td>7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/>	2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/>	5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/>	6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/>	7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/>
1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/>	2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/>	5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/>	6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/>	7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/>							

សំណួរ 3 - កុមារអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ។ យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងថាតើមានកុមារអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ។

តើលោកអ្នកមានកូនអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

Office Use Line #	ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរឈ្មោះកណ្តាល)	JR/SR/ ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខប័ណ្ណរាយការណ៍ដកថវិកា Medicare							
តើប្តីឬប្រពន្ធជាពលរដ្ឋ អាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខសម្គាល់ខ្លួនចុះបញ្ជីឈ្មោះមិនមែនជាពលរដ្ឋ	តើប្តីឬប្រពន្ធមានប័ណ្ណ PA Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំណងទាក់ទង ប្តីឬប្រពន្ធ										
ព័ត៌មានសំខាន់ៗ (ដែលមានចម្លើង) បុគ្គលនានាអាចមានច្រើនជាងមួយក្រុម។ សូមត្រួតពិនិត្យទាំងអស់ ដែលត្រូវអនុវត្ត។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មិនមានផលប៉ះពាល់ទេ បើលោកអ្នកមិនឆ្លើយសំណួរ។ <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/></td> <td>2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/></td> <td>3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/></td> <td>4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/></td> <td>5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/></td> <td>6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/></td> <td>7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/>	2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/>	5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/>	6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/>	7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/>
1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/>	2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/>	5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/>	6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/>	7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/>							

Office Use Line #	ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរឈ្មោះកណ្តាល)	JR/SR/ ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខប័ណ្ណរាយការណ៍ដកថវិកា Medicare							
តើប្តីឬប្រពន្ធជាពលរដ្ឋ អាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខសម្គាល់ខ្លួនចុះបញ្ជីឈ្មោះមិនមែនជាពលរដ្ឋ	តើប្តីឬប្រពន្ធមានប័ណ្ណ PA Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំណងទាក់ទង ប្តីឬប្រពន្ធ										
ព័ត៌មានសំខាន់ៗ (ដែលមានចម្លើង) បុគ្គលនានាអាចមានច្រើនជាងមួយក្រុម។ សូមត្រួតពិនិត្យទាំងអស់ ដែលត្រូវអនុវត្ត។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មិនមានផលប៉ះពាល់ទេ បើលោកអ្នកមិនឆ្លើយសំណួរ។ <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/></td> <td>2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/></td> <td>3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/></td> <td>4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/></td> <td>5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/></td> <td>6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/></td> <td>7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>							1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/>	2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/>	5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/>	6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/>	7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/>
1 ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/>	2 ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	3 កណ្តាអាយុចំណាស់ ឬ ជនជាតិស្បែកស្បែក <input type="checkbox"/>	4 ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/>	5 ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/>	6 ផ្សេងៗ <input type="checkbox"/>	7 ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/>							

សំណួរ 4 - ការចូលបម្រើ កងទ័ពអាមេរិក។

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិក ឬស្ថិតនៅក្នុងកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើមាននរណាម្នាក់ជាស្រីមេម៉ាយ ប្តីឬប្រពន្ធ ឬកូន (អាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) របស់បុគ្គលណាម្នាក់ដែលនៅក្នុង កងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលស្ថិតនៅក្នុងកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បុគ្គលដែលបានចូលបម្រើកងទ័ព	សំខាន់ៗ (ឧទាហរណ៍: កងទ័ពជើងគោក កងទ័ពជើងទឹក កងម៉ារីន កងកម្លាំងអាកាស ឆ្នាំការពារឆ្នាំសម្បទា)	កាលបរិច្ឆេទចូលបម្រើ



សំណួរ 5 - ការចុះបញ្ជីឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត។

ការចុះបញ្ជីឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត (ដែលមានជម្រើស)

ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឡើយទេ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនៅថ្ងៃនេះឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
ប្រសិនបើអ្នកមិនគូសប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះឡើយ។

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

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយដែលអ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ជួយបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវស្វែងរកឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំជាលក្ខណៈឯកជន។ សូមទាក់ទងអង្គការកណ្តាល Central Unit ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា មាននរណាម្នាក់បានរំខានដល់សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះសិទ្ធិឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងនយោបាយផ្សេងទៀតនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅលេខាធិការសហគមន៍នៃក្រសួងរដ្ឋផេនីលវ៉ានី តាមអាសយដ្ឋាន Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 ។ (លេខទូរស័ព្ទគកិតថ្លៃ 1-877-VOTESPA)។

បុគ្គលិកនៅការងារ លឃី សុខុមាលភាព នឹងបំពេញប្រអប់នេះ ៖ យោងទៅលើចម្លើយរបស់អ្នកខាងលើ នេះ ៖
COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

<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 __/__/__

សំណួរ 6 - ប្រាក់ចំណូល។ យើងខ្ញុំចង់ដឹងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនិងប្រាក់ចំណូលប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក។ រាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូលកុមារអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ។ មិនមែនប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ ត្រូវបានរាប់បញ្ចូលឡើយ។ ឧទាហរណ៍យើងខ្ញុំមិនយកជាបានការចំពោះប្រាក់ចំណូលយ៉ាងតិចបំផុត \$20 ដុល្លារ និងមានការដកចេញផ្សេងទៀត ដែលអាចត្រូវធ្វើឡើង។ រាយបញ្ជីចំនួនប្រាក់ចំណូលមុននឹងការដកចេញ (ដូចជាពន្ធ ឬការធានារ៉ាប់រង) ត្រូវដកចេញ។ (ដូនភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែម បើមានការចាំបាច់)។

តើមាននរណាម្នាក់ ដែលរួមមានប្តីឬប្រពន្ធ ឬកូន មានប្រាក់ចំណូលឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស ចូររាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនៅ ខែនេះ ឬរំពឹងថានឹងទទួលបាននៅខែនេះ។

- ប្រាក់ឈ្នួល
- ការបង់ប្រាក់សហជីព
- អត្ថប្រយោជន៍ពេលឈឺ
- សំណងភាពគ្មានការងារធ្វើឬសំណងកម្មករ
- ថ្លៃជួល
- បន្ទប់ និងអាហារ
- ប្រាក់សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល
- កម្រៃដើមសារ
- SSI
- ប្រកបកិច្ចការជំនួយជាម្ចាស់ខ្លួនឯង
- ភាគលាភ ឬការប្រាក់
- ការផ្ទេរឧបត្ថម្ភកុមារ
- ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)

ឈ្មោះ	ប្រភេទ/ប្រាក់ចំណូលប្តីឬប្រពន្ធ	ប៉ុន្មាន	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	



សំណួរ 7 - ការចំណាយពីប្រាក់ចំណូល។ ប្រជាពលរដ្ឋមួយចំនួនត្រូវបង់ប្រាក់ចំណាយ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្លួន។ សំណួរនេះសួរថា តើបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វីៗដូចជាការចំណាយលើការងារទាក់ទងទៅនឹងការចុះខ្សោយប្រតិការ ថ្លៃឈ្នួលមេធាវី ថ្លៃឈ្នួលគុណការ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដើម្បីទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលមានរាយបញ្ជីនៅក្នុងសំណួរ # 6 ដែរឬទេ?

តើមាននរណាម្នាក់ ដែលរួមមានប្តី/ប្រពន្ធ ឬកូន បង់ប្រាក់ចំណាយដូចជាថ្លៃឈ្នួលមេធាវី ថ្លៃឈ្នួលគុណការ ថ្លៃឈ្នួលមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ ការចំណាយលើការងារទាក់ទងទៅនឹងការចុះខ្សោយប្រតិការ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ដែរឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ

ប្រសិនបើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ប្រាក់ចំណាយបែបនេះ សូមរាយបញ្ជីចំណាយនៅទីនេះ។

ការចំណាយរបស់អ្នកណា?	ប្រភេទនៃការចំណាយ	ចំនួនប្រាក់	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?
		\$	
		\$	
		\$	

សំណួរ 8 - ធនធាន។ នៅក្នុងសំណួរនេះយើងខ្ញុំចង់ដឹងអំពីធនធានរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។ ធនធានគឺជាទ្រព្យសម្បត្តិ ឬប្រាក់សន្សំដែលអ្នកអាចមាន។ សូមយល់ថាមិនមែនធនធានទាំងអស់ ត្រូវរាប់បញ្ចូលក្នុងការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឡើយ។ ឧទាហរណ៍យើងខ្ញុំមិនរាប់បញ្ចូលផ្ទះ ដែលអ្នករស់នៅឡើយ។ សូមគូសយក បាទ/ចាស់ ឬ ទេ សម្រាប់ធនធាននីមួយៗដែលបានរាយបញ្ជី។ ចំពោះការឆ្លើយនីមួយៗថា បាទ/ចាស់ ជាទឹកនឹងដល់អ្នកបង្ហាញថា អ្នកឬបុគ្គលផ្សេងទៀតមានធនធានដែលបានរាយបញ្ជីនោះ សូមប្រើទឹកនឹងនៅក្នុងកំនួនតាមដើម្បីប្រាប់យើងខ្ញុំបន្ថែមទៀតអំពីធនធាននោះ។

តើមាននរណាម្នាក់ ដែលរួមមានប្តី/ប្រពន្ធ ឬកូន មានធនធានណាមួយក្នុងចំណោមធនធាននានាដូចខាងក្រោមឬទេ?

- បាទ/ចាស់ ទេ សាច់ប្រាក់ឱ្យផ្ទាល់ដៃ (01) បាទ/ចាស់ ទេ ទ្រព្យសម្បត្តិមិនមែនលំនៅដ្ឋាន (98) បាទ/ចាស់ ទេ ភាគហ៊ុន ឬប័ណ្ណប្រាក់រដ្ឋាភិបាល (05)
- បាទ/ចាស់ ទេ គណនីប្រាក់សន្សំ (02) បាទ/ចាស់ ទេ កន្លែងបញ្ចុះសព ប្រាក់បម្រុងទុក ឬមរតក (97) បាទ/ចាស់ ទេ មូលនិធិមរតក (06)
- បាទ/ចាស់ ទេ គណនីចរន្ត (03) បាទ/ចាស់ ទេ ប័ណ្ណបំណុល ប្រាក់សន្សំអាមេរិក (05) បាទ/ចាស់ ទេ IRA, KEOGH, ឬផែនការចូលនិវត្តន៍ផ្សេងទៀត (27)
- បាទ/ចាស់ ទេ លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់បញ្ញើ (26) បាទ/ចាស់ ទេ ក្លឹបបុណ្យល្អអែល ឬវិស្វមកាល (04)

ធនធានរបស់អ្នកណា?	ប្រភេទនិងទីតាំង/ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ	លេខគណនី	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

សំណួរ 9 - ឃានយន្ត។ នៅក្នុងសំណួរនេះ យើងខ្ញុំចង់ដឹងអំពីឃានយន្តណាមួយ។ សូមយល់ថាមិនមែនឃានយន្តទាំងអស់ ត្រូវរាប់បញ្ចូលក្នុងការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឡើយ។ ឧទាហរណ៍យើងខ្ញុំមិនរាប់បញ្ចូលរថយន្តទីមួយ។

តើមាននរណាម្នាក់ ដែលរួមមានប្តី/ប្រពន្ធ ឬកូន មានកម្មសិទ្ធិ ឬ នឹងទិញរថយន្ត រថយន្តដឹកទំនិញ ឬម៉ូតូឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ

ឃានយន្តរបស់អ្នកណា?	ឆ្នាំផលិត ផលិតនៅប្រទេសណា និងម៉ូដែល	មានអាជ្ញាប័ណ្ណ	ចំនួនទឹកប្រាក់ជំពាក់
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	\$
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	\$
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	\$



សំណួរ 10 - ការធានារ៉ាប់រងជីវិត។ នៅក្នុងសំណួរនេះ យើងខ្ញុំចង់ដឹងអំពីគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងជីវិត និងតម្លៃលើប័ណ្ណ និងតម្លៃសាច់ប្រាក់របស់ពួកគេរហូតដល់កម្រិតដែលអ្នកដឹងអំពីព័ត៌មាននេះ។

តើមាននរណាម្នាក់ ដែលរួមមានប្តីឬប្រពន្ធ ឬកូន មានការធានារ៉ាប់រងជីវិតឬទេ?
 បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ សូមបំពេញផ្នែកនេះតាមចំណេះដឹងរបស់អ្នកដ៏ល្អបំផុត។
 វាមិនអីទេ បើអ្នកមិនមានព័ត៌មានទាំងអស់នេះ។ បាទ/ចាស់ ទេ

គោលនយោបាយរបស់អ្នកណា?	ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគោលនយោបាយ	តម្លៃលើប័ណ្ណ	តម្លៃសាច់ប្រាក់	ចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នកណា?
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	

សំណួរ 11 - ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ។ នៅក្នុងសំណួរនេះ យើងខ្ញុំចង់ដឹងថាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រអ្វីខ្លះដែលអ្នកមានផ្សេងទៀត ប្រសិនបើមាន។

តើមាននរណាម្នាក់ ដែលរួមមានប្តីឬប្រពន្ធ ឬកូន មានការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដែលរួមមានកម្មវិធីមេឌីយែរ Medicare ឬការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលទិញដោយអ្នកណាម្នាក់ផ្សេងទៀត?
 បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ ចូរបំពេញចំណុចខាងក្រោម និងផ្តល់ជូនឯសារថតចម្លងកាតប្រប័ណ្ណ និង/ឬ លិខិតជូនដំណឹងអំពីបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។ បាទ/ចាស់ ទេ

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខគោលនយោបាយ	ចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នកណា?	បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា

សំណួរ 12 - ការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ឬធនធាន។ ប្រសិនបើអ្នក ឬប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក បានបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង មេឌីយែរផ្នែក B (Medicare Part B) ក្នុងរយៈពេលបីខែមុន អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់សំណងពីការបង់ថ្លៃនោះវិញ។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ឬធនធានក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយ។

- ទេ មិនមានការផ្លាស់ប្តូរឡើយ។
- បាទ/ចាស់ មានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ឬធនធាន។ សូមពន្យល់៖



សំណួរ 13 - ការផ្ទៀងផ្ទាត់។ យើងនឹងត្រូវការលិខិតបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ជូន ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ព័ត៌មាននោះ ការិយាល័យ CAO របស់អ្នក នឹងជួយអ្នក។

សូមពិនិត្យមើលនៅទីនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់អាសយដ្ឋាន ប្រាក់ចំណូល និង/ឬ ធនធានរបស់អ្នក។

តើអ្នកមានឯកសារថតចម្លងព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ជូនឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

សូមផ្ញើឯកសារថតចម្លង - មិនមែនឯកសារសំណៅដើម	
ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ (មានប្រភពតែមួយ)	ប័ណ្ណលើកបរយានយន្ត លិខិតឆ្លងដែន ប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនមានរូបថត។
ស្ថានភាពជនបរទេស (ករណីមិនមែនពលរដ្ឋ អាមេរិក)	ឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ថ្មីបំផុត។
ប្រាក់ចំណូល	បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់ថ្មីរយៈពេលមួយខែ លិខិតបញ្ជាក់អំពីសោធននិរត្តន៍ លិខិតជូនដំណឹងស្តីពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់សម្រាប់សំណងការពារការងារសំណុំបែបបទពន្ធ ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតពីប្រាក់ចំណូលនៃកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង ឯកសារថតចម្លងបង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់សែក ឬរបាយការណ៍នានាពីប្រភពប្រាក់ចំណូល។
ធនធាន	របាយការណ៍ធនាគារ គោលនយោបាយធានារ៉ាប់រង លិខិតជូនដំណឹងអំពីការរាយការណ៍ម្តេច។

ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ

- ខ្ញុំយល់ថា រដ្ឋ Pennsylvania ទទួលបានការប្រព័ន្ធផ្សេងៗទៀត ក្នុងការការពារសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ IEVS និងអង្គការផ្សេងទៀត នឹងត្រូវបានស្នើសុំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈប្រភេទព័ត៌មាននៅ ពេលព័ត៌មានលម្អិតដែលខុសគ្នា ត្រូវបានរកឃើញដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាន បែបនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ នឹងអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ បញ្ជូនឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមអេឡិចត្រូនិក ឬតាមមធ្យោបាយណាមួយផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានា ដែលគ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ជូនទៅក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ ឬភ្នាក់ងារ ដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកម៉ៅការរបស់ខ្លួន សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងករណីមានកម្រៃការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ មិនមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបិទគណនី និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលមិនទាន់ប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ផ្សេងទៀត ដែលទទួលរ៉ាប់រងដោយស្ថាប័ន ហិរញ្ញវត្ថុចំពោះគណនី ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថា ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ មានប្រសិទ្ធភាពរហូតដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត នេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនទៅក្រសួងណាមួយដែល កើតឡើងមុនគេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណ៍នោះអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបកស្រាយខុស បិទបាំង ឬមិនព្រមទទួលការពិភាក្សា លើការមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការធានារ៉ាប់រង ខ្ញុំអាច ត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ រឺហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានទោសនិងត្រូវដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាតំណក់នានាពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកកំណត់ដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញផ្នែកនៃកម្មកំណត់ដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្នែកនេះជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្នុងបន្តណាមួយដែល បានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនដោយ នរណាម្នាក់ដែលកំណត់ឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ និងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រងការធានារ៉ាប់រង តែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការ ចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលត្រូវឱ្យខ្ញុំរាយការណ៍ ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃដើមខែ បន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់អំពីការ ធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ចប់ នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ នឹងពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានផ្ទេរ ប្រភេទហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។

- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមមតិច្នោះរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមមតិច្នោះប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។ លេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យយើងព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធបញ្ជូនការធានារ៉ាប់រងតាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះនៅអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធ EBT ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS Card សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានតែការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមមតិច្នោះសម្រាប់នរណា ម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូន លេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីពិនិត្យយើងព័ត៌មាននៅក្នុង ពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូលគឺជាព័ត៌មានពិតដែលស្ថិត ក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្លាប់ជំពាន់។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតម្លៃសមរម្យ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា នៅពេលណាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព អាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលទាស់មុខ។ ប្រសិនបើ ខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាពជាគ្រឹមដែលមិនរាប់បញ្ចូល ការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួចមកហើយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេកំណត់ឱ្យ នៅពេលនេះ ដែលខ្ញុំបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដាក់ក្នុងកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពទូលំទូលាយគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដែលខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់បាន។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានកម្រៃឱ្យចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចនឹងកកតិកត្តា ឬមានតម្លៃទាបសម្រាប់ខ្ញុំ ពីព្រោះក្រសួងទូទាត់ថ្លៃសេវាប្រចាំខែសម្រាប់កម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ថ្លៃសេវាប្រចាំខែគឺជាថ្លៃបង់ថែរ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារកំហុស ការបោកបន្លំ ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មក ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានកម្រៃឱ្យសងទៅក្រសួងវិញនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ ដែលបានទូទាត់ជំនួសឱ្យបន្ត ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យសុំនេះជូនក្រសួងធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកម៉ៅការ CHIP។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនិងការទទួល ខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬស្តែងរកថែទាំសុខភាព ជាលក្ខណៈឯកជនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះ ជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យសុំនេះទៅកាន់ទីផ្សារ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ដែលស្ថិតក្រោមទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

**CHIP
អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះ:**

- ការសម្ងាត់ - ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់។ ពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវចែករំលែកតែជាមួយកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាល ដែលក្នុងនោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន ដូចជាជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងជំនួយបុព្វលាភទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (បន្ត)

- ចាក់តាំងអ្នកកំណត់ផ្ទាល់ខ្លួន - អ្នកអាចជ្រើសរើសបុគ្គលផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទាក់ទងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក ឬកូនជាអនីតិជនរបស់អ្នក ដោយបំពេញសំណុំបែបបទអ្នកកំណត់ផ្ទាល់ខ្លួន។
- លិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានកម្រៃសមរម្យ - ក្នុងករណីអ្នកចាកចេញពីកម្មវិធីនេះ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានកម្រៃសមរម្យ ដើម្បីពិនិត្យមើលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ - អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ - អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញដែលមិនលំអៀង ប្រសិនបើ អ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចចិត្តណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងការដាក់ ពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើសំណើត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ នៃសេចក្តីសម្រេចនេះ។

អ្នកមានការទទួលខុសត្រូវក្នុងការ:

- អាននិងយល់ដឹងពេញលេញអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដោយយល់ដឹងថាមានការដាក់ទណ្ឌកម្មចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនា៖ វាជាបទល្មើសធ្ងន់ធ្ងរ និងចាក់ទុកថាជាបទឧក្រិដ្ឋចំពោះការក្លែងបន្លំការធានារ៉ាប់រង។
- ជួយពិនិត្យឡើងវិញនៃការដាក់ពាក្យសុំនេះ ដែលអាចរួមបញ្ចូលការធ្វើសម្ភាសន៍ និងការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាសុខភាព។
- យល់ថា ព័ត៌មានជាតំលាក់ អាចត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោជកប្រកបហិរញ្ញវត្ថុ និងភារកិច្ចបិទផ្សេងទៀត។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណ និងភាពជាពលរដ្ឋអាមេរិក ប្រសិនបើព័ត៌មាននោះ មិនត្រូវបានទទួលតាមរយៈដំណើរការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ ដោយបង្ហាញ ឯកសារពិសោធន៍អាមេរិក។ សេវាកម្មសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ ប្រសិនបើ លោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ អាមេរិក។
- រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានទាំងប្រាក់ចំណូល អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទឱ្យបានឆាប់រហ័សនៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ កើតឡើង។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា:

- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូស្តងធានារ៉ាប់រងផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយ និងទាំងអស់ ដែលត្រូវបានរកឃើញនៅលើពាក្យសុំនេះជូនគ្រូស្តងសេវាមនុស្សជាតិ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និង ការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈ ឯកជនតាមរយៈទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូស្តងផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយ និងទាំងអស់របស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យសុំនេះទៅកាន់ទិដ្ឋភាពខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ របស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

- ប្រសិនបើត្រូវបានកំណត់ថាកូនរបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរបស់និយោជិតរដ្ឋពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយទីភ្នាក់ងារនេះនឹងអាចបង់ប្រាក់ជូន ទោះជាចំណែកគិតត្រឹមត្រូវនៃការធានារ៉ាប់រង ឬការចំណាយលើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដកដោយ បន្ទាប់មកកូនរបស់ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP ឡើយ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ហើយកូនរបស់ខ្ញុំទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP នោះ ការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP របស់ខ្ញុំ អាចនឹងត្រូវបានបញ្ចប់ដោយមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទកាលពីមុន។

ទិដ្ឋភាពការធានារ៉ាប់រងសុខភាព:

- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែល ស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្លាប់ពាន។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចប្រឈមនឹង ការដាក់ទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ បើខ្ញុំផ្តល់ជូនព័ត៌មានក្លែងបន្លំ និង/ឬ មិនពិតដោយចេតនា។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរ (និងមានខុសគ្នាជាង) អ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំអាចចូលវិបសាយ www.HealthCare.gov ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 ដើម្បីរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ អាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការរើសអើងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ ផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភេទ អាយុ ការបង្ហាញផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬពិការភាព។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យ បណ្តឹងអំពីការរើសអើងដោយចូលទៅ www.hhs.gov/ocr/office/file ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាគ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន (ឃុំខ្លួនឬដាក់គុក) ឡើយ ។

ប្រសិនបើមិន _____ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន។
(ឈ្មោះរបស់បុគ្គល)

- **ការបន្តការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ:** ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការជួយបង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យទិដ្ឋភាព ប្រើទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានទាំងព័ត៌មានពីរបាយការណ៍ពន្ធដងដែរ។ ទិដ្ឋភាពនេះ នឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនានា ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសយកបានគ្រប់ពេល។

ចាស់ ការបន្តភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលបន្ទាប់ទៀត:

- (សូមគូសយកមួយ)
- 5 ឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមាដែលបានអនុញ្ញាត)
 - 4 ឆ្នាំ
 - 3 ឆ្នាំ
 - 2 ឆ្នាំ
 - 1 ឆ្នាំ
 - កុំប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីរបាយការណ៍សំណងពន្ធ ដើម្បីធ្វើបន្តការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។

តាមការយល់ដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយថាព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូលក្នុង ពាក្យសុំនេះ គឺជាព័ត៌មានពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្វែងរកព័ត៌មាន។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ការផ្តល់ជូនព័ត៌មានក្លែងបន្លំ ឬមិនពេញលេញនៅក្នុង ការដាក់ពាក្យសុំនេះ ការក្លែងបន្លំការធានារ៉ាប់រង។

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញផ្នែកអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្នែកនេះជាមួយ ពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្លែងបន្លំណាមួយដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ ជូនដោយនរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា បុគ្គលទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ នឹងត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធីនេះ ដែលក្នុងនោះពួកគេមានសិ ទ្ធិស្របច្បាប់ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ កម្មវិធី CHIP ឬការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធតាមរយៈទីផ្សារ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាកម្មវិធី CHIP ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងធានារ៉ាប់រង ដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយប្រសិនបើពួកគេបានរកឃើញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ នៅរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ានី Pennsylvania និងក្រសួងធានារ៉ាប់រងនៅរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ានី Pennsylvania ទៅទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ចង់ស្វែងរកជម្រើសថែ ទាំសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជន។
- ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិ ទ្ធិស្របច្បាប់ និងសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញនៃកម្មវិធី CHIP, ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ និងកម្មវិធីទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាបុគ្គលដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំ គឺពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនបរទេសដែលមានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់។

X

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬបុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើអ្នកជាតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត អ្នកអាចចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ ដរាបណាព័ត៌មានដែលតម្រូវឱ្យមាននោះ ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងផ្ទៃ នៃកម្មតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត។

អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត

អ្នកអាចផ្តល់ជូនសិទ្ធិដល់អ្នកដែលទុកចិត្ត ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះជាមួយយើងខ្ញុំ សូមមើលព័ត៌មានរបស់អ្នកនិងធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកចំពោះបញ្ហាធានារ៉ាប់រង លទ្ធកម្មនិង ការដាក់ពាក្យសុំនេះ ដែលមានការទទួលបានព័ត៌មានអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកនិងការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នកក្នុងនាមជំនួសឱ្យអ្នក។ បុគ្គលនេះ ត្រូវបានគេហៅថា "អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត"។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការផ្លាស់ប្តូរអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នក សូមទាក់ទងការិយាល័យ ជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលបានតែងតាំងស្របច្បាប់សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំនេះ អ្នកអាចដាក់ជូនភស្តុតាងបញ្ជាក់នៅកន្លែងហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំដូចខាង ក្រោម។ ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ សូមដាក់ជូនភស្តុតាងបញ្ជាក់ជាមួយពាក្យសុំនេះ។

តើអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ជាអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកឬទេ? បាទ ទេ

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

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

មុខងារអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត:	<input type="checkbox"/> អ្នកមើលថែទាំ	<input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	<input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនងបឋម	<input type="checkbox"/> អ្នកប្រតិបត្តិការបណ្តាំ
	<input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រួសារ	<input type="checkbox"/> អ្នកតំណាង	<input type="checkbox"/> លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត	

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្លូវការអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ និងដើម្បីធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកចំពោះបញ្ហាធានារ៉ាប់រង ធានាកម្មវិធីសុខភាព ជាមួយទីភ្នាក់ងារនេះ។

ហត្ថលេខាបេក្ខជនដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

ត្រូវប្រាកដថា ត្រូវចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយបញ្ជូលឯកសារដែលតម្រូវឱ្យមាន។

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប្រាក់ចំណូល (EVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ EVS និងអង្គការផ្សេងទៀតនឹងត្រូវបានស្នើសុំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈប្រភេទព័ត៌មាននៅ ពេលព័ត៌មានលម្អិតដែលខុសគ្នា ត្រូវបានរកឃើញដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាន បែបនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងក្រសួងរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យស្ថានប័ន ហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ បញ្ជូនឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមអេឡិចត្រូនិក ឬតាមមធ្យោបាយ ណាមួយផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានា ដែលគ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ជូនទៅក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ ឬភ្នាក់ងារ ដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកម៉ៅការរបស់ខ្លួន សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងករណីមានកម្រៃការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ រួមមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបិទករណី និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានទាំងប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ផ្សេងទៀត ដែលទទួលរ៉ាប់រងដោយស្ថាប័ន ហិរញ្ញវត្ថុចំពោះគណនី ឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ មានប្រសិទ្ធភាពរហូតដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត នេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនទៅក្រសួងណាមួយដែល គេរកឡើងមុនគេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណ៍នោះអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬក្រសួងខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបកស្រាយខុស បិទបាំង ឬមិនព្រមទទួលការពិតដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការធានារ៉ាប់រង ខ្ញុំអាច ត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ឬហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់ទោសនិងត្រូវដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាតំណាងពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញនៃកម្មក តំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្នែកនេះជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្តែងបន្លំណាមួយដែល បានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនដោយ នរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រងការធានារ៉ាប់រង តែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការ ចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលតម្រូវឱ្យខ្ញុំរាយការណ៍ ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃដើមខែ បន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់អំពីការ ធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ចប់ នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ នឹងពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោជកប្រភេទហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបំផ្សេងទៀត។

- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។ លេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធបញ្ជូនការធានារ៉ាប់រងតាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះនៅអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធ EBT ឬប័ណ្ណ ACC ACCESS Card សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានតែការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់នរណា ម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូន លេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុង ពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលល្អិត ក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្លាប់ជំនាន់។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតម្លៃសមរម្យ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថានៅពេលណាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព អាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកម្រិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើ ខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាពជាគ្រុមដែលមិនរាប់បញ្ចូល ការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួចមកហើយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់កំណត់ឱ្យ នៅពេលនេះ ដែលខ្ញុំបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដាក់ក្នុងករណីប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពទូលំទូលាយគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដែលខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់បាន។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានកម្រិតចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព អាចនឹងកកកិច្ច ឬមានកម្រិតប្រាក់បង់ខ្ពស់ ពីព្រោះគ្រួសារទូទាត់ថ្លៃសេវាប្រចាំខែសម្រាប់កម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពខ្ពស់។ ខ្ញុំយល់ថា ថ្លៃសេវាប្រចាំខែគឺជាថ្លៃបង់ចេញ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារកំហុស ការបោកបន្លំ ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មក ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានកម្រិតថ្លៃសងទៅក្រសួងវិញនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ ដែលបានទូទាត់ជំនួសឱ្យបន្ត។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យសុំនេះជូនក្រសួងធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកម៉ៅការ CHIP។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនិងការទទួល ខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលល្អិតក្រោមកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈក្រសួងនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬស្វែងរកដម្រើសថែទាំសុខភាព ជាលក្ខណៈឯកជនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះ ជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យសុំនេះទៅកាន់ទីផ្សារ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ដែលល្អិតក្រោមទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

**CHIP
អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះ:**

- ការសម្ងាត់ - ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់។ ពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវចែករំលែកតែជាមួយកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាល ដែលក្នុងនោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន ដូចជាជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងជំនួយបុព្វលាភទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (បន្ត)

- បាត់បង់អ្នកគ្រប់គ្រងផ្ទះ - អ្នកអាចជ្រើសរើសបុគ្គលផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានតំណែងទាក់ទងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក ឬកូនជាអតិថិជនរបស់អ្នក ដោយបំពេញសំណុំបែបបទអ្នកគ្រប់គ្រងផ្ទះលុបចោល។
- លិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតម្លៃសមរម្យ - ក្នុងករណីអ្នកបាត់បង់ការងារកម្មវិធីនេះ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតម្លៃសមរម្យ ដើម្បីពិនិត្យមើលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ - អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ - អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញដែលមិនលំអៀង ប្រសិនបើ អ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចចិត្តណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងការដាក់ ពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើសំណើត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ នៃសេចក្តីសម្រេចនេះ។

អ្នកមានការទទួលខុសត្រូវក្នុងការ៖

- អាននិងយល់ដឹងពេញលេញអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដោយយល់ដឹងថាមានការដាក់ទណ្ឌកម្មចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនា៖ វាជាបទល្មើសធ្ងន់ធ្ងរ និងបាត់បង់ជាបទឧក្រិដ្ឋចំពោះការក្លែងបន្លំការធានារ៉ាប់រង។
- ជួយពិនិត្យឡើងវិញនៃការដាក់ពាក្យសុំនេះ ដែលអាចរួមបញ្ចូលការធ្វើសម្ភាសន៍ និងការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាសុខភាព។
- យល់ថា ព័ត៌មានជាក់លាក់ អាចត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោជកប្រកបហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណ និងភាពជាពលរដ្ឋអាមេរិក ប្រសិនបើព័ត៌មាននោះ មិនត្រូវបានទទួលតាមរយៈដំណើរការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់ ដោយបង្ហាញ ឯកសារពិសហវេជ្ជអាមេរិក។ សេវាកម្មសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ ប្រសិនបើ លោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ អាមេរិក។
- រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានទាំងប្រាក់ចំណូល អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទឱ្យបានឆាប់រហ័សនៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ កើតឡើង។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា៖

- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងធានារ៉ាប់រងផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយ និងទាំងអស់ ដែលត្រូវបានរកឃើញនៅលើពាក្យសុំនេះជូនក្រសួងសេវាសុខសុខាភិបាល។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និង ការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកដើម្បីសម្រេចទាំងសុខភាពជាលក្ខណៈ ឯកជនតាមរយៈទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយ និងទាំងអស់របស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យសុំនេះទៅកាន់ទិដ្ឋភាពខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ របស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

- ប្រសិនបើត្រូវបានកំណត់ថា កូនរបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរបស់និយោជិករដ្ឋពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយទីភ្នាក់ងារនេះនឹងអាចបង់ប្រាក់ជូន ទោះជាចំណែកគិតក្នុងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬការចំណាយលើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឯក់ដោយ បន្ទាប់មកកូនរបស់ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP ឡើយ។ ប្រសិនបើនេះជាករណីមួយនោះ ហើយកូនរបស់ខ្ញុំទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP នោះ ការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP របស់ខ្ញុំ អាចនឹងត្រូវបានបញ្ចប់ដោយមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទកាលពីមុន។

ទិដ្ឋភាពការធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖

- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែល ស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្លាប់ពាន។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចប្រឈមនឹង ការដាក់ទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ បើខ្ញុំផ្តល់ជូនព័ត៌មានក្លែងបន្លំ និង/ឬ មិនពិតដោយចេតនា។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរ (និងមានខុសគ្នាជាង) អ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំអាចចូលរិបសាយ www.HealthCare.gov ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 ដើម្បីរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ អាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការរើសអើងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ ផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភេទ អាយុ ការបង្ហាញផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬពិការភាព។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យ បណ្តឹងអំពីការរើសអើងដោយចូលទៅ www.hhs.gov/ocr/office/file ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា គ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន (ឃុំខ្លួនឬដាក់គុក) ឡើយ ។

ប្រសិនបើមិន _____ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន។
(ឈ្មោះរបស់បុគ្គល)

- **ការបន្តការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ៖** ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការជួយបង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យទិដ្ឋភាព ប្រើទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានទាំងព័ត៌មានពីរបាយការណ៍ពន្ធផងដែរ។ ទិដ្ឋភាពនេះ នឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនានា ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសយកបានគ្រប់ពេល។

ចាស់ ការបន្តភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិ សម្រាប់រយៈពេលបន្ទាប់ទៀត៖
(សូមគូសយកមួយ)

- 5 ឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមានៃលក្ខណៈអនុញ្ញាត)
- 4 ឆ្នាំ
- 3 ឆ្នាំ
- 2 ឆ្នាំ
- 1 ឆ្នាំ
- កុំប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីរបាយការណ៍សំណងពន្ធ ដើម្បីធ្វើបន្តការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។