

# PENNSYLVANIA



## ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) សម្រាប់បុគ្គលិកពិការ

កម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) សម្រាប់បុគ្គលិកពិការ (MAWD) ផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលនានាដែលមានពិការភាព ដែលមានការងារធ្វើ។ អាចមានថ្លៃសេវាបន្ទាប់បន្សំចំពោះការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការសំណុំបែបបទនេះជាអក្សរព្រុយអ៊ែល ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទតាមបណ្តាញជំនួយរបស់យើងតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-692-7462 ។ បុគ្គលនានាដែលច្នៃ ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយ និងមានបំណងចង់ទាក់ទងតាមបណ្តាញទូរស័ព្ទជំនួយ អាចហៅទូរស័ព្ទទៅសេវាកម្មបញ្ជូនបន្ត PA Relay Services ដោយចុចលេខ 711 ។

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

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

នេះជាពាក្យដាក់សុំអត្ថប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។  
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ  
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលជុំវិញដែលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។  
ការបកប្រែនឹងផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

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.

### តើខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់យ៉ាងដូចម្តេច ?

1. អ្នកត្រូវតែមានអាយុយ៉ាងតិច 16 ឆ្នាំ ប៉ុន្តែតិចជាង 65 ឆ្នាំ។
2. ប្រករព័ត៌មានរបស់អ្នកដែលអាចរាប់បាន ដូចជាគណនីធនាគារ ភាគហ៊ុន និងបណ្តាធានាបង់ប្រាក់ អាចមានមិនលើសពី \$10,000 ដុល្លារ។
3. ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដែលអាចរាប់បាន បន្ទាប់ពីការកាត់ចេញដែលអាចទទួលយកបាន ត្រូវមានតិចជាង 250% នៃគោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូលភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។
4. អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមនិយមន័យនៃពិការភាព ដោយស្របតាមផ្នែករដ្ឋបាលធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច។ ដើម្បីបំពេញតាមនិយមន័យនៃពិការភាព អ្នកត្រូវបំពេញចំណុចមួយដូចខាងក្រោម៖
  - ឬចូលរួមអ្នកត្រូវតែទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពិការភាពពីផ្នែកធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSDI) ។
  - អ្នកត្រូវតែបានទទួលប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភបន្ថែម, SSI ឬ SSDI ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមការកំណត់លក្ខខណ្ឌខាងលើទេ នាយកដ្ឋាននឹងពិនិត្យមើលពិការភាពរបស់អ្នកឡើងវិញ ដើម្បីកំណត់ថាតើរ៉ាប់រងពេញតាមការវិនិច្ឆ័យដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬអត់។
5. អ្នកត្រូវមានការងារធ្វើ និងការទទួលបានសំណងផងដែរ ដើម្បីទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជាបុគ្គលិកម្នាក់ដែលមានពិការភាព។

### តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំដោយរបៀបណា ?

1. សូមបំពេញពាក្យសុំដែលបានភ្ជាប់ជូននេះ។ (ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសូមហៅទូរស័ព្ទទៅបណ្តាញជំនួយតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-842-2020 ឬ TDD 711 សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាស្តាប់។) អ្នកអាចទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋាន ឬការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO របស់អ្នកផងដែរ ឬពិនិត្យមើលគេហទំព័រ DHS តាមរយៈ [www.dhs.pa.gov](http://www.dhs.pa.gov) ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំតាមអនឡាញផងដែរ តាមវេបសាយ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) ។
2. សូមភ្ជាប់លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ចំណាយលើការងារដែលទាក់ទងទៅនឹងការចុះទន់ខ្សោយ ប្រករព័ត៌មាន លេខបណ្តាធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច អាសយដ្ឋាន និងការកំណត់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក។
3. សូមអានផ្នែក “សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ” និងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ។
4. ធ្វើពាក្យសុំនេះតាមប្រសិទ្ធិប្រសិទ្ធិទៅការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម បុគ្គលិកម្នាក់មកពីការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO និងទាក់ទងអ្នក។ ការិយាល័យជំនួយខោនធី CAO នឹងជូនដំណឹងអ្នកអំពីការមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះការធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំផ្សេងគ្នា។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នកហើយពួកគេនឹងផ្ញើសំណុំបែបបទត្រឹមត្រូវជូនអ្នក។





COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY				AUTHORIZED	UNAUTHORIZED
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK IN	FILE CLEAR BY/DATE	SCREEN BY/DATE	DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG. NUMBER	DATE STAMP	BY	
WORKER ID	CASE LOAD	RECORD NUMBER	CAT	CAT	
NAME			APPOINTMENT DATE/TIME <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	REASON CODE	

**សូមប្រាប់យើងអំពីអ្នក អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំ**

ឈ្មោះ ( នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល ) របស់អ្នក លេខបណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច			
អាសយដ្ឋាន	រដ្ឋ	លេខកូដទីក្រុង	ប្លុក 4
លេខទូរស័ព្ទ	មណ្ឌលសិក្សាធិការ	សង្កាត់ ( ផ្នែកបន្ទាប់បន្សំជនស៊ីវិល )	
តើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពិការភាពពីផ្នែកធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ( SSDI ) ឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង			
ប្រសិនបើឆ្លើយថា ទេ សូមប្រាប់យើងអំពីពិការភាពរបស់អ្នក និងផ្តល់ជូនឯកសារ ។			

នៅពេលបំពេញពាក្យសុំនេះ សូមភ្ជាប់ឯកសារដាច់ដោយឡែក ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងបន្ថែម ។

**ការចុះបញ្ជីឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ( ដែលមានជម្រើស )**

ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឡើយទេ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនៅថ្ងៃនេះឬទេ ?  បាទ/ចាស់  ទេ  
ប្រសិនបើអ្នកមិនគួសប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះឡើយ ។

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

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយដែលអ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ ។  
ប្រសិនបើអ្នកចង់ជួយបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក ។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវស្នើសុំឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក ។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំដោយឥតគិតថ្លៃ ។ សូមទុកទង់កាយលយជំនួយខោនធី ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា មាននរណាម្នាក់បានខ្លាចរារាំងស្នើសុំរបស់អ្នកចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សូមរាយការណ៍ដល់ការសម្រេចចិត្តថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសុំរបស់អ្នកដើម្បីជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងនយោបាយផ្សេងទៀតនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅលើខាងការសហគមន៍នៃក្រសួងរដ្ឋផែននីលស៊ីលវ៉ានរៀន តាមអាសយដ្ឋាន Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 ។ (លេខទូរស័ព្ទគិតគិតថ្លៃ 1-877-VOTESPA) ។

**បុគ្គលិកការិយាល័យជំនួយខោនធី នឹងបំពេញប្រអប់នេះ ដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកខាងលើ**

<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 ___/___/___



# 1. ព័ត៌មានអំពីក្រុមគ្រួសារ ភាពជាពលរដ្ឋ និងអត្តសញ្ញាណ

សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះមនុស្សដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ដោយចាប់ផ្តើមដោយខ្លួនអ្នក។ ត្រូវប្រាកដថាអ្នកពិនិត្យមើលចំណុចខាងក្រោមអំពីលេខកូដជាតិសាសន៍ ក្នុងពាក្យសុំ (លេខកូដជាតិសាសន៍ដែលមានជម្រើស និងសម្រាប់គោលបំណងស្ថិតិតេបុណ្ណោះ ហើយមិនមានផលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឡើយ) និងលេខកូដពលរដ្ឋ។ សូមភ្ជាប់ឯកសារបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចាំបាច់។ តើអ្នកយល់ភាសាអង់គ្លេសឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយថា ទេ តើអ្នកយល់ភាសាអ្វីខ្លះ?

ភាពជាពលរដ្ឋ៖ ប្រើលេខកូដមួយក្នុងចំណោមលេខកូដខាងក្រោម៖ 1. ពលរដ្ឋអាមេរិក 2. ជនបរទេសរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ 3. ជនបរទេសរស់នៅបណ្តោះអាសន្ន 4. ជនភៀសខ្លួន 5. ជនបរទេសដែលគ្មានឯកសារ 6. អនីតិជនគ្មានឯកសារដែលជាជនភៀសខ្លួន

សម្រាប់ជាតិសាសន៍ (ដែលមានជម្រើស)៖ ប្រើលេខកូដណាមួយក្នុងចំណោមលេខកូដខាងក្រោម ដែលត្រូវអនុវត្ត។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មិនមានផលប៉ះពាល់ទេ បើអ្នកមិនឆ្លើយសំណួរ។ បុគ្គលនានាអាចមានច្រើនជាងមួយក្រុម។  
1. ជនជាតិស្បែកខ្មៅ 2. អេស្បាញ 3. តំណាងអាមេរិកខាងជើង ឬជនជាតិដើមអាហ្សាន់តា 4. អាស៊ី 5. ជនជាតិស្បែកស (មិនមែនជនជាតិស្បែក) 6. ជនជាតិផ្សេងៗ 7. ជនជាតិដើមហ្វីលីពីន ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក

ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល)	Jr./Sr., ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខបណ្តឹងទាមទារសំណង់កម្មវិធីមេឌីមែរ (Medicare)
ឈ្មោះនៅក្នុងសំបុត្រកំណើត (នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល)	រដ្ឋកំណើត	ខោនធីកំណើត	ទីក្រុងកំណើត	លេខចុះបញ្ជីឈ្មោះជនបរទេស	តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះដើមរបស់ម្តាយ (នាមខ្លួន នាមត្រកូល)	លេខកូដជាតិសាសន៍	លេខកូដពលរដ្ឋ	តើបុគ្គលនេះមានប័ណ្ណ A Pa Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប័ណ្ណបើកបរ (រដ្ឋ និងលេខ) ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរដ្ឋ	ទំនាក់ទំនងញាតិភាពអ្នកដាក់ពាក្យសុំចំពោះអ្នក

ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល)	Jr./Sr., ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខបណ្តឹងទាមទារសំណង់កម្មវិធីមេឌីមែរ (Medicare)
ឈ្មោះនៅក្នុងសំបុត្រកំណើត (នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល)	រដ្ឋកំណើត	ខោនធីកំណើត	ទីក្រុងកំណើត	លេខចុះបញ្ជីឈ្មោះជនបរទេស	តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះដើមរបស់ម្តាយ (នាមខ្លួន នាមត្រកូល)	លេខកូដជាតិសាសន៍	លេខកូដពលរដ្ឋ	តើបុគ្គលនេះមានប័ណ្ណ A Pa Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប័ណ្ណបើកបរ (រដ្ឋ និងលេខ) ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរដ្ឋ	ទំនាក់ទំនងញាតិភាពអ្នកដាក់ពាក្យសុំចំពោះអ្នក

ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល)	Jr./Sr., ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខបណ្តឹងទាមទារសំណង់កម្មវិធីមេឌីមែរ (Medicare)
ឈ្មោះនៅក្នុងសំបុត្រកំណើត (នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល)	រដ្ឋកំណើត	ខោនធីកំណើត	ទីក្រុងកំណើត	លេខចុះបញ្ជីឈ្មោះជនបរទេស	តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះដើមរបស់ម្តាយ (នាមខ្លួន នាមត្រកូល)	លេខកូដជាតិសាសន៍	លេខកូដពលរដ្ឋ	តើបុគ្គលនេះមានប័ណ្ណ A Pa Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប័ណ្ណបើកបរ (រដ្ឋ និងលេខ) ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរដ្ឋ	ទំនាក់ទំនងញាតិភាពអ្នកដាក់ពាក្យសុំចំពោះអ្នក

ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល)	Jr./Sr., ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខបណ្តឹងទាមទារសំណង់កម្មវិធីមេឌីមែរ (Medicare)
ឈ្មោះនៅក្នុងសំបុត្រកំណើត (នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល)	រដ្ឋកំណើត	ខោនធីកំណើត	ទីក្រុងកំណើត	លេខចុះបញ្ជីឈ្មោះជនបរទេស	តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះដើមរបស់ម្តាយ (នាមខ្លួន នាមត្រកូល)	លេខកូដជាតិសាសន៍	លេខកូដពលរដ្ឋ	តើបុគ្គលនេះមានប័ណ្ណ A Pa Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប័ណ្ណបើកបរ (រដ្ឋ និងលេខ) ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរដ្ឋ	ទំនាក់ទំនងញាតិភាពអ្នកដាក់ពាក្យសុំចំពោះអ្នក

ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល)	Jr./Sr., ជាដើម។	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច	លេខបណ្តឹងទាមទារសំណង់កម្មវិធីមេឌីមែរ (Medicare)
ឈ្មោះនៅក្នុងសំបុត្រកំណើត (នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល)	រដ្ឋកំណើត	ខោនធីកំណើត	ទីក្រុងកំណើត	លេខចុះបញ្ជីឈ្មោះជនបរទេស	តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះដើមរបស់ម្តាយ (នាមខ្លួន នាមត្រកូល)	លេខកូដជាតិសាសន៍	លេខកូដពលរដ្ឋ	តើបុគ្គលនេះមានប័ណ្ណ A Pa Access Card ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប័ណ្ណបើកបរ (រដ្ឋ និងលេខ) ឬលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរដ្ឋ	ទំនាក់ទំនងញាតិភាពអ្នកដាក់ពាក្យសុំចំពោះអ្នក



## 2. ប្រាក់ចំណូល

សូមប្រាប់យើង ប្រសិនបើមានណាមួយដែលមានរាយបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ មាន ឬរំពឹងទុកថាមានប្រភេទប្រាក់ចំណូលណាមួយ។ សូមរាយបញ្ជីចំនួនប្រាក់ចំណូលមុនការកាត់ចេញ (ដូចជាពន្ធ ឬការធានារ៉ាប់រង) ត្រូវបានដកចេញ។ ប្រាក់ចំណូលត្រូវរាប់បញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់ចំពោះ៖

- ប្រាក់ឈ្នួល                       ការមើលថែទាំទារក                       ការផ្ទេរ                       ការធានារ៉ាប់រងអតីតយុទ្ធជន                       ការធានារ៉ាប់រងឈឺ                       ភាគលាភ ឬការប្រាក់
- ការងារធ្វើជាម្ចាស់ខ្លួនឯង                       បន្ទប់និងអាហារ                       ធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច/SSN                       ការជួយឧបត្ថម្ភ ឬសោធន៍អាហារកិច្ច                       សំណងគ្មានការងារធ្វើ ឬសំណងបុគ្គលិក
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍                       កម្រៃជើងសារ                       ប្រាក់សម្រាប់មហាវិទ្យាល័យ ឬវគ្គបណ្តុះបណ្តាល

ឈ្មោះ	និយោជក ឬ ប្រភពប្រាក់ចំណូល	អាសយដ្ឋាននិយោជក	ទូរស័ព្ទ
ចំនួនម៉ោងបានធ្វើការ ក្នុងមួយសប្តាហ៍	ប្រាក់ឈ្នួល ក្នុងមួយម៉ោង	តើបានទទួលប្រាក់ចំណូលជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (គូសដង្ហើមកម្ម)	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប មុនការកាត់យក
		រាល់សប្តាហ៍ / ពីរដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ / រាល់ខែ / ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)	
		រាល់សប្តាហ៍ / ពីរដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ / រាល់ខែ / ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)	
		រាល់សប្តាហ៍ / ពីរដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ / រាល់ខែ / ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)	
		រាល់សប្តាហ៍ / ពីរដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ / រាល់ខែ / ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)	
		រាល់សប្តាហ៍ / ពីរដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ / រាល់ខែ / ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)	

## 3. ការចំណាយ

អ្នកអាចចំណាយលើ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់ចំណូល។ ប្រសិនបើអ្នកបានចំណាយលើ សូមរាយបញ្ជីចំណាយខាងក្រោម៖

- ការចំណាយលើតុលាការ សេវាមេធាវី                       មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ                       ការចំណាយលើការងារដែលទាក់ទងនឹងការចុះអន្តរាគមន៍ (ដូចជាឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំសុខភាពអ្នកមើលថែរក្សា)

ឈ្មោះ	ប្រភេទចំណាយ	ចំនួនទឹកប្រាក់	ថ្ងៃ បង់ប្រាក់ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា



#### 4. ធនធាន

តើមាននរណាម្នាក់ ដែលមានបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ មានធនធានណាមួយក្នុងចំណោមធនធាននានាដូចខាងក្រោមឬទេ ?

- |                                  |                             |                                     |                                  |                             |   |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | សាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ (01)              | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន (06)                        |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | គណនីសន្សំ (02)                      | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | វិញ្ញាបនបត្រទទួលបានបញ្ជី (26)                   |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | គណនីចរន្ត (03)                      | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | IRA, KEOGH, ឬគ្រប់ម្រុងចូលនិវត្តន៍ផ្សេងទៀត (27) |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | ក្រុមគ្រួសារម៉ាស ឬវិស្វកម្មកាល (04) | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | ប្រាក់បម្រុង ឬ មូលនិធិសរុបបញ្ចុះសព (97)         |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | មូលបត្រ ឬ សញ្ញាបណ្ណ (05)            | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | ទ្រព្យសរុបអនិវាជន (98)                          |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | <input type="checkbox"/> ទេ | សញ្ញាបណ្ណសន្សំសហរដ្ឋអាមេរិក (05)    |                                  |                             |   |

ឈ្មោះ:	សូមពិពណ៌នាអំពីប្រភេទ/លេខគណនី/ទីកន្លែងប្រកបធនធាន	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន

- បាទ/ចាស  ទេ តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះដែលរំពឹងថាមានលុយ ឬក៏ប្រភេទធនធានណាមួយបែបនេះ ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះការដោះស្រាយបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់ ការទទួលបានមរតក មូលនិធិទុកចិត្ត ឬធនធានផ្សេងទៀតឬទេ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ប្រភេទធនធាន៖ \_\_\_\_\_ តម្លៃ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទដែលបានរំពឹងទុក៖ \_\_\_\_\_
- បាទ/ចាស  ទេ ចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 8 ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ 2006 តើអ្នកប្រកបនរណាម្នាក់ ដែលមានបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ បានផ្តល់ជូន លក់ ឬផ្ទេរកម្មសិទ្ធិទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយ ដូចជា៖ ផ្ទះ ដីធ្លី ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន បណ្ណាល័យរ៉ាប់រងអាយុជីវិត ប្រាក់ត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំ គណនីធនាគារ លិខិតបញ្ជាក់តម្លៃប្រាក់ ភាគហ៊ុន, IRA, បណ្ណាល័យសង្គ្រោះប្រាក់ ឬសិទ្ធិចំពោះប្រាក់ចំណូលឬទេ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមពិពណ៌នាអំពីប្រភេទទ្រព្យសម្បត្តិ៖ \_\_\_\_\_ តម្លៃ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទលក់ ផ្ទេរកម្មសិទ្ធិ ឬផ្តល់ឱ្យ៖ \_\_\_\_\_

តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ មានកម្មសិទ្ធិយានយន្តដោយខ្លួនឯង ឬពួកគេកំពុងបង់ប្រាក់យានយន្ត ( ថយន្ត ថយន្តដឹកទំនិញ ម៉ូតូ ) ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ឈ្មោះ:	ឆ្នាំ	ផលិតនៅណា	ម៉ូដែល	មានអាជ្ញាប័ណ្ណ	ចំនួនទឹកប្រាក់ដំពាក់
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	

តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងការពាក្យសុំនេះ មានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងជីវិតឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិប័ណ្ណ	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/លេខប័ណ្ណ	តម្លៃលើប័ណ្ណ	តម្លៃសាច់ប្រាក់	ចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នកណា?

តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានបញ្ជីឈ្មោះនៅក្នុងការពាក្យសុំនេះ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រៅពីកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ម្ចាស់កម្មសិទ្ធិប័ណ្ណ	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/លេខប័ណ្ណ	ចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នកណា?

#### 5. ការធានារ៉ាប់រងស្ត្រីមានគភ៌

ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមដែលអាចមានសម្រាប់ស្ត្រីមានគភ៌ ។ បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការរៀបចំអ្នកជំនាញត្រូវបញ្ជូនមកសម្រាប់នរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមានគភ៌ ។

ឈ្មោះ:	អាសយដ្ឋាន	ភាពមានគុក្តិ ថ្ងៃដល់កំណត់សង







កម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance)

- ខ្ញុំយល់ថា រដ្ឋ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានប្រើប្រាស់ផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនីមួយៗនៃរដ្ឋ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ IEVS និងអង្គការជំនួយដទៃទៀតនឹងត្រូវបានស្នើសុំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈការទាក់ទងលើបេតិកភណ្ឌព័ត៌មានក្នុងករណីព័ត៌មានលម្អិតដែលខ្ញុំស្នើសុំ ត្រូវបានរកឃើញដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាននៃបេតិកភណ្ឌព័ត៌មានដែលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងក្រមិតនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ បេតិកភណ្ឌឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមអេឡិចត្រូនិក ឬតាមមធ្យោបាយណាមួយផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានាដែលគ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ដូចជា ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច ពលរដ្ឋ ឬភ្នាក់ងារដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកកែតម្រូវរបស់ខ្លួន ស្រមៃបើកាលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងករណីមានត្រូវការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរួមមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបិទគណនី និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានទាំងប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានរ៉ាប់រងដោយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុចំពោះគណនីឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថា ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ មានលក្ខណៈបញ្ចប់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះ កម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹង ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនទៅនាយកដ្ឋានណាមួយដែលលើកតែឡើងមុនគេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណែនាំអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារ ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance ឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំប្រកាសខុស បិទបញ្ជា ឬមិនទទួលបានការពិតដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការធានារ៉ាប់រង ខ្ញុំអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់ទោស និងត្រូវដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់នាពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូននូវការសម្រេចជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្នុងបន្តណាមួយដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ដែលគំនិតឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូនទៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រងការធានារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រស្រមៃបើកាលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលត្រូវឱ្យខ្ញុំរាយការណ៍ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃដើមខែ បន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ឈប់នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះនឹងពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដក ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។ លេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងតាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ PAACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះនៅអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប័ណ្ណ EBT ឬប័ណ្ណ PAACCESS Card ស្រមៃបើកាលបំណងមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ និងសមហេតុផលប័ណ្ណនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចស្រមៃបើកាលបំណងមិនដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូនគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមការការពារច្បាប់ការស្បថបញ្ជា។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតែម្តងមួយ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា នៅពេលណាការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព អាចត្រូវបានបដិសេធ ឬមានក្រមិតកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាពជាក្រុម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួមគ្នាហើយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានកំណត់ឱ្យនៅពេលនេះ ដែលខ្ញុំបានទទួលការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដាក់ក្នុងកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពទូលំទូលាយគ្រប់ជំរុងជ្រាវយើងដែលខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់បាន។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចនឹងឥតគិតថ្លៃ ឬមានតែម្តងមួយស្រមៃបើកាលបំណងនេះក្រសួងទូទាត់ផ្តល់សេវាប្រចាំខែស្រមៃបើកាលបំណងសុខភាពឱ្យខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ផ្នែកសេវាប្រចាំខែគឺជាផ្នែកដើម។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារកំហុស ការបាត់បង់ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មក ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានត្រូវបានត្រឡប់មកវិញវិញនូវវេជ្ជសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ ដែលបានទូទាត់ជំនួយសេវាឱ្យខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP។ ប្រសិនបើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យគ្រួសារសេដ្ឋកិច្ចលម្អិត ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាកម្មវិធី CHIP។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធី CHIP។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈនាយកដ្ឋាននោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកដើម្បីសេវាថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់ សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋាន ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទីផ្សារ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោម ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

CHIP

អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះ៖

- ការសម្ងាត់ - ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់។ ពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវបិទកំរិតជាមួយកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលដែលក្នុងនោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬ អាចមានសិទ្ធិទទួលបាន ដូចជាកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance និងជំនួយបុណ្យលក់ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ចាត់តាំងអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន - អ្នកអាចប្រើសេវាបុគ្គលផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទាក់ទងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក ឬកូនជាអតិថិជនរបស់អ្នក ដោយបំពេញសំណុំបែបបទអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន។
- លិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតែម្តងមួយ - ក្នុងករណីអ្នកចាកចេញពីកម្មវិធីនេះ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតែម្តងមួយ ដើម្បីពិនិត្យមើលការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។





- តាមការយល់ដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយថាព័ត៌មានដែលបានបញ្ចូលក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺជាព័ត៌មានពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវ ក្រៅមេទាសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្របចំពាន។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ការផ្តល់ជូនព័ត៌មាននៃក្នុងបន្ត ឬមិនពេញលេញនៅក្នុងការដាក់ពាក្យសុំនេះ ការក្លែងបន្លំការធានារ៉ាប់រង។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញផ្នែកអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្ទៃកន្លះជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្នុងបន្តណាមួយដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា បុគ្គលទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ នឹងត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធីនេះ ដែលក្នុងនោះពួកគេមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance កម្មវិធី CHIP ឬការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចពលរដ្ឋ ដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មាននិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាកម្មវិធី CHIP ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង ដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយឬទាំងអស់ដែលបានរកឃើញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចពលរដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance ។
- ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេដ្ឋកិច្ចពលរដ្ឋនៃរដ្ឋផ្សេងទៀតនៃរដ្ឋ Pennsylvania និងនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រងរដ្ឋផ្សេងទៀតនៃរដ្ឋ Pennsylvania ដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយឬទាំងអស់ទៅទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំណាម្នាក់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ចង់ស្វែងរកជម្រើសសុខភាពសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជន។
- ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មាននៃរដ្ឋស្រាវជ្រាវម៉ារីយ៉ាឡាដាដែលបានបំពេញនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងស្របច្បាប់ការពិនិត្យឡើងវិញនៃកម្មវិធី CHIP, កម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance និងកម្មវិធីទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាបុគ្គលដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំ គឺពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនបរទេសដែលមានឋានៈអន្តរប្រវេសស្របច្បាប់។

X

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬបុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត អ្នកអាចចុះហត្ថលេខានៅទើន៖ ដរាបណាព័ត៌មានដែលត្រូវឱ្យមាននោះ ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងផ្នែកអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត។

**អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត**

អ្នកអាចផ្តល់ជូនសិទ្ធិដល់អ្នកដែលទុកចិត្ត ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះជាមួយយើងខ្ញុំ សូមមើលព័ត៌មានរបស់អ្នកនិងធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកចំពោះបញ្ហានានាដែលទាក់ទងនឹងការដាក់ពាក្យសុំនេះ ដែលរួមមានការទទួលបានព័ត៌មានអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកនិងការដោះស្រាយបញ្ហាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកក្នុងនាមជំនួសឱ្យអ្នក។ បុគ្គលនេះ ត្រូវបានគេហៅថាជា “អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត”។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការផ្លាស់ប្តូរអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នក សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលបានតែងតាំងសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំនេះ អ្នកអាចដាក់ជូនភស្តុតាងបញ្ជាក់នៅកន្លែងហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំដូចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើនេះជាករណីកើតឡើង សូមដាក់ជូនភស្តុតាងបញ្ជាក់ជាមួយពាក្យសុំនេះ។

តើអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ជាអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត៖	លេខទូរស័ព្ទ៖ ( )	ប្រភេទទូរស័ព្ទ (✓)៖ <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"/> សមាជិកក្រុមការងារគាំទ្រ	<input type="checkbox"/> អ្នកតំណាង	<input type="checkbox"/> លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត	

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្លូវការអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ និងដើម្បីធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកចំពោះបញ្ហានានាដែលអនាគតទាំងអស់ជាមួយទីភ្នាក់ងារនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

កាលបរិច្ឆេទ

ត្រូវប្រាកដថា ត្រូវចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយបញ្ចូលឯកសារដែលត្រូវឱ្យមាន។

**សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក**

**កម្មវិធីជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ (Medical Assistance)**

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ របាយការណ៍អតិថិជន និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងសហរដ្ឋ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមរយៈប្រព័ន្ធ IEVS និងអង្គការផ្សេងទៀតនឹងត្រូវបានរក្សាស្ងៀម និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈការទាក់ទងបេក្ខព័ត៌មានក្នុងករណីព័ត៌មានលម្អិតដែលខុសគ្នា ត្រូវបានរកឃើញដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាននៃបេក្ខព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនដល់ការសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងក្រមិត្តនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ បញ្ជូនឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងប្រាក់ចំណូល ឬតាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនានាដែលគ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ដូចជា ក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ ឬភ្នាក់ងារដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកកែប្រែការបង់ខ្លួន ស្រមាប់គោលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិក្នុងករណីមានត្រូវការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះកម្មវិធីជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ Medical Assistance។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរួមមានប្រាក់ចំណូល ការដកប្រាក់ ការបិទគណនី និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានទាំងប្រតិបត្តិការផ្ទេរប្រាក់ផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានដោយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុចំពោះគណនីឬទ្រព្យសម្បត្តិ។ ខ្ញុំយល់ថា ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ មានសុពលភាពរហូតដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះ កម្មវិធីជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ Medical Assistance ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើ ខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹង ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនទៅនាយកដ្ឋានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណែនាំអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារ ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ Medical Assistance ឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំប្រកាសខ្លួន បិទបញ្ជា ឬមិនទទួលបានការពិគ្រោះដល់អាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការធានារ៉ាប់រង ខ្ញុំអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់ទោស និងត្រូវដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់នាពេលអនាគត។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយបំពេញកិច្ចការអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្ទៃក្នុងនេះជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្នុងបន្តណាមួយដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូននៅក្នុងពាក្យសុំនេះនឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រងការធានារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានរដ្ឋសាស្ត្រសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយការណែនាំត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃដើមខែ បន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ឈប់នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះនឹងពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីការបិទបញ្ជាទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងនេះដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដល់បានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិន័យ ប្រភពហិរញ្ញវត្ថុនិងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។

**លេខប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។**

- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប័ណ្ណនេះបញ្ជូនការធានារ៉ាប់រងតាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះនៅអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប័ណ្ណ EBT ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card ស្រមាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះ ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ និងសមហេតុផលប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូនគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្បថបំពាន។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតែម្តងសម្រាប់ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងផ្នែករដ្ឋសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហរដ្ឋកំណត់ថា នៅពេលណាការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព អាចត្រូវបានបដិសេធ ឬមានក្រមិត្តកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងផែនការថែទាំសុខភាពជាក្រុម ដែលមិនបំពេញការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួមរកហើយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានដកចេញពីប្រព័ន្ធនេះ ដែលខ្ញុំបានទទួលការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងកម្មវិធីជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ Medical Assistance។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ ត្រូវបានផ្តល់ជូនដាក់ក្នុងកិច្ចប្រកួតប្រជែងនៃថែទាំសុខភាពទូលំទូលាយគ្រប់ជំរុងប្រយោជន៍ខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់បាន។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចនឹងឥតតិច ឬមានតែម្តងសម្រាប់ខ្ញុំ ពីព្រោះក្រសួងទូទៅតែផ្តល់ប្រចាំខែសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឱ្យខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ផ្ទៃសង់ប្រចាំខែគឺជាថ្លៃបង់ចុះ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារកំហុស ការបាក់បន្លំ ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មក ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានត្រូវបានផ្តល់ជូនថ្លៃសង់ទៅក្រសួងវិញនូវថ្លៃសង់ប្រចាំខែទាំងអស់ ដែលបានទូទាត់ជំនួយឱ្យខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធីជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ Medical Assistance នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP។ ប្រសិនបើខ្ញុំនឹងដាក់ពាក្យសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសហការណ៍រដ្ឋ ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកចុះកិច្ចសន្យាកម្មវិធី CHIP។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធី CHIP។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការថែទាំសុខភាពតាមរយៈនាយកដ្ឋាននោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសហរដ្ឋ និង/ឬ ស្វែងរកដើម្បីសេចក្តីសុខភាពជាលក្ខណៈ ឯកជនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើខ្ញុំនឹងដាក់ពាក្យសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋាន ដើម្បីផ្តល់ជូនឈ្មោះនិងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទីផ្សារ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោម ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

**CHIP**

**អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះ៖**

- ការសម្ងាត់ - ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់។ ពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់តែជាមួយកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលដែលក្នុងនោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និង/ឬ អាចមានសិទ្ធិទទួលបាន ដូចជាកម្មវិធីជំនួយយេរដ្ឋសាស្ត្រ Medical Assistance និងជំនួយបុព្វលាភទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ចាត់តាំងអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន - អ្នកអាចប្រើសេរីសប្បុរសភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទាក់ទងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក ឬកូនជាអនិគីយរបស់អ្នក ដោយបំពេញសំណុំបែបបទអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន។
- លិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតែម្តងសម្រាប់ - ក្នុងករណីអ្នកចាកចេញពីកម្មវិធីនេះ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ការចេញផ្សាយធានារ៉ាប់រង

**សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (បន្ត)**

ដែលអាចមានតែម្តងមួយ ដើម្បីពិនិត្យមើលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរដ្ឋសាស្ត្រប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។

- លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ - អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ - អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញដល់មិនលំអៀង ប្រសិនបើអ្នក មិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចចិត្តណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការដាក់ពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើសេចក្តីចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ នៃការសម្រេចនេះ។ អ្នកមានការទទួលខុសត្រូវចំពោះ៖
  - សូមអាននិងយល់ដឹងពេញលេញអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដោយយល់ដឹងថាមានការដាក់ទណ្ឌកម្មចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតជាយេធាវីនោះ វាជាបទល្មើសធ្ងន់ធ្ងរ និងចាត់ទុកថាជាបទឧក្រិដ្ឋចំពោះការក្លែងបន្លំការធានារ៉ាប់រង។
- ជួយពិនិត្យឡើងវិញនូវការដាក់ពាក្យសុំនេះ ដែលអាចរួមបញ្ចូលការធ្វើសម្ភាសន៍ និងការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់តារសុខភាព។
- ត្រូវយល់ថា ព័ត៌មានដាក់លាក់ អាចកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពិនិយោជកប្រភពហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ និងភាពជាពលរដ្ឋអាមេរិក ប្រសិនបើព័ត៌មាននោះមិនត្រូវបានទទួលតាមរយៈដំណើរការដាក់ពាក្យសុំនេះ។
- ផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ស្ថានភាពអន្តរប្រវេសស្រីសប្បប្បដោយបង្ហាញឯកសារពិសហរដ្ឋអាមេរិក។ សេវាកម្មសុំព្រឹត្តិ និងអន្តរប្រវេសន៍ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក។
- រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលរួមមានទាំងប្តីប្រពន្ធ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទឱ្យបានឆាប់រហ័សនៃពេលការផ្លាស់ប្តូរកើតមានឡើង។
- បង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទាន់ពេលវេលាទេ អ្នកអាចបាត់បង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបដិសេធដោយមូលហេតុនានា ដូចជាបញ្ហាសុខភាពដែលកំពុងបន្តការបញ្ឈប់បេណ្ឌអាសន្ន ឬការបាត់បង់ការងារ ការរើសអើង ឬកត្តាផ្សេងទៀតដែលហួសក្រមតម្រូវរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវមានបំណងវិលត្រឡប់ទៅរកមុខងារពីមុនវិញ ឬត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងដោយស្មោះត្រង់ ដើម្បីស្វែងរកការងារផ្សេងទៀត។
- ទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដើម្បីទទួលបានការសង្រ្គោះវិញពីវិក្កយប្រតេវជ្ជសាស្ត្រណាមួយ ដែលអ្នកបានបង់រវាងកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យសុំ និងការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នក។

**ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ថា៖**

- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance។ ប្រសិនបើប្រើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋានដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយឬទាំងអស់ដែលបានរកឃើញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ Medical Assistance។
- ប្រសិនបើបុគ្គលខ្លះឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះកម្មវិធី CHIP នោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

រ៉ាប់រងសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្វែងរកជម្រើសថែទាំសុខភាពជាលក្ខណៈឯកជនតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើប្រើនេះជាករណីដែលខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យនាយកដ្ឋាន ដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មានណាមួយឬទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះទៅទីផ្សារ។ ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំដែលស្ថិតក្រោមទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

- ប្រសិនបើប្រើប្រាស់កំណត់ថាកូនរបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរបស់និយោជកដ្ឋានឬក្រុមហ៊ុន ហើយទីភ្នាក់ងារនេះនឹងអាចបង្រៀមប្តីប្រពន្ធ ទោះជាចំណែកតិចតួចនៃការធានារ៉ាប់រង ឬការចំណាយលើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ បន្ទាប់មកកូនរបស់ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP ឡើយ។ ប្រសិនបើប្រើនេះជាករណីកើតឡើង ហើយកូនរបស់ខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP នោះ ការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី CHIP របស់កូនខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានបញ្ចប់ដោយស្របច្បាប់ស្ថិតភាពចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទកាលពីមុន។

**ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖**

- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ចូលគឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមការសម្របសម្រួលពីការស្រ្តីចប់ពាន។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចប្រឈមនឹងការដាក់ទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ បើខ្ញុំផ្តល់ជូនព័ត៌មានក្លែងបន្លំ និង/ឬ មិនពិតជាយេធាវី។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវផ្តល់ជូនដំណឹងដល់ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើមានអ្នកផ្លាស់ប្តូរ (និងមានខុសគ្នាជាង) អ្វីដែលខ្ញុំបានសម្រេចនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំអាចចូលរកសេវា [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការរើសអើងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភេទ អាយុ ការបង្ហាញផ្លូវដឹកនាំ អត្តសញ្ញាណយន្ត ឬពិការភាពឡើយ។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងដោយចូលទៅវេបសាយ [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាគ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ត្រូវជាប់ឃុំខ្លួន (ឃុំខ្លួនឬដាក់គុក) ឡើយ ។

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

- ការបន្តថ្មីឡើងវិញនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ ដើម្បីធ្វើឱ្យងាយស្រួលកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះការជួយបង្រៀមប្តីប្រពន្ធជាចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយនោះ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យទីផ្សារប្រើទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដែលរួមមានទាំងព័ត៌មានពីរបាយការណ៍បង់ពន្ធផងដែរ។ ទីផ្សារនេះ នឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹង ដែលអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនានា ហើយខ្ញុំអាចប្រើសិទ្ធិយកប្រាក់ប្រគល់ពល។

ចាស់ ការបន្តថ្មីឡើងវិញភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិស្រមាប់រយៈពេលបន្ទាប់ទៀត៖  
(គ្រួសារកម្មវិធី)

- 5 ឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមាដែលបានអនុញ្ញាត)
- 4 ឆ្នាំ
- 3 ឆ្នាំ
- 2 ឆ្នាំ
- 1 ឆ្នាំ
- កុំប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីរបាយការណ៍បង់ពន្ធ ដើម្បីធ្វើបន្តថ្មីឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។