

សំណុំបែបបទអ្នកជំនាញដែលត្រូវបញ្ជូនមក DAP

សំណុំរឿង			
Co.	លេខកំណត់ហេតុ	Cat.	Dist.

ឈ្មោះអតិថិជន	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	ការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច
អាសយដ្ឋាន			លេខទូរស័ព្ទ

ថ្មីៗនេះអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់ (CA) និង/ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (MA) ហើយបានបង្ហាញថាអ្នកមានពិការភាព ។ តាមលក្ខខណ្ឌស្តីពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង CA និង MA នោះ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង (SSI/SSDI) ពិការភាពសហព័ន្ធតាមរយៈរដ្ឋបាលធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSA) ។

សំណុំបែបបទនេះមានរបាយការណ៍ដូចខាងក្រោម ដែលបង្ហាញពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក ដើម្បីសហការជាមួយការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) និង SSA ក្នុងការស្វែងរកការធានារ៉ាប់រងពីប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម/ការធានារ៉ាប់រងពិការភាពពីការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច SSI/SSDI ។ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា និងការប្រគល់ជូនកិច្ចព្រមព្រៀងនេះទៅការិយាល័យ CAO អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ពាក្យសុំជាមួយ SSA មុននឹង CAO ផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតចំពោះការធានារ៉ាប់រងជំនួយជាសាច់ប្រាក់ CA ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ MA របស់អ្នក ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ អ្នកត្រូវបញ្ជាក់ថាអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង SSI/SSDI ដើម្បីឱ្យការិយាល័យ CAO អនុម័តឬបន្តដំណើរការធានារ៉ាប់រង CA ឬ MA របស់អ្នក ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង SSI/SSDI តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់រដ្ឋបាលធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច SSA តាមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-772-1213 ឬតាមរយៈគេហទំព័រ www.SSA.gov ។

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង SSI/SSDI រួចហើយ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះ ៖

ប្រវត្តិរឿងការដាក់ពាក្យសុំពិការភាព	ប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (SSI)	ការធានារ៉ាប់រងពិការភាពពីការធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSDI)
តើអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងនេះហើយទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ - កាលបរិច្ឆេទ ៖	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ - កាលបរិច្ឆេទ ៖
ស្ថានភាពនៃការដាក់ពាក្យសុំបើអាចអនុវត្តបាន ៖	<input type="checkbox"/> បានបដិសេធ - កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____ <input type="checkbox"/> បានអនុម័ត - កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____ <input type="checkbox"/> នៅរង់ចាំ - កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោងធ្វើសម្ភាសន៍ ៖ _____ <input type="checkbox"/> មិនដឹង	<input type="checkbox"/> បានបដិសេធ - កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____ <input type="checkbox"/> បានអនុម័ត - កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____ <input type="checkbox"/> នៅរង់ចាំ - កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោងធ្វើសម្ភាសន៍ ៖ _____ <input type="checkbox"/> មិនដឹង
បានទទួលនាពេលកន្លងមកប៉ុន្មានបញ្ចប់?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ - កាលបរិច្ឆេទ ៖	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ - កាលបរិច្ឆេទ ៖
ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងបានបដិសេធតើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហើយទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ - កាលបរិច្ឆេទ ៖	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ - កាលបរិច្ឆេទ ៖
ស្ថានភាពនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បើអាចអនុវត្តបាន ៖	<input type="checkbox"/> នៅរង់ចាំ <input type="checkbox"/> បានបដិសេធ - កាលបរិច្ឆេទ ៖	<input type="checkbox"/> នៅរង់ចាំ <input type="checkbox"/> បានបដិសេធ - កាលបរិច្ឆេទ ៖

កិច្ចព្រមព្រៀងអតិថិជន - ខ្ញុំយល់ព្រមសហការជាមួយការិយាល័យជំនួយខោនធី និងរដ្ឋបាលធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចក្នុងការស្វែងរកការធានារ៉ាប់រង SSI/SSDI សហព័ន្ធ ។ ខ្ញុំយល់ថាកិច្ចសហការរបស់ខ្ញុំ មានន័យថាខ្ញុំនឹងដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង SSI/SSDI និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើរដ្ឋបាលធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច SSA បដិសេធពាក្យសុំលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំ ។

_____ ហត្ថលេខាអតិថិជន _____ កាលបរិច្ឆេទ