

សេចក្តីជូនដំណឹងលើការយល់ព្រម

ស្រុក

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង : _____
ករណី
ឈ្មោះ : _____
លេខ
បុគ្គលិក
ឈ្មោះ : _____
លេខ : _____
ទូរស័ព្ទ : _____
អាសយដ្ឋាន : _____

(ADDRESSEE)

មានសំណួរ? សូមសួរមន្ត្រីរបស់លោកអ្នក ។

សវនាការរបស់រដ្ឋ : ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការ ។ ខាងក្រោយនៃទំព័រនេះប្រាប់ពីរបៀបធ្វើ ។ ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកមិនអាចត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនសកម្មភាពកើតឡើង ។

ពាក្យសុំសម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នកត្រូវបានយល់ព្រម ។ សេចក្តីបញ្ជាក់របស់លោកអ្នកគ្របដណ្តប់ក្នុងរយៈពេលពី _____ ដល់ _____ ។
យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកបានផ្តល់មកឱ្យយើងដើម្បីបញ្ជាក់ពីផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើមានអ្វីប្រែប្រួល លោកអ្នកនឹងទទួលបាន :

\$ _____ សម្រាប់ _____ សម្រាប់ _____ នាក់ ។
\$ _____ សម្រាប់ _____ សម្រាប់ _____ នាក់ ។
\$ _____ សម្រាប់ _____ សម្រាប់ _____ នាក់ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកបានស្នើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ហើយលោកអ្នកមិនទាន់ទទួលបានការយល់ព្រមនៅឡើយ ផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នកអាចទាបជាមុន ឬ ត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយគ្មានការជូនដំណឹងផ្សេងទៀត ប្រសិនបើ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកត្រូវបានយល់ព្រម ។

- សិទ្ធិទទួលបានប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នកចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃជាមួយគ្នា ដូចជំនួយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកដែរ ។
- ផលប្រយោជន៍នៅខែទីមួយរបស់លោកអ្នក រួមបញ្ចូលផលប្រយោជន៍លើសពីមួយខែ ដោយសារតែកាលបរិច្ឆេទដែលពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកត្រូវបានយល់ព្រម ។
- ផលប្រយោជន៍នៅខែទីមួយរបស់លោកអ្នកត្រូវបានលេចតាមចំនួន ចាប់ពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ ។

ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកគឺសូន្យ (០ ដុល្លារ) ពីព្រោះ :

- ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់លោកអ្នកខ្ពស់ណាស់ហើយនៅពេលបច្ចុប្បន្ន ។ ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកអាចកើនឡើងប្រសិនបើអ្វីៗប្រែប្រួល ។
- ផលប្រយោជន៍គ្រួសាររបស់លោកអ្នកសម្រាប់ _____ ត្រូវបានប្តូរ ពីព្រោះ :

លោកអ្នកនៅតែត្រូវការបំពេញ និង ផ្ញើរបាយការណ៍ប្រចាំខែពេញលេញរបស់លោកអ្នក (CW 7) បើពុំដូច្នោះទេ សេចក្តីបញ្ជាក់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបញ្ឈប់ ទោះបីជាផលប្រយោជន៍របស់អ្នកគឺសូន្យ ។ ចូរចងចាំថាត្រូវការរាយការណ៍លើផ្ទៃមុខលើការថែទាំអ្នកដែលនៅក្រោមបន្ទុករៀងរាល់ខែ និង ការស្នាក់នៅ និង ថ្លៃពេទ្យ រៀងរាល់ខែ ដូចដែលវាប្រែប្រួល ។

ដោយសារលោកអ្នកត្រូវការប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភម្តងៗ យើងមិនត្រូវការឱ្យលោកអ្នក ផ្តល់ឱ្យយើងនូវការបញ្ជាក់ខាងក្រោម :

លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងនូវការបញ្ជាក់នេះមុន _____ លោកអ្នកនឹងមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងផ្សេងទៀតឡើយ ។ ប្រសិនបើការបញ្ជាក់ដែលលោកអ្នកធ្វើផ្លាស់ប្តូរសិទ្ធិទទួល ឬ ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នក យើងនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ ។ លោកអ្នកនឹងមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលយើងធ្វើសកម្មភាពនេះ ។

មតិ

បញ្ជាក់ : បញ្ជាក់ទាំងនេះត្រូវបានអនុវត្ត ។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យមើលវានៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក ។

សិទ្ធិសវនាការរបស់លោកអ្នក

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយសកម្មភាពណាមួយរបស់ស្រុក ។ លោកអ្នកមានពេលវេលា ៩០ ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ ។ រយៈពេល ៩០ ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើមបន្ទាប់ពីស្រុកបានផ្តល់ ឬ បានធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះជូនលោកអ្នក ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនសកម្មភាពលើជំនួយជាសាច់ប្រាក់, Medi-Cal, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ សេវាថែទាំក្មេង កើតឡើង :

- ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ Medi-Cal របស់លោកអ្នកនឹងនៅដដែល នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសវនាការ ។
- សេវាកម្មថែទាំក្មេងរបស់លោកអ្នកអាចនៅដដែល នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសវនាការ ។
- ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នកនឹងនៅដដែល រហូតមានសវនាការ ឬ ចុងបញ្ចប់នៃអំឡុងពេលនៃការបញ្ជាក់របស់លោកអ្នក មួយណាដែលកើតឡើងនាប៉ុន្មានថ្ងៃ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកស្រេចសវនាការរួចហើយហើយឆ្លើយតបលើសេចក្តីសុំសវនាការ ឬ លោកអ្នកមិនយល់ព្រមលើជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ សេវាកម្មថែទាំក្មេងលើស ដែលលោកអ្នកបាន ទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកមុនសវនាការ សូមគូស ខាងក្រោម :

បាទ/ចា បន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ សេវាថែទាំក្មេង

នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចសវនាការសម្រាប់ :

សុខុមាលភាពដើម្បីការងារ :

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពទាំងនោះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលបានការបង់ប្រាក់ថែទាំក្មេងសម្រាប់ការងារ និង សម្រាប់សកម្មភាពដែលយល់ព្រមដោយស្រុក មុនសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។

ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់លោកអ្នកថាការបង់ប្រាក់សេវាកម្មគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់លោកអ្នក នឹងបញ្ឈប់លោកអ្នកនឹងមិនទទួលបានការបង់ប្រាក់បន្ថែមនានា សូម្បីតែលោកអ្នកទៅចូលរួម នៅក្នុងសកម្មភាពរបស់លោកអ្នក ។

ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់លោកអ្នកថាយើងនឹងបង់ប្រាក់សេវាកម្មគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់ លោកអ្នក ពួកគេនឹងទទួលបាននូវនេះ និង ក្នុងមធ្យោបាយដែលយើងបានប្រាប់លោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែទៅចូលរួមក្នុងកម្មវិធីដែលស្រុកបានប្រាប់លោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- ប្រសិនបើចំនួនប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រដែលស្រុកបង់ នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចរបស់សវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចចូលរួម លោកអ្នកអាចឈប់ទៅ ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនោះ ។

Cal-Learn:

- លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn ទេ ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់លោកអ្នកថាយើងមិនអាចប្រើជូនលោកអ្នក ។
- យើងនឹងបង់តែថ្លៃសេវាកម្មគាំទ្រ Cal-Learn សម្រាប់សកម្មភាពដែលបានយល់ព្រមប៉ុណ្ណោះ ។

ព័ត៌មានផ្សេងទៀត

សមាជិកនៃផែនការថែទាំដែលទទួលបានការចាត់ចែង Medi-Cal: សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកពីការទទួលបានសេវាកម្មថែទាំផែនការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នកដែលទទួលបានការចាត់ចែង ។ លោកអ្នកអាចទាក់ទងជាមួយសេវាកម្មសមាជិកភាពផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ ។

ការឧបត្ថម្ភក្នុង និង/ឬ សុខភាព : ទីភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភក្នុងក្នុងតំបន់ និង ជួយប្រមូលការឧបត្ថម្ភដោយ មិនគិតថ្លៃសូម្បីតែលោកអ្នកមិនទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ។ ប្រសិនបើឡើយ ពួកគេប្រមូលការឧបត្ថម្ភ សម្រាប់លោកអ្នក ពួកគេនឹងរក្សាការធ្វើដូច្នោះ សុទ្ធតែលោកអ្នកប្រាប់ពួកគេជាលាយលក្ខណ៍ ឱ្យបញ្ឈប់ ។ ពួកគេនឹងធ្វើប្រាប់ឧបត្ថម្ភថ្មីដែលប្រមូលបានជូនលោកអ្នក ប៉ុន្តែនឹងរក្សាទុកប្រាក់ ប្រមូលបានដែលដល់ថ្ងៃត្រឹមត្រូវ ដែលនៅជំពាក់ស្រុក ។

ផែនការគ្រួសារ : ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នកនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នក នូវព័ត៌មាន នៅពេលលោកអ្នកស្នើសុំ ។

ឯកសារសវនាការ : ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការ នាយកដ្ឋានសវនាការរបស់រដ្ឋនឹងបង្កើត ឯកសារមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិមើលឯកសារនេះ មុនសវនាការរបស់លោកអ្នក និង ទទួលបានឯកសារ ចម្លងនៃឯកសារជាលាយលក្ខណ៍របស់ស្រុកលើកលែងតែលើសវនាការ យ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃ មុនសវនាការ ។ រដ្ឋអាចផ្តល់ឯកសារសវនាការរបស់លោកអ្នកទៅក្រសួងសុខុមាលភាព និង ក្រសួងសេវាកម្មសុខភាព និង មនុស្ស ព្រមទាំងក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ។ (**ក្រុម W&I ផ្នែក 10850 និង 10950**) ។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

- បំពេញទំព័រនេះ ។
- ថតចម្លងទំព័រខាងមុខ និង ខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់ លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំ បុគ្គលិករបស់លោកអ្នកនឹងថតចម្លងឯកសារមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក ។
- បញ្ជូន ឬ យកឯកសារនេះទៅ :

ឬ
 • **ទូរស័ព្ទដោយឥតបង់ប្រាក់ : 1-800-952-5253 ឬ** សម្រាប់មនុស្សឆ្លង់ ឬ គរ ដែលប្រើប្រាស់ TDD : **1-800-952-8349** ។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : លោកអ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់លោកអ្នក ឬ សម្រាប់ការយោងទៅករណីជំនួយផ្លូវច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទរបស់រដ្ឋដោយឥតបង់ប្រាក់ ដែលបានរាយខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្លូវច្បាប់ដោយឥតបង់ប្រាក់នៅការិយាល័យជំនួយផ្លូវច្បាប់ ឬ ការិយាល័យសិទ្ធិសុខុមាលភាពក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ទៅកាន់សវនាការម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬ នណាម្នាក់ទៅជាមួយលោកអ្នក ។

សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់បានសវនាការ ដោយសារតែសកម្មភាពដែលធ្វើឡើងដោយក្រសួងសុខុមាលភាពរបស់ស្រុក _____ អំពី :

- ជំនួយសាច់ប្រាក់របស់ខ្ញុំ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំ Medi-Cal
- ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____

នេះគឺជាមូលហេតុ : _____

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមគូសមីនេះ និង បន្ថែមមួយទំព័រទៀត ។

ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែដោយមិនគិតថ្លៃពីខ្ញុំ ។ (សាច់ញាតិ ឬ មិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅសវនាការទេ) ។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះអ្នកដែលផលប្រយោជន៍របស់គេត្រូវបានបដិសេធ, ផ្លាស់ប្តូរ ឬ បញ្ឈប់

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ
------------------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ		
----------------	--	--

ក្រុង	រដ្ឋ	កូដតំបន់
-------	------	----------

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

ឈ្មោះអ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះ	លេខទូរស័ព្ទ
---------------------------	-------------

ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅក្នុងសវនាការនេះ ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំជូនមនុស្សនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ចូលទៅក្នុងសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬ សាច់ញាតិ ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកទេ) ។

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
-------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ		
----------------	--	--

ក្រុង	រដ្ឋ	កូដតំបន់
-------	------	----------