

ស្រុក

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសំណងប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ សម្រាប់បទល្មើសលើកម្មវិធីដោយចេតនា (IPV) តែប៉ុណ្ណោះ សេចក្តីជូនដំណឹងចុងក្រោយ

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

(ADDRESSEE)

សំណួរ? សូមសួរបុគ្គលិករបស់លោកអ្នក ។

សវនាការរបស់រដ្ឋ : ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះមិនត្រឹមត្រូវ នេះគឺជា
លោកអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការ លុះត្រាតែលោកអ្នកធ្លាប់មានសវនាការ រួចមក
ហើយលើចំនួនដែលលោកអ្នកជំពាក់ ។ ខាងក្រោយនៃទំព័រនេះ ប្រាប់លោកអ្នកពី
របៀបស្នើសុំ ។ ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកអាច នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ ប្រសិនបើ
លោកអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនសកម្មភាព នេះកើតឡើង ។

លោកអ្នក ឬ សមាជិកនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានប្រព្រឹត្តិខុសលើបទបញ្ញត្តិប័ណ្ណ
អាហារូបត្ថម្ភដោយចេតនា ។
យើងបានប្រាប់លោកអ្នកពីមុនថាលោកអ្នកត្រូវតែសងប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភលើសដែលបានចេញទៅឱ្យ:

- លោកអ្នក ។
- _____ អ្នកដែលលោកអ្នកឧបត្ថម្ភ ។

លោកអ្នកនៅជំពាក់ \$ _____ ។

ប្រយ័ត្ន : ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាការចេញឱ្យលើសនេះមិនត្រឹមត្រូវ នេះគឺជា
ឱកាសចុងក្រោយរបស់លោកអ្នកដើម្បីស្នើសុំសវនាការ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកបានទទួល
បន្ទុកប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ស្រុកអាចបន្ថយប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នក ដើម្បីប្រមូល
ការចេញឱ្យលើស ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកលែងមានប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ មុនពេលការ
ចេញឱ្យលើសត្រូវសងត្រឡប់មកវិញ ស្រុកអាចយកអ្វីដែលលោកអ្នកជំពាក់ ពីប្រាក់
ពន្ធលើចំនួនដែលបានមកវិញរបស់លោកអ្នក ។

- លោកអ្នកមិនបានយល់ព្រមសង :
- លោកអ្នកអាចសងពេញលេញ ឬ
- លោកអ្នកអាចសងប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភលើសតាមលក្ខខណ្ឌដែលលោកអ្នកយល់ព្រម
លើកិច្ចសន្យាសំណង (DFA 377.7G) ដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ។
 - សូមបំពេញ, ចុះហត្ថលេខា និង ប្រគល់កិច្ចសន្យាសំណងដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ។
 - កិច្ចសន្យាសំណងរបស់លោកអ្នកនឹងផ្អែកលើសមត្ថភាពបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក
ក្នុងការសងដូចដែលបានត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយស្រុក ។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងឡាយណា
លើសមត្ថភាពរបស់លោកអ្នកក្នុងការសង អាចផ្លាស់ប្តូរសំណងប្រចាំខែរបស់
លោកអ្នក ។
- លោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រើប្រាស់ផលប្រយោជន៍ SSI ណាមួយ ដែលលោកអ្នកទទួល
ដើម្បីសងការចេញឱ្យលើសនេះទេ ។
- សូមឱ្យតែលោកអ្នកយល់ព្រមសងអ្វីដែលលោកអ្នកជំពាក់ ការពិន័យ IPV និងអនុវត្ត ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនយល់ព្រមសង ស្រុកអាចប្រើប្រាស់មធ្យោបាយផ្សេងទៀត
នៃការប្រមូលចំនួនដែលជំពាក់ ដូចជាតាមតុលាការ ។
- ប្រសិនបើស្រុកប្តឹងលោកអ្នកចំពោះចំនួនដែលដល់ពេល លោកអ្នកអាចនឹងតម្រូវ
ឱ្យបង់ថ្លៃតុលាការ ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនសងចំនួនដែលជំពាក់ ស្រុកអាចយកប្រាក់ពន្ធលើចំណូល
ដែលបានមកវិញពីរដ្ឋរបស់លោកអ្នក និង/ឬ ស្នើឱ្យតុលាការភ្ជាប់ប្រាក់បៀវត្សរ៍
ប្រចាំសប្តាហ៍របស់លោកអ្នក ឬ ទ្រព្យសម្បត្តិទាំងឡាយណាដែលលោកអ្នកមាន ។

- លោកអ្នកមិនបានសងដូចដែលបានយល់ព្រម :
- លោកអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងពេលដែលលោកអ្នកមិនអាចសងដូចដែលយល់ព្រម ។ លោកអ្នក
ត្រូវតែពន្យល់មូលហេតុដែលលោកអ្នកមិនអាចសង ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំស្រុកឱ្យត្រួតពិនិត្យ
ប្រាក់ពន្ធលើចំនួនដែលជំពាក់ ។
 - សូមបំពេញ, ចុះហត្ថលេខា និង ប្រគល់កិច្ចសន្យាសំណង (DFA 377.7G)
ដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ។
 - ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងទទួលបានផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ហើយ លោកអ្នក
មិនប្រគល់កិច្ចសន្យាសំណងថ្មី ក្នុងរយៈពេល ១០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពី កាលបរិច្ឆេទនៃ
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ផលប្រយោជន៍របស់គ្រួសារលោក អ្នកនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយ
យោងត្រឹម \$ _____ ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនសងដូចដែលបានយល់ព្រម ហើយលោកអ្នកមិនបានទទួល
ផែនការសំណងថ្មី ស្រុកអាចស្នើថាចំនួនសរុបដែលជំពាក់នឹងត្រូវសងឥឡូវនេះ ។
- សូមឱ្យតែលោកអ្នកយល់ព្រមសងអ្វីដែលលោកអ្នកជំពាក់ ការពិន័យ IPV និង
អនុវត្ត ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនសងដូចដែលបានយល់ព្រម ស្រុកអាចប្រើប្រាស់មធ្យោបាយ
ផ្សេងទៀតនៃការប្រមូលចំនួនដែលជំពាក់ ដូចជាតាមតុលាការ ។
- ប្រសិនបើស្រុកប្តឹងលោកអ្នកចំពោះចំនួនដែលដល់ពេល លោកអ្នកអាចនឹងតម្រូវ
ឱ្យបង់ថ្លៃតុលាការ ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនសងដូចដែលបានយល់ព្រម ស្រុកអាចយកប្រាក់ពន្ធលើ ចំណូល
ដែលបានមកវិញពីរដ្ឋរបស់លោកអ្នក និង/ឬ ស្នើឱ្យតុលាការភ្ជាប់ ប្រាក់បៀវត្សរ៍
ប្រចាំសប្តាហ៍របស់លោកអ្នក ឬ ទ្រព្យសម្បត្តិទាំងឡាយណាដែល លោកអ្នកមាន ។

បទបញ្ញត្តិ : បទបញ្ញត្តិទាំងនេះអនុវត្ត ។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យមើលវានៅការិយាល័យ
សុខមាលភាពរបស់លោកអ្នក : MS 63-801.32

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 ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកស្រេចសវនាការថ្លែងថាបើយើងគ្រឹមត្រូវ លោកអ្នកនឹងពាក់ព័ន្ធនឹងជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ សេវាកម្មថែទាំក្មេងលើស ដែលលោកអ្នកបាន ទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកមុនសវនាការ សូមគូស ខាងក្រោម :

បាទ/ចា បន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ សេវាថែទាំក្មេង

នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចសវនាការសម្រាប់ :

សុខុមាលភាពដើម្បីការងារ :

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពទាំងនោះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលបានការបង់ប្រាក់ថែទាំក្មេងសម្រាប់ ការងារ 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 : ទីភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភក្នុងតំបន់ 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 សម្រាប់ការយោងទៅករណ៍ជំនួយផ្លូវច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទរបស់រដ្ឋដោយឥតបង់ប្រាក់ 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 |