

សេចក្តីសំរេច ការយល់ព្រមជាគោល

នៃទណ្ឌ

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

កាលបរិច្ឆេទសេចក្តីប្រកាស : _____
 សំណុំរឿង : _____
 លេខ : _____
 អ្នកកាន់សំណុំរឿង : _____
 លេខ : _____
 ទូរស័ព្ទ : _____
 អាសយដ្ឋាន : _____

(ADDRESSEE)

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ។

សេចក្តីបញ្ជាក់ : បើលោកអ្នកគិតថាសេចក្តីសំរេចនេះខុស លោកអ្នកអាច
 ស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ ។ នៅខាងខ្នងនៃទំព័រនេះមានប្រាប់អំពីរបៀប ។
 ជំនួយរបស់លោកអ្នកអាចមិនបានផ្លាស់ប្តូរ បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តី
 បំភ្លឺនៅមុនពេលសេចក្តីសំរេចនេះអនុវត្ត ។

ខណ្ឌយល់ព្រមផ្តល់ប្រាក់ជំនួយសំរាប់ភាពជាសាច់ញាតិ-ភាពជាអ្នកអាណាព្យាបាល
 (Kin-GAP) និងជំនួយពេទ្យនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Medi-Cal) សំរាប់ _____
 _____ ។ ប្រាក់ជំនួយ Kin-GAP សំរាប់ខែដំបូងរបស់
 លោកអ្នកគឺ \$ _____ ។

ថ្ងៃដំបូងនៃប្រាក់ជំនួយ Kin-GAP របស់លោកអ្នកគឺ _____ ។ ថ្ងៃដំបូង
 នៃជំនួយ Medi-Cal របស់លោកអ្នកគឺជាថ្ងៃដំបូងនៃខែដែលលោកអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ
 ជំនួយ ឬមានលក្ខណៈដូចការតម្រូវទាំងអស់នៃភាពអាចទទួលបានជំនួយ ។

ប្រាក់ជំនួយ Kin-GAP ផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកសំរាប់ខែដំបូងនៃការទទួលបានជំនួយរបស់
 លោកអ្នកគឺជាចំនួនមួយផ្នែកនៃខែតែប៉ុណ្ណោះ ។ ចំនួននេះគឺសំរាប់ថ្ងៃដំបូងនៃ
 ប្រាក់ជំនួយ Kin-GAP របស់លោកអ្នក ដូចបានបង្ហាញនៅខាងលើ រហូតទៅ
 ដល់ថ្ងៃដាច់ខែ ។ បើសិនជាគ្មានអ្វីផ្លាស់ប្តូរទេ ប្រាក់ជំនួយ Kin-GAP នៅខែ
 ក្រោយ នឹងមានចំនួនពេញមួយខែ ។

ចំនួនប្រាក់ជំនួយ Kin-GAP នៅខែបន្តបន្ទាប់របស់លោកអ្នក គឺត្រូវបានគិតបង្ហាញនៅ
 ជួរខាងលើ ។

បណ្តុំ Medi-Cal : នៅក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ លោកអ្នកនឹងទទួលបានអត្តសញ្ញាណបណ្តុំ
 ផ្លាស់ប្តូរសំគាល់ខ្លួនទទួលបានជំនួយតាមសំបុត្រ សំរាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ។
 សូមនាំយកបណ្តុំទៅកាន់អ្នកផ្តល់កិច្ចថែរក្សាផ្នែកពេទ្យរបស់លោកអ្នក នៅពេលត្រូវការកិច្ច
 ថែរក្សា ។ សូមកុំបោះបង់ចោលបណ្តុំរបស់លោកអ្នក ។ បណ្តុំទាំងនេះនឹងនៅ
 ប្រើការបាន ឱ្យតែលោកអ្នកនៅតែទទួលបានជំនួយ Medi-Cal ។

INSTRUCTIONS: Use to approve Kin-GAP and
 Medi-Cal.