

សូមអរគុណចំពោះការចាប់អារម្មណ៍របស់អ្នកនៅលើកម្មវិធី Every Woman Counts (EWC) របស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) នៃរដ្ឋ California។ EWC ផ្តល់ជូននូវសេវាពិនិត្យ និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូនដោយឥតគិតថ្លៃដល់បុគ្គលដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការព្យាបាល អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់ EWC (EWC PCP) ក៏អាចជួយអ្នកចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូនរបស់ DHCS បានផងដែរ។

ផ្នែកទាំងអស់របស់ពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវតែបំពេញ ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី EWC។ អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំត្រូវតែចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធី EWC មុនពេលកម្មវិធីអាចបង់ថ្លៃសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC ការចុះឈ្មោះនឹងមានរយៈពេលមួយឆ្នាំ ចាប់ពីពេលដែលផ្តល់ជូនហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ។ បន្ទាប់ពីរយៈពេលមួយឆ្នាំក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំចង់បន្តទទួលបានសេវាពិនិត្យ និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូន ដោយឥតគិតថ្លៃរបស់ EWC គេត្រូវតែចុះឈ្មោះឡើងវិញជាមួយ EWC PCP។

**EWC PCP បុគ្គលិកគ្លីនិកផ្នែក PCP**

ឬបុគ្គលដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកអាចជួយអ្នកបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះបាន។

- ទំព័រទី 1, 2 និង 3 គឺសម្រាប់អ្នក (អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC) ដើម្បីអាន និងរក្សាទុក។
- ទំព័រទី 4, 5 និង 6 ត្រូវតែបំពេញដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីដែរទេ។
- ទំព័រទី 7, 8, 9 និង 10 គឺជាការណែនាំអំពីទម្រង់បែបបទសម្រាប់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នក ដើម្បីបំពេញទំព័រទី 4, 5 និង 6។
- ទំព័រទី 11-14 ត្រូវបំពេញ និងរក្សាទុកដោយ EWC PCP សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុង។

**សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីឯកជនភាព**

ពាក្យស្នើសុំនេះនឹងជួយក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី EWC។ វាជាជម្រើសរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំមិនបំពេញពាក្យស្នើសុំទេនោះ កម្មវិធី EWC ប្រហែលជាមិនអាចកំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មប្តូរអត់នោះទេ ហើយកម្មវិធីអាចនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលមើលកំណត់ត្រារបស់អ្នក។ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអាចមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និង/ឬដើម្បីពិនិត្យមើលកំណត់ត្រារបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅកម្មវិធី EWC តាមរយៈ៖

Department of Health Care Services  
Benefits Division/Every Woman Counts Program  
Attention: Division Chief  
P.O. Box 997417, MS 4601  
Sacramento, CA 95899-7417  
(916) 449-5300

ក្រមស្តីពីប្រាក់ចំណូល និងពន្ធ ផ្នែក 30461.6(f) និង (j) និងក្រមស្តីពីសុខភាព និងសុវត្ថិភាព ផ្នែក 104150(b), 104162 និង 131085 អនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធី EWC រក្សាទុកព័ត៌មានដែលបានប្រមូលនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ។ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីឯកជនភាពនេះក្រោមក្រមរដ្ឋប្បវេណី ផ្នែក 1798.17។

**ការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និងសិទ្ធិស្តីពីសវនាការផ្លូវការសម្រាប់កម្មវិធី Every Woman Counts**

កម្មវិធី EWC នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមាន ឬមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទេនោះ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និង/ឬសវនាការផ្លូវការ។ លើសពីនេះទៀត អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និង/ឬសវនាការផ្លូវការ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ដោយកម្មវិធី EWC ដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។

អ្នកមិនអាចជំទាស់នឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC ដែលត្រូវប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់អ្នកបានទេ។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាការសម្រេចចិត្តមិនត្រូវគ្នានឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC អ្នកអាចស្នើសុំការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និង/ឬសវនាការផ្លូវការ។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC ទេនោះ អ្នកមិនអាចស្នើសុំការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និង/ឬសវនាការផ្លូវការ ដើម្បីព្យាយាមផ្លាស់ប្តូរលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC នោះទេ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC មាននៅលើអនឡាញ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និង/ឬសវនាការផ្លូវការ សូមដាក់បញ្ជូនសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលមានដូចខាងក្រោម៖

- ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។
- មូលហេតុដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និង/ឬសវនាការផ្លូវការ។
- មូលហេតុដែលអ្នកជឿថាការសម្រេចចិត្តនោះមិនត្រឹមត្រូវ។
- ភាសាដែលអ្នកចង់បាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការយល់ភាសាអង់គ្លេស។
- ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពីអ្នកប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសប្រើអ្នកតំណាងម្នាក់នោះ។

ការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ៖សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយត្រូវតែផ្ញើទៅកម្មវិធី EWC ក្នុងរយៈពេល 20 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រេចចិត្តដែលអ្នកមិនយល់ស្រប។ សូមរក្សាច្បាប់ចម្លងនៃសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ កម្មវិធី EWC នឹងឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

<p><u>ផ្ញើសំណើរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់ការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ</u></p> <p>Department of Health Care Services                  Benefits Division/Every Woman Counts Program                  Attention: Division Chief                  P.O. Box 997417, MS 4601                  Sacramento, CA 95899-7417</p>	<p>ឬ</p> <p><u>ផ្ញើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយតាមរយៈអ៊ីមែល៖</u></p> <p><a href="mailto:CancerDetection@dhcs.ca.gov">CancerDetection@dhcs.ca.gov</a></p>
---	---

កម្មវិធី EWC អាចទាក់ទងទៅអ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ការទាក់ទងនេះអាចតាមរយៈទូរសព្ទ សំបុត្រ និង/ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ EWC PCP ក៏អាចត្រូវទាក់ទងសម្រាប់ព័ត៌មានផងដែរ។

សវនាការផ្លូវការសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់សវនាការផ្លូវការត្រូវតែធ្វើទៅក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រេចចិត្តដែលអ្នកមិនយល់ស្រប។ ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុសមរម្យ ថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យសុំសវនាការផ្លូវការក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបាន អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការផ្លូវការដើម្បីកំណត់ពេល។ សូមរក្សាច្បាប់ចម្លងនៃសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។

ផ្ញើសំណើរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់សវនាការផ្លូវការ  
California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442  
Sacramento, California 94244-24

**សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង**

DHCS អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។ DHCS ពុំរើសអើងដោយខុសច្បាប់ ដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា រង្ស៊ីក្រកូល សញ្ជាតិកំណើត អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវការម្តង ពិការភាពផ្លូវកាយ ស្ថានភាពជំងឺ ព័ត៌មានហ្វេន ស្ថានភាពគ្រួសារ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទឡើយ។ DHCS មិនបដិសេធជនណាដោយខុសច្បាប់ ឬប្រព្រឹត្តិចំពោះពួកគេខុសពីអ្នកដទៃដោយសារភេទ ជាតិសាសន៍ សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើតជាតិ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្នែកស្មារតី ពិការរាងកាយ ពិការ ស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេន ស្ថានភាពគ្រួសារ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទនោះទេ។

ដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព DHCS

- ផ្តល់នូវជំនួយ និងសេវាកម្មសមស្របសម្រាប់ជនពិការដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលរួមមាន៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាកាយវិការដែលមានសមត្ថភាព
  - ឯកសារជាអក្សរស្តាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង និងអេឡិចត្រូនិក។
  - ការប្រាស្រ័យទាក់ទងមានសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការនិយាយ ការស្តាប់ ឬការមើលឃើញ។
- ផ្តល់សេវាកម្មភាសាភាគតិចថ្លៃដល់មនុស្សដែលភាសាទីមួយរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែដែលមានសមត្ថភាព
  - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ សូមទាក់ទងការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ DHCS តាមរយៈលេខ (916)440-7370, #711 (California State Relay) ឬអ៊ីមែល [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)។

**ប្រាប់យើងអំពីអ្នក**

1 នាមខ្លួន \_\_\_\_\_ 2 ឈ្មោះកណ្តាល \_\_\_\_\_ 3 នាមត្រកូល \_\_\_\_\_

4 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_

5 តើអ្នកមានភេទអ្វី?  ស្រី  ប្រុស  
 (គូសឆែកមួយ)  អ្នកប្តូរភេទ (ពីប្រុសទៅស្រី)  អ្នកប្តូរភេទ (ពីស្រីទៅប្រុស)

6 នាមត្រកូលដើមរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកកើត (ឈ្មោះមុនពេលរៀបការ) \_\_\_\_\_

7 អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

8 ទីក្រុង \_\_\_\_\_ 9 រដ្ឋ \_\_\_\_\_ 10 លេខកូដតំបន់ \_\_\_\_\_

11 លេខទូរសព្ទ [លេខ (កូដតំបន់)] \_\_\_\_\_

12 អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល \_\_\_\_\_

13 លេខសន្តិសុខសង្គម (បញ្ជីប្រសិនបើអ្នកមាន) \_\_\_\_\_

**ប្រាប់យើងអំពីគ្រួសារ/មនុស្សរស់នៅក្នុងផ្ទះ និងប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានខាងក្រោមជួយយើងក្នុងការសម្រេចចិត្តថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC។**

យើងត្រូវដឹងអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលគ្រប់គ្នាក្នុងគ្រួសារ/រស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលបានមុននឹងធ្វើការបង់ពន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រកាសពន្ធ នេះគឺជា "ប្រាក់ចំណូលដុល" របស់អ្នក (មុនពេលបង់ពន្ធ និងការកាត់កងផ្សេងទៀត)។

14 តើចំនួនមនុស្សសរុបដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ/ក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_

15 តើប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់គ្រួសារ/អ្នកនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មាន? \$ \_\_\_\_\_

**ឥឡូវនេះអនុញ្ញាតឱ្យយើងដឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក**

16 ខ្ញុំមិនមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។  17 ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាព ប៉ុន្តែមិនអាចមានលទ្ធភាពបង់ចំណែកនៃការចំណាយ ការកាត់កង ឬការបង់ប្រាក់រួមគ្នាបានទេ។

**តើសេវាកម្ម EWC អ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវការ? (គូសឆែកចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់)**

18 តើអ្នកមានអាយុ 21 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ហើយចង់ពិនិត្យរកជម្រើសហារិកមាត់ស្បូនដែរឬទេ?

19 តើអ្នកមានអាយុ 40 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ហើយចង់ពិនិត្យរកមហារិកសុដន់ដែរឬទេ?

20 តើអ្នកមានរោគសញ្ញានៅក្នុងសុដន់របស់អ្នក ហើយចង់ធ្វើតេស្តបន្ថែមទៀតដែរឬទេ?

សូមពិនិត្យមើលរោគសញ្ញានៅក្នុងសុដន់របស់អ្នកខាងក្រោម៖

<input type="checkbox"/> 21 ការផ្លាស់ប្តូររូបរាង ឬអារម្មណ៍នៃសុដន់របស់អ្នក ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរពណ៌ ទំហំ ឬរូបរាង	<input type="checkbox"/> 24 ដុំ ឬពករឹងនៅក្នុងសុដន់របស់អ្នក
<input type="checkbox"/> 22 ការហើម ឬការឡើងក្រាស់នៃជាលិកាសុដន់របស់អ្នក	<input type="checkbox"/> 25 ក្បាលសុដន់លឺប
<input type="checkbox"/> 23 ការហូរសារធាតុរាវចេញក្បាលសុដន់	<input type="checkbox"/> 26 ឈឺសុដន់ ឬក្បាលសុដន់
<input type="checkbox"/> 27 ផ្សេងទៀត៖ _____	



**សេចក្តីប្រកាស (សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងសរសេរឡើងវិញនូវឈ្មោះនៅលើចំណុចនីមួយៗ)**

- 66 ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំនេះមិនមែនដោយផ្ទាល់ ផ្ទាល់មាត់ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក ខ្ញុំគឺកំពុងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី EWC (កម្មវិធីដែលផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល)។

---

- 67 ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលសេវាពិនិត្យ និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺមហារីកសុដន់ និង/ឬមាត់ស្បូនដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលផ្តល់ដោយកម្មវិធី EWC។

---

- 68 ខ្ញុំយល់ថា កិច្ចព្រមព្រៀងនេះមានរយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំថ្មីជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី EWC។

---

- 69 ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចបញ្ឈប់ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី EWC បានគ្រប់ពេលវេលា។

---

- 70 ខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យ EWC PCP ដឹងភ្លាមៗ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និង/ឬការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត។

---

- 71 ខ្ញុំបានទទួល និងអានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ DHCS (ទម្រង់បែបបទដាច់ដោយឡែក)។

---

- 72 ខ្ញុំបានទទួលការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និងសិទ្ធិសវនាការរដ្ឋការ និងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង (ផ្តល់ជូននៅទំព័រទី 1, 2 និង 3 នៃពាក្យសុំនេះ) ។

---

- 73 ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប (ទម្រង់ដាច់ដោយឡែក)។

---

- 74 ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមការពិន័យនៃការក្លែងបន្លំក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅលើពាក្យសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតលើពាក្យសុំនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានសេវាបង្ការជំងឺមហារីករបស់ខ្ញុំតាមរយៈកម្មវិធី EWC នេះ។

75 ហត្ថលេខារបស់អ្នក កាលបរិច្ឆេទ

តើហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមរយៈការយល់ព្រមដោយ  ទេ  បាទ/ចាស ពាក្យសុំដដែលឬទេ?

76 ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់កំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក ឈ្មោះ: (សរសេរជាអក្សរធំ) ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក និងកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ។

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនង \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

77 ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់កំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក គឺជា PCP ឬបុគ្គលិកគ្លីនិករបស់ PCP ឈ្មោះ: (សរសេរជាអក្សរធំ) មុខតំណែង/តួនាទី និងកាលបរិច្ឆេទ។

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនង \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

78 ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក: កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_

ការណែនាំអំពីទម្រង់បែបបទលម្អិតសម្រាប់ការបំពេញពាក្យស្នើសុំអ្នកទទួល EWC នេះ  
(ទំព័រទី 7 ដល់ទី 10)

**ប្រាប់យើងអំពីអ្នក**

1. សរសេរនាមខ្លួនរបស់អ្នក។
2. សូមសរសេរអក្សរដំបូងនៃឈ្មោះកណ្តាលរបស់អ្នក។
3. សរសេរនាមត្រកូលរបស់អ្នក ។
4. សរសេរថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នក។ ប្រើលេខ 2 ខ្ទង់សម្រាប់ខែ លេខ 2 ខ្ទង់សម្រាប់ថ្ងៃ និងលេខ 4 ខ្ទង់សម្រាប់ឆ្នាំ។ ឧទាហរណ៍ ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2001 ទៅជាថ្ងៃទី 01/01/2001។
5. ប្រសិនបើរូបរាងកាយនៃភេទរបស់អ្នកជាស្រី៖ សូមគូសផឹកស្រី ឬប្រសិនបើប្រុស៖ សូមគូសផឹកប្រុស។ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរភេទពីប្រុសទៅស្រី៖ សូមគូសផឹកអ្នកប្តូរភេទ (ពីប្រុសទៅស្រី)។ ប្រសិនបើប្តូរភេទពីស្រីទៅប្រុស៖ សូមគូសផឹកអ្នកប្តូរភេទ (ពីស្រីទៅប្រុស)។
6. សរសេរឈ្មោះមុនពេលរៀបការរបស់អ្នក។ នេះគឺជានាមត្រកូលដើមរបស់នាងនៅពេលនាងចាប់កំណើត។
7. សូមសរសេរលេខផ្លូវ និងឈ្មោះកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ។ ឧទាហរណ៍ 123 Main Street។
8. សរសេរឈ្មោះទីក្រុងដែលអ្នករស់នៅ។
9. សរសេរឈ្មោះរដ្ឋដែលអ្នករស់នៅ។
10. សរសេរលេខកូដតំបន់សម្រាប់កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ។
11. សរសេរលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។ ចាប់ផ្តើមដោយលេខបីខ្ទង់សម្រាប់លេខកូដតំបន់ បន្ទាប់មកដោយលេខទូរសព្ទ 8 ខ្ទង់។
12. សរសេរអាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នក។
13. សូមសរសេរលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមាន។ លេខ SSN របស់អ្នកនឹងមិនកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកទេ។

**ប្រាប់យើងអំពីគ្រួសារ/មនុស្សរស់នៅក្នុងផ្ទះ និងចំណូលដុលរបស់អ្នក។**

14. សរសេរចំនួនមនុស្សសរុបដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារ/ក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ គ្រួសារ / អ្នកនៅក្នុងផ្ទះតែមួយគឺជាក្រុមមនុស្សពីរនាក់ ឬច្រើននាក់ដែលមានទំនាក់ទំនងពិភពលោក អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការសុំកូនមកចិញ្ចឹម និងអ្នកដែលរស់នៅជាមួយគ្នា។ EWC ប្រើគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធក្នុងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (HHS) សម្រាប់សិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូល ដើម្បីគណនាកម្រិតនៃភាពក្រីក្ររបស់អ្នក។ រាល់អ្នកទទួលបានពិភពលោក EWC ត្រូវតែមានប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ / អ្នកនៅក្នុងផ្ទះតែមួយក្នុង ឬក្រោម 200 ភាគរយនៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ HHS។
15. សរសេរចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលគ្រួសារ / អ្នកនៅក្នុងផ្ទះតែមួយរបស់អ្នកដែលទទួលបាន (មុនពេលបង់ពន្ធនិងការកាត់កងផ្សេងទៀតដែលត្រូវអនុវត្ត)។ គ្រួសារ / អ្នកនៅក្នុងផ្ទះតែមួយរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំរាប់បញ្ចូលទាំងចំនួនមនុស្សសរុបដែលអ្នកបានបញ្ចូលក្នុងជួរទី 14 ដែលកំពុងរស់ដោយប្រើចំនួនទឹកប្រាក់សរុបនេះ។

**ឥឡូវនេះអនុញ្ញាតឱ្យយើងដឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក**

16. គូសផឹកប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកមិនមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេនោះ។
17. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាព ប៉ុន្តែមិនអាចបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយ ប្រាក់កាត់កង និង ឬការបង់ប្រាក់រួមបានទេ។

**តើសេវាកម្មពិកម្មវិធី EWC អ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវការ (សូមគូសផឹកទាំងអស់ដែលត្រូវការ)**

18. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើងទៅហើយចង់ពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន។
19. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 40 ឆ្នាំឡើងទៅហើយចង់ពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសុដន់។
20. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានរោគសញ្ញាក្នុងសុដន់របស់អ្នក ហើយចង់ទទួលបានសេវាពិនិត្យមហារីកសុដន់។
21. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើទំហំ ពណ៌ ឬទ្រង់ទ្រាយសុដន់របស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ។
22. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើមានការហើម ឬការឡើងក្រាស់នៃជាលិកាសុដន់របស់អ្នក។
23. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើមានការហូរចេញពីក្បាលសុដន់របស់អ្នក។
24. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើមានពក ឬផ្សិតក្នុងសុដន់របស់អ្នកដែលអ្នកអាចមានអារម្មណ៍ដឹង។
25. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានក្បាលសុដន់លីប
26. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានការឈឺចាប់សុដន់ ឬក្បាលសុដន់
27. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើសុដន់របស់អ្នកមានរោគសញ្ញាផ្សេងទៀត។ សរសេររោគសញ្ញារបស់អ្នក។

**ប្រាប់យើងអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់របស់អ្នក**

28. គូសផឹកប្រអប់ ១៩ ប្រសិនបើអ្នកមិនជក់ថ្នាំជក់នាពេលឡើយនេះ។ គូសផឹកប្រអប់ ២០/២១ ប្រសិនបើអ្នកជក់ថ្នាំជក់។
29. គូសផឹកប្រអប់ ១៩ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ផ្សេងទៀតទេ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ផ្សេងទៀត សូមគូសផឹកប្រអប់ ២០/២១ ហើយសរសេរផលិតផលថ្នាំជក់អ្វីដែលអ្នកប្រើ។

**ប្រាប់យើងអំពីពូជសាសន៍របស់អ្នក**

30. ជីកប្រអប់នេះប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិអេស្ប៉ាញឬឡាទីណូ ទាំងស្រុងឬមួយផ្នែក។
31. គូសផឹកប្រអប់នេះប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា។
32. ជីកប្រអប់នេះប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកជាជនជាតិអាស៊ី ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
33. ជីកប្រអប់នេះប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិឥណ្ឌាអាស៊ី ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
34. ជីកប្រអប់នេះប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកជាជនជាតិកម្ពុជា ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
35. ជីកប្រអប់នេះប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកជាជនជាតិចិន ទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែក។
36. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិហ្វីលីពីនទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
37. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិម៉ុងហ្គោលទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
38. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិជប៉ុនទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
39. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិកូរ៉េទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
40. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិឡាវទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
41. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិវៀតណាមទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
42. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាពូជសាសន៍អាស៊ីមួយផ្សេងទៀតទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែក។ សរសេរពូជសាសន៍របស់អ្នក។
43. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬជនជាតិអាមេរិកដើមដំណើក អាហ្វ្រិកទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
44. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក ហើយសូមបញ្ជាក់
45. គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិហ្គាម៉ានីទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
46. គូសផឹកប្រអប់នេះ របស់នៃប្រើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិហាវ៉ៃទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។



- 47. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិសាមីរទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
- 48. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក ហើយផ្សេងទៀតសូមបញ្ជាក់។
- 49. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាជនជាតិស្បែកសទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក។
- 50. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើពូជសាសន៍របស់អ្នកគឺជាពូជសាសន៍ទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែកដែលមិនបានរាយបញ្ជី។ សរសេរពូជសាសន៍របស់អ្នក។
- 51. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់បញ្ជាក់ពីពូជសាសន៍របស់អ្នក។

**ប្រាប់យើងអំពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងទំនោរផ្លូវភេទរបស់អ្នក (ជាជម្រើស និងសម្ងាត់)**

- 52. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណថាជាស្រី។
- 53. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណថាជាប្រុស។
- 54. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណថាជាស្រី ប៉ុន្តែត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណថាជាប្រុសពីកំណើត។
- 55. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណថាជាប្រុស ប៉ុន្តែត្រូវបានកំណត់អត្តសញ្ញាណថាជាស្រីពីកំណើត។
- 56. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអត្តសញ្ញាណយេនឌ័ររបស់អ្នកមិនមានអត្តសញ្ញាណភេទ (ទាំងស្រី ឬប្រុស)។
- 57. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើមាន ហើយរាយបញ្ជីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រផ្សេងទៀត។
- 58. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានកើតជាមនុស្សស្រី។
- 59. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកកើតមកជាមនុស្សប្រុស។
- 60. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើទំនោរផ្លូវភេទរបស់អ្នកសុំគឺជាអ្នកស្រឡាញ់ភេទខុសគ្នា ឬ អ្នកស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា (មានចំណាប់អារម្មណ៍ផ្លូវភេទចំពោះមនុស្សភេទដូចគ្នា)។
- 61. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើទំនោរផ្លូវភេទរបស់អ្នកគឺជាស្រីស្រឡាញ់ស្រីដូចគ្នា ឬប្រុសស្រឡាញ់ប្រុសដូចគ្នា (មានចំណាប់អារម្មណ៍ផ្លូវភេទចំពោះមនុស្សដែលមានភេទដូចគ្នានឹងអ្នក)។
- 62. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើទំនោរផ្លូវភេទរបស់អ្នកគឺជាអ្នកស្រឡាញ់បានទាំងពីរភេទ (មានចំណាប់អារម្មណ៍ផ្លូវភេទលើទាំងប្រុស និងស្រី)។
- 63. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើទំនោរផ្លូវភេទរបស់អ្នកគឺជា អ្នកដែលមិនដឹងអត្តសញ្ញាណភេទខ្លួនឯង (មិនត្រឹមតែអ្នកស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នាទេ)។
- 64. ឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើមាន ហើយសរសេរទំនោរផ្លូវភេទផ្សេងទៀត។
- 65. គូសឆើកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងពីទំនោរផ្លូវភេទរបស់អ្នក។

**សេចក្តីប្រកាស ការដាក់ពាក្យដែលបានបញ្ចប់ និងការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺ ឈ្មោះជាអក្សរកាត់ និងចុះហត្ថលេខា**

- 66. អានប្រយោគនេះ ហើយសរសេរអក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើជួរនេះ។ អ្នកកំពុងបង្ហាញពីការយល់ដឹង របស់អ្នកថាអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធី EWC នេះ។
- 67. អានប្រយោគនេះ ហើយសរសេរអក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើជួរនេះ។ អ្នកកំពុងបង្ហាញថា អ្នកយល់ព្រម ទទួលសេវាពិនិត្យមហារីកសុដន់ និងមហារីកមាត់ស្បូន និងសេវាកម្មធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយឥតគិតថ្លៃពីកម្មវិធី EWC។
- 68. អានប្រយោគនេះ ហើយសរសេរអក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើជួរនេះ។ អ្នកកំពុងបង្ហាញថាអ្នកយល់ពីកិច្ច ព្រមព្រៀងនេះដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធី EWC ដែលមានរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីពេលដែលអ្នកចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យសុំនេះ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យស្នើសុំជារៀងរាល់ឆ្នាំ បន្ទាប់ពីរយៈពេល 12 ខែ។
- 69. អានប្រយោគនេះ ហើយសរសេរអក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើជួរនេះ។ តាមរយៈការសរសេរឈ្មោះជាអក្សរកាត់ អ្នកយល់ថា អ្នកអាចបញ្ចប់ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី EWC បានគ្រប់ពេលវេលា។

- 70. អានប្រយោគនេះ ហើយសរសេរអក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើជួរនេះ៖  
អ្នកកំពុងបង្ហាញថាអ្នកនឹងអនុញ្ញាតឱ្យ PCP នៃ EWC របស់អ្នកដឹងភ្លាមៗ  
ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាព  
ឬការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនោះ៖
- 71. អានប្រយោគនេះ ហើយសរសេរអក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើជួរនេះ៖ អ្នកកំពុងបង្ហាញថាអ្នកបានទទួល  
សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ DHCS (NPP គឺជាទម្រង់ដាច់ដោយឡែក)។
- 72. សូមអានប្រយោគ និងសរសេរឈ្មោះជាអក្សរកាត់របស់អ្នកនៅលើជួរនេះ កំពុងបង្ហាញថា អ្នកបានទទួល  
ព័ត៌មានស្តីពីការពិនិត្យមើលកម្រិតដំបូង និងសិទ្ធិស្តីពីសវនាការផ្លូវការ និងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិន  
រើសអើង (ដែលបានបង្ហាញនៅទំព័រទី 1, 2 និង 3 នៃពាក្យស្នើសុំនេះ)។
- 73. អានប្រយោគនេះ ហើយសរសេរអក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើជួរនេះ៖ អ្នកកំពុងបង្ហាញថា PCP នៃ EWC  
របស់អ្នកបានជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីរបៀបទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប។
- 74. សូមអានប្រយោគ 66 ដល់ 74 ហើយសរសេរឈ្មោះជាអក្សរកាត់របស់អ្នកនៅលើជួរនីមួយៗ។ អ្នកកំពុងកំពុង  
ប្រកាសថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅលើកម្មវិធីនេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមទៅតាមការយល់ដឹងរបស់  
អ្នក។ អ្នកក៏យល់ផងដែរថា ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានកម្ម  
វិធីរបស់អ្នក ក្នុងការទទួលបានការពិនិត្យ និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូនតាមរយៈកម្មវិធី  
EWC ។
- 75. សរសេរ (ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ) ឈ្មោះរបស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំផ្តល់  
ការយល់ព្រមដោយផ្ទាល់មាត់ PCP និងឬបុគ្គលិកគ្លីនិកត្រូវសរសេរឈ្មោះ (ជាអក្សរធំ) របស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើ  
សុំ ហើយគូសផែនទី ១ ឬបាទ/ចាស។
- 76. សរសេរឈ្មោះ (ឈ្មោះជាអក្សរធំ) កាលបរិច្ឆេទ និងទំនាក់ទំនងរបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើ  
សកម្មភាពជំនួសអ្នក ហើយកំពុងជួយអ្នកក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ។
- 77. សរសេរឈ្មោះ (ឈ្មោះជាអក្សរធំ) PCP ឬបុគ្គលិកគ្លីនិករបស់ PCP (រួមទាំងមុខតំណែង/តួនាទី)  
និងកាលបរិច្ឆេទរបស់បុគ្គលដែលកំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក  
ហើយកំពុងជួយអ្នកក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ។
- 78. សរសេរ (ហត្ថលេខា) របស់បុគ្គលពីជួរ 77 ឬ 78 ហើយសរសេរកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖  
សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់ EWC

សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់ EWC  
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុងតែប៉ុណ្ណោះ (ទំព័រ 11 ដល់ 15)

ប្រសិនបើការទទួលបានការយល់ព្រមដោយផ្ទាល់មាត់ បំពេញផ្នែកនីមួយៗនៃពាក្យសុំ ក្នុងនាមអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ដោយផ្អែកលើការឆ្លើយតបដោយផ្ទាល់មាត់របស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ស្នើសុំឱ្យបុគ្គល/អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ ទទួលស្គាល់ការយល់ព្រមរបស់ពួកគេដោយផ្ទាល់មាត់។

- 1. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC (ជាអក្សរធំ) \_\_\_\_\_
- 2. លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ \_\_\_\_\_
- 3. លេខសម្គាល់អ្នកទទួល \_\_\_\_\_

**លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបាន**

ទីលំនៅ

- 4. រស់នៅរដ្ឋ California

ប្រាក់ចំណូលអ្នករស់នៅក្នុងដំបូលផ្ទះតែមួយ

- 5. ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ / អ្នកនៅក្នុងផ្ទះតែមួយក្នុង ឬក្រោម 200 ភាគរយនៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ HHS។

ការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាព

- 6. មិនមានការធានារ៉ាប់រង  7. មិនអាចបង់ចំណែកនៃការចំណាយ ការកាត់កង និងឬការបង់ប្រាក់រួមគ្នាបានទេ។

សេវាកម្មកម្មវិធី EWC

- 8. ត្រូវការសេវាកម្មធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងហារិកសុដន់ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC ដែលមានរោគសញ្ញានៅគ្រប់រយទាំងអស់។
- 9. ត្រូវការការពិនិត្យហារិកសុដន់ និង/ឬមាត់ស្បូន នៅអាយុដែលបានណែនាំសម្រាប់សេវានេះ

ខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC នេះនូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

- 10. ខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC នូវសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ DHCS
- 11. ខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC នូវការវាយតម្លៃកម្រិតទីមួយ និងសិទ្ធិសវនាការរដ្ឋការរបស់ DHCS និងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង
- 12. ខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC នូវព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ និងតម្លៃទាប។

ការកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន៖

- 13. ខ្ញុំបានកំណត់ថាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC បំពេញតាមតម្រូវការសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC ទាំងអស់។
- 14. ខ្ញុំបានកំណត់ថាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC មិនបំពេញតាមតម្រូវការនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC នោះទេ។

ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ (ប្រសិនបើមានសិទ្ធិទទួលបានពី EWC)

- 15. PCP បានវាយតម្លៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ និងស្ថានភាពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ៖
  - ខ្ញុំបានកំណត់ថា អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ ហើយបានបញ្ជូនទៅធនធានបញ្ឈប់ការជក់បារីសមស្រប។ ខ្ញុំបានធានាថានឹងគូសផឹកប្រអប់ បាទ/ចាស។
  - ខ្ញុំបានកំណត់ថា អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំមិនជក់ថ្នាំជក់ ហើយប្រសិនបើមានត្រូវគូសផឹកប្រអប់ ទេ។
  - ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ ហើយខ្ញុំកំណត់ថា តើផលិតផលជាក់លាក់ណាមួយដែលបានប្រើ។ ខ្ញុំធានាថា ផលិតផលថ្នាំជក់ជាក់លាក់ដែលបានប្រើត្រូវសរសេរចូល។
- 16. បន្ទាត់ទី 76, 77 និង 78 បានសរសេរឈ្មោះជាអក្សរធំ ឬបានចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទ។ (ទំព័រទី 6 និង 12)
  - សរសេរឈ្មោះ និងកាលបរិច្ឆេទរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅលើជួរហត្ថលេខាលេខ 75 (ទំព័រទី 6)
  - ប្រសិនបើបុគ្គលិកបានកំណត់ថា តើហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំបានអនុញ្ញាតតាមរយៈការយល់ព្រមដោយផ្ទាល់មាត់ហើយគូសផឹកប្រអប់ បាទ/ចាស ឬ ទេ ដែលបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងបន្ទាត់ទី 75 (ទំព័រទី 6)។
  - ប្រសិនបើមាន ហើយអ្នកជាបុគ្គលិកគ្លីនិករបស់ PCP ដោយមានសរសេរឈ្មោះជាអក្សរធំ មុខតំណែង/តួនាទីរបស់អ្នក ហើយចុះកាលបរិច្ឆេទនៅលើបន្ទាត់ទី 76 និង 17 (ទំព័រទី 6 និង 12)
  - ប្រសិនបើអ្នកជា PCP សរសេរឈ្មោះ (ឈ្មោះជាអក្សរធំ និងចុះហត្ថលេខា) និងកាលបរិច្ឆេទរបស់អ្នកនៅលើជួរ 78 និងជួរ 19 (ទំព័រ 6 និង 12) ។
- 17. ប្រសិនបើអាច សរសេរឈ្មោះ (ឈ្មោះជាអក្សរធំ) សម្រាប់បុគ្គលិកគ្លីនិកផ្នែក PCP (រួមទាំងមុខតំណែង/តួនាទី) នៅលើជួរទី 76 និងជួរទី 17 ។

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ មុខតំណែង/តួនាទី \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

- 18. ខ្ញុំបានទទួលឈ្មោះ ហត្ថលេខា តួនាទីដែលបានជាអក្សរធំសមស្របទាំងអស់ (ប្រសិនបើមាន) និងកាលបរិច្ឆេទសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ EWC នេះដើម្បីចាប់ផ្តើមកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី និងការយល់ព្រម ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគ្លីនិក EWC។នេះរាប់បញ្ចូលទាំងហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទដែលបានផ្តល់នៅលើជួរ 76, 77, និង 78 (ទំព័រ 6)។
- 19. ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ EWC PCP លើទម្រង់បែបបទ DHCS 8699 នេះ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិទទួលបាន (ទំព័រ 12 នៃ 14)។

ហត្ថលេខា PCP/បុគ្គលិក \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

- 20. ដាក់ និងរក្សាច្បាប់ចម្លងនៃពាក្យសុំនៅក្នុងឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកទទួល EWC ។

**ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី EWC**

1. ជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកសរសេរឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC (នាមខ្លួន កណ្តាល នាមត្រកូល)។
2. ជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកសរសេរលេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC។
3. ជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកសរសេរលេខសម្គាល់អ្នកទទួលដែលបានចាត់តាំងអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC។
4. ជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ EWC រស់នៅរដ្ឋ California។
5. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ / អ្នកនៅក្នុងផ្ទះតែមួយរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC ក្នុង ឬក្រោម 200 ភាគរយនៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។ វាផ្អែកលើចំនួនមនុស្សនៅក្នុងគ្រួសារ/អ្នកនៅក្នុងផ្ទះតែមួយ។ បច្ចុប្បន្ន គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធក្នុងសេវាសុខាភិបាលនិងមនុស្សជាតិមាននៅលើគេហទំព័ររបស់ EWC: <https://dhcs.ca.gov/EWC>
6. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំមិនមានធានារ៉ាប់រង (មិនមានធានារ៉ាប់រងសុខភាព)។
7. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC មានធានារ៉ាប់រង មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាព ប៉ុន្តែមិនអាចបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយ ប្រាក់កាត់កង និង/ឬការបង់ប្រាក់រួមបានទេ។
8. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC មានរោគសញ្ញាមហារីកសុដន់ ហើយត្រូវការសេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
9. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC មានអាយុចាប់ពី 21 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយត្រូវការសេវាពិនិត្យ និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដង្ហើមហារីកមាត់ស្បូន។ ឬប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC មានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយត្រូវការសេវាពិនិត្យ និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដង្ហើមហារីកសុដន់។
10. ជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ DHCS ដល់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។
11. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC នូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព ការពិនិត្យមើលកម្រិតដំបូង និងសិទ្ធិស្តីពីសវនាការរដ្ឋការ និងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង។
12. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC នូវព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងតម្លៃទាប និងដោយឥតគិតថ្លៃ។
13. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC បំពេញរាល់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC។
14. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC មិនបំពេញរាល់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC។
  - a. ផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC ប្រសិនបើគេមិនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី EWC ហើយគេអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តនោះបាន។
15. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី EWC គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើ PCP បានពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។
16. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក និងផ្តល់កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ។ សរសេរឈ្មោះពេញរបស់អ្នកនៅលើជួរឈ្មោះ។
17. គូសជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលហត្ថលេខា ទិន្នន័យ និងការយល់ព្រមពីអ្នកទទួលសម្រប ដើម្បីកំណត់ថាអ្នកទទួលក្នុងកម្មវិធី EWC មានសិទ្ធិចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធី EWC និងបានទទួលសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី។
18. គូសជីកប្រអប់នេះដើម្បីបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ តួនាទីដែលត្រូវការទាំងអស់ (ប្រសិនបើមាន) និងការយល់ព្រមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC។ ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទជា

លាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC ត្រូវតែផ្តល់ និងចងក្រងជាឯកសារ ដោយផ្ទាល់ តាម ពាក្យសម្តី ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកដោយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬបុគ្គលដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើជា តំណាងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី EWC ដូចដែលបានចង្អុលបង្ហាញនៅលើបន្ទាត់ទី 76 និង 77 (ទំព័រទី 6)។

- 19. ជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានបញ្ឈប់សេវាសុខភាពរបស់ PCP/បុគ្គលិក និងកាលបរិច្ឆេទនៅលើ (ទំព័រ 12 នៃ 14)។
- 20. ជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់ និងរក្សាច្បាប់ចម្លងពាក្យស្នើសុំនេះនៃកម្មវិធីនេះនៅក្នុងឯកសារវេជ្ជ សាស្ត្ររបស់អ្នកដាក់ពាក្យ EWC។