

### Children’s Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

#### ការណែនាំដល់មាតាបិតា ឬអ្នកដាក់ពាក្យ:

ដើម្បីទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពនៅថ្ងៃនេះដោយមិន គិតថ្លៃ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដែលត្រូវការនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យគឺជាការសម្ងាត់។ នេះគឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្ត។

#### សំណួរដែលមានសញ្ញាផ្កាយ (\*) ត្រូវបានចាំបាច់។

តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់កុមារ?\*

- គ្រួសារ សំដៅលើគ្រួសារភ្លាមៗដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់កុមារ។ សូមបញ្ចូលកុមារ ឪពុកម្តាយរបស់កុមារ បងប្អូន បង្កើតរបស់កុមារ និងប្តីប្រពន្ធរបស់កុមារ។ ប្រសិនបើសមាជិកគ្រួសារមានផ្ទៃពោះ សូមបញ្ចូលចំនួនទារកដែលរំពឹងទុក។ កុំរាប់បញ្ចូលសាច់ញាតិ ឬមិត្តភក្តិផ្សេងទៀត ទោះបីជា ពួកគេរស់នៅជាមួយកុមារក៏ដោយ។

តើគ្រួសាររបស់អ្នករកបានប៉ុន្មានមុនពេលបង់ពន្ធ?\*

\$ \_\_\_\_\_ ឬ \$ \_\_\_\_\_  
ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ

អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសុខភាពបន្តតាមរយៈ Medi-Cal ឬកម្មវិធីជំនួយបុព្វលាភក្រោម Covered California

ខ្ញុំចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងបន្តតាមរយៈ Medi-Cal ឬកម្មវិធីជំនួយបុព្វលាភក្រោម Covered California។\*

បាទ  ទេ

- ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចាស ចំពោះសំណួរនេះ កម្មវិធីនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នកក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃទៀត។ សូមបំពេញវា ហើយត្រឡប់វាវិញភ្លាមៗ។
- ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ ទាទេ ចំពោះសំណួរនេះ (ឬប្រសិន បើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចាស ប៉ុន្តែមិនប្រគល់ពាក្យសុំមកវិញទេ) ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព ធ្មេញ និងចក្ខុវិស័យនឹងឈប់ នៅចុងខែក្រោយ លុះត្រាតែ Department of Social Services របស់ខោនធីជូនដំណឹងពីអ្នកផ្សេង។

យកចិត្តទុកដាក់: ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal អាចត្រូវបានដាក់ជូនតាម អ៊ិនធឺណិត តាមប្រៃសណីយ៍ តាមទូរស័ព្ទ ឬដោយផ្ទាល់។ បេក្ខជនអាចចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំតាមទូរស័ព្ទដោយប្រើហត្ថលេខាតាមទូរស័ព្ទដោយទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យ Medi-Cal ខោនធីរបស់ពួកគេ។

- ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងតាមខេត្តអាចរកបាននៅ: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- ព័ត៌មានអំពីវិធីដាក់ពាក្យសុំអាចរកបាននៅ: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- នេះ។ លទ្ធផលនៃ Children’s Presumptive Eligibility (CPE) មិនប៉ះពាល់ដល់អ្នក ឬក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកក្នុងការដាក់ ពាក្យសុំ Medi-Cal ទេ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal នៅពេលណាក៏បាន។

#### ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យ

តើបេក្ខជនមាន State of California Benefits Identification Card (BIC) ឬប័ណ្ណ Medi-Cal ដែរឬទេ?\*

បាទ/ចាស  ទេ

បើបាទ/ចាស តើលេខអត្តសញ្ញាណនៅលើកាត BIC (ប្រសិនបើមាន) ជាអ្វី? \_\_\_\_\_

### Children’s Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ - ចុងក្រោយ\* ដំបូង\* ឈ្មោះកណ្តាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)*	ភេទ* <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់អ្នកដាក់ពាក្យ
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

ប្រសិនបើអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង សូមពិនិត្យមើលនៅទីនេះ:

អាសយដ្ឋានផ្ទះ:	លេខផ្ទះល្វែង	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
----------------	--------------	---------	------	-------------

ខោនធីស្តាក់នៅ\* រស់នៅរដ្ឋ California?\*  បាទ  ទេ

អាសយដ្ឋានផ្ទះ:	លេខផ្ទះល្វែង	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
----------------	--------------	---------	------	-------------

ឈ្មោះម្តាយ - ត្រកូល	ទីមួយ	ដើមកណ្តាល
---------------------	-------	-----------

#### សម្រាប់បេក្ខជនដែលមានអាយុក្រោមមួយឆ្នាំ សូមបំពេញផ្នែកនេះ។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ម្តាយ (MM/DD/YYYY)	លេខប័ណ្ណ BIC ឬ Medi-Cal របស់ម្តាយ ឬ SSN
----------------------------------------	-----------------------------------------

#### ព័ត៌មានមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកជំងឺអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះដោយ—ចុងក្រោយ*	ដំបូង*	ដើមកណ្តាល
---------------------------------------------------------------------------------	--------	-----------

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ:	លេខទូរស័ព្ទការងារ	ផ្ញើសារលេខទូរស័ព្ទ
------------------	-------------------	--------------------

តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះ?	តើអ្នកអានភាសាអ្វីបានល្អបំផុត?
----------------------------	-------------------------------

#### វិញ្ញាបនប័ត្រ

ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំ Children’s Presumptive Eligibility នៅថ្ងៃនេះ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ទម្រង់នេះ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់គឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះដោយលេង*	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យ *	កាលបរិច្ឆេទ*
----------------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------

បុគ្គលម្នាក់មានសិទ្ធិពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គាត់។ អង្គភាពផ្លូវការដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការរក្សាព័ត៌មានគឺ Department of Health Care Services, MS 8100, PO Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413។ ច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានចែករំលែក ជាមួយ Department of Social Services នៃខោនធីនៅក្នុងខោនធី ដែលអ្នករស់នៅ ហើយនឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាមួយ និង កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កូនអ្នកដោយអ្នកផ្តល់សេវា CPE របស់កូនអ្នក។