

Children’s Presumptive Eligibility សន្លឹកកិច្ចការមុនការចុះឈ្មោះ

សេចក្តីណែនាំទៅកាន់ឪពុកម្តាយឬអ្នកដាក់ពាក្យ៖

ដើម្បីទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពនៅថ្ងៃនេះដោយមិនគិតថ្លៃ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដែលត្រូវការនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យ គឺជាការសម្ងាត់។ នេះគឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្ត។

តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់កូន? _____

- គ្រួសារសំដៅទៅលើគ្រួសារផ្ទាល់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់កូន។ សូមរួមបញ្ចូលកូន ឪពុកម្តាយរបស់កូន បងប្អូនបង្កើតរបស់កូន និងប្តីប្រពន្ធ របស់កូន។ ប្រសិនបើសមាជិកគ្រួសារមានផ្ទៃពោះ សូមរួមបញ្ចូលចំនួនទារកដែលរំពឹងទុក។ កុំរាប់បញ្ចូលសាច់ញាតិ ឬមិត្តភក្តិផ្សេងទៀត ទោះបីជាពួកគេរស់នៅជាមួយកូនក៏ដោយ។

តើគ្រួសាររបស់អ្នករកចំណូលបានប៉ុន្មានមុនពេលបដ់ពន្ធ? \$ _____ ដុល្លារ, \$ _____
ប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ

អ្នកឬកូនរបស់អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពបន្តបន្ទាប់តាមរយៈ Medi-Cal ឬកម្មវិធីជំនួយបុព្វលាភក្រោម Covered California។

ខ្ញុំចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងបន្តបន្ទាប់តាមរយៈ Medi-Cal ឬកម្មវិធីជំនួយបុព្វលាភក្រោម Covered California។

បាទ/ចាស ទេ

- ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចាស ចំពោះសំណួរនេះ ពាក្យសុំនឹងត្រូវបានធ្វើទៅអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងរយៈពេលពីរដប់ថ្ងៃទៀត។ សូមបំពេញ វា ហើយប្រគល់វាត្រឡប់មកវិញភ្លាមៗ។
- ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា ទេ ចំពោះសំណួរនេះ (ឬប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចាស ប៉ុន្តែមិនប្រគល់ពាក្យសុំមកវិញទេ) ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដាក់ពាក្យសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព ធ្មេញ និងចក្ខុវិញ្ញាណនឹងឈប់នៅចុងខែក្រោយ បើមិនដូច្នោះទេលុះត្រាតែ Department of Social Services របស់ខោនធីផ្តល់ជំនួយដល់អ្នក ។

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal អាចត្រូវបានដាក់បញ្ជូនតាមអ៊ិនធឺណិត តាមប្រៃសណីយ៍ តាមទូរសព្ទ ឬដោយផ្ទាល់។ អ្នកដាក់ពាក្យ អាចចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំតាមទូរសព្ទដោយប្រើហត្ថលេខាតាមទូរសព្ទដោយទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Medi-Cal នៃខោនធីរបស់ពួកគេ។

- ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងខោនធីអាចរកបាននៅ៖ <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- ព័ត៌មានអំពីវិធីដាក់ពាក្យសុំអាចរកបាននៅ៖ <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyfor-medi-cal.aspx>
- លទ្ធផលនៃពាក្យសុំ Children’s Presumptive Eligibility (CPE) មិនប៉ះពាល់ដល់អ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ទេ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal នៅពេលណាក៏បាន។

Children's Presumptive Eligibility សន្លឹកកិច្ចការមុនការចុះឈ្មោះ

ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យ

តើអ្នកដាក់ពាក្យមាន State of California Benefits Identification Card (BIC) ឬកាត Medi-Cal ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

បើ បាទ/ចាស តើលេខអត្តសញ្ញាណនៅលើកាត BIC ឬឆ្នាំ (ប្រសិនបើមាន)? _____

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ—ត្រកូល		ឈ្មោះ	ឈ្មោះកណ្តាល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខសន្លឹកសុខសង្គមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (SSN) (តាមជម្រើស)	

ប្រសិនបើអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង សូមគូសនៅទីនេះ។

អាសយដ្ឋាន	លេខអាជ្ញាធរ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដរបស់
-----------	-------------	---------	------	-------------

ខោនធីទីលំនៅ រស់នៅកាលីហ្វ័រញ៉ា? បាទ/ចាស ទេ

អាសយដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្រ(បើផ្សេង)	លេខអាជ្ញាធរ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដរបស់
-------------------------------	-------------	---------	------	-------------

ឈ្មោះម្តាយ—ត្រកូល	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកណ្តាល
-------------------	-------	-------------

សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យដែលមានអាយុក្រោមមួយឆ្នាំ សូមបំពេញផ្នែកនេះ។

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

ព័ត៌មានមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ឬ អ្នកជំរើសវិធានដែលមានឯករាជ្យភាពពីឪពុកម្តាយ—ត្រកូល	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកណ្តាល
---	-------	-------------

លេខទូរសព្ទផ្ទះ	លេខទូរសព្ទការងារ	លេខទូរសព្ទផ្ទៃសារ
----------------	------------------	-------------------

Children's Presumptive Eligibility សន្លឹកកិច្ចការមុនការចុះឈ្មោះ

តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះ?

តើអ្នកមានភាសាអ្វីស្ទាត់ជាងគេ?

ការបញ្ជាក់វិញ្ញាបនប័ត្រ

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

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ឬអនីតិជនដែលមានឯករាជ្យភាពពីឪពុកម្តាយ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ
---	------------------------------	-------------

បុគ្គលមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវកំណត់ត្រាដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ។ អង្គការដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការរក្សាទុកព័ត៌មានគឺ Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413។ ច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយនឹង Department of Social Services របស់ខោនធីនៅក្នុងខោនធីដែលអ្នករស់នៅ ហើយនឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាមួយនឹងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់កូនអ្នក ដោយអ្នកផ្តល់សេវា CPE របស់កូនអ្នក។