

ពាក្យសុំ Newborn Gateway

សេចក្តីណែនាំទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា៖

- អ្នកផ្តល់សេវា Presumptive Eligibility ត្រូវតែរាយការណ៍អំពីកំណើតទារកដែលមានតំណភ្ជាប់ Medi-Cal ឬ Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP) ដែលកើតនៅក្នុងកន្លែងបរិក្ខាររបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីការកើត ឬមួយថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ពីពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ មើលទៅតាមថ្ងៃណាដែលលឿនជាង។
 - កន្លែងបរិក្ខាររួមមានមន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាលកូន ឬកន្លែងសម្រាលផ្សេងៗទៀត។
 - ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលមិនតម្រូវឱ្យបំពេញ ឬចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនោះទេ។ ប្រសិនបើឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលមិននៅ សូមដាក់ពាក្យសុំតាមរយៈផ្នែក Newborn Gateway នៃវិបផ្តល់ Children’s Presumptive Eligibility។
 - ពាក្យស្នើសុំគឺត្រូវការសម្រាប់ទារកម្នាក់ៗ។
- ទារកទើបនឹងកើតពីម្តាយដែលមាន Medi-Cal ឬ Medi-Cal Access Program (MCAP) គឺមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកសេដ្ឋកិច្ច នៅពេលដែលកំណើតនោះត្រូវបានរាយការណ៍តាមរយៈ Newborn Gateway។ បំពេញនិងបញ្ជូនព័ត៌មានខាងក្រោមដើម្បីចុះឈ្មោះទារកទើបនឹងកើតសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង។
- ទោះបីជាទារកទើបនឹងកើតត្រូវបានយល់ព្រម ឬបដិសេធសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែចេញ insurance affordability application ទៅកាន់គ្រួសារ ហើយប្រាប់ពួកគេឱ្យដឹងថាអាចប្រើដើម្បីស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អ្នកដែលមិនមានវា។ Insurance affordability application ដែលជួនកាលត្រូវបានហៅថា Single Streamlined Application គឺមានសម្រាប់ការព្រឹត្តិការណ៍ចេញពីផ្នែកធនធាននៃវិបផ្តល់។

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺទារកទើបនឹងកើត

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ—ត្រកូល ឈ្មោះ ឈ្មោះកណ្តាល ឈ្មោះខាងចុង (Jr. Sr. II. ល។)

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

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសម្បែង សូមគូសនៅទីនេះ។ បញ្ចូលទីតាំងទូទៅនៅក្នុងផ្នែក "អាសយដ្ឋាន" ហើយបំពេញផ្នែក "អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍"។

អាសយដ្ឋាន	លេខអាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដរបស់
-----------	--------------	---------	------	-------------

ខោនធីនៃទីលំនៅ

អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ (បើផ្សេង)	លេខអាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដរបស់
--------------------------------	--------------	---------	------	-------------

ឈ្មោះម្តាយ—ត្រកូល ឈ្មោះ ឈ្មោះកណ្តាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ម្តាយ MM/DD/YYYY	លេខកាត BIC ឬ Medi-Cal ឬលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ម្តាយ
--------------------------------------	--

លេខទូរសព្ទផ្ទះ	លេខទូរសព្ទការងារ	លេខទូរសព្ទផ្ញើសារ
----------------	------------------	-------------------

តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះ?	តើអ្នកមានភាសាអ្វីស្គាល់ជាងគេ?
----------------------------	-------------------------------

អ្នកផ្តល់សេវា៖ តើអ្នកបានចេញ insurance affordability application ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ការបញ្ជាក់វិញ្ញាបនប័ត្រ៖

ទារកទើបនឹងកើតនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃសម្រាប់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ឬ MCAIP ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ខាងលើគឺត្រឹមត្រូវតាមសមត្ថភាពយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។

អ្នកផ្តល់សេវា៖ មិនចាំបាច់មានហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលសម្រាប់ Newborn Gateway ទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលហត្ថលេខាទេ សូមដាក់ N/A និងកាលបរិច្ឆេទ។

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល (ជាជម្រើស)	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺទារកទើបកើត	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 របស់កូនអ្នក។