ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព

COVERED CALIFORNIA

ជាទិសដៅរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ រួមទាំង Medi-Cal

សូមមើលខាងក្នុង

អ្វីៗដែលត្រូវដឹង	1
ពាក្យស្នើសុំ	2–19
ឯកសារភ្ជាប់ A–F	20–28
សំណួរជាទូទៅ (FAQ)	29–33

Covered California គឺជាទីដែលបុគ្គលនានានិងគ្រួសារទាំងឡាយអាចទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ។ ដោយគ្រាន់តែដាក់ពាក្យស្នើសុំតែមួយ អ្នកនឹងដឹងថាតើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប រួមទាំង Medi-Cal។

រដ្ឋ California បានបង្កើត Covered California™ ដើម្បីជួយលោកអ្នកនិងគ្រួសារលោកអ្នកឲ្យទទួល បានធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ការមានធានារ៉ាប់រងសុខភាព អាចផ្តល់ឲ្យលោកអ្នកនូវអារម្មណ៍ស្ងប់ និងអាចជួយឲ្យលោកអ្នកស្ថិតនៅមានសុខភាពល្អ។ ជាមួយធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកនឹងដឹងថាលោកអ្នកនិងគ្រួសារលោកអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាពនៅពេលណាដែលលោកអ្នកត្រូវការវា។

ប្រើពាក្យស្នើសុំនេះដើម្បីមើលថាតើជម្រើសធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះដែលអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន:

- ធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាបពី Medi-Cal
- ធានារ៉ាប់រងតម្លៃទាបសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ តាមរយៈកម្មវិធី Access for Infants and Mothers (AIM)
- គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលមានតម្លៃសមរម្យ
- ជំនួយសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក

➡ លោកអ្នកអាចនឹងគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប បើទោះជាលោកអ្នករកចំណូលបានច្រើនដល់$94,000 ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់គ្រួសារដែលមានសមាជិក 4នាក់ក៏ដោយ។

➡ លោកអ្នកអាចប្រើពាក្យស្នើសុំនេះដើម្បីដាក់ស្នើសុំឲ្យនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក បើទោះជាឥឡូវនេះពួកគេមានធានារ៉ាប់រងរួចហើយក៏ដោយ។

ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿនតាមរយៈ Covered California ដោយចូលទៅកាន់ CoveredCA.com

ឬ ទូរស័ព្ទមកលេខ: 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)
លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច។

លោកអ្នកអាចទទួលបានពាក្យស្នើសុំនេះជាភាសាផ្សេងៗទៀត។

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ภาษาไทย	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528 ដើម្បីទទួលបានពាក្យស្នើសុំនេះជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំ។

អ្វីៗដែលត្រូវដឹង

អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវដឹងនៅពេលដាក់ស្នើសុំ

- លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកស្នើសុំដែលជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬឯកសារ ព័ត៌មានសម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានឋានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិហើយដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រង។ ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ពីឋានភាពជាពលរដ្ឋ ឬការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍ ត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ។
- និយោជកនិងព័ត៌មានស្តីអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។
- ព័ត៌មានស្តីពីពន្ធសហព័ន្ធរបស់លោកអ្នក។ ជាឧទាហរណ៍បុគ្គលដែលដាក់ប្រតិវេទន៍ក្នុងនាមជាមេគ្រួសារ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកបានប្រកាសពន្ធរបស់លោកអ្នក។
- ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបានតាមរយៈការងារ។

➡ យើងស្នើសុំព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលនិងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថាលោកអ្នកនិងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុត។

➡ **យើងខ្ញុំធានានិងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាសម្ងាត់តាមការតម្រូវដោយច្បាប់។** យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកត្រឹមតែមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

➡ ក្នុងគ្រួសារដែលមានជនអន្តោប្រវេសន៍ អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដែរ។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នកដែលមានសិទ្ធិនឹងធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ឋានភាពជាជនអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក ឬឱកាសក្លាយជាពលរដ្ឋ ឬអ្នកស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ឡើយ។

➡ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធ លោកអ្នកនៅតែអាចមានគ្រប់សម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាបតាមរយៈ Medi-Cal.

➡ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋសហព័ន្ធ ហើយដែលកំពុងទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាកម្មវិធីសុខភាព (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌានៅទីក្រុង លោកអ្នកនៅតែអាចមានគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California។

ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿនតាមរយៈវ៉ែបសាយ

ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿនតាមរយៈវ៉ែបសាយ **CoveredCA.com**។ មានសុវត្ថិភាព មានការធានា និងរហ័សទាន់ចិត្ត – ហើយលោកអ្នកនឹងទទួលបានលទ្ធផលកាន់តែឆាប់!

នៅពេលលោកអ្នកបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់

ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរាល់និងមានចុះហត្ថលេខាទៅកាន់ៈ

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

➡ **ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានគ្រប់ព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំទេ សូមចុះហត្ថលេខា រួចផ្ញើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកមកសិនក៏បាន។** យើងខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នកដើម្បីជួយលោកអ្នកបញ្ចប់ពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។

➡ **ចូរកុំផ្ញើប្រាក់បង់ថ្លៃចុះឈ្មោះក្នុងផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះ។** គម្រោងធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក នឹងផ្ញើវិក្កយបត្រឲ្យលោកអ្នកសម្រាប់ទឹកប្រាក់ដែលលោកអ្នកជំពាក់។

ទទួលជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ

យើងខ្ញុំរង់ចាំជួយលោកអ្នក! លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយដោយមិនមានបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។

- **វ៉ែបសាយ**: **CoveredCA.com**
- **តាមទូរស័ព្ទ**: ទូរស័ព្ទមកមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ ម៉ោង ៦ល្ងាច។
- **មកជួបផ្ទាល់**: យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និង ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការ ទទួលស្គាល់ និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ នៅក្បែរកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ ឬបញ្ជីឈ្មោះការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមរបស់ខោនធីដែលបិតនៅក្បែរលោកអ្នក សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ឬហៅទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមានពិការភាព ឬតម្រូវការផ្សេងទៀត យើងខ្ញុំអាចជួយបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះបាន ដោយមិនឲ្យអ្នកលោកបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។ លោកអ្នកអាចអញ្ជើញដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមក្នុងស្រុករបស់ខោនធី ឬទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់សេវាអតិថិជនរបស់យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) KH

ចាប់ផ្តើមពាក្យស្នើសុំនៅទីនេះ *(សូមប្រើតែបិចទឹកខ្មៅ ឬខៀវ)*

ជំហានទី 1: ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សពេញវ័យដែលជាបុគ្គលចំបងយើងខ្ញុំត្រូវទាក់ទងសម្រាប់ពាក្យ ស្នើសុំនេះ។

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ចុំ *(ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)*

អាសយដ្ឋានផ្ទះ			អាជ្ញាតមិនលេខ
ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រខាងក្រោម។

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រគឺដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់លោកអ្នក។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់លោកអ្នកខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋាន**ផ្ញើសំបុត្រ** ឬ P.O. Box *(ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)*			អាជ្ញាតមិនលេខ
ទីក្រុង *(អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)*	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងលោកអ្នកបានល្អបំផុត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –
តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់លោកអ្នក?	តើលោកអ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំនិយាយភាសាអ្វីទៅកាន់លោកអ្នក?

តើលោកអ្នកចង់ទទួលព័ត៌មានអំពីពាក្យស្នើសុំនេះដោយវិធីណា?

☐ ទូរស័ព្ទ ☐ សំបុត្រ ☐ អ៊ីម៉ែល អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: _____

តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កុមារម្នាក់ដែលមានអាយុតិចជាង1ឆ្នាំឬ?

ទារកដែលមានអាយុតិចជាង1ឆ្នាំ មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal ប្រសិនបើម្តាយរបស់ក្មេងនោះ បានទទួលជំនួយពី Medi-Cal ឬ AIM នៅពេលប្រសូត្រកូន។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញពាក្យស្នើសុំដើម្បីទទួលជំនួយ Medi-Cal សម្រាប់កូនដែលកើតចេញពីផ្ទៃម្តាយដែលទទួលជំនួយ Medi-Cal ឬ AIM នៅពេលប្រសូត្រកូននោះទេ។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមក្នុងស្រុករបស់ខោនធីលោកអ្នក នៅពេលទារករបស់អ្នកកើតដើម្បីឲ្យប្រាកដថាកូនរបស់លោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រង។ ឬបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

ជាជម្រើស: ប្រសិនបើព័ត៌មានខាងក្រោមត្រូវបានផ្តល់ ទារកនោះអាចមានសិទ្ធិដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងការទទួលបាន Medi-Cal។ លោកអ្នកមិនត្រូវបំពេញព័ត៌មាននៅក្នុងជំហានទី 2 នៃពាក្យស្នើសុំនេះសម្រាប់ទារកនោះទេ។

តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កុមារម្នាក់ដែលមានអាយុតិចជាង 1ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយចាស/បាទ តើម្តាយរបស់ក្មេងនោះមាន Medi-Cal ឬ AIM នៅពេលកូននោះកើតដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយចាស/បាទ តើម្តាយរបស់កូននោះនឹងមានឈ្មោះក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយចាស/បាទ ម្តាយនោះជាបុគ្គលទី_____ នៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ

ប្រសិនបើឆ្លើយទេ តើម្តាយនោះមាននាមត្រកូលនិងនាមខ្លួនអ្វី? _____

សូមផ្តល់លេខ Medi-Cal, លេខ AIM, ឬ SSN របស់ម្តាយ។ _____

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីខ្លួនលោកអ្នកនិងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក

ប្រាក់ចំណូលនិងទំហំគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ជួយយើងខ្ញុំក្នុងការធ្វើសម្រេចចិត្តថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីអ្វី។ ជាមួយនឹងព័ត៌មាននេះយើងខ្ញុំអាចធានាបានថា អ្នកគ្រប់គ្នាអាចទទួលការធានារ៉ាប់រងដ៏ល្អបំផុត។

លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ៖

- ប្តីឬប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក
- កូនៗរបស់លោកអ្នកដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក
- ឪពុកម្តាយទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយកូនរបស់ពួកគេ
- អ្នកដែលមានឈ្មោះក្នុងប្រតិវេទន៍ពន្ធសហពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។

★ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានប្រកាសថាជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងប្រតិវេទន៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ចូលសមាជិកទាំងអស់នៃ គ្រួសារដែលដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធ និងសមាជិកគ្រួសារទាំងឡាយដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក។

★ អ្នកផ្សេងទៀតដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក – ឧទាហរណ៍មិត្តប្រុស, មិត្តស្រី, ឬមិត្តរួមបន្ទប់ – នឹងត្រូវដាក់ពាក្យរបស់**ខ្លួនផ្ទាល់** ប្រសិនបើពួកគេចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ចូរបំពេញជំហានទី2 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយខ្លួនលោកអ្នក!

- ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យមនុស្សច្រើនជាងបួននាក់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ **ចូរថតចម្លងទំព័រទី** 6 -8សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗបន្ថែម។
- យើងខ្ញុំនឹងរក្សាជាការសម្ងាត់នូវរាល់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នក តាមច្បាប់តម្រូវ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនត្រឹមតែមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សម្រាប់អ្នកទាំងឡាយនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។

បុគ្គលទី1 *សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីខ្លួនរបស់លោកអ្នក។*

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)	ទំនាក់ទងនឹងលោកអ្នក **ខ្លួនឯង**

តើលោកអ្នក: ☐ ភេទប្រុស ☐ ភេទស្រី	តើលោកអ្នក: ☐ នៅលីវ ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ រៀបការរួច ☐ លែងលះ ☐ ដៃគូរមរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន ☐ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ
ថ្ងៃកំណើត (*ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ*)	តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***បើឆ្លើយចាស*** តើអ្នកកំពឹងថានឹងមានកូនប៉ុន្មាន? _____ តើកំពឹងថាសម្រាលកូននៅថ្ងៃណា? _____

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព *ទោះបីលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃថោក។*

▶ តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនឯងឬ?

- ☐ **ចាស/បាទ** ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ហើយបំពេញព័ត៌មាននៅទំព័រ4 និង 5។
- ☐ **ទេ** ប្រសិនបើលោកអ្នក**មិន**កំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ប៉ុន្តែលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកនោះ ត្រូវប្រាកដក្នុងការបំពេញព័ត៌មាននៅក្នុងទំព័រ 5។
- ☐ **ទេ** ទេ ប្រសិនបើលោកអ្នក**មិន**កំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ឬសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកនោះ សូមបន្តទៅទំព័រ 6។

★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___	ប្រសិនបើលោកអ្នក**មិនមាន**លេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី? ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____ ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធឯកត្តបុគ្គល (ITIN) _____ ☐ ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា ☐ ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN

★ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSNs) ដើម្បីពិនិត្យមើលប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត។ ទោះបីលោកអ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំក៏ដោយ ការផ្តល់លេខ SSN របស់លោកអ្នក នឹងជួយដល់ការពិនិត្យពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកបានកាន់តែឆាប់។ ត្រូវប្រាកដថាលោកអ្នកផ្តល់ SSN ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ប៉ុន្តែលោកអ្នកដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធ និងកំពុងដាក់ពាក្យសម្រាប់អ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារជាប់ពន្ធរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំមិនមាន SSN ហើយចង់ឲ្យគេជួយដើម្បីទទួលបានលេខនេះ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500) ឬចូលទស្សនាគេហទំព័រ **CoveredCA.com**។

បុគ្គលទី1 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: បុគ្គលទី1 *(បន្ត)*

ព័ត៌មានអំពីពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ *ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ប្រតិវទន៍ពន្ធ លោកអ្នកនៅតែអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានាវ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាបតាមរយៈ Medi-Cal។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកគ្រាន់តែដើម្បីសម្រេចថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបានការធានាវ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។*

តើលោកអ្នកគឺជាអ្នកដាក់ប្រតិវទន៍ពន្ធចំបងឬ (ឈ្មោះរបស់លោកអ្នកគឺនៅលំដាប់ទីមួយក្នុងឯកសារបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល)? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
មនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះអាចជាអ្នកដាក់ពាក្យបង់ពន្ធចំបងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។

តើលោកអ្នកនឹងដាក់ប្រតិវទន៍ពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំ**អត្ថប្រយោជន៍**ឬ?
☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ប្រសិនបើឆ្លើយចាស/បាទ តើលោកអ្នកនឹងដាក់ដោយវិធីណា?
☐ មេគ្រួសារ ☐ នៅលីវ
☐ រៀបការរួចដាក់ពាក្យរួមគ្នា ☐ រៀបការរួចដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា

តើអ្នកណាម្នាក់ប្រកាសថាលោកអ្នកគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងការបង់ពន្ធរបស់ពួកគេឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ប្រសិនបើចាស/បាទ តើនរណា?
☐ បុគ្គលទី # _____ ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ
☐ បុគ្គលនេះគឺជាឱពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូន
☐ បុគ្គលនេះគឺជាឱពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូនហើយដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ

តើលោកអ្នកមានការធានាវ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើលោកអ្នកត្រូវបានផ្តល់ការធានាវ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
បើឆ្លើយចាស/បាទ ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើលោកអ្នកពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិវ្ឌន៍រាងកាយដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ចូរមើលសំណួរជាទូទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថន័យនៃការមានពិការភាព។

តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជាប្រជាជាតិអាមេរិកដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ប្រសិនបើលោកអ្នក**មិនមែន**ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖
តើលោកអ្នកមានហានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកមានហានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ*** *សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសាររបស់លោកអ្នក គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number) របស់លោកអ្នក។*
ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____
ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____
ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើលោកអ្នករស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ1996 មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើលោកអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់លោកអ្នក គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើលោកអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើលោកអ្នកមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3ខែមុន ដែលលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើលោកអ្នករស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** តើលោកអ្នកថែទាំកូន ឬកូនៗដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើលោកអ្នកមានអាយុពី18 ដល់ 20ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
តើលោកអ្នកមានអាយុពី18ដល់ 26ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** តើលោកអ្នកបានបិតក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ18ឆ្នាំដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
តើលោកអ្នកមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ តើមានឱពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយលោកអ្នក? _____

តើលោកអ្នកកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ឥឡូវនេះប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសគម្រោងធានាវ៉ាប់រងសុខភាព សូមគូសធិកត្រង់នេះ ☐ ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ D លើទំព័រទី 25។

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់លោកអ្នក *ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានាវ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។*

តើជាតិសាសន៍របស់លោកអ្នកគឺអ្វី? *(ជាជម្រើស សូមគូសធិកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ)*
☐ ជនជាតិស្បែកស
☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
☐ ជនជាតិឥណ្ឌាដើមកំណើតអាស៊ី
☐ ជនជាតិខ្មែរ
☐ ជនជាតិចិន
☐ ជនជាតិហ្វីលីពីន
☐ ជនជាតិហ្មុង
☐ ជនជាតិជប៉ុន
☐ ជនជាតិកូរ៉ៃ
☐ ជនជាតិឡាវ
☐ ជនជាតិវៀតណាម
☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
☐ ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬ កាម៉ូរ៉ូ
☐ ជនជាតិសាម៉ាវ
☐ ផ្សេងៗ _____

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬ? *(ជាជម្រើស)* ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ប្រសិនបើចាស/បាទ សូមគូសថាតើ
☐ ជនជាតិម៉ិចស៊ិចកូ ជនជាតិអាមេរិក ដើមកំណើតម៉ិចស៊ិច ជនជាតិជីកាណូ
☐ ជនជាតិសាលវ៉ាដរ ☐ ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
☐ ជនជាតិគុយបា ☐ ជនជាតិពើតូ រីកូ
☐ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត: _____

★ ☐ សូមគូសធិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A នៅលើទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី1 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: បុគ្គលទី1 *(បន្ត)*

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក និងវិធីដែលលោកអ្នករកលុយ *ភ្ជាប់មួយទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។*

តើឥឡូវនេះលោកអ្នកមានការងារធ្វើទេ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

▶ **តើលោកអ្នកធ្វើការនៅឯណាបច្ចុប្បន្ន?** *បើលោកអ្នកមានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត*

ការងារទី 1: តើលោកអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?

☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____
☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស
☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*

ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)* | តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? **$** _____

ការងារទី 2: តើលោកអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?

☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____
☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស
☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*

ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)* | តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? **$** _____

▶ **តើលោកអ្នកបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?**

ការងារទី 1: តើលោកអ្នកបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ध* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលលោកអ្នកនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? **$** _____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ध មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចកាត់បញ្ចូលបាន។*

ការងារទី 2: តើលោកអ្នកបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ध* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលលោកអ្នកនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? **$** _____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ध មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចកាត់បញ្ចូលបាន។*

▶ **តើលោកអ្នកមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?** *ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូរកុំបញ្ចូលប្រាក់អាហារកិច្ចកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។*

តើលោកអ្នកមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមបន្តទៅការប្រៀបធៀបប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	**តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសជ្រើសយកមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**

▶ **តើចំណូលរបស់លោកអ្នកប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ?** *បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរពីរខាងក្រោម។*

តើលោកអ្នកកំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកសរុបបានប៉ុន្មាននៅឆ្នាំ**នេះ**? *(ជាជម្រើស)* **$** _____	ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកប្រែប្រួលនៅឆ្នាំ**ក្រោយ** តើប្រាក់ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន?*(ជាជម្រើស)* **$** _____

▶ **តើលោកអ្នកមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?** *ប្រសិនបើលោកអ្នកបង់ប្រាក់លើកត្តាមួយចំនួន ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិវេទន៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តាទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូរកុំបញ្ចូលការចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកភាពភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។*

តើលោកអ្នកមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	**តើលោកអ្នកទទួល ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសចម្លើយមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? _____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី2 *សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពី**បុគ្គលបន្ទាប់** ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក។*
***ប្រសិនបើលោកអ្នកមានមនុស្សលើសពីបួននាក់**នៅលើពាក្យសុំនេះ ថតចម្លងទំព័រទី 6-8 មួយច្បាប់សម្រាប់បុគ្គលបន្ថែមនីមួយៗ។*

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ចឹយ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)	ទំនាក់នងនឹងលោកអ្នក

☐ សូមគូសធិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់ទំនាក់ទំនងសំខាន់។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ទះ			អាផាតមិនលេខ
ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

☐ សូមគូសធិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រខាងក្រោម។

☐ សូមគូសធិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះគឺដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងចំបង។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋាន**ផ្ញើសំបុត្រ** ឬ P.O. Box *(ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)*			អាផាតមិនលេខ
ទីក្រុង *(អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)*	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងបុគ្គលនេះបានល្អបំផុត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់បុគ្គលនេះ?	តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាភាសាអ្វីទៅកាន់គាត់?

តើបុគ្គលនេះ: ☐ ភេទប្រុស ☐ ភេទស្រី	តើបុគ្គលនេះ: ☐ នៅលីវ ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ រៀបការរួច ☐ លែងលះ ☐ ដៃគ្ឆរួមរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន ☐ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ
ថ្ងៃកំណើត *(ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ)*	តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ *បើឆ្លើយចាស* តើគេរំពឹងថានឹងមានកូនប៉ុន្មាន? _____ តើរំពឹងថាសម្រាលកូននៅថ្ងៃណា? _____

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព *ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬមានតម្លៃថោក។*

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? ☐ **ចាស/បាទ** ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ **ទេ ប្រសិនបើទេ** ព័ត៌មាន SSN គឺជាជម្រើស។

★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) __ __ __ – __ __ – __ __ __ __	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះ**មិនមាន**លេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី? ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____ ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធឯកត្តបុគ្គល (ITIN) _____ ☐ ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា ☐ ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN

ព័ត៌មានអំពីពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ *ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនដាក់បានប្រតិវទន៍ពន្ធ ពួកគេនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬ ក្នុងតម្លៃទាបតាមរយៈ Medi-Cal។ យើងខ្ញុំនឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះជាការសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់តែកំណត់ថាតើបុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។*

តើបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកដាក់ប្រតិវទន៍ពន្ធចំបងឬ (ឈ្មោះរបស់គាត់គឺនៅលំដាប់ទីមួយក្នុងឯកសារបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល)? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
មនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះអាចជាអ្នកដាក់ប្រតិវទន៍ពន្ធចំបងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។

តើបុគ្គលនេះនឹងដាក់ប្រតិវទន៍ពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំ**អត្ថប្រយោជន៍**ឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** តើគាត់នឹងដាក់ពាក្យដោយវិធីណា? ☐ មេគ្រួសារ ☐ នៅលីវ ☐ ក្នុងបន្ទុក ☐ រៀបការរួច ដាក់ពាក្យរួមគ្នា ☐ រៀបការរួច ដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា	តើអ្នកណាម្នាក់ប្រកាសថាបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងការបង់ពន្ធរបស់ពួកគេឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***ប្រសិនបើចាស/បាទ*** តើនរណា? ☐ បុគ្គលទី #_____ ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ☐ បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូន ☐ បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូនហើយដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ

***បុគ្គលទី2** បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: **បុគ្គលទី2** *(បន្ត)*

តើបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

បើឆ្លើយចាស/បាទ ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើបុគ្គលនេះពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិវ្ឌន៍រាងកាយដែរឬទេ?
☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ចូរមើលសំណួរជាទូទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថន័យនៃការមានពិការភាព។

តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះ**មិនមែន**ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ***
សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number)។

ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ1996 មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ឬទេ?
☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3ខែចុងក្រោយ ដែលបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
បើឆ្លើយចាស/បាទ តើបុគ្គលនេះថែទាំកូន ឬកូនៗដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី18 ដល់ 20ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 26ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
បើឆ្លើយចាស/បាទ តើបុគ្គលនេះបានបិតក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ 18ឆ្នាំដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ តើមានឱពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយបុគ្គលនេះ? _____

តើបុគ្គលនេះកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ *ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។*

តើបុគ្គលនេះមានជាតិសាសន៍អ្វី? *(ជាជម្រើស សូមគូសធិកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក)*

- ☐ ជនជាតិស្បែកស
- ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
- ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ☐ ជនជាតិឥណ្ឌាដើមកំណើតអាស៊ី
- ☐ ជនជាតិខ្មែរ
- ☐ ជនជាតិចិន
- ☐ ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ☐ ជនជាតិហ្មុង
- ☐ ជនជាតិជប៉ុន
- ☐ ជនជាតិកូរ៉ៃ
- ☐ ជនជាតិឡាវ
- ☐ ជនជាតិវៀតណាម
- ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ☐ ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬ កាម៉ូរ៉ូ
- ☐ ជនជាតិសាម៉ាវ
- ☐ ផ្សេងៗ _____

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬទេ? *(ជាជម្រើស)* ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ប្រសិនបើចាស/បាទ សូមគូសថាតើជនជាតិណា ៖

- ☐ ជនជាតិម៉ិចស៊ិចកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិច ជនជាតិជីកាណូ
- ☐ ជនជាតិសាលវ៉ាដរ
- ☐ ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
- ☐ ជនជាតិគុយបា
- ☐ ជនជាតិពើតូ រីកូ
- ☐ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត: _____

★ ☐ សូមគូសធិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A អ្នកជាជនជាតិនៅលើទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី2 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) KH

ជំហានទី 2: បុគ្គលទី2 *(បន្ត)*

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារបច្ចុប្បន្នរបស់បុគ្គលនេះ និងវិធីដែលគាត់រកលុយ *ភ្ជាប់មួយទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។*

តើបច្ចុប្បន្ន បុគ្គលនេះមានធ្វើការងារអ្វីទេ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

▶ **តើបច្ចុប្បន្នបុគ្គលនេះធ្វើការនៅឯណា?** *បើគាត់មានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត*

ការងារទី 1: តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*
ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)*	តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? **$**_____
ការងារទី 2: តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*
ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)*	តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? **$**_____

▶ **តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?**

ការងារទី 1: តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? **$**_____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចតាប់បញ្ចូលបាន។*

ការងារទី 2: តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? **$**_____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចតាប់បញ្ចូលបាន។*

▶ **តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?** *ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូរកុំបញ្ចូលប្រាក់អាហារកិច្ចកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។*

តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមបន្តទៅការប្រៀបធៀបប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	**តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសជ្រើសយកមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**

▶ **តើចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ?** *បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរពីខាងក្រោម។*

តើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះសរុបបានប៉ុន្មាននៅ**ឆ្នាំនេះ**? *(ជាជម្រើស)* **$**_____	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលនៅ**ឆ្នាំក្រោយ** តើប្រាក់ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន? *(ជាជម្រើស)* **$**_____

▶ **តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?** *ប្រសិនបើបុគ្គលនេះបង់ប្រាក់លើកត្តាមួយចំនួន ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិវេទន៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តា ទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូរកុំបញ្ចូលការចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកភាពភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។*

តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	**តើបុគ្គលនេះទទួល ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសចម្លើយមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: **បុគ្គលទី3** *សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបុគ្គលបន្ទាប់ ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក។*

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)	ទំនាក់ទងនឹងលោកអ្នក

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់ទំនាក់ទំនងសំខាន់។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ទះ			អាផាតមិនលេខ
ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រខាងក្រោម។

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះគឺដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងចំបង។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋាន**ផ្ញើសំបុត្រ** ឬ P.O. Box (*ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ*)			អាផាតមិនលេខ
ទីក្រុង (*អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ*)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងបុគ្គលនេះបានល្អបំផុត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់បុគ្គលនេះ?	តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាភាសាអ្វីទៅកាន់គាត់?

តើបុគ្គលនេះ: ☐ ភេទប្រុស ☐ ភេទស្រី	តើបុគ្គលនេះ: ☐ នៅលីវ ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ រៀបការរួច ☐ លែងលះ ☐ ដៃគូរមរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន ☐ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ
ថ្ងៃកំណើត (*ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ*)	តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ *បើឆ្លើយចាស* តើគេរំពឹងថានឹងមានកូនប៉ុន្មាន? _____ តើរំពឹងថាសម្រាលកូននៅថ្ងៃណា? _____

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព *ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬមានតម្លៃថោក។*

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? ☐ **ចាស/បាទ** ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ **ទេ** **ប្រសិនបើទេ** ព័ត៌មាន SSN គឺជាជម្រើស។

★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះ**មិនមាន**លេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី? ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____ ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធឯកត្តបុគ្គល (ITIN) _____ ☐ ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា ☐ ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN

ព័ត៌មានអំពីពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ *ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនដាក់បានប្រតិវេទន៍ពន្ធ ពួកគេនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃទាបតាមរយៈ Medi-Cal។ យើងខ្ញុំនឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះជាការសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់តែកំណត់ថាតើបុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។*

តើបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធចំបងឬ (ឈ្មោះរបស់គាត់គឺនៅលំដាប់ទីមួយក្នុងឯកសារបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល)? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
មនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះអាចជាអ្នកដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធចំបងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។

តើបុគ្គលនេះនឹងដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំ**អត្ថប្រយោជន៍**ឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** តើគាត់នឹងដាក់ពាក្យដោយវិធីណា? ☐ មេគ្រួសារ ☐ នៅលីវ ☐ ក្នុងបន្ទុក ☐ រៀបការរួច ដាក់ពាក្យរួមគ្នា ☐ រៀបការរួច ដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា	តើអ្នកណាម្នាក់ប្រកាសថាបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងការបង់ពន្ធរបស់ពួកគេឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***ប្រសិនបើចាស/បាទ*** តើនរណា? ☐ បុគ្គលទី #_____ ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ☐ បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូន ☐ បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូនហើយដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ

បុគ្គលទី3 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: បុគ្គលទី3 *(បន្ត)*

តើបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

បើឆ្លើយចាស/បាទ ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើបុគ្គលនេះពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិវ្ឌន៍រាងកាយដែរឬទេ?
☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
ចូរមើលសំណួរជាទូទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថន័យនៃការមានពិការភាព។

តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះ**មិនមែន**ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ***
សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number)។

ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ចេទផុតកំណត់៖ _____

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ1996 មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ឬទេ?
☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3ខែចុងក្រោយ ដែលបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

បើឆ្លើយចាស/បាទ តើបុគ្គលនេះថែទាំកូន ឬកូនៗដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី18 ដល់ 20ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 26ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

បើឆ្លើយចាស/បាទ តើបុគ្គលនេះបានបិតក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ 18ឆ្នាំដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ តើមានឱពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយបុគ្គលនេះ? _____

តើបុគ្គលនេះកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ *ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។*

តើបុគ្គលនេះមានជាតិសាសន៍អ្វី? *(ជាជម្រើស សូមគូសធិកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក)*

- ☐ ជនជាតិស្បែកស
- ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្រ្វិក
- ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ☐ ជនជាតិឥណ្ឌាដើមកំណើតអាស៊ី
- ☐ ជនជាតិខ្មែរ
- ☐ ជនជាតិចិន
- ☐ ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ☐ ជនជាតិហ្មុង
- ☐ ជនជាតិជប៉ុន
- ☐ ជនជាតិកូរ៉ែ
- ☐ ជនជាតិឡាវ
- ☐ ជនជាតិវៀតណាម
- ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ☐ ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬ កាម៉ូរ៉ូ
- ☐ ជនជាតិសាម៉ាវ
- ☐ ផ្សេងៗ _____

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬទេ? *(ជាជម្រើស)* ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើចាស/បាទ សូមគូសថាតើជនជាតិណា ៖

- ☐ ជនជាតិមិុចសិុចកូ ជនជាតិអាមេរិក ដើមកំណើតមិុចសិុច ជនជាតិជីកាណូ
- ☐ ជនជាតិសាលវ៉ាដរ
- ☐ ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
- ☐ ជនជាតិគុយបា
- ☐ ជនជាតិពើតូ រីកូ
- ☐ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត: _____

★ ☐ សូមគូសធិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A អ្នកជាជនជាតិនៅលើទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី3 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: បុគ្គលទី3 *(បន្ត)*

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារបច្ចុប្បន្នរបស់បុគ្គលនេះ និងវិធីដែលគាត់រកលុយ *ភ្ជាប់មួយទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។*

តើបច្ចុប្បន្ន បុគ្គលនេះមានធ្វើការងារអ្វីទេ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

▶ **តើបច្ចុប្បន្នបុគ្គលនេះធ្វើការនៅឯណា?** *បើគាត់មានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត*

ការងារទី 1: តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*
ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)*	តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? $_____
ការងារទី 2: តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*
ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)*	តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? $_____

▶ **តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?**

ការងារទី 1: តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? $_____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចកាត់បញ្ចូលបាន។*

ការងារទី 2: តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? $_____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចកាត់បញ្ចូលបាន។*

▶ **តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?** *ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូរកុំបញ្ចូលប្រាក់អាហារកិច្ចកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។*

តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមបន្តទៅការប្រៀបធៀបប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	**តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសជ្រើសយកមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	$
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	$

▶ **តើចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ?** *បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរពីខាងក្រោម។*

តើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះសរុបបានប៉ុន្មាននៅ**ឆ្នាំនេះ**? *(ជាជម្រើស)* $_____	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលនៅ**ឆ្នាំក្រោយ** តើប្រាក់ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន? *(ជាជម្រើស)* $_____

▶ **តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?** *ប្រសិនបើបុគ្គលនេះបង់ប្រាក់លើកត្តាមួយចំនួន ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិវេទន៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តា ទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូរកុំបញ្ចូលការចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកភាពភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។*

តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ☐ ***ចាស/បាទ បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	**តើបុគ្គលនេះទទួល ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសចម្លើយមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	$
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	$

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: **បុគ្គលទី4** *សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបុគ្គលបន្ទាប់ ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក។*

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)	ទំនាក់ទងនឹងលោកអ្នក

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់ទំនាក់ទំនងសំខាន់។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ទះ			អាជ្ញាតមិនលេខ
ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រខាងក្រោម។

☐ សូមគូសធីកត្រង់នេះ ប្រសិនបើអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះគឺដូចគ្នានឹងអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងចំបង។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋាន**ផ្ញើសំបុត្រ** ឬ P.O. Box *(ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)*			អាជ្ញាតមិនលេខ
ទីក្រុង *(អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)*	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងបុគ្គលនេះបានល្អបំផុត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត ☐ ផ្ទះ ☐ ទូរស័ព្ទដៃ ☐ កន្លែងធ្វើការ លេខ: ( ) –
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:	
តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់បុគ្គលនេះ?	តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាភាសាអ្វីទៅកាន់គាត់?
តើបុគ្គលនេះ: ☐ ភេទប្រុស ☐ ភេទស្រី	តើបុគ្គលនេះ: ☐ នៅលីវ ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ រៀបការរួច ☐ លែងលះ ☐ ដៃគូរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន ☐ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ
ថ្ងៃកំណើត *(ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ)*	តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ *បើឆ្លើយចាស* តើគេរំពឹងថានឹងមានកូនប៉ុន្មាន? _____ តើរំពឹងថាសម្រាលកូននៅថ្ងៃណា? _____

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព *ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬមានតម្លៃថោក។*

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? ☐ **ចាស/បាទ** ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ **ទេ** **ប្រសិនបើទេ** ព័ត៌មាន SSN គឺជាជម្រើស។

★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះ**មិនមាន**លេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី? ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____ ☐ លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធឯកត្តបុគ្គល (ITIN) _____ ☐ ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា ☐ ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN

ព័ត៌មានអំពីពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ *ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនដាក់បានប្រតិវេទន៍ពន្ធ ពួកគេនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃទាបតាមរយៈ Medi-Cal។ យើងខ្ញុំនឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះជាការសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់តែកំណត់ថាតើបុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។*

តើបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធចំបងឬ (ឈ្មោះរបស់គាត់គឺនៅលំដាប់ទីមួយក្នុងឯកសារបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល)? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
មនុស្សតែម្នាក់ប៉ុណ្ណោះអាចជាអ្នកដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធចំបងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។

តើបុគ្គលនេះនឹងដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំ**អត្ថប្រយោជន៍**ឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** តើគាត់នឹងដាក់ពាក្យដោយវិធីណា? ☐ មេគ្រួសារ ☐ នៅលីវ ☐ ក្នុងបន្ទុក ☐ រៀបការរួច ដាក់ពាក្យរួមគ្នា ☐ រៀបការរួច ដាក់ពាក្យដោយឡែកពីគ្នា	តើអ្នកណាម្នាក់ប្រកាសថាបុគ្គលនេះគឺជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងការបង់ពន្ធរបស់ពួកគេឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ***ប្រសិនបើចាស/បាទ*** តើនរណា? ☐ បុគ្គលទី #_____ ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ☐ បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូន ☐ បុគ្គលនេះគឺជាឪពុកឬម្តាយដែលមិនមានសិទ្ធិចិញ្ចឹមកូនហើយដែលមិនមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ

បុគ្គលទី4 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: **បុគ្គលទី4** *(បន្ត)*

តើបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬតើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងារណាមួយដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

បើឆ្លើយចាស/បាទ ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ B នៅទំព័រទី 22 និង 23។

តើបុគ្គលនេះពិការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ឬបញ្ហាការវិវ្ឌន៍រាងកាយដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ *ចូរមើលសំណួរជាទូទៅ (FAQ) លេខ 27 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថន័យនៃការមានពិការភាព។*	តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ ឬសេវាដល់ផ្ទះ និងសេវានៅតាមសហគមន៍ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះ**មិនមែន**ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ***

សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number)។

ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ1996 មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ	តើបុគ្គលនេះមានការចំណាយលើបញ្ហាសុខភាពក្នុងរយៈពេល 3ខែចុងក្រោយ ដែលបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់នេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយកូនដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

បើឆ្លើយចាស/បាទ តើបុគ្គលនេះថែទាំកូន ឬកូនៗដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី18 ដល់ 20ឆ្នាំ និងជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុពី 18 ដល់ 26ឆ្នាំឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

បើឆ្លើយចាស/បាទ តើបុគ្គលនេះបានបិតក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ កាលពីថ្ងៃកំណើតអាយុ 18ឆ្នាំដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ តើមានឱពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់រស់នៅជាមួយបុគ្គលនេះ? _____

តើបុគ្គលនេះកំពុងរស់នៅបណ្តោះអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋឬ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ *ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។*

តើបុគ្គលនេះមានជាតិសាសន៍អ្វី? *(ជាជម្រើស សូមគូសធិកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក)*

- ☐ ជនជាតិស្បែកស
- ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
- ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ☐ ជនជាតិឥណ្ឌាដើមកំណើតអាស៊ី
- ☐ ជនជាតិខ្មែរ
- ☐ ជនជាតិចិន
- ☐ ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ☐ ជនជាតិហ្មុង
- ☐ ជនជាតិជប៉ុន
- ☐ ជនជាតិកូរ៉ៃ
- ☐ ជនជាតិឡាវ
- ☐ ជនជាតិវៀតណាម
- ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ☐ ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬ កាម៉ូរ៉ូ
- ☐ ជនជាតិសាម៉ាវ
- ☐ ផ្សេងៗ _____

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬទេ? *(ជាជម្រើស)* ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើចាស/បាទ សូមគូសថាតើជនជាតិណា ៖

- ☐ ជនជាតិម៉ិចស៊ិចកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិច ជនជាតិជីកាណូ
- ☐ ជនជាតិសាលវ៉ាដរ
- ☐ ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
- ☐ ជនជាតិគុយបា
- ☐ ជនជាតិពើតូ រីកូ
- ☐ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត: _____

★ ☐ សូមគូសធិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A អ្នកជាជនជាតិនៅលើទំព័រទី 20 និង 21។

បុគ្គលទី4 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2: បុគ្គលទី4 *(បន្ត)*

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារបច្ចុប្បន្នរបស់បុគ្គលនេះ និងវិធីដែលគាត់រកលុយ *ភ្ជាប់មួយទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម។*

តើបច្ចុប្បន្ន បុគ្គលនេះមានធ្វើការងារអ្វីទេ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

▶ **តើបច្ចុប្បន្នបុគ្គលនេះធ្វើការនៅឯណា?** *បើគាត់មានការងារធ្វើបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត*

ការងារទី 1: តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*
ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)*	តើលោកអ្នកទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? **$**_____
ការងារទី 2: តើបុគ្គលនេះទទួលបានប្រាក់ចំណូលដោយរបៀបណា?	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*
ឈ្មោះនិយោជក *(ជាជម្រើស)*	តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលប៉ុន្មាន (មុនកាត់ពន្ធ)? **$**_____

▶ **តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ?**

ការងារទី 1: តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? **$**_____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចតាប់បញ្ចូលបាន។*

ការងារទី 2: តើបុគ្គលនេះបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងឬ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ចំណូលផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះ

ប្រភេទការងារ	តើ*ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ* ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលបុគ្គលនេះនឹងទទួលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងបានក្នុងខែនេះ? **$**_____ *ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ មានន័យថាប្រាក់ចំណេញដែលនៅសល់ក្រោយពីការចំណាយ។ ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 រាយឈ្មោះអ្វីៗដែលអាចតាប់បញ្ចូលបាន។*

▶ **តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ?** *ចំណូលផ្សេងទៀតគឺជាលុយ ដែលលោកអ្នកទទួលបានពីអ្វីមួយក្រៅពីការងាររបស់លោកអ្នក។ ចូរកុំបញ្ចូលប្រាក់អាហារកិច្ចកូន, ប្រាក់សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន, ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)។ សូមទៅកាន់ឯកសារភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍នៃចំណូលផ្សេងទៀត។*

តើបុគ្គលនេះមានចំណូលផ្សេងទៀតទេ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមបន្តទៅការប្រៀបធៀបប្រាក់ចំណូល លើទំព័រនេះ

តើចំណូលនេះ បានមកពីណា?	**តើបុគ្គលនេះទទួលបានចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសជ្រើសយកមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**
	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**

▶ **តើចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែឬ?** *បើសិនមានការប្រែប្រួល ចូរឆ្លើយសំណួរពីខាងក្រោម។*

តើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះសរុបបានប៉ុន្មាននៅ**ឆ្នាំនេះ**? *(ជាជម្រើស)* **$**_____	ប្រសិនបើបុគ្គលនេះរំពឹងថាប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលនេះប្រែប្រួលនៅ**ឆ្នាំក្រោយ** តើប្រាក់ចំណូលថ្មីសរុបនឹងបានប៉ុន្មាន? *(ជាជម្រើស)* **$**_____

▶ **តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?** *ប្រសិនបើបុគ្គលនេះបង់ប្រាក់លើកត្តាមួយចំនួន ដែលអាចកាត់ចេញនៅលើឯកសារប្រតិវេទន៍ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការដែលប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកត្តា ទាំងនេះ អាចបន្ថយដល់ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ចូរកុំបញ្ចូលការចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ ឯកភាពភ្ជាប់ E លើទំព័រ 27 មានរៀបរាប់ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងទៀត។*

តើបុគ្គលនេះមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ? ☐ ***ចាស/ចាទ បើឆ្លើយចាស/ចាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ☐ ***ទេ បើឆ្លើយទេ*** សូមទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់។

ប្រភេទនៃប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ	**តើបុគ្គលនេះទទួល ឬបង់ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញនេះ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** *(សូមគូសចម្លើយមួយ)*	**ចំនួនប៉ុន្មាន?**
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**
☐ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ ☐ ការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា ☐ ផ្សេងៗ	☐ ប្រចាំម៉ោង: ប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំថ្ងៃ: ប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ☐ ការបើកប្រាក់តែមួយលើក *(សូមមើល FAQ #33 លើទំព័រ 33)*	**$**

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 3: សូមអាននិងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ

លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិម្នាក់

★ លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ឲ្យធ្វើជា "តំណាងពេញសិទ្ធិ" របស់ខ្លួន។ តំណាងពេញសិទ្ធិ គឺជាបុគ្គលម្នាក់ដែលលោកអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យមើលពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក និងនិយាយជាមួយយើងខ្ញុំអំពីវានៅពេលនេះ និងទៅថ្ងៃអនាគត។

ឈ្មោះអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ

អាសយដ្ឋាន | អាផាតមិនលេខ

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា លោកអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលនេះចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្លូវការអំពីពាក្យសុំនេះ និងដើម្បីធ្វើជំនួសឲ្យលោកអ្នកចំពោះគ្រប់កិច្ចការជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងារនេះ។

ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក	កាលបរិច្ឆេទ
▶	

សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាព

ពាក្យស្នើសុំនេះប្រើសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ឬសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS)។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពដែលលោកអ្នកផ្តល់លើពាក្យស្នើសុំនេះគឺជាព័ត៌មានឯកជន និងសម្ងាត់។ Covered California ឬ DHCS ត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណលោកអ្នក និងអ្នកដទៃទៀតនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ និងដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើងខ្ញុំ។

យើងខ្ញុំនឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋដទៃទៀត សហព័ន្ធ និងទីភ្នាក់ងារក្នុងស្រុកនានា អ្នកម៉ៅការ គម្រោងសុខភាព និងកម្មវិធីផ្សេងៗទៀត តែក្នុងគោលបំណងដើម្បីចុះឈ្មោះលោកអ្នកក្នុងគម្រោង ឬកម្មវិធីណាមួយ ឬដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ ដែលច្បាប់បានតម្រូវប៉ុណ្ណោះ។

- លោកអ្នកត្រូវឆ្លើយគ្រប់សំណួរនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ រៀងរាល់តែសំណួរទាំងនោះមានដាក់សម្គាល់ថា "ជាជម្រើស"។ ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកបាត់បង់ព័ត៌មានអ្វីមួយដែលយើងខ្ញុំតម្រូវ យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងលោកអ្នកដើម្បីទទួលយកព័ត៌មាននោះ។ ➡ ***ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាននោះ*** យើងខ្ញុំនឹងមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកឡើយ។ លោកអ្នកអាចនឹងត្រូវដាក់ជូនពាក្យស្នើសុំថ្មីមួយទៀត បើមិនដូច្នោះទេ លោកអ្នកមិនអាចទទួលបាននូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ទេ ឬពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកអាចនឹងត្រូវបានបដិសេធ។
- ក្នុងករណីភាគច្រើន លោកអ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីលោកអ្នកដែលមានក្នុងឯកសាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ លោកអ្នកអាចមើលព័ត៌មាននោះក្នុងទម្រង់ជម្រើសណាមួយ (ដូចជា អក្សរបោះពុម្ពធំ) ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីមើលឯកសារ **Covered California** សូមទាក់ទងនឹងមន្ត្រីផ្នែកឯកជនភាព (Privacy Officer) តាមរយៈ៖

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

ទូរស័ព្ទ: **1-800-906-8528**
TTY: 1-888-889-4500

សម្រាប់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព **(Department of Health Care Services)** សូមទំនាក់ទំនងអង្គភាពការពារព័ត៌មាន តាមរយៈ៖

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413

ទូរស័ព្ទ: **1-866-866-0602**
TTY: 1-877-735-2929

ច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធទាំងនេះ ផ្តល់សិទ្ធិឲ្យយើងខ្ញុំប្រមូល និងរក្សាព័ត៌មានលើពាក្យស្នើសុំ៖

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; ក្រមរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Government Code) §§ 100502(k) និង 100503(a)

DHCS: សុខុមាលភាព និងស្ថាប័នរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ ក្រម § 14011 និងមាត្រា 3 ជំពូក 5 និង 7 ភាគ 2 និង 3 ផ្នែក 9

យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាពនេះជូនលោកអ្នក ក្រោមក្រមរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Civil Code) § 1798.17។ លោកអ្នកអាចមើលគោលការណ៍ស្តីពីឯកជនភាពរបស់ Covered California តាមរយៈគេហទំព័រ CoveredCA.com. ចូរមើលសេចក្តីប្រកាសរបស់ DHCS ស្តីពីការអនុវត្តន៍នៃឯកជនភាព តាមគេហទំព័រ dhcs.ca.gov ។

ជំហានទី3 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក

- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺពិតប្រាកដតាមអ្វីដែលខ្ញុំដឹង។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងស្ថិតក្រោមការពិន័យប្រសិនបើខ្ញុំមិនប្រាប់ការពិត។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឲ្យនឹងត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់តែពិនិត្យមើលថាតើសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារខ្ញុំដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬយ៉ាងណា។
- ខ្ញុំដឹងថា កម្មវិធី Covered California និង Medi-Cal នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានខ្ញុំជាការសម្ងាត់ ទៅតាមការតម្រូវរបស់ច្បាប់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងឯកសារដែលមានក្នុងកម្មវិធី Covered California និង Medi-Cal ខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងមន្ត្រីឯកជនភាពតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។
- ខ្ញុំដឹងថា ដើម្បីឲ្យមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលខ្ញុំ ឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសារខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន លុះត្រាតែពួកគេមានមូលហេតុសមរម្យសម្រាប់ការមិនធ្វើបែបនេះ។ ឧទាហរណ៍នៃចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះមានប្រាក់សោធននិវត្តន៍ អត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាល ចំណូលសោធននិវត្តន៍ អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ធនលាភ អត្ថប្រយោជន៍ពិការភាព អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម (ក៏ហៅថា OASDI ឬការធានារ៉ាប់រងមនុស្សចាស់ អ្នកនៅរស់ និងពិការភាព) និងអត្ថប្រយោជន៍និកម្មភាព។ ប៉ុន្តែចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍មិនរាប់បញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍នៃជំនួយសាធារណៈដូចជា CalWORKs ឬ CalFresh ឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីប្រភពចំណូលដែលអាចមាន ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500) សម្រាប់ជំនួយ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ការិយាល័យ Covered California ឬសេវាសង្គមខោនធីរបស់ខ្ញុំអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្វីមួយដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅលើពាក្យសុំនេះ។ ដើម្បីរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនានា ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500) ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**។ ឬខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គមខោនធីរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថា Covered California មិនត្រូវរើសអើងចំពោះខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះឡើយ ដោយសារតែជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត សាសនា អាយុ ភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឋានភាពអតីតយុទ្ធជន ឬពិការភាព។ ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថា Covered California មានការរើសអើងចំពោះខ្ញុំ រាប់បញ្ចូលទាំងការខកខានផ្តល់ការស្នាក់នៅសមរម្យទៅតាមការតម្រូវក្រោមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ខ្ញុំអាចប្តឹងដោយចូលទៅកាន់ **www.hhs.gov/ocr/office/file** ឬ **http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form**។ ប្រសិនបើខ្ញុំជឿជាក់ថា Covered California មានការរើសអើងចំពោះខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះ ពាក់ព័ន្ធនឹងការកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ខ្ញុំក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយនឹងនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំ សុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋតាមរយៈការទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-916-440-7370** (TTY: 1-916-440-7399)។
- ខ្ញុំដឹងថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ឬព័ត៌មាននៃសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារអ្នកដាក់ពាក្យអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបស់សមាជិកផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ។
- លើកលែងសម្រាប់ការដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ខ្ញុំអះអាងថា គ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងពាក្យសុំនេះត្រូវបានរិតត្បិតក្រោយពេលសម្រេចទោសចោទប្រកាន់ (ការវិនិច្ឆ័យ) នៅក្នុងគុក ពន្ធនាគារ ឬកន្លែងដាក់ពិន័យ ឬមណ្ឌលកែប្រែស្រដៀងគ្នានេះឡើយ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរចំណូលទៅកាន់ Covered California ព្រោះវាអាចប៉ះពាល់ដល់បរិមាណជំនួយបុព្វលាភ (ឥណទានជាពន្ធ) ដែលខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ខ្ញុំក៏ដឹងថាប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយបុព្វលាភ (ឥណទានជាពន្ធ) ច្រើនពេកនៅក្នុងឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំនឹងត្រូវបង់ជំនួយបុព្វលាភបន្ថែមជូន IRS នៅពេលដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យបង់ពន្ធលើចំណូលសហព័ន្ធរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។
- ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ Covered California ពិនិត្យឯកសារកុំព្យូទ័ររបស់ទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ពីសញ្ជាតិ ឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ ព័ត៌មានពីពន្ធ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងតែនឹងសិទ្ធិក្នុងការទទួលបាន ដើម្បីពិនិត្យថាតើខ្ញុំ និងបុគ្គលផ្សេងទៀតនៅក្នុងពាក្យសុំ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅក្នុងពាក្យសុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal:

- ខ្ញុំដឹងថាប្រសិនបើ Medi-Cal បង់ថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ រាល់ប្រាក់ដែលខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទទួលបានពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬការទូទាត់ផ្នែកច្បាប់ទាក់ទងនឹងការចំណាយនោះ នឹងទៅកាន់ Medi-Cal ជាការបង់សម្រាប់ចំណាយ រហូតទាល់តែចំណាយនោះត្រូវបានបង់គ្រប់ចំនួន។

សម្រាប់ឪពុកម្តាយ ដែលកូនពួកគាត់មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal:

- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបានសុំឲ្យជួយភ្នាក់ងារដែលប្រមូលជំនួយគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ពីឪពុក/ម្តាយដែលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ដែលមិនរស់នៅជាមួយកូន និងមិនបានផ្ញើជំនួយគាំទ្រដល់កូន។ ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាការជួយនឹងធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ខ្ញុំ និងកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចប្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ហើយខ្ញុំនឹងមិនចាំបាច់ជួយទេ។

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក *បន្តទៅទំព័របន្ទាប់*

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក *(បន្ត)*

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា:

- ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថា Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal បានប្រព្រឹត្តនូវ កំហុស ខ្ញុំអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះបាន។ ការប្តឹងតវ៉ាមានន័យថាប្រាប់ទៅនរណាម្នាក់នៅ Covered California ឬនៅកម្មវិធី Medi-Cal ថា ខ្ញុំគិតថាសេចក្តីសម្រេចនោះមិនត្រឹមត្រូវ ហើយសុំឲ្យមានការត្រួតពិនិត្យដោយ យុត្តិធម៌លើសកម្មភាពនោះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្វែងរករបៀបប្តឹងតវ៉ា ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500) ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យប្តឹងនៅក្នុងរយៈពេល90ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃចេញសេចក្តីសម្រេច។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចធ្វើជាតំណាងខ្លួនឯង ឬមាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតតំណាងខ្ញុំ នៅក្នុងការប្តឹងតវ៉ានេះ ដូចជាអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬមេធាវី។
- ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ នរណាម្នាក់នៅក្នុង Covered California កម្មវិធី Medi-Cal ឬនៅការិយាល័យសេវាសង្គមខោនធីអាចពន្យល់ករណីនេះដល់ខ្ញុំបាន។

ការបន្តការធានារ៉ាប់រង

ដើម្បីឲ្យកាន់តែមានភាពងាយស្រួលក្នុងការបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយៗទៀត ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យ Covered California ប្រើប្រាស់ប្រភពកុំព្យូទ័រដូចជា IRS ដើម្បីពិនិត្យមើលចំណូលរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើប្រភពទាំងនេះ បង្ហាញថាខ្ញុំនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបាននោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំអាចបន្តបានសម្រាប់រយៈពេល12ខែទៀត ហើយខ្ញុំមិនចាំបាច់បំពេញបែបបទបន្តការធានារ៉ាប់រង ឬផ្ញើឯកសារការងារផ្សេងទៀតនោះទេ។

ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសមិនអនុញ្ញាតឲ្យ Covered California ប្រើប្រាស់ប្រភពកុំព្យូទ័រ ខ្ញុំត្រូវតែបំពេញកញ្ចប់នៃការបន្តរៀងរាល់12 ខែម្តង ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យ Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal ពិនិត្យមើលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ៈ

☐ 5ឆ្នាំ ☐ 4ឆ្នាំ ☐ 3ឆ្នាំ ☐ 2ឆ្នាំ ☐ 1ឆ្នាំ

ឬ

☐ ខ្ញុំមិនចង់ឲ្យ Covered California ពិនិត្យមើលរបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធរបស់ខ្ញុំនៅពេលបន្តទេ។

ការប្រកាស និងហត្ថលេខា *ចំណុចនេះ គឺចាំបាច់។*

ខ្ញុំសូមអះអាងចំពោះតុលាការថា អ្វីដែលខ្ញុំនិយាយខាងក្រោយគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។

- ខ្ញុំបានយល់គ្រប់សំណួរទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយបានផ្តល់ចម្លើយដែលពិតនិងត្រឹមត្រូវអស់ពីសមត្ថភាពដែលខ្ញុំដឹង។ ត្រង់ចំណុចដែលខ្ញុំមិនដឹងចម្លើយខ្លួនឯង ខ្ញុំបានព្យាយាមយ៉ាងសមហេតុផល ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ចម្លើយជាមួយអ្នកដែលបានដឹង។
- ខ្ញុំដឹងថាប្រសិនបើខ្ញុំមិនបានប្រាប់ការពិតនៅក្នុងការដាក់ពាក្យនេះ អាចនឹងមានការដាក់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ ឬរដ្ឋប្បវេណីពីបទស្បថបំពាន ដែលអាចរួមមានការជាប់ពន្ធនាគារ រហូតដល់ទៅ4ឆ្នាំ (សូមមើលក្រមព្រហ្មទណ្ឌរដ្ឋ California ផ្នែក126)។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើមនុស្សដែលកំពុងដាក់ពាក្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ។ Covered California នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានជាការសម្ងាត់ ដែលតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋCalifornia។
- ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ Covered California ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500) ឬដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ប្រសិនបើមានអ្វីមួយផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ សម្រាប់នរណាដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងតែជ្រើសរើសយកគម្រោងសុខភាពមួយ ដោយបំពេញនិងដាក់ជូនឯកសារភ្ជាប់ D ហើយប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ដោយ Covered California ថាមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង ដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសនៅក្នុងឯកសារភ្ជាប់ D៖
  - ខ្ញុំដឹងថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅត្រង់នេះ ខ្ញុំកំពុងតែចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកចេញគម្រោងនោះ។
  - ខ្ញុំមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់18ឆ្នាំ ឬខ្ញុំជាអនីតិជនដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ និងមានសមត្ថភាពខាងបញ្ញាក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចសន្យា។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ ឬតំណាងពេញសិទ្ធិ	កាលបរិច្ឆេទ
▶	

ជំហានទី3 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 3: សូមអាននិងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ *(បន្ត)*

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាបុគ្គលដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយ Covered California ក្នុងការជួយនរណាម្នាក់បំពេញពាក្យសុំនេះ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ក្នុងនាមជាអ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ ឬអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងដែលមាន ការទទួលស្គាល់ ខ្ញុំបានជួយអ្នកដាក់ពាក្យបំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយសេវាកម្មនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ខ្ញុំក៏សូមបញ្ជាក់ផងដែរថា ខ្ញុំបានផ្តល់ចម្លើយពិត និងត្រឹមត្រូវដោយអស់ ពីសមត្ថភាពដែលខ្ញុំដឹង ចំពោះសំណួរទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំបានពន្យល់ដល់អ្នកដាក់ពាក្យអំពីហានិភ័យក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ដោយប្រើប្រាស់ពាក្យពេចន៍ ងាយយល់ ហើយអ្នកដាក់ពាក្យបានយល់នូវការពន្យល់នេះ។

☐ អ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់៖ ឈ្មោះ:	លេខ CEC
អង្គភាពចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់៖ ឈ្មោះ:	លេខ CEE
☐ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់៖ ឈ្មោះ:	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ
☐ អ្នកចុះឈ្មោះគម្រោងដែលមានការទទួលស្គាល់៖ គម្រោង៖ _____ ឈ្មោះ:	លេខបញ្ជាក់
ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលមានការទទួលស្គាល់ ▶	កាលបរិច្ឆេទ

រដ្ឋនឹងមិនផ្តល់សំណងដល់អង្គភាពចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយ Covered California នោះទេ លុះត្រាតែអ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់បំពេញផ្នែកនេះ ឲ្យបានពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវនៅពេលដាក់ពាក្យសុំ។

ជំហានទី 4: ការផ្ញើព័ត៌មាន និងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់

ផ្ញើពាក្យសុំដែលមានចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នកទៅកាន់៖

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

តើលោកអ្នកចាំបានថា ៖

- ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនត្រូវការការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ? មើលទំព័រទី3 សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះអ្នកដែលត្រូវបញ្ចូល។
- សួរនិយោជកលោកអ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងទាក់ទងនឹងការងារណាមួយ ដែលលោកអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់?
- **ចុះហត្ថលេខា**លើពាក្យសុំលើ**ទំព័រ17**? ប្រសិនបើលោកអ្នកបានជ្រើសរើសតំណាងពេញសិទ្ធិ សូមចុះហត្ថលេខាលើទំព័រ 15ផងដែរ។

សំណួរបន្ថែមមួយចំនួន *(ជម្រើស)*

1. **តើលោកអ្នកចង់ឲ្យគេពិចារណាសម្រាប់គ្រប់កម្មវិធី Medi-Cal ទាំងអស់ ដែរឬទេ?** ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ
   មានកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 65ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ មនុស្សដែលមានពិការភាព ឬមនុស្សដែលមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស។

   ប្រសិនបើលោកអ្នកគូសធីកយក ចាស/បាទ យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងលោកអ្នកឲ្យផ្តល់ព័ត៌មានអំពីអចលនទ្រព្យ និងទ្រព្យសម្បត្តិរបស់លោកអ្នក។

2. **តើលោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយឬទេថ្មីៗ នៅក្នុងជីវិតលោកអ្នកដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព?**
   ប្រសិនបើចាស/បាទ សូមគូសធីកគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ។

   ☐ ផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅ California
   ☐ ទទួលបានសញ្ជាតិ ឬសិទ្ធិរស់នៅស្របច្បាប់
   ☐ ការបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព
   ☐ ទទួលបានមនុស្សក្នុងបន្ទុក (ពីកំណើត ការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការចិញ្ចឹមកូន)
   ☐ ផ្សេងៗ
   ☐ លែងស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរឃុំឃាំង
   ☐ មានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបុព្វលាភថ្មីៗ
   ☐ ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal
   ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា

   តើព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា? *(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)* _____

ជំហានទី4 *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 4: ការផ្ញើព័ត៌មាន និងបញ្ជូនផ្ទៀងផ្ទាត់ *(បន្ត)*

តើលោកអ្នកបានដឹងអំពី Covered California ដោយរបៀបណា?

គូសធីកគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ

- ☐ កម្មវិធីចុះតាមមូលដ្ឋាន និងអប់រំ
- ☐ ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមទូរទស្សន៍
- ☐ ព្រឹត្តិការណ៍ឬការរៀបចំក្នុងសហគមន៍
- ☐ ចុះឈ្មោះនៅក្នុងហាងលក់រាយ
- ☐ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់
- ☐ អ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់
- ☐ ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមទស្សនាវដ្ដី ឬកាសែត
- ☐ កម្មវិធីព័ត៌មាន ឬរឿង
- ☐ វេបសាយ CoveredCA.com
- ☐ ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមវិទ្យុ
- ☐ ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមអ៊ីនធឺណិត
- ☐ ការស្រាវជ្រាវតាមអ៊ីនធឺណិត
- ☐ មិត្តភ័ក្ដិ ឬគ្រួសារ
- ☐ អ្នកផ្ដល់សេវាថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ
- ☐ ការិយាល័យរដ្ឋាភិបាល
- ☐ អ្នកផ្ញើសំបុត
- ☐ ឱសថស្ថាន
- ☐ កម្មវិធីទូរស័ព្ទ
- ☐ ផ្ទាំងប្រកាស
- ☐ ពួតាមគេ
- ☐ ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយសង្គម *(ឧទាហរណ៍ Facebook, Twitter, ។ល។)*
- ☐ ផ្សេងៗ _____
- ☐ អ៊ីម៉ែល
- ☐ ខិត្តប័ណ្ណ
- ☐ និយោជក
- ☐ វិហារ

ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីផ្សេងទៀតឬ?

ចាប់ផ្ដើមនៅថ្ងៃទី1 ខែមករា ឆ្នាំ2014 តើលោកអ្នក និងក្រុមគ្រួសារចង់ចំការំលែកពីព័ត៌មានដែលលោកអ្នកទើបតែបានផ្ដល់នៅក្នុងការបញ្ជូនទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារសេវា មនុស្ស និងសុខភាពមូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នកសម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងទៀតដែរឬទេ? គ្រួសារដែលមានជនអន្តោប្រវេសន៍ អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដែរ។ លោកអ្នកអាច ដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នកដែល មានសិទ្ធិនឹងធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ឋានភាពជាជនអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក ឬឱកាសក្លាយជាពលរដ្ឋ ឬអ្នកស្រុកអចិន្ត្រៃយ៍ឡើយ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំអាហារូបត្ថម្ភ ឬជំនួយការសាច់ប្រាក់មុនថ្ងៃទី1 ខែមករា ឆ្នាំ 2014 សូមចូលទៅកាន់ **benefitscal.org**។ ឬដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជាលក្ខណៈបុគ្គល សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-877-847-3663** សម្រាប់បញ្ជីរាយឈ្មោះទីកន្លែងដែលនៅជិតកន្លែងដែលលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ។

សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ក្រោយថ្ងៃទី1 ខែមករា ឆ្នាំ2014 សូមពិនិត្យថាតើកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកចង់បញ្ជូនទៅកាន់ ៖

- ☐ **CalFresh** *កម្មវិធីមួយដែលជួយមនុស្សក្នុងការបង់ថ្លៃម្ហូបអាហារ។ អត្ថប្រយោជន៍អាចបន្ដបានរៀងរាល់ខែតាមប័ណ្ណឥណពន្ធដែលអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់ទិញម្ហូបអាហារនៅតាមទីផ្សារ និងហាងជាច្រើន។ វាក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម **(SNAP)**។ សូមចូលទៅកាន់ **www.calfresh.ca.gov** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។*
- ☐ **CalWORKs** *គឺជាកម្មវិធីមួយដែលផ្ដល់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និងសេវាគាំទ្រសម្រាប់គ្រួសារចំណូលទាបដែលមានកូនដើម្បីជួយបង់ថ្លៃស្នាក់នៅ ម្ហូបអាហារ និងចំណាយសំខាន់ផ្សេងទៀត។*

លោកអ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីទាំងនេះតាមអ៊ីនធឺណិត៖

សេវាសម្រាប់ទារក និងម្តាយ (AIM)
គឺជាកម្មវិធីមួយដែលជួយដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះឲ្យទទួលបានការថែទាំសុខភាព
aim.ca.gov

ការបង្ការពិការភាព និងសុខភាពកុមារ (CHDP)
គឺជាកម្មវិធីបង្ការមួយដែលផ្ដល់សេវា និងការវាយតម្លៃសុខភាពតាមពេលកំណត់សម្រាប់កុមារដែលមានចំណូលទាប
www.dhcs.ca.gov/services/chdp

សេវាពិនិត្យជំងឺ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលក្នុងដំណាក់កាលដំបូងតាមពេលកំណត់ (EPSDT)
គឺជាកម្មវិធី Medi-Cal សម្រាប់កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យដែលមានអាយុក្រោម 21ឆ្នាំ។ កម្មវិធីនេះផ្ដល់ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពដ៏ទៀងទាត់ ដើម្បីកំណត់ពីតម្រូវការថែទាំសុខភាពក្រោយពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលនៅពេលចាំបាច់
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx

ផែនការគ្រួសារ ការទទួលបាន ការថែទាំ ការព្យាបាល (Family PACT)
គឺជា កម្មវិធីមួយដែលផ្ដល់សេវាផែនការគ្រួសារដោយឥតគិតថ្លៃ ដល់បុរសនិងស្ត្រីដែលមានចំណូលទាបរួមទាំងយុវជនផងដែរ។
familypact.org

កម្មវិធីសេវាគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS)
គឺជាកម្មវិធីមួយដែលនឹងជួយបង់ថ្លៃសេវាដែលផ្ដល់ជូនលោកអ្នក ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកអាចស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC)
គឺជាកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភមួយសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ម្តាយថ្មីថ្មោង និងកុមារដែលមានអាយុក្រោម 5ឆ្នាំ
www.wicworks.ca.gov

ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) KH

ឯកសារភ្ជាប់ A: សម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា

★ **បំពេញវាប្រសិនបើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារគឺជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា។**

ជនជាតិដើមអាមេរិក និងអាឡាស្កាអាចទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Services), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌា ក្រហមរស់នៅទីក្រុង។ ជនជាតិដើមអាមេរិក និងអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធក៏មិនចាំបាច់បង់ចំណាយពីហោប៉ៅ (ដូចជាការបង់ថ្លៃសេវារួម) ហើយអាចនឹង ទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស។ ត្រូវបំពេញបែបបទនេះ រួចផ្ញើវាមកជាមួយពាក្យសុំ និងភស្តុតាងបញ្ជាក់ ពីកេរ្តឹ៍ដំណែលនៃជនជាតិដើមអាមេរិកឬអាឡាស្ការបស់លោក អ្នក។ លោកអ្នកអាចផ្ញើឯកសារពីកុលសម្ព័ន្ធឥណ្ឌាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធដែលបង្ហាញថា លោកអ្នកគឺជាសមាជិកម្នាក់នៃកុលសម្ព័ន្ធ ឬជាប់ទាក់ទងនឹង កុលសម្ព័ន្ធ។ ឯកសារនេះ អាចរួមមានប័ណ្ណចុះឈ្មោះរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ឈាមឥណ្ឌាក្រហម (CDIB) ពីការិយាល័យកិច្ចការឥណ្ឌាក្រហម។ ប្រសិនបើលោក អ្នកគិតថា ខ្លួនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal នោះលោកអ្នកមិនចាំបាច់ផ្ញើភស្តុតាងបញ្ជាក់នោះទេ។ សូមមើលឯកសារភ្ជាប់ F ដើម្បីពិនិត្យថាតើលោកអ្នក អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សលើសពីបួននាក់ដែលជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា **សូមថតចម្លងទំព័រនេះ** ហើយត្រូវផ្ញើវាមកជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់ លោកអ្នក។

បុគ្គលទី 1: នាមខ្លួន | នាមកណ្តាល | នាមត្រកូល | បច្ចឹយ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើចាស/បាទ *សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ:* _____ *និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ :* _____

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពពួកឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រភពណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ប្រសិនបើចាស/បាទ*** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។
☐ ទេ ***ប្រសិនបើទេ*** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

- ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្ធ ឬនេសាទត្រី
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____

បុគ្គលទី 2: នាមខ្លួន | នាមកណ្តាល | នាមត្រកូល | បច្ចឹយ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើចាស/បាទ *សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ:* _____ *និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ :* _____

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពពួកឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រភពណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ប្រសិនបើចាស/បាទ*** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។
☐ ទេ ***ប្រសិនបើទេ*** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

- ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្ធ ឬនេសាទត្រី
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____

ត្រូវការជំនួយឬ ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នក អាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) KH

ឯកសារភ្ជាប់ A: សម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា *(បន្ត)*

បុគ្គលទី 3: នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល បច្ចំយ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើចាស/បាទ *សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ:* _____ *និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ ៖* _____

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពពួកឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រភពណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ប្រសិនបើចាស/បាទ*** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។
☐ ទេ ***ប្រសិនបើទេ*** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

- ▶ ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ▶ ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្ វ ឬនេសាទត្រី
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ▶ ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____

បុគ្គលទី 4: នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល បច្ចំយ (*ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV*)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើចាស/បាទ *សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ:* _____ *និងរដ្ឋដែលកុលសម្ព័ន្ធស្ថិតនៅ ៖* _____

តើបុគ្គលនេះ ធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

ប្រសិនបើទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពពួកឥណ្ឌាក្រហមរស់នៅទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ទទួលបានចំណូលពីប្រភពណាមួយខាងក្រោមដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ***ប្រសិនបើចាស/បាទ*** សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ខាងក្រោម។
☐ ទេ ***ប្រសិនបើទេ*** សូមបន្តទៅចំណុចក្នុងពាក្យសុំ។

- ▶ ការបង់ប្រាក់ដល់កុលសម្ព័ន្ធដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ ការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ ការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ▶ ប្រាក់បានពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដីធ្លីរបស់ឥណ្ឌា សម្រាប់ធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម ចិញ្ចឹមសត្ វ ឬនេសាទត្រី
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____
- ▶ ប្រាក់បានពីការលក់របស់របរដែលមានតម្លៃផ្នែកវប្បធម៌
  ចំនួន $_____ ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ផ្សេងៗ _____

ឯកសារភ្ជាប់ B: ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់គ្រួសារលោកអ្នក

★ ប្រសិនលោកអ្នកត្រូវការប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សលើសពីបួនរូប ដែលមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេង **សូមថតចម្លងទំព័រនេះ** ហើយត្រូវផ្ញើមកជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នកមាននៅពេលបច្ចុប្បន្ន។

ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ សម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងថាតើអ្នកដែលបានដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព បានទទួលការធានារ៉ាបរងហើយឬនៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងដែលមិនត្រូវបានចាត់ទុកជាការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមានោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃប្រភេទគម្រោងធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំរួមមាន៖ សេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Service), កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ, កម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមនៅទីក្រុង, គម្រោងសន្សំដោយការលើកលែងពន្ធ (flex savings plans), គណនីសន្សំសុខភាព ឬការធានារ៉ាប់រងដែលមាននៅខោនធីផ្សេងទៀត។

យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងនៅពេលបច្ចុប្បន្នថាតើអ្នកណាមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយក្នុងចំណោមការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដូចខាងក្រោមទេ៖ COBRA, ការធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក, Peace Corps, គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន, TRICARE/CHAMPUS, កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត។ តើអ្នកណាមានការធានារ៉ាប់រងណាមួយក្នុងចំណោមការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះទេ?

☐ ចាស/បាទ ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមបំពេញទំព័រនេះ។ ប្រសិនលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងចន្លោះបន្ថែម សូមភ្ជាប់ក្រដាស់មួយសន្លឹកទៀត។
☐ ទេ ***ប្រសិនបើទេ*** បន្តទីទំព័រទី 23។

កំណត់សម្គាល់: ប្រសិនលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលលោកអ្នកទិញដោយខ្លួនឯង សូមគូសក្នុងប្រអប់ "ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត" ក្រោម "ប្រភេទអ្វី?" ក្នុងតារាងខាងក្រោម។

ឈ្មោះ *នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)*	**តើប្រភេទអ្វី?** *(សូមជ្រើសចម្លើយមួយ)*	
បុគ្គលទី 1: _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ	☐ COBRA ☐ ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក ☐ Peace Corps ☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	☐ កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន ☐ គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន ☐ TRICARE/CHAMPUS
បុគ្គលទី 2: _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ	☐ COBRA ☐ ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក ☐ Peace Corps ☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	☐ កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន ☐ គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន ☐ TRICARE/CHAMPUS
បុគ្គលទី 3: _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ	☐ COBRA ☐ ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក ☐ Peace Corps ☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	☐ កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន ☐ គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន ☐ TRICARE/CHAMPUS
បុគ្គលទី 4: _____ តើបុគ្គលនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ ហើយមានតម្លៃសមរម្យ សម្រាប់ខែមករា ឆ្នាំ2014 ដែរឬទេ? ☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ	☐ COBRA ☐ ធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក ☐ Peace Corps ☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត	☐ កម្មវិធីសុខភាពអតីតយុទ្ធជន ☐ គម្រោងសុខភាពនិវត្តជន ☐ TRICARE/CHAMPUS

***ឯកសារភ្ជាប់ B** បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ឯកសារភ្ជាប់ B: ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់គ្រួសារលោកអ្នក *(បន្ត)*

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជក *ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។*

★ យើងខ្ញុំត្រូវការដឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងឡាយណាដែលលោកអ្នកអាចទទួលបាន តាមរយៈការងាររបស់នរណាម្នាក់។ លោកអ្នកអាចប្រើឯកសារភ្ជាប់ C គឺទំរង់ធានារ៉ាប់រងនិយោជក (Employer Insurance Form) នៅទំព័រ 24 ដើម្បីជួយលោកអ្នកក្នុងការបំពេញផ្នែកនេះ។ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះឬប្រើឯកសារភ្ជាប់ C **តែ**ក្នុងករណីអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការងាររបស់នរណាម្នាក់។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងពាក្យសុំនេះត្រូវបានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយនិយោជកដែរឬទេ?
*នេះអាចជាការងាររបស់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកឬម្តាយ ឬ ប្តីឬប្រពន្ធ។ វាក៏អាចរួមបញ្ចូល COBRA, TRICARE, និយោជករដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ, និយោជកឯកជន ឬគម្រោង Peace Corps។ លោកអ្នកអាចមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបន្ថែមដែលលោកអ្នក**មិន**ចាំបាច់ប្រាប់ដល់យើងខ្ញុំ។ ខាងក្រោមនេះគឺជា**ឧទាហរណ៍**នៃការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (មិនត្រូវបានចាត់ទុកជាការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា) ដែលលោកអ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំ៖ គម្រោងសន្សំដោយការលើកលែងពន្ធ (flex savings plans), គណនីសន្សំសុខភាព, ការធានារ៉ាប់រងពិការភាព ឬការធានារ៉ាប់រងដែលមាននៅក្នុងខោនធីផ្សេងទៀត។*

☐ ចាស/បាទ ***បើឆ្លើយចាស/បាទ*** សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ។ បើលោកអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែម ចូរភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត។
☐ ទេ ***ប្រសិនបើទេ*** សូមត្រឡប់ទៅពាក្យសុំដើម្បីបន្ត។

ឈ្មោះ *នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)*	**ឈ្មោះនិយោជក** *(ជាជម្រើស)*	**បុគ្គលនេះ:**	**តើបុគ្គលនេះបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែចំនួនប៉ុន្មាន?**	**តើគម្រោងធានារ៉ាប់រងនេះបំពេញ*បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** * ដែរឬទេ?**
បុគ្គលទី 1:		☐ ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ ☐ គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ *កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម* _____ ☐ មិនបានចុះឈ្មោះ	$	☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ☐ ខ្ញុំមិនដឹង
បុគ្គលទី 2:		☐ ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ ☐ គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ *កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម* _____ ☐ មិនបានចុះឈ្មោះ	$	☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ☐ ខ្ញុំមិនដឹង
បុគ្គលទី 3:		☐ ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ ☐ គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ *កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម* _____ ☐ មិនបានចុះឈ្មោះ	$	☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ☐ ខ្ញុំមិនដឹង
បុគ្គលទី 4:		☐ ត្រូវបានចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ ☐ គ្រោងនឹងចុះឈ្មោះ *កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម* _____ ☐ មិនបានចុះឈ្មោះ	$	☐ ចាស/បាទ ☐ ទេ ☐ ខ្ញុំមិនដឹង

តើនិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងថ្មី (ប្រសិនបើដឹង)?

☐ និយោជកនឹងមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

☐ និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់បុគ្គលិក ឬផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងការធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលសម្រាប់តែបុគ្គលិកដែលបំពេញ **បទដ្ឋានតម្លៃអប្បរមា** * តែប៉ុណ្ណោះ។ (បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងគួរឆ្លុះបញ្ចាំងការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីសុខុមាលភាព)

តើនិយោជិតនឹងត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងនោះ? $ _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ
☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ ប្រចាំឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទផ្លាស់ប្តូរ _____

---

* **បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** (**minimum value standard**) មានន័យថា គម្រោងមួយបង់ចំណាយយ៉ាងហោច 60% នៃការចំណាយសរុបនៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងដែលបានផ្តល់ទៅឲ្យនិយោជិត។ (ផ្នែក 36B©(2)(C)(ii) នៃច្បាប់ស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃ (Internal Revenue Code) ឆ្នាំ 1986)។

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ឯកសារភ្ជាប់ C: ទម្រង់បែបបទធានារ៉ាប់រងនិយោជក

COVERED CALIFORNIA

ទម្រង់នេះចាំបាច់សម្រាប់តែអ្នកទាំងឡាយណា ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ ក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈការងារប៉ុណ្ណោះ។ ទម្រង់នេះមិនមានភាពចាំបាច់សម្រាប់កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពមួយចំនួន ដែលបានផ្តល់តាមរយៈ Covered California និង Medi-Cal ទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដថាតើត្រូវប្រើប្រាស់ទម្រង់នេះឬអត់នោះ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Covered California ដើម្បីសាកសួរតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួល Medi-Cal លោកអ្នកមិនចាំបាច់ បំពេញទម្រង់នេះទេ។ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ Medi-Cal ឬ ជំនួយបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ចូរពិនិត្យមើលឯកសារភ្ជាប់ F នៅលើទំព័រ 28។

ប្រសិនបើការងារលើសពីមួយមានផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ចូរប្រើប្រាស់ទម្រង់ឯកសារដោយឡែកមួយសម្រាប់និយោជកនីមួយៗ។

▶ ព័ត៌មានអំពីនិយោជិត *លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវបំពេញផ្នែកនេះ។*

★ ចូរបំពេញឈ្មោះ និងលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់លោកអ្នក (ជម្រើស) ។ បន្ទាប់មកថតចម្លងទំព័រនេះ រួចយកពាក្យស្នើសុំទៅកាន់និយោជករបស់លោកអ្នក។ ស្នើឲ្យនិយោជករបស់លោកអ្នកបំពេញទំព័រដែលនៅសល់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកថតចម្លង ត្រូវប្រាកដថាលោកអ្នកផ្ទៀងវាជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំ។

និយោជិត: នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ចុ័យ	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) *(ជាជម្រើស)*
				_ _ _ – _ _ – _ _ _ _

▶ ព័ត៌មាននិយោជក *សុំព័ត៌មាននេះពីនិយោជករបស់លោកអ្នក។*

★ **កំណត់សម្គាល់សម្រាប់និយោជក**: ដើម្បីបំពេញពាក្យស្នើសុំ Covered California យើងខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវដឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលនិយោជិតរបស់លោកអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ពួកគេអាចទទួលពីលោកអ្នក។ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម ទោះបីក្រុមហ៊ុនរបស់លោក អ្នកមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏ដោយ។

ឈ្មោះនិយោជក		អត្តលេខនិយោជក (EIN)
		_ _ – _ _ _ _ _ _ _
អាសយដ្ឋាននិយោជក		លេខទូរស័ព្ទនិយោជក
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់

តើយើងខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងអ្នកណាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជិត ចំពោះការងារនេះ?

លេខទូរសព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល

☐ យើងខ្ញុំមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។ ☐ និយោជិតនេះមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការធានារ៉ាប់រង ក្រោមគម្រោងយើងខ្ញុំទេ។

☐ និយោជិតគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការធានារ៉ាប់សុខភាព ក្រោមគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ ដែលចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃ _____ *(កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម)*។

តើគម្រោងសុខភាពតម្លៃទាបបំផុតសម្រាប់តែខ្លួនឯង ដែលនិយោជិតនេះ អាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងការងារនេះ មានឈ្មោះអ្វី? ចូរពិនិត្យតែគម្រោងទាំងឡាយណា ដែលបំពេញតាម**បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** * ដែលកំណត់ដោយច្បាប់សហព័ន្ធស្តីពីកិច្ចការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំអាចមានលទ្ធភាពទិញបាន (Federal Patient Protection and Affordable Care Act) ឆ្នាំ 2010។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដ សូមសាកសួរ ក្រុមហ៊ុនធានាសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ ឈ្មោះ: _____ ☐ គ្មានគម្រោងដែលបំពេញតាម**បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** *។	តើនិយោជិតត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប៉ុន្មានសម្រាប់តម្លៃទាបបំផុត? $ _____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ ប្រចាំឆ្នាំ ផ្សេងៗ _____
តើលោកអ្នកនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងថ្មី (ប្រសិនបើបាន ដឹង)? ☐ យើងខ្ញុំមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ ☐ យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់និយោជិត ឬផ្លាស់ប្តូរ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងចំណាយទាបបំផុតដល់និយោជិត ដែលបំពេញតាម**បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** * ប៉ុណ្ណោះ។ (បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង គួរឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីថែទាំសុខភាព។)	តើនិយោជិតនឹងត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងនោះ? $ _____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ ប្រចាំឆ្នាំ កាលបរិច្ឆេទផ្លាស់ប្តូរ _____

* **បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា** (**minimum value standard**) មានន័យថា គម្រោង មួយបង់ចំណាយយ៉ាងហោច 60%នៃការចំណាយសរុបនៃអត្ថ ប្រយោជន៍គម្រោង ដែលបានផ្តល់ទៅឲ្យនិយោជិត។ (ផ្នែក 36B(c)(2)(C) (ii) នៃច្បាប់ស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃ (Internal Revenue Code) ឆ្នាំ1986)។

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ឯកសារភ្ជាប់ D: ចូរជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពធ្មេញកូនរបស់លោកអ្នក និង គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។

★ ប្រសិនបើលោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សច្រើនជាងបួននាក់ដែលចង់ជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពធ្មេញកុមារឬគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក **ចូរថតចម្លងទំព័រនេះ និងទំព័របន្ទាប់** ហើយត្រូវប្រាកដថា លោកអ្នកផ្ញើវាជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ចូរសរសេរឈ្មោះ ឬ កម្រិតអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង (Metal tier) នៃគម្រោងសុខភាពធ្មេញកុមារ ឬគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលលោកអ្នកចង់បានខាងក្រោម។ ដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីគម្រោងឯកជន ដែលផ្តល់ដោយ Covered California ចូលទស្សនាគេហទំព័រ **CoveredCA.com** ឬទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសម្រាប់ Medi-Cal ចូរសរសេរឈ្មោះគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលលោកអ្នក ចង់បានខាងក្រោម។ ដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីផែន Medi-Cal ដែលមាននៅក្នុងខោនធីរបស់លោកអ្នក ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់លោកអ្នក នៅពេល លោកអ្នកចុះឈ្មោះភ្លាម សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Health Care Options តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077) ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **healthcareoptions.dhcs.ca.gov** ។

ដើម្បីពិនិត្យថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបុព្វលាភ សូមមើលឯកសារភ្ជាប់ F។

▶ ជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពធ្មេញកុមារ Covered California របស់លោកអ្នក *សម្រាប់កុមារអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះតែប៉ុណ្ណោះ*

ឈ្មោះ *នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)*	ឈ្មោះគម្រោងសុខភាពធ្មេញកុមារ	កម្រិតធានារ៉ាប់រង	ប្រភេទគម្រោងធានារ៉ាប់រង
កូនទី 1:		☐ ខ្ពស់ ☐ ទាប	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
កូនទី 2:		☐ ខ្ពស់ ☐ ទាប	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
កូនទី 3:		☐ ខ្ពស់ ☐ ទាប	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
កូនទី 4:		☐ ខ្ពស់ ☐ ទាប	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO

DEPO–គឺជាអង្គភាពនៃអ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រផ្តាច់មុខ។ DHMO–គឺជាអង្គភាពថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ DPPO–គឺជាអង្គភាពនៃអ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រដែលមានការអនុញ្ញាត

▶ ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក

គម្រោង Medi-Cal និង Covered California		<u>តែ</u>គម្រោង Covered California ប៉ុណ្ណោះ		
ឈ្មោះ *នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល (ឧទាហរណ៍ Jr., Sr., III, IV)*	ឈ្មោះគម្រោងសុខភាព	កម្រិតអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង	លេខកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍	ប្រភេទគម្រោង
បុគ្គលទី 1:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
បុគ្គលទី 2:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
បុគ្គលទី 3:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
បុគ្គលទី 4:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO

EPO–អង្គភាពនៃអ្នកផ្តល់សេវាផ្តាច់មុខ។ HMO–អង្គភាពថែទាំសុខភាព។ HSA–គណនីប្រាក់សន្សំដើម្បីសុខភាព (ប្រភេទគម្រោងនេះអនុញ្ញាតឲ្យសមាជិកបើក និងដាក់រិភាគទានក្នុងគណនីសន្សំដើម្បីសុខភាព) PPO–អង្គភាពនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការអនុញ្ញាត

ដើម្បីបំពេញការជ្រើសរើសយកគម្រោង គ្រប់បុគ្គលទាំងអស់ ដែលមានអាយុ 18 ឬចាស់ជាងនេះ ដែលកំពុងជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ត្រូវតែយល់ព្រម និងចុះកិច្ចព្រមព្រៀងមជ្ឈត្តកម្ម នៅទំព័របន្ទាប់។

ឯកសារភ្ជាប់ D បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

កិច្ចព្រមព្រៀងចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម

▶ សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ ដែលជ្រើសរើសគម្រោង Covered California:

ខ្ញុំយល់ថា គ្រប់ការចូលរួមគម្រោងសុខភាពទាំងអស់សុទ្ធតែមានវិធាន របស់វាក្នុងការដោះស្រាយវិវាទ ឬការទាមទារ រួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹម ការទាមទារ ដែលខ្ញុំបាន អះអាង អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ខ្ញុំ ដែលបានចុះឈ្មោះ អ្នកស្នងមរតក ឬតំណាងពេញសិទ្ធិចំពោះគម្រោងសុខភាព អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពតាមកិច្ចសន្យា អ្នកគ្រប់គ្រង រដ្ឋបាល ឬភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត អំពីសមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព ការធានារ៉ាប់រង ឬការផ្តល់សេវា ឬសម្ភារៈផ្សេងៗ ការផ្តល់សេវាសុខភាពដោយមានការ ធ្វេសប្រហែស ឬការធ្វេសប្រហែសរបស់មន្ទីរពេទ្យ (ការទាមទារទៅលើការផ្តល់សេវាសុខភាព ដែលធ្វើឡើងមិនបានសមស្រប មិនចាំបាច់ គ្មានការអនុញ្ញាតធ្វេសប្រហែស ឬអសមត្ថភាព) ឬការទាមទារអំពីការទទួលខុសត្រូវនៅក្នុងបរិវេណ ឬកន្លែងផ្តល់សេវា។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ ដែលតម្រូវឲ្យចងកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្មដើម្បីដោះស្រាយវិវាទកើតឡើង ខ្ញុំយល់ព្រម ឬទទួលការចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ច មជ្ឈត្តកម្ម ដើម្បីដោះស្រាយវិវាទ ឬការទាមទារនានា (រឿងរំលងតែសំណុំរឿងក្តីទាមទារតូចតាចនៅតុលាការ និងការទាមទារដែលមិនបិតក្រោមកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម ក្រោមច្បាប់ពាក់ព័ន្ធ) និងលះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលបានការជំនុំជម្រះដោយគណៈវិនិច្ឆ័យ និងមិនអាចធ្វើយរឿងក្តីនេះសម្រេចដោយតុលាការទេ លើកលែងតែមាន ច្បាប់ចែងអំពីការត្រួតពិនិត្យតាមផ្លូវច្បាប់នៃកិច្ចដំណើរការនីតិវិធីមជ្ឈត្តកម្ម។ ខ្ញុំយល់ថា ខចែងអំពីមជ្ឈត្តកម្មពេញលេញសម្រាប់ការចូលរួមគម្រោង សុខភាពនីមួយៗ មាននៅក្នុងឯកសារគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើគេមានឯកសារនោះ ដែលអាចរកបាននៅក្នុងគេហទំព័រ CoveredCA.com សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញ របស់ខ្ញុំ ឬ ខ្ញុំអាចហៅ ទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

▶ សម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ ដែលជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព Kaiser Medi-Cal:

ការជូនដំណឹងអំពីកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម: ខ្ញុំបានអានការពិពណ៌នាអំពីគម្រោងៗ ខ្ញុំយល់ថា Kaiser តម្រូវឲ្យប្រើប្រាស់ការចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្មដែលអព្យាក្រឹត្យ ដើម្បីដោះស្រាយវិវាទមួយចំនួនៗ នេះរួមទាំងវិវាទអំពីថាតើការព្យាបាលសុខភាពត្រឹមត្រូវត្រូវបានផ្តល់ជូនឬយ៉ាងណា (ដែលគេហៅថាការព្យាបាលដោយការធ្វេស ប្រហែសឬគ្មានជំនាញច្បាស់លាស់) និងវិវាទផ្សេងទៀត ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការផ្តល់សេវា រួមទាំងថាតើការផ្តល់សេវាសុខភាពធ្វើឡើង ដោយមិន ចាំបាច់ ឬដោយគ្មានការអនុញ្ញាត មិនសមស្រប ធ្វេសប្រហែស ឬអសមត្ថភាពឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសយក Kaiser ជាគម្រោងសុខភាព Medi-Cal របស់ខ្ញុំនោះ ខ្ញុំបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំតាមរដ្ឋធម្មនុញ្ញ ក្នុងការទទួលបានការជំនុំជម្រះដោយគណៈវិនិច្ឆ័យ ឬតុលាការចំពោះវិវាទទាំងនោះ។ ខ្ញុំក៏យល់ព្រមប្រើប្រាស់ការចង ភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្មដែលអព្យាក្រឹត្យ ដើម្បីដោះស្រាយវិវាទទាំងនោះផងដែរ។ ខ្ញុំមិនបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្លួនក្នុងការទទួលបានសវនាការរបស់រដ្ឋអំពីបញ្ហាណាមួយ ដែលត្រូវអនុលោមតាមកិច្ចដំណើរការសវនាការរបស់រដ្ឋទេ។

▶ ហត្ថលេខាអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គ្រប់គម្រោង<u>ទាំងអស់</u>

ហត្ថលេខា**បុគ្គលទី1** ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។ ▶	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា**បុគ្គលទី2** ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។ ▶	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា**បុគ្គលទី3** ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។ ▶	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា**បុគ្គលទី4** ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។ ▶	កាលបរិច្ឆេទ

សេចក្តីយោង *ចូរប្រើប្រាស់បញ្ជីទាំងនេះ ដើម្បី ឆ្លើយសំណួរក្នុងជំហានទី 2។*

ឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍

ប្រើបញ្ជីនេះសម្រាប់ "ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព"

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍មួយក្នុងចំណោមទាំងនេះ ***លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។***

- អ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ស្របច្បាប់ (LPR) ឬអ្នកមានបណ្ណសម្គាល់សិទ្ធិស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ (Greencard Holder)
- អ្នករស់នៅបណ្តោះអាសន្នស្របច្បាប់ (LTR)
- អ្នកសុំសិទ្ធិជ្រកកោន
- ជនភៀសខ្លួន
- ជនជាតិគុយបា/ហៃទីដែលទទួលស្គាល់ដោយអាជ្ញាធរអន្តោប្រវេសន៍សហរដ្ឋអាមេរិក
- បានទទួលសិទ្ធិឲ្យចូលសហរដ្ឋអាមេរិក
- អ្នកចូលសញ្ជាតិជាប់លក្ខខណ្ឌ ដែលបានអនុញ្ញាតមុនឆ្នាំ1980
- ប្តី/ប្រពន្ធ កូន ឬឪពុក/ម្តាយ ដែលរងការវាយដំ
- ជនរងគ្រោះពីការរត់ពន្ធ និងប្តី/ប្រពន្ធ កូន បង/ប្អូន ឬឪពុក/ម្តាយរបស់ជននោះ
- បុគ្គលដែលមានឋានភាពមិនមែនជាជនអន្តោប្រវេសន៍ (រួមមាន កម្មករ និងសិស្ស ដែលស្នាក់នៅដោយមានទិដ្ឋាការ និងពលរដ្ឋ Micronesia ពលរដ្ឋ Marshall Islands និង Palau)
- ឋានភាពស្ថិតក្រោមកិច្ចការពារបណ្តោះអាសន្ន (TPS) ឬ អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឋានភាពដែលបានកិច្ចការពារបណ្តោះអាសន្ន (TPS)
- ការអនុគ្រោះលើការចាកចេញដោយបង្ខំ (Deferred Enforced Departure, DED)
- ឋានភាពអនុគ្រោះឲ្យស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្ន (Deferred action status)
  សម្គាល់ ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាបុគ្គលដែលមានឋានភាពអនុគ្រោះឲ្យស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្នក្រោមការអនុគ្រោះសម្រាប់ដំណើរការមកដល់របស់កុមារ (DACA) នៃក្រសួងសន្តិសុខជាតិ នោះលោកអ្នកមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាមានវត្តមានស្របច្បាប់នោះទេ។
- បានទទួលការព្យួរទុកការនិរទេស ឬការព្យួរទុកការបណ្តេញចេញក្រោមច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ ឬក្រោមអនុសញ្ញាប្រឆាំងនឹងការធ្វើទារុណកម្ម (Convention against Torture, CAT)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំការដកហូតការនិរទេសខ្លួន ឬដកហូតការបណ្តេញចេញក្រោមច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ ឬក្រោមអនុសញ្ញាប្រឆាំងនឹងទារុណកម្ម (CAT)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍អនីតិជនពិសេស
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំការកែសម្រួលឋានភាព LPR ជាមួយនឹងបដ្ឋនាលិខិតទិដ្ឋាការដែលបានអនុញ្ញាត
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំសិទ្ធិជ្រកកោន
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះជាមួយនឹងឯកសារអនុញ្ញាតការងារ (EAD)
- ដីកាត្រួតពិនិត្យ (ជាមួយ EAD)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំលុបចោលការដកចេញ ឬព្យួរការនិរទេស (ជាមួយ EAD)

ប្រសិនបើឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍លោកអ្នកមិនបានរៀបរាប់ខាងលើ លោកអ្នកនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ហើយនៅតែអាចដាក់ពាក្យបាន។

បម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង

ប្រើប្រាស់បញ្ជីនេះ សម្រាប់ "តើលោកអ្នកធ្វើការងារខ្លួនឯងឬទេ?"

លោកអ្នកអាចដកចំណូលទាំងនេះ ចេញពីចំណូលសរុបរបស់លោកអ្នក ដើម្បីស្វែងរកពីចំណូលសុទ្ធបានពីការធ្វើការងារឲ្យខ្លួនឯង។ មើល "សេចក្តីណែនាំសម្រាប់តារាង C" នៅ **irs.gov** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

- ចំណាយលើរថយន្ត និងរថយន្តដឹកទំនិញ (ការធ្វើដំណើរនៅពេលធ្វើការ មិនមែនការធ្វើដំណើរពីផ្ទះ ទៅកន្លែងធ្វើការឡើយ)
- ការជួលៈ
- ប្រាក់ខែនិយោជិត និងអត្ថប្រយោជន៍បន្ទាប់បន្សំ
- ទ្រព្យសម្បត្តិ បំណុល ឬការធានារ៉ាប់រងលើការអាក់ខានពាណិជ្ជកម្ម
- ការប្រាក់ (ឧទាហរណ៍ ការប្រាក់អ៊ីប៉ូតែកដែលត្រូវបង់ឲ្យធនាគារ)
- សេវាផ្នែកច្បាប់ និងអាជីព
- ការជួលសេវា និងអចលនទ្រព្យពាណិជ្ជកម្ម
- កម្រៃជើងសារ អាករ អាជ្ញាប័ណ្ណ និងឈ្នួល
- ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម
- ការងារជាប់កិច្ចសន្យា
- ការជួសជុល និងថែទាំ
- ្ អាហារ និងការធ្វើដំណើរពាណិជ្ជកម្មជាក់លាក់មួយចំនួ ន

ឧទាហរណ៍ស្តីពីចំណូលផ្សេងទៀត

ប្រើប្រាស់បញ្ជីនេះ សម្រាប់ "តើលោកអ្នកមានចំណូលផ្សេងទៀតដែរឬទេ?"

- អត្ថប្រយោជន៍និកម្មភាព
- អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម
- ចំណូលសោធននិវត្តន៍
- ចំណូលពីការជួល ឬកម្រៃអ្នកនិពន្ធ
- សោធនអាហារកិច្ច
- ចំណូលពីការវិនិយោគ
- ចំណេញជាមូលធន
- ចំណូលពីកសិកម្ម ឬនេសាទ
- បំណុលដែលបានលុបចោល
- សេចក្តីសម្រេចរបស់តុលាការ
- កម្រៃសមាជិកគណៈវិនិច្ឆ័យ
- ផ្សេងៗ

ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ

ប្រើប្រាស់បញ្ជីនេះ សម្រាប់ "តើលោកអ្នកមានប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញដែរឬទេ?"

- ចំណាយលើការធ្វើការងារឲ្យខ្លួនឯងមួយចំនួន
- ប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញជាការប្រាក់នៃកម្ចីសម្រាប់ការសិក្សា
- ថ្លៃឈ្នួល និងសោហ៊ុយ
- ចំណាយអ្នកអប់រ
- វិភាគទាន IRA
- ចំណាយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ
- ការពិន័យលើការប្រាក់សន្សំមុនកាលកំណត់
- ប្រាក់កាត់ចេញពីគណនីសន្សំដើម្បីសុខភាព
- សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់
- ប្រាក់កាត់ចេញពីសកម្មភាពផលិតកម្មក្នុងស្រុក
- ចំណាយខាងពាណិជ្ជកម្មជាក់លាក់មួយចំនួននៃទាហានបម្រុង វិចិត្រការសម្តែង និងមន្ត្រីរដ្ឋាភិបាលស៊ីវិលកម្រៃសេវា

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ឯកសារភ្ជាប់ F: គោលការណ៍ណែនាំពីភាពក្រីក្រសហព័ន្ធ

▶ ប៉ាន់ប្រមាណពីប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបាននៅក្នុងឆ្នាំ 2014។

ចំនួនសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារ	ប្រសិនបើចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នកទាបជាង ៖	ប្រសិនបើចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នកនៅចន្លោះពី ៖
1	$15,860*	$15,860 – $45,960
2	$21,400	$21,400 – $62,040
3	$26,950	$26,950 – $78,120
4	$32,500	$32,500 – $94,200
5	$38,050	$38,050 – $110,280
	⬇	⬇
	លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។	**លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាមួយនឹងជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈ Covered California ។**

** បរិមាណចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំទាំងនេះ គឺគ្រាន់តែជាការប្រហាក់ប្រហែលប៉ុណ្ណោះ និងផ្អែកលើទិន្នន័យចំណូលឆ្នាំ 2013។*

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងក្នុងតម្លៃសមស្របពីនិយោជក ឬកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលដូចជា Medicare ឬ Medicaid នោះ លោកអ្នកនឹងមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Covered California ឡើយ។

★ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានកូន ឬមានផ្ទៃពោះ លោកអ្នកអាចមានប្រាក់ ចំណូលកាន់តែខ្ពស់ ហើយនៅតែអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការ ធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប តាមរយៈ Medi-Cal ឬ AIM។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ លោកអ្នកនិងទារក ដែលនឹងកើតមក របស់លោកអ្នក (ទារក) នឹងត្រូវរាប់ជាបុគ្គលដោយឡែក ដើម្បីបានគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal និងជាបុគ្គលម្នាក់ទទួលបានជំនួយ ហិរញ្ញវត្ថុ តាមរយៈ Covered California។

សំណួរជាទូទៅ (FAQ)

ទទួលជំនួយតាមរយ: Covered California

1. តើ Covered California ជាអ្វី ?

Covered California គឺជាទីផ្សារថ្មី ដែលអាចឲ្យបុគ្គលទាំងឡាយ និង ក្រុមគ្រួសារនានាមានលទ្ធផលភាពទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬចំណាយទាប តាមរយ: Medi-Cal ឬទទួលបានជំនួយ ក្នុងការបង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ដែលរកបានតាមរយ: Covered California។

យើងខ្ញុំមានគោលបំណងធ្វើឲ្យពលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អាចមានលទ្ធភាពទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសមរម្យនិងសាមញ្ញ។ Covered California គឺជាដៃគូមួយនៃ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Health Benefit Exchange) និងក្រសួងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Health Care Services។

2. តើ Medi-Cal គឺជាអ្វី ?

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid សហព័ន្ធដែលបានកែប្រែថ្មីរបស់ California។ វាជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាបសម្រាប់ពលរដ្ឋក្នុងរដ្ឋ California ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

3. តើកម្មវិធី Access for Infants and Mothers (AIM) គឺជាអ្វី ?

AIM គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃទាបសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងមានចំណូលខ្ពស់ពេកសម្រាប់ Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ។ AIM ក៏អាចមានសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនជាមួយនឹងប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ ឬការបង់ប្រាក់សម្រាប់តែពេលសម្រាលដែលច្រើនជាង 500$។

4. តើ Covered California អាចជួយខ្ញុំដោយរបៀបណា ?

Covered California អាចជួយលោកអ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងឯកជនដែលបំពេញតាមតម្រូវការផ្ទែកសុខភាព និងថវិកាលោកអ្នក។ យើងខ្ញុំផ្តល់គម្រោងសុខភាពមួយចំនួនដែលល្បីល្បាញបំផុតនៅក្នុងរដ្ឋ និងគម្រោងក្នុងស្រុក ឬក្នុងតំបន់មួយចំនួនទៀតផងដែរ។

យើងខ្ញុំអាចពន្យល់ពីចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពបានច្បាស់លាស់ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកអាចប្រៀបធៀបជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានសម្រាប់លោកអ្នក។ លោកអ្នកនឹងដឹងច្បាស់ពីអ្វីដែលខ្លួនកំពុងទទួលបាន និងតម្លៃដែលលោកអ្នកត្រូវបង់មុនពេលជ្រើសរើសយកគម្រោងរបស់លោកអ្នក។

5. តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេប្រសិនបើចំណូលខ្ញុំខ្ពស់ពេក ?

បាន អ្នកស្រុកនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលគ្រប់លក្ខណ:សម្បត្តិអាចទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនបាន តាមរយ:Covered California ដោយមិនគិតអំពី ប្រាក់ចំណូល។ យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ដើម្បីជួយយើង ខ្ញុំក្នុងការរកការធានារ៉ាប់រងណា ដែលក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកអាចមាន លទ្ធភាពសាកសមបំផុត។

6. តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយ: Covered California ?

លោកអ្នកនឹងមានគម្រោងសុខភាពផ្សេងៗសម្រាប់ជ្រើសរើស។ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព**មិនអាចបដិសេធផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់លោកអ្នក**ដោយសារតែលោកអ្នកធ្លាប់ឈឺពីមុន ឬមិនអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

Covered California ផ្តល់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនបួនក្រុមដូចជា៖ Platinum, Gold, Silver និង Bronze បូកនឹងគម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា។

ក្រុមនីមួយៗផ្តល់នូវកម្រិតធានារ៉ាប់រងខុសៗគ្នា ពីខ្ពស់ទៅទាប។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលរ៉ាប់រងលើចំណាយវេជ្ជសាស្ត្របន្ថែមរបស់លោកអ្នកនឹងមានបុព្វលាភខ្ពស់ជាង ប៉ុន្តែអាចឲ្យលោកអ្នកបង់តិចជាងនៅពេលដែលលោកអ្នកទទួលបានការថែទាំបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Platinum មានបុព្វលាភខ្ពស់បំផុត ប៉ុន្តែវាបង់ប្រហែលជា 90%នៃចំណាយក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ គម្រោង Gold បង់ប្រហែលជា 80% និងគម្រោង Silver បង់ប្រហែលជា 70% នៃចំណាយក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ គម្រោង Bronze មានបុព្វលាភទាបបំផុត ប៉ុន្តែបង់ប្រហែលជា 60% នៃចំណាយលើសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រង។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញដែលមានសូមចលទៅកាន់ **CoveredCA.com** ហើយពិនិត្យឡើងវិញលើឯកសារគម្រោងដូចជា ភស្តុតាងធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង ឬគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ ឬទូរស័ព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយ:លេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណ:សម្បត្តិទទួល Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងនិងការចំណាយ មានលក្ខណ:ខុសគ្នា និងអាចមិនគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក។

7. តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយ: Covered California ដែរឬទេ ?

ពលរដ្ឋ California គ្រប់រូបអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយ: Covered California ប្រសិនបើពួកគេគឺជាអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋ ហើយបំពេញទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្សេងទៀត។

អ្នកដាក់ពាក្យអាចមានលក្ខណ:សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គម្រោងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាប ឬសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលអាចបន្ថយចំណាយបុព្វលាភ និងថ្លៃចំណាយ។ បរិមាណនៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគឺ អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ និងចំណូលគ្រួសារ។ អ្នកដាក់ពាក្យមានលក្ខណ:សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប្រសិនបើចំណូលពួកគេបំពេញតាមចំនួនកំណត់នៃចំណូល។

8. តើវាមានតម្លៃប៉ុន្មាន ?

តម្លៃរបស់វាអាស្រ័យលើកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វី និងជំនួយហិរញ្ញវត្ថុអ្វី ដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណ:សម្បត្តិនឹងទទួល ព្រមទាំងគម្រោងណាមួយ ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើស។ លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់ម៉ាស៊ីនគិតលេខលើតម្លៃរបស់វាបាន តាមរយ: **CoveredCA.com** ដើម្បីរកមើលតម្លៃ និងពីនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណ:សម្បត្តិទទួលជំនួយសម្រាប់បង់ការធានារ៉ាប់រងឬយ៉ាងណា។

សំណួរជាទូទៅ បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

ត្រូវការជំនួយឬ ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយ:លេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

CCFRM604 (11/13) KH

ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California *(បន្ត)*

9. តើខ្ញុំគួរតែបញ្ចូលប្រាក់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំជាមួយ នឹងពាក្យស្នើសុំនេះទេ?

ទេ ចូរកុំផ្ញើប្រាក់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងលើកដំបូងរបស់លោកអ្នកជាមួយ នឹងពាក្យ ស្នើសុំនេះ។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រឲ្យលោកអ្នក សម្រាប់ទឹកប្រាក់ដែលលោកអ្នកជំពាក់។

10. តើខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមវិធីណា?

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California តាមមធ្យោបាយដូចខាងក្រោម៖

- **វែបសាយ**: ចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**។ យើងខ្ញុំមានផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ ដែលបានពន្យល់ជាពាក្យពេចន៍ងាយយល់ និងច្បាស់លាស់។
- **តាមទូរស័ព្ទ**: ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- **តាមទូរសារ**: ផ្ញើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកតាមទូរសារលេខ **1-888-329-3700**។
- **តាមរយៈសំបុត្រ**: ផ្ញើពាក្យសុំរបស់ Covered California តាមរយៈសំបុត្រមកកាន់

  Covered California
  P.O. Box 989725
  West Sacramento, CA 95798-9725
- **មកជួបផ្ទាល់**: យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គម របស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ! សម្រាប់បញ្ជីទីកន្លែងដែលនៅជិតកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ សូមចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com** ឬទូរសព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

11. ខ្ញុំកំពុងចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medi-Cal។ តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ដែរឬទេ?

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលលោកអ្នកមានការប្រែប្រួលនៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ឬក្នុង ពេលបន្តសុពលភាពសេវាប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នកជាថ្មីទៀត លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត និងជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Covered California។

12. តើធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងរួចហើយ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យរួចហើយ ពីនិយោជករបស់លោកអ្នកនោះ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ។ ប៉ុន្តែលោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំដើម្បីរកមើលថាតើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃទាបដែរឬទេ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ត្រូវប្រាកដថាលោកអ្នកត្រូវបំពេញ ឯកសារភ្ជាប់ B ហើយផ្ញើវាជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។

13. តើខ្ញុំត្រូវការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ ដោយហេតុថា កំណែទម្រង់សុខាភិបាលបានចាប់ផ្តើមឬ?

ចាប់ផ្តើមនៅក្នុងខែមករា ឆ្នាំ2014 មនុស្សភាគច្រើន រួមទាំងកូនក្មេង នឹងត្រូវតម្រូវឲ្យមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព បើពុំដូច្នោះទេ គេត្រូវបង់ការពិន័យពន្ធ។ ការធានារ៉ាប់រងអាចរួមមាន៖ ការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈការងារ ការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកទិញដោយខ្លួនឯង, Medicare ឬ Medi-Cal។

ប៉ុន្តែមនុស្សមួយចំនួនរួចកាតព្វកិច្ចក្នុងការទិញធានារ៉ាប់រង។ ប្រជាជនទាំងនោះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹមតែ សមាជិកនៃក្រុម ឬនិកាយសាសនាដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ ដែលជំនឿសាសនារបស់ពួកគេ ជំទាស់នឹងការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍ពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព, អ្នកជាប់ពន្ធធនាគារ, ជនដែលជាសមាជិកកុលសម្ព័ន្ធ, ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ, និងជនទាំងឡាយ ដែលត្រូវបង់លើស 8% នៃប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្លួនសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រោយពីគិតគូរវិភាគទានរបស់និយោជក ឬជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។

ក្នុងឆ្នាំ 2014 ការផាកពិន័យនឹងមានចំនួន 1% នៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ ឬ ចំនួន $95 ពេលគឺយកចំនួនមួយណាដែលខ្ពស់ជាង។ ការផាកពិន័យនឹងឡើងខ្ពស់រៀងរាល់ឆ្នាំ។ នៅឆ្នាំ 2016 ការផាកពិន័យនឹងមានចំនួន 2.5% នៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នក ឬ $695 ពេលគឺយកចំនួនមួយណាដែលខ្ពស់ជាង។ ក្រោយឆ្នាំ 2016 ការផាកពិន័យពន្ធនឹងកើនឡើងរៀងរាល់ ឆ្នាំ ដោយផ្អែកលើការលៃតម្រូវចំណាយក្នុងការរស់នៅ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផាកពិន័យ សូមទស្សនាគេហទំព័រ **CoveredCA.com** ឬសូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមនៃខោនធី ឬ Covered California។

14. ខ្ញុំមិនមានព័ត៌មានគ្រប់យ៉ាង ដែលខ្ញុំត្រូវការដើម្បីឆ្លើយសំណួរលើពាក្យ ស្នើសុំទេ។ តើខ្ញុំគួរធ្វើយ៉ាងម៉េច?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានគ្រប់ព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំទេ សូមចុះហត្ថលេខា រួចផ្ញើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកមកសិនក៏បាន។ យើងខ្ញុំ នឹងហៅទូរស័ព្ទទៅជម្រាបប្រាប់លោកអ្នកនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងរយៈពេល 10 ទៅ 15ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួលដំណឹងអ្វីពីយើងខ្ញុំ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

15. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងក្រោយពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ?

យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 45ថ្ងៃ ដើម្បីជម្រាបប្រាប់លោកអ្នកអំពីថាតើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់លោកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់កម្មវិធីណាមួយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួលដំណឹងអ្វីពីយើងខ្ញុំ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

សំណួរជាទូទៅ *បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California *(បន្ត)*

16. តើខ្ញុំអាចរកជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោង បានដែរឬទេ?

ចាស/បាទ! ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះ ដែល មានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselor) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agent) ក្នុងសហគមន៍ទូទាំងរដ្ឋ ផ្តល់ព័ត៌មានជូនលោកអ្នកអំពីការជ្រើសរើសការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីៗ និងជួយជ្រោមជ្រែងដល់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់ លោកអ្នក។ លោកអ្នកក៏អាចរកជំនួយបានផងដែរ តាមរយៈការចូលទៅ កាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមនៃខោនធីរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយជាភាសាផ្សេងៗជាច្រើន។

ទទួលជំនួយសម្រាប់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោង៖

- **វ៉ែបសាយ**: ចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**។ យើងខ្ញុំមានផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ ដែលបានពន្យល់ជាពាក្យពេចន៍ងាយយល់ និងច្បាស់លាស់។
- **តាមទូរស័ព្ទ**: ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- **មកជួបផ្ទាល់**: យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះ ដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គម របស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ! សម្រាប់បញ្ជីទីកន្លែងដែលនៅជិតកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ សូមចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com** ឬទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

17. តើខ្ញុំអាចជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពយ៉ាងដូចម្តេច?

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈទទួលគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Covered California លោកអ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ដើម្បីរកទិញដោយងាយ និងប្រៀបធៀបគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

Covered California នឹងផ្តល់ជម្រើសអំពីគម្រោង ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន និងគម្រោង Medi-Cal ផងដែរ។ លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងដែលបំពេញបានល្អបំផុតតាមត្រូវការ និងថវិការបស់លោកអ្នក។

- លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់តម្លៃប្រចាំខែខ្ពស់ (ហៅថា បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង) ដើម្បីលោកអ្នកបង់ចំណាយពីហោប៉ៅខ្លួនឯងតិច នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាព។
- ***បើពុំដូច្នោះទេ*** លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់តម្លៃប្រចាំខែទាប ប៉ុន្តែបង់ចំណាយពីហោប៉ៅខ្លួនឯងច្រើន នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាព។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងនិងការចំណាយគឺខុសគ្នា ហើយវាអាចនឹងមិនបាច់បង់ក៏បាន។ ដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីគម្រោង Medi-Cal នៅក្នុងខោនធីរបស់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ Health Care Option តាមរយៈលេខ **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077) ឬ ទស្សនាគេហទំព័រ **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**។

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

18. ខ្ញុំរកលុយមិនបានច្រើនទេ។ តើមានកម្មវិធីអ្វីខ្លះអាចជួយឲ្យខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព?

ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី1 ខែមករា ឆ្នាំ2014 អ្នកដែលត្រូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាព អាចទទួលបានជំនួយតាមមធ្យោបាយមួយក្នុងចំណោមមធ្យោបាយទាំង នេះ៖

A. ជំនួយជាមួយនឹងបុព្វលាភប្រចាំខ ជំនួយបុព្វលាភអាចជួយឲ្យលោកអ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងតម្លៃសមរម្យ។ អ្នកដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង អាចទទួលជំនួយជាមុនបាន (មុនពេលពួកគេដាក់ប្រតិវេទន៍ពន្ធ) ដើម្បីធ្វើឲ្យបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់ខ្លួនកាន់តែទាប។ ឬពួកគេអាចទទួលជំនួយនេះបាននៅចុងឆ្នាំ ហើយបង់ពន្ធតិច។

  បរិមាណជំនួយសម្រាប់បុព្វលាភប្រចាំខែ អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

B. Medi-Cal: Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែលត្រូវ បានបង់ជាមួយនឹងពន្ធរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ វាជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ប្រជាជននៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងបំពេញ តាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដាក់លាក់មួយចំនួន។

  ប្រសិនប្រាក់ចំណូលបិតនៅក្នុងកម្រិតកំណត់នៃ Medi-Cal សម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់លោកអ្នកនោះ លោកអ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ។

19. ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ តើជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរភ្លាមៗឬទេ?

ទេ ជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកនឹងមិនមានការផ្លាស់ប្តូរភ្លាមៗទេ។ យើងខ្ញុំនឹងដំណើរការព័ត៌មានថ្មីណាមួយ ដែលយើងខ្ញុំមាន។ ហើយយើងខ្ញុំនឹងជម្រាបលោកអ្នក ប្រសិនបើបរិមាណបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ។

20. ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ តើការផ្លាស់ប្តូរនោះនឹង ប៉ះពាល់ដល់រូបខ្ញុំនៅពេលខ្ញុំធ្វើប្រវេទ៍ន៍ពន្ធរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?

សំខាន់ត្រូវរាយការណ៍ប្រាប់ Covered California អំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលដែលធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់បរិមាណជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកទទួល។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកថយចុះ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបរិមាណជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងកាន់តែខ្ពស់ ហើយបន្ថយការចំណាយលុយហោប៉ៅរបស់លោកអ្នក បានកាន់តែច្រើន។ ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកកើនឡើង លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងច្រើនពេក ហើយគេអាចតម្រូវឲ្យលោកអ្នកបង់សងប្រាក់នោះនៅពេលលោកអ្នក ធ្វើប្រតិវេទន៍ពន្ធរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។

***សំណួរជាទូទៅ** បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ *(បន្ត)*

21. តើធ្វើដូចម្តេចបើខ្ញុំមិនបានដាក់ប្រវេទន៍ពន្ធឆ្នាំមុន?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានដាក់ប្រវេទន៍ពន្ធឆ្នាំមុន លោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងទទួលជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនេះបាន។ យើងនឹងប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ដើម្បីជួយយើងខ្ញុំក្នុងការកត់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលសមស្របបំផុតសម្រាប់លោកអ្នក និងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ប្រវេទន៍ពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។

22. តើធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរក្រោយពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ?

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលលោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរ វាអាចធ្វើឲ្យផ្លាស់ប្តូរដល់ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Covered California សូមហៅទូរស័ព្ទរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ ចំណូលរបស់លោកអ្នក ដែលអាចធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 30ថ្ងៃ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន Medi-Cal ហើយប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ សូមទំនាក់ទំនងការិយាល័យសេវាសង្គមកិច្ចនៃខោនធីរបស់លោកអ្នក ក្នុងរយៈពេល10ថ្ងៃ។

សំណួរផ្សេងៗទៀត

23. តើអ្នកគ្រប់គ្នានៅក្នុងពាក្យស្នើសុំត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកឬ?

ទេ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Medi-Cal បាន ទោះបីលោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកក៏ដោយ។

24. តើគ្រួសារខ្ញុំ និងខ្ញុំគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីដូចគ្នាទេ?

អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ ឬប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់លោកអ្នក លោកអ្នក ឬគ្រួសារលោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីខុសៗគ្នា។ ជាឧទាហរណ៍ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលមាន តាមរយៈ Covered California។ ប៉ុន្តែកូនរបស់លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ដោយឥតគិត ថ្លៃ។ យើងខ្ញុំនឹងជម្រាបជូនលោកអ្នកថាតើលោកអ្នក ឬសមាជិកដទៃទៀតគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយ។

25. ពាក្យស្នើសុំនេះទាមទារនូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនជាច្រើន។ តើ Covered California នឹងចែករំលែកព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំឬ?

ទេ ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់គឺជាព័ត៌មានសម្ងាត់ និងមានការធានាតាមការតម្រូវដោយច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកត្រឹមតែមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

26. តើខ្ញុំនឹងអាចប្រើប្រាស់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Covered California ថ្មីរបស់ខ្ញុំភ្លាមដែរឬទេ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំរវាងខែតុលា និងខែធ្នូ ឆ្នាំ2013 គម្រោងសុខភាពចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវានៅថ្ងៃទី1 ខែមករា ឆ្នាំ2014។ ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅក្រោយថ្ងៃទី1 ខែមករា ឆ្នាំ2014 គម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក អាចចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវាភ្លាមៗនៅបន្ទាប់ពីខែដែលលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។

27. តើលោកអ្នកចង់មានន័យថាម៉េចចំពោះពាក្យថា "ពិការភាព"?

លោកអ្នកអាចមានពិការភាព និងគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ប្រសិនបើ:

- លោកអ្នកគរថ្លង់ ឬមានការបាត់បង់ល្បឿនធ្ងន់ធ្ងរ។
- លោកអ្នកពិការភ្នែក ឬបាត់បង់គំហើញធ្ងន់ធ្ងរ ទោះបីពេលពាក់វ៉ែនតា។
- លោកអ្នកមានពិការភាពផ្នែកបញ្ញា ឬការយល់ដឹង និងមានពិបាកចងចាំ ផ្តោតអារម្មណ៍ ឬធ្វើការសម្រេចចិត្ត។
- លោកអ្នកមានបញ្ហាមិនអាចដើរបាន និងពិបាកដើរ ឬឡើងជណ្តើរ។
- លោកអ្នកមានការពិបាកងូតទឹក ឬស្លៀកពាក់ ឬធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃស្រដៀងគ្នា។
- លោកអ្នកមានស្ថានភាពកាយ ចិត្ត ឬអារម្មណ៍ និងមានការពិបាកក្នុងការធ្វើអ្វីមួយ (ដូចជា ដើរទិញតាវ៉ាន់ ឬទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត) ដោយគ្មានជំនួយ។

លោកអ្នកមិនត្រូវតែទទួលសេវាជំនួយពិសេសនៅក្នុងផ្ទះ ឬរស់នៅក្នុងប្រភេទណាមួយនៃកន្លែងថែទាំ ឬកន្លែងរស់ណាមួយដោយមានជំនួយនោះទេ។

28. ខ្ញុំមានស្ថានភាព ឬពិការភាពកាលពីមុន។ តើខ្ញុំអាចទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California ហានទេ?

បាន លោកអ្នកអាចទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយមិនគិតអំពីស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន ឬអតីត ឬពិការភាពបច្ចុប្បន្ន ឬកាលពីមុនឡើយ។

ចាប់ផ្តើមនៅក្នុងឆ្នាំ 2014 គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពភាគច្រើន មិនអាចបដិសេធផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងចំពោះលោកអ្នក ឬមិនអាចគិតលុយលោកអ្នកច្រើន ដោយសារលោកអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាព ឬពិការភាពពីមុនឡើយ។

29. ខ្ញុំទើបតែដឹងថាខ្ញុំមានផ្ទៃពោះ។ តើខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលនឹងធានារ៉ាប់រងខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលខ្ញុំមានផ្ទៃពោះបានទេ?

ចាស/បាទ។ ត្រូវប្រាកដក្នុងការឆ្លើយ ចាស/បាទ ទៅនឹងសំណួរនៃពាក្យស្នើសុំ "តើលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ?" ឬចូរប្រាប់អ្នកដែលជួយបំពេញពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំមុនពេលសម្រាលកូន កំពុងសម្រាល និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាល។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពលែងអាចបដិសេធលោកអ្នកក្នុងការទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទៀតឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ។

***សំណួរជាទូទៅ** បន្តនៅទំព័របន្ទាប់*

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 8ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8ព្រឹកដល់ម៉ោង 6ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

សំណួរផ្សេងៗទៀត *(បន្ត)*

30. ទើបតែមានកូនង៉ែតថ្មីម្នាក់។ តើខ្ញុំគួរធ្វើដូចម្តេចអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមាន Medi-Cal ឬ Access for Infants and Mother (ការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កូននិងម្តាយ AIM) នៅពេលកំពុងសម្រាលកូន ចូរបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ សម្រាប់កូនទើបនឹងកើតរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកពិតជាមាន Medi-Cal ឬ AIM ក្នុងអំឡុងពេលលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ លោកអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញពាក្យ ស្នើសុំនេះទេ។

- រួមបញ្ចូលព័ត៌មានម្តាយលើទំព័រទី2 នៃពាក្យស្នើសុំនេះ
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន Medi-Cal ចូរហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គមនៃខោនធីរបស់លោកអ្នក ដើម្បីឲ្យប្រាកដថាកូនង៉ែតរបស់អ្នកបានទទួលការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីពេលកើត ឬចូរបំពេញទម្រង់ពាក្យស្នើសុំទាក់ទងនឹងកូនទើបកើត។ ចូរព្រីនទម្រង់បែបបទនេះចេញពីគេហទំព័រ **www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/ mc330.pdf**។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន AIM ចូរហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ **1-800-433-2611** ឬចូលទៅកាន់ **aim.ca.gov** ដើម្បីចុះឈ្មោះកូនង៉ែតរបស់អ្នក។

31. តើខ្ញុំនឹងគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលការធានារ៉ាប់រងទេ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋម្នាក់ ឬមិនមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌតម្រូវទេនោះ?

អ្នកដែលរស់នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះបាន ដោយប្រើប្រាស់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ មានតែអ្នកដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះប៉ុណ្ណោះ ត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ឬព័ត៌មានស្តីអំពីឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍។

ប៉ុន្តែលោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពមួយចំនួន ដោយមិនគិតអំពីឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក និងទោះបីជាលោកអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមក៏ដោយ។

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាការសម្ងាត់ ហើយចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដទៃទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលកម្មវិធី ណាមួយដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលប៉ុណ្ណោះ។

32. តើលោកអ្នកបិតក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹមនៅខួបកំណើតអាយុ 18ឆ្នាំឬ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកបិតនៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម ហើយបានទទួល Medicaid នៅរដ្ឋណាមួយ នៅពេលលោកអ្នកដល់អាយុ 18ឆ្នាំ ហើយឥឡូវនេះ លោកអ្នកមានអាយុរវាងពី 18ឆ្នាំ និង 26ឆ្នាំ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal។ បន្ទាប់មកយើងនឹងបញ្ជាក់ថាលោកអ្នកគឺជាអ្នកស្រុករស់ នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា យើងនឹងចុះឈ្មោះលោកអ្នកក្នុង Medi-Cal ដោយឥតគិត ថ្លៃ។ បន្ទាប់មកយើងខ្ញុំនឹងបញ្ជាក់ថា លោកអ្នកបានបិតនៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹម និងមាន Medicaid ពីមុនមក។

33. អ្វីទៅជាការចាត់ទុកថាជាការបើកប្រាក់តែមួយលើក?

ការបើកប្រាក់តែមួយលើក ត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់តែប្រាក់ឈ្នួលល្បែង, ប្រាក់ង្វាន់, ការលុបបំណុលចោល, ប្រាក់ខែ ឬប្រាក់ឈ្នួលពីនិយោជកមុនដែលទទួលបានដោយប្តី/ប្រពន្ធដែលនៅរស់, ប្រាក់សន្តិសុខសង្គមប្រតិសកម្ម និងប្រាកអត្ថប្រយោជន៍នៃការចូលនិវត្តន៍របស់កម្មករធ្វើការនៅតាមផ្លូវដែក, ប្រាក់ឈ្នះឆ្នោត, អំណោយ, និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងប្រតិសកម្ម សម្រាប់អ្នកអត់ការងារធ្វើ។

34. តើពាក្យថា "បម្រើការងារឲ្យខ្លួនឯង" មានន័យដូចម្តេច?

អ្នកដែលបម្រើការឲ្យខ្លួន រកចំណូលចិញ្ចឹមជីវិតដោយផ្អាល់ពីអាជីវកម្ម ឬ សេវាផ្ទាល់ខ្លួន។ ពួកគេមិនទទួលលុយពីក្រុមហ៊ុនណាមួយដែលបើកលុយឲ្យពួកគេទេ។

35. តើខ្ញុំអាចទទួលព័ត៌មានអំពីការក្លាយជាអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នៅឯណា?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនទាន់បានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែង ដែលលោកអ្នករស់នៅបច្ចុប្បន្នទេ ហើយមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះដើម្បីបោះឆ្នោតថ្ងៃនេះ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **registertovote.ca.gov** ។ ឬ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-345-VOTE (8683)**។

36. ខ្ញុំជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។ តើ Covered California អាចជួយខ្ញុំបានយ៉ាងដូចម្តេច?

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋសហព័ន្ធជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ឬប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិតាមវិធីមួយផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមនៅទីក្រុងនោះ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាប ដូចជាជំនួយក្នុងការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឬ គ្មានការបង់រួម។ លោកអ្នកក៏អាចមានពេលវេលាពិសេសក្នុងការចុះឈ្មោះប្រចាំខែផងដែរ។

- ចូរបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A ហើយធ្វើដោយមានកំស្តុតាងបញ្ជាក់ថាលោកអ្នកគឺជាជនជាតិដើមឥណ្ឌា ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។ លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់កាតចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ឬលិខិតបញ្ជាក់អំពីសញ្ញាបត្រឈាមឥណ្ឌាក្រហម (Certificate of Degree of Indian Blood, CDIB) ពីការិយាល័យកិច្ចការឥណ្ឌាក្រហម (Bureau of Indian Affairs)។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal លោកអ្នកមិនចាំបាច់ផ្ញើកំស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាទេ។ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល Medi-Cal ចូរមើលឯកសារភ្ជាប់ F។

37. តើធ្វើដូចម្តេចបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមទៅនឹងការសម្រេច ដែល Covered California ធ្វើឡើង?

លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមិនសុខចិត្ត។ ដើម្បីប្តឹងតវ៉ាមិនសុខចិត្ត ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ សូមទាក់ទង Covered California តាមមធ្យោបាយមួយក្នុងចំណោមធ្យោបាយទាំងនេះ៖

- **តាមវិបសាយ**: ចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**។
- **តាមទូរស័ព្ទ**: ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- **តាមទូរសារ**: ផ្ញើពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់លោកអ្នកតាមទូរសារលេខ **1-888-329-3700**។
- **តាមរយៈសំបុត្រ**: ផ្ញើពាក្យសុំរបស់ Covered California តាមរយៈសំបុត្រមកកាន់
  Covered California
  P.O. Box 989725
  West Sacramento, CA 95798-9725
- **មកជួបផ្ទាល់**: យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និង ភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យសេវា សង្គមរបស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!

  សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ នៅក្បែរកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ ឬបញ្ជីឈ្មោះការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមរបស់ខោនធីដែលបិតនៅក្បែរលោកអ្នក សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ឬទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៨ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

អាចមានជំនួយបន្ថែម

CalFresh

តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទិញម្ហូបអាហារ សម្រាប់លោកអ្នក និង ក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទេ?

CalFresh អាចជួយលោកអ្នកបាន! នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា កម្មវិធីជំនួយ អាហារូបត្ថម្ភបន្ថែមនៃរដ្ឋសហព័ន្ធ (SNAP) ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា CalFresh។ CalFresh ជួយលោកអ្នកក្នុងការបង់លុយទិញបន្លែ ផ្លែឈើ និងអាហារសុខភាពផ្សេងទៀត។

ដើម្បីពិនិត្យថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួល CalFresh សូម ហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ **1-877-847-3663** ឬចូលទៅកាន់ **www.calfresh.ca.gov** ឬដាក់ពាក្យតាមគេហទំព័រ **benefitscal.org**។

Welltopia តាមរយៈ DHCS

ចូលទស្សនា Welltopia តាមរយៈនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) ទីកន្លែងថែទាំសុខភាព នៅលើ Facebook និង Twitter! លោកអ្នកនឹងរកឃើញការណែនាំសំខាន់អំពីការបន្ថយស្ត្រេស ទទួលទានអាហារកាន់តែមានសុខភាព រីករាយនឹងសកម្មភាពលំហាត់ប្រាណ ឈប់ជក់បារី និងច្រើនទៀត។

Welltopia តាមរយៈ DHCS មាន:

- កម្មវិធីសុខភាពប្រកបដោយភាពរីករាយ ដោយឥតគិតថ្លៃ
- វីដេអូរីករាយចាប់អារម្មណ៍
- តំណភ្ជាប់ទៅកាន់:
  - រូបមន្តធ្វើម្ហូបងាយៗ និងមានរសជាតិឆ្ងាយ
  - ទីតាំងផ្សារកសិករ
  - CalFresh
- ទីកន្លែងនិងសកម្មភាពសប្បាយៗសម្រាប់លោកអ្នក និងកូនលោកអ្នក
- ការអប់រំ និងការធ្វើតេស្តរកការងារធ្វើ និងសេវាផ្សេងទៀតធ្វើឲ្យជីវិតលោកអ្នកកាន់តែមានភាពងាយស្រួលបន្តិចទៀត។

ចុច "Like" Welltopia by DHCS នៅលើ Facebook!
ចូលទៅកាន់: Facebook.com/DHCSWelltopia

ចូលរួមជាមួយយើងខ្ញុំ! @Weltopiadhcs

Earned Income Tax Credit (EITC)

EITC គឺជាអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកធ្វើការ ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ទៅមធ្យម។ ពន្ធប្រភេទនេះបន្ថយបរិមាណពន្ធដែលលោកអ្នកជំពាក់
ហើយក៏អាចឲ្យលោកអ្នកសងវិញបានដែរ។

www.eitc.ca.gov

Child Tax Credit

ឥណទានពន្ធនេះអាចមានតម្លៃច្រើនដល់ $1,000 ក្នុងក្មេងម្នាក់ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក។

www.childtaxcredit.ca.gov

ទទួលបានជំនួយជាភាសាផ្សេងៗទៀត

លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះជាភាសាផ្សេងៗទៀត។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言獲得此申請的幫助。請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

ចុច "Like" Covered California នៅលើ Facebook!
ចូលទៅកាន់: Facebook.com/CoveredCA

ចូលរួមជាមួយយើងខ្ញុំ! @CoveredCA