

កម្មវិធីសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់ Medi-Cal
សេចក្តីជូនដំណឹងសម្រាប់អ្នក
(កង្វះព័ត៌មានសម្រាប់អ្នក)

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

លេខសម្គាល់អតិថិជន៖ _____

ជូនចំពោះ៖ _____

លេខ Medi-Cal ៖ _____

ផែនការសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់ខោសាន ឬ មិនបានផ្តល់សេវាកម្មក្នុងរយៈពេល _____ ថ្ងៃធ្វើការ រាប់ចាប់ពីថ្ងៃដាក់សំណើសេវាកម្មដំបូង។

តាមកំណត់ហេតុរបស់យើងបង្ហាញថា លោកអ្នកបានស្នើសុំសេវាកម្ម ឬសេវាកម្មត្រូវបានស្នើសុំក្នុងនាមអ្នកនៅថ្ងៃ _____ ។

សេវាកម្មខាងក្រោមនេះត្រូវបានផ្តល់ដោយលោកអ្នក ឬក្នុងនាមរបស់លោកអ្នក៖

- ការណាត់ជួបគ្នាដំបូងជាទម្រង់
- ការណាត់ព្យាបាលជាទម្រង់នៅថ្ងៃជាមួយគ្នានឹងថ្ងៃណាត់ជួបគ្នាដំបូង
- ការណាត់ជួបគ្នាដំបូងបន្ទាន់ បន្ទាប់ពីចេញពីមន្ទីរសម្រាកដំណើរការកើតឡើងភ្លាមៗ ពីពន្ធនាគារ ឬពីមន្ទីរយុត្តិធម៌នីតិវិធី។
- ការកំណត់ពេលណាត់ជួបគ្នាដំបូងឡើងវិញ ដោយសារការលះខ្វះខាតមិនអាចជៀសបាននៅខាងអ្នកផ្តល់សេវា។
- ការកំណត់ពេលណាត់ជួបគ្នាដំបូងឡើងវិញ ដោយសារលោកអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកលុបចោលការណាត់ជួបជាមុន។
- ការកំណត់ពេលណាត់ជួបគ្នាដំបូងឡើងវិញ ដោយសារលោកអ្នកមិនរក្សាការណាត់ជួបដំបូង។
- ផ្សេងៗ _____

យើងខ្ញុំសូមអភ័យទោសចំពោះការយឺតយ៉ាវក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មត្រូវបានទាន់ពេលវេលា។ យើងខ្ញុំកំពុងធ្វើការលើសំណើរបស់លោកអ្នក និងសង្ឃឹមថាអាចផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេវាកម្មផ្សេងៗដែលបានស្នើសុំក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ។

លោកអ្នកអាចស្នើសុំសេវាការថ្នាក់រដ្ឋដើម្បីពិចារណាបើមូលហេតុនៃការយឺតយ៉ាវ។

ផ្នែកម្ខាងទៀតនៃទម្រង់ពាក្យនេះពន្យល់ពីរបៀបស្នើសុំសេវាការថ្នាក់រដ្ឋ។

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះត្រូវបានទាមទារដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី 42 ច្បាប់ស្តីពីបទបញ្ជាសហព័ន្ធ ផ្នែកទី 438 ផ្នែករង F។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាអ្នកទទួលបានពី Medi-Cal បានទទួលច្បាប់ដើមនៃ NOA-E នេះ ច្បាប់ចម្លងនៃ NOA ខាងខ្នង និងច្បាប់ចម្លងនៃវិធីស្តីពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងខ្លួនឯង - សេចក្តីណែនាំសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។
(LACDMH Medi-Cal Specialty Mental Health Services Provider Manual, 4th Ed., July 2009, Section XVI, P. 1)

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលិក៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា៖ _____

អ្នកផ្តល់សេវា #: _____

សិទ្ធិស្មើគ្នាសវនាការរបស់លោកអ្នក

អ្នកមានរយៈពេលតែ 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំលើកសវនាការ។ 90 ថ្ងៃ គឺអាចចាប់ផ្តើមពី៖

1. ថ្ងៃបន្ទាប់ ពីយើងបានផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងទទួលបានរបស់អ្នកសុខភាពផ្លូវចិត្តនេះដល់លោកអ្នកដោយផ្ទាល់ ឬ
2. ថ្ងៃបន្ទាប់កាលបរិច្ឆេទ ក្រោយពីយើងបានផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងទទួលបានរបស់អ្នកសុខភាពផ្លូវចិត្តនេះដល់លោកអ្នកដោយផ្ទាល់។

សវនាការថ្នាក់ដ្ឋប្រញាប់

ជាធម្មតាវាប្រើពេលប្រមាណ 90 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃនៃការស្នើរបស់លោកអ្នកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចពីការលើកសវនាការ។ បើសិនជាលោកអ្នកគិតថា ពេលវេលានេះនឹង បណ្តាលឱ្យមានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្លួន ដូចជាបញ្ហាជាមួយសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបាន រក្សា ឬ ទទួលបានមុខងារជីវិតសំខាន់ៗឡើងវិញ លោកអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់ដ្ឋប្រញាប់បាន។ **ដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់ដ្ឋប្រញាប់ សូមគូសពិភាក្សាអំពី 1 ទៅផ្លូវលេខស្តីពីលទ្ធផលនៃការព្យាបាល និងបញ្ជាក់ពីទូលហេតុដែលអ្នកស្នើសុំសវនាការប្រញាប់។** បើសិនជា សំណើសវនាការប្រញាប់របស់លោកអ្នកត្រូវបានអនុម័ត សេចក្តីសម្រេចអំពី សវនាការនឹងចេញក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃធ្វើការ រាប់ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ ដែលផ្នែកសវនាការរបស់រដ្ឋទទួលបានសំណើរបស់លោកអ្នក។

ដើម្បីរក្សាសេវាកម្មដែលរបស់លោកអ្នក គណៈដែលអ្នកកំពុងដំទាញសវនាការ

- លោកអ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃដែលខ្លួនបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងទទួលបានរបស់អ្នកសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការផ្លាស់ប្តូរសេវាកម្ម កាលបរិច្ឆេទមួយណាក៏បានដែលយូរជាង។
- សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត Medi-Cal របស់លោកអ្នកស្ថិតនៅដដែល រហូតដល់សេចក្តីសម្រេចសវនាការចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង ដែលមិនអំណោយផលដល់លោកអ្នកឯសំណើស្នើសុំសវនាការ ឬផែនការកំណត់ពេលវេលា ឬសេវាសម្រាប់សេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នកផុតកំណត់កាលបរិច្ឆេទមួយណាក៏បានដែលដល់មុន។

បទបញ្ជារដ្ឋដែលមាន

បទបញ្ជារដ្ឋ រាប់បញ្ចូលបទបញ្ជាដែលត្រូវដណ្តប់លើសវនាការថ្នាក់ដ្ឋ គឺមាននៅឯកវិធានយល់យល់សុខុមាលភាពក្នុងខោនធីមួយដានរបស់លោកអ្នក។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ

លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅតាមការិយាល័យជំនួយផ្លូវច្បាប់ក្នុងតំបន់ ឬ ក្រុមផ្សេងៗទៀត។ លោកអ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់ខ្លួន ឬជំនួយផ្លូវច្បាប់ឥតគិតថ្លៃពីផ្នែកសំណួរ និងចម្លើយសាធារណៈ៖
ហៅទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃ៖ 1-800-952-5253
បើសិនជាលោកអ្នកម្តង និងប្រើ TDD សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-8349

តំណាងដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត

លោកអ្នកអាចតំណាងឱ្យខ្លួនឯងនៅឯសវនាការថ្នាក់ដ្ឋ។ លោកអ្នកក៏អាចមានអ្នកតំណាងជាមិត្តភក្តិ មេធាវី ឬបុគ្គលផ្សេងៗដែលខ្លួនជឿជាក់។ លោកអ្នកត្រូវតែរៀបចំកិច្ចការអ្នកតំណាងនេះដោយខ្លួនឯង។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ស្តីពីការអនុវត្តពិការភាព (ច្បាប់ស៊ីវិលរដ្ឋ California ផ្នែក 1798 និងផ្នែកបន្ត)។ ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកត្រូវបានស្នើឱ្យផ្តល់នៅទម្រង់ពាក្យនេះ គឺជាការចាំបាច់ដើម្បីដំណើរការសំណើសវនាការរបស់លោកអ្នក។ ការដំណើរការអាចត្រូវបានពន្យារពេលបើសិនជាពិការភាពមិនចេញវេជ្ជបញ្ជា ឯកសារលើករណីនឹងត្រូវបានរៀបចំដោយផ្នែកសវនាការថ្នាក់ដ្ឋនៃនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសង្គម (State Hearings Division of the Department of Social Services)។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលឯកសារដែលស្ថិតនៅក្នុងកំណត់ហេតុសម្រាប់សេចក្តីសម្រេច និងអាចរកកំណត់ហេតុនេះបានដោយទាក់ទងនៅអង្គភាពសាកលវិទ្យាល័យ និងឆ្លើយតបសាធារណៈ (លេខទូរស័ព្ទមានបង្ហាញខាងលើ)។ ព័ត៌មានទាំងឡាយដែលលោកអ្នកផ្តល់ អាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយផែនការសុខភាពផ្លូវចិត្ត, នាយកដ្ឋានសុខភាព និងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់រដ្ឋ (State Departments of Health Services and Mental Health) និងនាយកដ្ឋានសុខភាព និងសេវាមនុស្សរបស់លោកអ្នក (U.S. Department of Health and Human Services) (អាជ្ញាធរ៖ ច្បាប់ស្តីពីសុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន ផ្នែក 14100.2 (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2))

រក្សាស្នើសុំសវនាការថ្នាក់ដ្ឋ

វិធីល្អបំផុតដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់ដ្ឋ គឺចំពេញទំព័រនេះ។ ឥតចម្លងទាំងខាងមុខ និងខាងក្រោយទុកជាកំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក។ រួចផ្ញើទំព័រនេះទៅ៖

State Hearings Division

California Department of Social Services

P.O. Box 944243, Mail Station 19-37

Sacramento, CA 94244-2430

វិធីមួយទៀតដើម្បីស្នើសុំសវនាការគឺហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ បើសិនជាលោកអ្នកម្តង និងប្រើ TDD សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-8349

សំណើលើកសវនាការ

ខ្ញុំចង់បានសវនាការមួយព្រោះសកម្មភាពដែលទាក់ទងនឹង Medi-Cal ដោយផែនការសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធី Los Angeles។

[] គូសឆែកទីនេះ បើសិនជាលោកអ្នកចង់បានសវនាការថ្នាក់ដ្ឋប្រញាប់ និងបញ្ជាក់ពីទូលហេតុខាងក្រោម។

នេះគឺជាមូលហេតុ៖ _____

[] គូសឆែកទីនេះ និងបន្ថែមក្រដាស បើសិនជាអ្នកត្រូវការក្រដាសបន្ថែម។

ឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ (បោះពុម្ព) _____
លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ខ្ញុំ _____
អាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ (បោះពុម្ព) _____

លេខទូរស័ព្ទរបស់ខ្ញុំ (_____)_____

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ _____
កាលបរិច្ឆេទ _____

ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ខ្ញុំ។ ភាសា ឬក្រុមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

ខ្ញុំចង់ឱ្យបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងបន្ថែមសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ឱ្យបុគ្គលនេះមើលកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ និងមកចូលរួមសវនាការជំនួសខ្ញុំ។

ឈ្មោះ៖ _____
អាសយដ្ឋាន៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____