

សមាជិកគ្រួសារបន្ថែម ដែលស្នើសុំប្រើកម្មវិធី Medi-Cal

1 ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកថែទាំ (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)		អ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកថែទាំ ត្រូវជាអ្វី នឹងកូន(១)
ឈ្មោះនៅលើសំបុត្រកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	តើមានផ្ទៃពោះទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ ថ្ងៃកំណត់ប្រសូត្រ: _____ ចំនួនកូន _____
លេខសន្តិសុខសង្គម	ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំកំណើត _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	តើ Medi-Cal ត្រូវបានស្នើសុំទេ? <input type="checkbox"/> ស្មើ <input type="checkbox"/> មិនស្នើទេ បើស្នើសុំមុនផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានវា:
កន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)		តើមានសញ្ជាតិ ឬជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ បើមិនមានទេ សូមប្រាប់ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំដែលបានមកដល់សហរដ្ឋអាមេរិក _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
តើបុគ្គលនេះមានពិការភាពខាងផ្នែករាងកាយ ខួរក្បាល ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ឬការលូតលាស់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន ។ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ដែលពិការភាពបានចាប់ផ្តើម: _____ <input type="checkbox"/> មិនមានទេ		ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (ត្រូវយកមួយ): <input type="checkbox"/> អាពាហ៍ពិពាហ៍ផ្លូវការ តាមច្បាប់ <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ <input type="checkbox"/> លែងលះហើយ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា

County Use Only	
Case name:	_____
Case #	_____
Worker #	_____
Date:	_____
Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
Other	_____

2 ឈ្មោះប្តី/ប្រពន្ធ ឬឪពុក/ម្តាយម្នាក់ទៀត (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)		ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកថែទាំ
ឈ្មោះនៅលើសំបុត្រកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	តើមានផ្ទៃពោះទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ ថ្ងៃកំណត់ប្រសូត្រ: _____ ចំនួនកូន _____
លេខសន្តិសុខសង្គម	ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំកំណើត _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	តើ Medi-Cal ត្រូវបានស្នើសុំទេ? <input type="checkbox"/> ស្មើ <input type="checkbox"/> មិនស្នើទេ បើស្នើសុំមុនផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានវា:
កន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)		តើមានសញ្ជាតិ ឬជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ បើមិនមានទេ សូមប្រាប់ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំដែលបានមកដល់សហរដ្ឋអាមេរិក _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
តើបុគ្គលនេះមានពិការភាពខាងផ្នែករាងកាយ ខួរក្បាល ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ឬការលូតលាស់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន ។ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ដែលពិការភាពបានចាប់ផ្តើម: _____ <input type="checkbox"/> មិនមានទេ		ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (ត្រូវយកមួយ): <input type="checkbox"/> អាពាហ៍ពិពាហ៍ផ្លូវការ តាមច្បាប់ <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ <input type="checkbox"/> លែងលះហើយ <input type="checkbox"/> បែកគ្នា

Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
Other	_____

3 ឈ្មោះកូន: (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល) ឬ “មិនទាន់កើត”		ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកថែទាំ
ឈ្មោះនៅលើសំបុត្រកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	តើមានផ្ទៃពោះទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ ថ្ងៃកំណត់ប្រសូត្រ: _____ ចំនួនកូន _____
លេខសន្តិសុខសង្គម	ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំកំណើត _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	តើ Medi-Cal ត្រូវបានស្នើសុំទេ? <input type="checkbox"/> ស្មើ <input type="checkbox"/> មិនស្នើទេ បើស្នើសុំមុនផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានវា:
កន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)		តើមានសញ្ជាតិ ឬជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ បើមិនមានទេ សូមប្រាប់ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំដែលបានមកដល់សហរដ្ឋអាមេរិក _____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
តើកូនរស់នៅផ្ទះទេ? <input type="checkbox"/> នៅ <input type="checkbox"/> មិននៅទេ		តើកូននៅរៀនទេ? <input type="checkbox"/> រៀន <input type="checkbox"/> មិនរៀនទេ
ឈ្មោះម្តាយ:		ឈ្មោះឪពុក:
តើកូនម្នាក់នេះមានពិការភាពខាងផ្នែករាងកាយ ខួរក្បាល ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ឬការលូតលាស់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន ។ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ដែលពិការភាពបានចាប់ផ្តើម: _____ <input type="checkbox"/> មិនមានទេ		ឪពុកឬម្តាយណាម្នាក់ មានលក្ខណៈខាងក្រោមអ្វីខ្លះ: <input type="checkbox"/> ស្លាប់ហើយ <input type="checkbox"/> អវត្តមាន <input type="checkbox"/> បាត់បង់លទ្ធភាពពលកម្ម <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ

Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
Medical Support?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CW 2.1 Q <input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home, 18-21 tax dependent

4 តើមានអ្នកណាកំពុងមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព/ផ្ទៃពេញ Medicare ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ បើមាន តើអ្នកណា?	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____						
5 តើមានអ្នកណាដាក់ពាក្យប្តឹងគេ ដោយសាររងគ្រោះថ្នាក់ ឬការរូបសង្សារដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមានទេ	<input type="checkbox"/> DHCS 6268						
6 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ ចង់ឱ្យកម្មវិធី Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងផ្ទៃសុខភាព នៅក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ ហើយ ចង់ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ចង់ <input type="checkbox"/> មិនចង់ទេ មិនចង់ទេ _____ រាយឈ្មោះ (ទាំងនោះ) : _____	<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>Month</td> <td>Month</td> <td>Month</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Month	Month	Month	1	2	3
Month	Month	Month					
1	2	3					
7 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ ធ្លាប់បម្រើនៅក្នុងកងយោធពលសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ធ្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនធ្លាប់ទេ បើធ្លាប់ តើអ្នកណាខ្លះ? ឈ្មោះ (ទាំងនោះ) : _____ ត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក: _____	<input type="checkbox"/> CW 5						

8 កម្មវិធី Medi-Cal អាចចែកព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកបាន លើកលែងតែលោកអ្នកគូសប្រអប់ខាងក្រោមនេះ:

- យើងនឹងចែកពាក្យសុំរបស់កូនលោកអ្នក ជាមួយនឹងកម្មវិធី Healthy Families ប្រសិនបើកូនរបស់លោកអ្នកដែលមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal នៅពេលអនាគត។ បើលោកអ្នកមិនចង់ឱ្យយើងចែកពាក្យសុំទេ សូមគូសនៅត្រង់នេះ:
- យើងនឹងចែកពាក្យសុំរបស់កូនលោកអ្នក ជាមួយនឹងកម្មវិធី Healthy Kids ឬកម្មវិធីបែបស្រដៀងគ្នារបស់ស្រុក ប្រសិនបើកូនលោកអ្នកមិនមានលក្ខណៈសមនឹងចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ដំពេញលេញនោះទេ។ បើលោកអ្នកមិនចង់ឱ្យយើងចែកពាក្យសុំទេ សូមគូសនៅត្រង់នេះ:

9 ប្រាក់ចំណូលប្រចាំគ្រួសារ: សូមរាយប្រាក់ចំណូលនៃបុគ្គលគ្រប់រូប ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ដាក់ទាំងប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តី/ប្រពន្ធ ដែលត្រូវបានទទួល។ (សូមប្រើបន្ទាត់ផ្សេង សម្រាប់ប្រភពប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ។)

ឈ្មោះអ្នកមានប្រាក់ចំណូល (កូនដែលនៅឡើយ មិនចាំបាច់ដាក់ប្រាក់ចំណូលបានមក ពីការងារធ្វើរបស់គេទេ។)	ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល (ការងារធ្វើ សន្តិសុខសង្គម ប្រាក់សោធន ។ល។)	តើប្រាក់ចំណូលបានទទួលញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណា? (រាល់អាទិត្យ រាល់ពេរអាទិត្យ រាល់ខែ)	តើប្រាក់ចំណូលមាន ចំនួនប៉ុន្មាន? (ចំណូលសរុប)	លេខសន្តិសុខសង្គម (មិនចាំបាច់ដាក់ក៏បាន)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

10 ចំណាយ: រាយចំណាយប្រចាំខែ សម្រាប់បុគ្គលគ្រប់រូបដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះ។

ការថែទាំកូនពេលថ្ងៃ ឬការថែទាំមនុស្សនៅក្នុងបន្ទុក

សម្រាប់ (ឈ្មោះកូន ឬមនុស្សនៅក្នុងបន្ទុក): _____ អាយុ: _____ ចំនួនដែលបង់: _____

តើបងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____

សម្រាប់ (ឈ្មោះកូន ឬមនុស្សនៅក្នុងបន្ទុក): _____ អាយុ: _____ ចំនួនដែលបង់: _____

តើបងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន បង្គាប់ដោយតុលាការ

បង់ឱ្យ: _____ បង់ដោយ: _____ ចំនួនដែលបង់: _____

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តី/ប្រពន្ធ បង្គាប់ដោយតុលាការ

បង់ឱ្យ: _____ បង់ដោយ: _____ ចំនួនដែលបង់: _____

សូមកត់សំគាល់ថា លោកអ្នកអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម ស្តីពីទ្រព្យសម្បត្តិ ប្រាក់ចំណូល និង/ឬធនធានរបស់លោកអ្នក បើសិនជាទាក់ទង។

ខ្ញុំអះអាងបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន ហើយយល់នូវព័ត៌មានខាងលើនេះ។ ខ្ញុំក៏សូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ គឺពិត ហើយត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខា _____ ចិត្ត: _____