KHMER

ពត៏មានដ៏សំខាន់ សម្រាប់មនុស្សទាំនាដែលកំពុងស្នើសុំ MEDI-CAL

សេចក្តីប្រកាសប្រាប់អំពីភាពសម្ងាត់ផ្ទាល់ខ្លួន និង ភាពអាថ៌កំបាំង

ជំពូក ១៤០១១ និង ១៤០១២ នៃច្បាប់សុខុមាលភាព និង ស្ថាប័ន (Sections 14011 and 14012 of the Welfare and Institutions Code) អនុញ្ញាតឱយក្រសួង វែលហ្វែរប្រចាំស្រុក ទទួលយកភស្តុតាងដាក់លាក់ពីលោកអ្នក ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាតើ លោកអ្នក ឬ មនុស្សដែលលោកអ្នកតំណាង អាចទទួលផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ឬទេ ។
លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូននូវភស្តុតាង ទាំងអស់នេះ ដើម្បីឱយបានទទួលផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ។ ពត៌មានទាំងអស់នេះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ៖

1. ដោយក្រសួងវែលហ្វែរប្រចាំស្រុក ដើម្បីបង្កើតឱយមានលទ្ធភាពទទួល Medi-Cal ជាលើកមួយ ឬ បន្តពីពេលមុន ។
2. ដោយ Administrative Vendor (AV) ដើម្បីធ្វើពាក្យស្នើសុំ និង ធ្វើកាត ប៊ីក Benefits Identification Cards (BICs) ។
3. ដោយ United States (U.S.) Department of Health and Human Services ដើម្បីធ្វើការជម្រះបញ្ជី ហើយ ដើម្បីពិនិត្យត្រួតត្រាគុណភាព ហើយ បញ្ជាក់អំពី (Medicare Buy-In) និង លេខសូស្យាល់ [Social Security Numbers (SSNs)] ឡើងវិញ ។
4. ដើម្បីបញ្ជាក់ស្ថានការជនបរទេស ជាមួយនិងការិយាល័យអន្តោប្រវេសន៍ [U.S. Immigration and Naturalization Service (INS)] គ្រាន់តែ សម្រាប់ជនបរទេសដែលទាមទារថាមាន សិទ្ធិរស់នៅជាអចិន្ត្រៃក្រោមការអនុញ្ញាតឱយចូលមករស់នៅពេញច្បាប់ ឬ មានការរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋពេញច្បាប់ នៅក្រោមច្បាប់ [U.S.Under Color of Law (PRUCOL) ឬ ជនបរទេសមានការលើកលែងទោស ដោយមានកាតលេខ (I-688) ជាត្រឹមត្រូវ ហើយ ថ្មីៗ ។ ពត៌មានដែលក្រសួង អន្តោប្រវេសន៍ (INS) បានទទួល អាចយកទៅប្រើប្រាស់សម្រាប់សម្រេចអំពីលទ្ធភាពទទួល Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ ហើយ មិនអាចយកទៅប្រើប្រាស់ដើម្បីប្រតិបត្តិ ច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ បានទេ លើកលែងតែលោកអ្នកប្រព្រឹត្តិខុសច្បាប់លួចបន្លំ ។
5. ដោយអ្នកផ្តល់សេវាពេទ្យ និង អង្គការថែទាំសុខភាព ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីលទ្ធភាពទទួលជំនួយ ។
6. ដើម្បីសំគាល់អំពីការធានារ៉ាប់រងខាងសុខភាព និង ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពសងប្រាក់ចំណាយ ។

ការយល់ដឹង, សិទ្ធិ ហើយនិង ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកទទួល MEDI-CAL

ខ្ញុំមានសិទ្ធិ ដើម្បី ៖

1. ស្នើសុំឱយមានអ្នកបកប្រែភាសា ដើម្បីជួយខ្ញុំ ក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal បើសិនជាខ្ញុំមានការលំបាក ក្នុងការនិយាយ ឬ យល់ភាសាអង់គ្លេស ។
2. ស្នើសុំឱយមានការសម្ភាសន៍ផ្ទាល់មុខគ្នាជាមួយនិងអ្នកតំណាងរដ្ឋាភិបាលប្រចាំស្រុក ។
3. ឱយគេប្រព្រឹត្តិយ៉ាងត្រឹមត្រូវ ហើយដោយសមភាព ដោយឥតគិតអំពីជាតិសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, សាសនា, ប្រភពកំណើត, ភេទ, អាយុ ឬ ជំនឿនយោបាយរបស់ខ្ញុំ ឡើយ ។
4. ដាក់ពាក្យស្នើសុំក្នុងនាមជាមនុស្សពិការ បើសិនជាខ្ញុំគិតថា ខ្ញុំជាមនុស្សពិការ ។
5. ទទួលពត៌មានអំពីគោលការណ៍សម្រាប់លទ្ធផលទទួល Medi-Cal ត្រឡប់ទៅពេលក្រោយវិញ ។
6. ដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal ហើយ ឱយគេប្រាប់តាមរយៈលាយលក្ខអក្សរថាតើខ្ញុំមានលទ្ធភាពទទួលជំនួយកម្មវិធី Medi-Cal មួយណា ។
7. ពិនិត្យមើលសៀវភៅបង្កាន់ដៃអំពីគោលការណ៍ និង បទបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medi-Cal បើសិនជា ខ្ញុំចង់សួរអំពីមូលដ្ឋានដែលគេអនុញ្ញាតឱយ ឬ បដិសេធ លទ្ធភាពទទួល ជំនួយរបស់ខ្ញុំ ។
8. ដើម្បីឱយពត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានប្រគល់ទៅឱយក្រសួងវែលហ្វែរប្រចាំស្រុក រក្សាទុកនៅក្នុងភាពអាថ៌កំបាំងយ៉ាងហ្មត់ចត់ ហើយ ដើម្បីពិនិត្យមើលភស្តុតាងទាំងអស់នេះ ក្នុងកំឡុងពេល ម៉ោងធ្វើការជាធម្មតា ។
9. ទទួលកាតត្រូវការជាបន្ទាន់មួយ, **កាលណាអាចធ្វើបាន ហើយ មានលទ្ធភាពទទួល**, បើសិនជាខ្ញុំមានភាពអាសន្នតាមវិជ្ជាពេទ្យ ឬ ខ្ញុំមានគត៌ ។
10. ទទួល Medi-Cal, ដូចដែលបានអនុញ្ញាតឱយ, នៅពេលណាដែលគេកំពុងចុះជាឯកសារ ហើយ កំពុងបញ្ជាក់អំពីស្ថានការអន្តោប្រវេសន៍ពេញលេញរបស់ខ្ញុំ បើសិនជាខ្ញុំ មានលទ្ធភាពទទួល ។ **ជនបរទេសដែលត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱយមានសិទ្ធិរស់នៅជាអាចិន្ត្រៃ ឬ** PRUCOL **ឬ ជាជនបរទេសមានការលើកលែងទោស ដោយមានកាត លេខ** (I-688) **ជាត្រឹមត្រូវ ហើយ ថ្មីៗ គឺនៅក្នុងស្ថានការអន្តោប្រវេសន៍ពេញលេញតាមច្បាប់ ។**
11. ទទួលពត៌មានអំពីកម្មវិធីបង្ការភាពពិការ និង សុខភាពកុមារ [Child Health and Disability Pervention Program (CHDP)] និង កម្មវិធីផ្តល់អាហារ បន្ថែម ជាពិសេស សម្រាប់ស្ត្រី, ទារក និង កុមារ(WIC) ហើយ ដើម្បីសួររកជំនួយក្នុងការទទួលសេវាទាំងអស់នេះ ។
12. ទទួលពត៌មានអំពីកម្មវិធីសេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន [Personal Care Service Program (PCSP)] ហើយ សួររកជំនួយក្នុងការទទួលសេវាទាំងអស់នេះ ។
13. ទទួលពត៌មានអំពីកម្មវិធីព្យាបាល និង ការពិនិត្យរកមើលជម្ងឺជាម្តងម្កាល ហើយមុនពេលកើតឡើង [Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program (EPSDT)] ។
14. សួររក ហើយ ទទួលពត៌មានអំពីកម្មវិធីផែនការណ៍គ្រួសារ (Family Planning Program) ហើយដើម្បីឱយគេប្រាប់ថាតើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលសេវាទាំងអស់នេះ ឬទេ ។

ពត៌មានដ៏សំខាន់ សម្រាប់មនុស្សទាំងឡាយដែលកំពុងស្នើសុំ MEDI-CAL (បន្ត)

15. និយាយជាមួយបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចអំពីសេវាជាសាធារណៈ ឬ ជាឯកជន ឬ ធនធានទាំងឡាយដែលខ្ញុំអាចទទួល ។

16. ទទួលពត៌មានអំពីក្រុមហ៊ុនថែទាំសុខភាពក្នុងកម្មវិធីម៉េឌី-ខាល (Medi-Cal Health Care Plans) ដែលគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ និង រូបខ្ញុំអាចចូលរួមដើម្បីរកវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ និង ការព្យាបាលផ្សេងៗ។ ហើយ ដើម្បីជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនដែលខ្ញុំចង់បាន ។

17. បញ្ចុះតម្លៃរួមរបស់ខ្ញុំ ដោយផ្តល់ជូននូវសំបុត្រថ្លៃពេទ្យដែលមិនទាន់បង់ (ដែលខ្ញុំនៅជាប់ជំពាក់គេ) ។

18. បន្ថយតម្លៃទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ ឱយទៅក្នុងកម្រិត Medi-Cal លើចំនួនទ្រព្យសម្បត្តិ នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែមួយដែលខ្ញុំចង់បាន Medi-Cal មានរួមទាំងខែដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យ ហើយ ត្រូវឱយគេប្រាប់ អំពីវិធីដែលខ្ញុំអាចចំណាយទ្រព្យសម្បត្តិលើសរបស់ខ្ញុំ ។

19. ចែកទ្រព្យសម្បត្តិរួម (របស់ប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ និង របស់ខ្ញុំ) ដែលអាចរាប់បាន (មិនអាចលើកលែងបាន) ដោយមានកិច្ចសន្យាដោយលាយលក្ខអក្សរ ទៅក្នុងចំណែក ស្មើគ្នានៃទ្រព្យសម្បត្តិដោយឡែក បើសិនជាប្តី ឬ ប្រពន្ធ ចូលទៅរស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជាយូរអង្វែង (LTC) មុនខែកញ្ញា ទី30 ឆ្នាំ1989 ។

20. រក្សាទុកចំនួនជាក់លាក់នៃទ្រព្យសម្បត្តិរួមគ្នា ហើយនិង ទ្រព្យសម្បត្តិដោយឡែកដែលអាចរាប់បាន បើសិនជាខ្ញុំចូលទៅក្នុង មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជាយូរអង្វែង (LTC) នៅចំ ឬ បន្ទាប់ពីខែមករា ទី១ ឆ្នាំ1990 ។ ប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ និង រូបខ្ញុំ មានសិទ្ធិដើម្បីឱយគេប្រាប់អំពីចំនួននោះ ។

21. ឱយមានការស្តាប់បំភ្លឺប្រចាំរដ្ឋ បើសិនជាខ្ញុំមិនពេញចិត្តជាមួយនិងសកម្មភាពដែលគេធ្វើ (ឬមិនបានធ្វើ) ដោយក្រសួងវែលហ្វែរប្រចាំស្រុក ឬ State Department of Health Services លើកលែងតែសកម្មភាពទាក់ទងទៅនិង Health Insurance Premium Payment (HIPP) ហើយនិងកម្មវិធី Employer Group Health Plan (EGHP) ។ បើសិនជាខ្ញុំចង់បាន ការស្តាប់បំភ្លឺ ដើម្បីតវ៉ាការសម្រេចចិត្តនេះ ខ្ញុំត្រូវតែដាក់ពាក្យតវ៉ា ក្នុងកំឡុងពេល **90ថ្ងៃ** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលគេបានផ្ញើ សំបុត្រប្រកាសសកម្មភាព [Notice of Action (NOA)] ទៅឱយខ្ញុំ ។ បើសិនជាខ្ញុំមិនបានទទួលសំបុត្រប្រកាសសកម្មភាព (NOA) ទេនោះ ខ្ញុំត្រូវតែស្នើសុំឱយមាន ការស្តាប់បំភ្លឺមួយ ក្នុងកំឡុងពេល **90ថ្ងៃ** បន្ទាប់ពីពេលដែលខ្ញុំបានរកឃើញសកម្មភាព (គ្មានសកម្មភាព) ដែលខ្ញុំមិនពេញចិត្ត ។ ថ្ងៃរកឃើញ គឺថ្ងៃទីដែលខ្ញុំបានដឹង ឬ គួរតែបានដឹងអំពីសកម្មភាពនោះ ។ វិធីដ៏ល្អបំផុត ដើម្បីស្នើសុំឱយមានការស្តាប់បំភ្លឺមួយ គឺត្រូវតែទាក់ទងក្រសួងវែលហ្វែលប្រចាំស្រុកដែលនៅជិតបំផុត ។

ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវដើម្បីប្រាប់អ្នកតំណាងរដ្ឋាភិបាលប្រចាំស្រុករបស់ខ្ញុំ ក្នុងកំឡុងពេលដប់ (10)ថ្ងៃ នៅពេលណាដែល ៖

1. ប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួលដោយរូបខ្ញុំ ឬ សមាជិកម្នាក់ណាក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ កើនចំនួន, ចុះចំនួន, ចាប់ផ្តើម ឬ ឈប់ ។ នេះ គឺមានរួមទាំងប្រាក់ចំណូលពីក្រសួង Social Security Administration (SSA), ប្រាក់ខ្ចីគេ, ប្រាក់បណ្តឹងកាត់ក្តី ឬ ពីភពផ្សេងៗទៀត ។

2. ខ្ញុំមានផែនការណ៍ផ្លាស់ប្តូរ ឬ បានផ្លាស់ប្តូរទីកន្លែងរស់នៅ ឬ អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ។

3. មនុស្សម្នាក់, រួមទាំងទារកទើបប្រសូត្រ, ទោះជាជាប់សាច់ឈាម ឬ មិនជាប់សាច់ឈាមទៅនិងខ្ញុំ ឬ គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ, ផ្លាស់ប្តូរចូល ឬចេញ ពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ។

4. ឪពុកម្តាយបាត់ខ្លួន ត្រឡប់មកផ្ទះវិញ ។

5. ខ្ញុំ ឬ សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ បានប្រសូត្របុត្រ, មានគត៌, ឬ បញ្ចប់ភាពមានគត៌ ។

6. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ, សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ បានចាកចេញពីផ្ទះគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជាយូរអង្វែង (LTC) ។

7. ខ្ញុំ ទទួល, បញ្ជូនចេញ, ឱយ ឬ លក់ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ឬ ទ្រព្យសម្បត្តិដី (រួមទាំងលុយកាក់) ឬ នៅពេលណាដែលមនុស្សម្នាក់ណា ឱយខ្ញុំ ឬ សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដូចជា ឡាន, ផ្ទះ, ប្រាក់បានពីការបង់ពីការធានារ៉ាប់រង ។ល។

8. ខ្ញុំមានការចំណាយមួយណាដែលមនុស្សដ៏ទៃបង់ថ្លៃឱយ ជាជាងខ្ញុំបង់ដោយខ្លួនឯង ។

9. ខ្ញុំ ឬ សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ មានការងារធ្វើ, ផ្លាស់ប្តូរការងារ ឬ គ្មានការងារទៀតទេ ។

10. ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងការចំណាយប្រាក់ ដែលទាក់ទងទៅនិងការងារ ឬ ការអប់រំ ។ (ឧទាហរណ៍ ៖ ការថែទាំកូន, ការដឹកជញ្ជូន ។ល។) ។

11. ខ្ញុំ ឬ សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ក្លាយទៅជាពិការខាងវិស័យខួរក្បាល ឬ ខាងរាងកាយ (នេះ គឺរួមទាំងកុមារនៅក្នុងគ្រួសារ) ។

12. ខ្ញុំ ឬ សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដាក់ពាក្យស្នើសុំផលប្រយោជន៍សម្រាប់មនុស្សពិការ នៅឯក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA), ក្រសួងចាត់ការទាហានចាស់ (Veterans Administration) ឬ ក្រសួងចាត់ការនិវត្តពីផ្លូវរថភ្លើង (Railroad Retirement) ។

13. កូនម្នាក់ក្នុងចំណោមកូនទាំងអស់របស់ខ្ញុំ ឈប់រៀន ឬ ត្រឡប់ចូលរៀនវិញ ។

14. មានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍/ការចូលសញ្ជាតិរបស់សមាជិកគ្រួសារ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal ។

15. មានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការធានារ៉ាប់រងខាងសុខភាព សម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ ឬ សម្រាប់សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ។

ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវដើម្បី ៖

1. បំពេញ ហើយ ផ្ញើត្រឡប់ទៅវិញនូវរបាយការណ៍ស្ថានភាព ឱយទាន់ថ្ងៃទីដែលគេតម្រូវ នៅពេលណាដែលគេស្នើសុំ ។

ពត៏មានដ៏សំខាន់ សម្រាប់មនុស្សទានាដែលកំពុងស្នើសុំ MEDI-CAL (បន្ត)

2. ផ្តល់ជូននូវភស្តុតាងដែលបង្ហាញថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិរស់នៅក្នុងរដ្ឋខាលីហ្វ័រញ៉ា ។

3. ធ្វើសេចក្តីប្រកាសអំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍/ការចូលសញ្ជាតិរបស់ខ្ញុំ ។

4. ផ្តល់ជូននូវលេខសូស្យាល់ (SSN) សម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និង/ឬ សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលមានលេខសូស្យាល់ (SSN) ហើយចង់បានផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ។ បើខ្ញុំមានកំណើតជា អាមេរិក, បានចូលសញ្ជាតិ ឬ ជាជនបរទេសនៅក្នុងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ពេញលេញ, ខ្ញុំត្រូវតែដាក់ស្នើសុំលេខសូស្យាល់ (SSN) ហើយ ផ្តល់ជូនលេខនោះទៅឱយរដ្ឋាភិបាលប្រចាំស្រុក បើសិនជាខ្ញុំមិនទាន់មានលេខនោះ នៅឡើយទេ ។ បើសិនជាខ្ញុំត្រូវការដាក់ពាក្យស្នើសុំលេខសូស្យាល់ (SSN) ខ្ញុំអាចរកជំនួយពីបុគ្គលិកពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ ក៏ប៉ុន្តែខ្ញុំត្រូវតែធ្វើកិច្ចការជាមួយក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA) ដើម្បីដោះស្រាយសំណួរផ្សេងៗ បើមិនដូច្នោះទេ ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ខ្ញុំនឹងត្រូវគេបដិសេធ ឬ កាត់ផ្តាច់ ។ (ជនបរទេសដែលគ្មានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ពេញលេញ ឬ គ្មានលេខសូស្យាល់ (SSN) អាចរក**ម៉េឌី-ខាល មាន កម្រិត (restricted Medi-Cal)** ដោយមិនបាច់ដាក់ពាក្យស្នើសុំ លេខសូស្យាល់ (SSN) ទេ បើសិនជាពួកគេត្រូវទៅតាមគោលការណ៍ ទាំងអស់ ។)

5. ដាក់ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ចំណូលមួយណាដែលអាចមានសម្រាប់ខ្ញុំ ឬ សមាជិកម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ។

6. ដាក់ពាក្យស្នើសុំផលប្រយោជន៍ Medi-Cal បើសិនជាខ្ញុំខ្វាក់, ពិការ, មានជម្ងឺដំណាក់ការណ៍ចុងក្រោយ (End Stage Renal Disease) ឬ មានអាយុ ៦៤ឆ្នាំ ៩ខែ ឬ ចាស់ជាងនេះ ហើយមានលទ្ធភាពទទួល ។ ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវ ក្នុងការប្រាប់អ្នកផ្តល់ជំនួយរបស់ខ្ញុំថា ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងតាមរយ: Medi-Cal និង Medicare ។

7. ដាក់ពាក្យស្នើសុំ ហើយ ចុះឈ្មោះចូលក្នុងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខាងសុខភាព បើសិនជាអាចមានក្រុមហ៊ុនដូច្នោះសម្រាប់ខ្ញុំ និង គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដោយឥតអស់ថ្លៃ ទេ ។ ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវដើម្បីទុកឈ្មោះនៅក្នុងក្រុមហ៊ុនសុខភាពនោះ នៅពេលណាដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱយមានការបង់ថ្លៃប្រចាំខែ ដោយរដ្ឋខាលីហ្វ័រញ៉ា ។

8. រាយការណ៍ទៅឱយរដ្ឋាភិបាលប្រចាំស្រុក និង ក្រុមហ៊ុនផ្តល់ការថែទាំសុខភាព, ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលខ្ញុំមាន ឬ មានសិទ្ធិប្រើប្រាស់ រួមទាំង Medicare ។ បើសិនជាខ្ញុំខកខាន ដោយចេតនា មិនផ្តល់ឱយភស្តុតាងនេះទេ ខ្ញុំអាចជាប់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬ អ្នកផ្តល់ការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ អាចផ្ញើសំបុត្រទាលុយ ពីខ្ញុំ ។

9. ទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ (ដូចជា Kaiser, CHAMPUS ... Medicare HMO) សម្រាប់ការព្យាបាលតាមវិជ្ជាពេទ្យ ។ (Medi-Cal នឹងមិនបង់ថ្លៃឱយសេវាមួយណាដែល ធានារ៉ាប់រងដោយក្រុមហ៊ុននេះ ទេ ។)

10. ប្រគល់ថ្លៃបង់ពីការធានារ៉ាប់រង ដែលខ្ញុំបានទទួល ទៅឱយរដ្ឋ បើសិនជា Medi-Cal បានចេញថ្លៃព្យាបាលនោះ រួចហើយ ។

11. ទៅកាន់ការប្រជុំបង្ហាញ, បើសិនជាមានការប្រជុំបង្ហាញ ហើយធ្វើការជ្រើសរើស ឬ ចម្លើយជាលាយលក្ខអក្សរ បើសិនជាបានទទួលតាមរយៈផ្ញើសំបុត្រ, អំពីវិធីដែលខ្ញុំចង់ បានផលប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ។ បើសិនជាខ្ញុំមិនទៅ ហើយ ធ្វើការជ្រើសរើស, ឬ ជ្រើសរើសតាមរយៈផ្ញើសំបុត្រទេនោះ, សមាជិកក្នុងគ្រួសារខ្ញុំដែលមានលទ្ធភាព និង រូបខ្ញុំ អាចចុះឈ្មោះនៅក្នុង ក្រុមហ៊ុនថែទំាសុខភាពតាមរយៈម៉េឌី-ខាល (Medi-Cal Health Care Plan) ដែលនៅជិតផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ។

12. ចុះហត្ថលេខា ហើយ ដាក់ថ្ងៃទី នៅលើកាត ពីជ របស់ខ្ញុំ នៅពេលណាដែលបានទទួលកាតនោះ ហើយ បញ្ជាក់ថា ខ្ញុំប្រើប្រាស់កាតនោះ ដើម្បីរកការថែទាំសុខភាព ជាចាំបាច់ សម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និង សមាជិកក្នុងគ្រួសារដែលមានលទ្ធភាពទទួលជំនួយ ។

13. យកកាត BIC របស់ខ្ញុំ ទៅឱយក្រុមហ៊ុនផ្តល់ការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ នៅពេលណាដែលខ្ញុំឈឺ ឬ មានការណាត់ពេលជួប ។ ក្នុងភាពអាសន្ន នៅពេលណាគ្មានកាត ពីជ នៅជាប់ខ្លួនទេនោះ ខ្ញុំត្រូវតែយកកាត BIC របស់ខ្ញុំ ទៅឱយក្រុមហ៊ុនផ្តល់ការព្យាបាល នៅពេលឆាប់ៗដែលអាចធ្វើបាន ។

14. រាយការណ៍ទៅឱយក្រសួងប្រចាំស្រុក នៅពេលណាដែលខ្ញុំបានទទួលសេវាថែទាំសុខភាព ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬ របួសដែលកើតឡើងដោយសកម្មភាពរបស់មនុស្ស ដ៏ទៃ ឬ ខកខានមិនបានធ្វើ, ដែលគេបានទារលុយពី Medi-Cal ឬ ប្រហែលជាគេនឹងទារថ្លៃ ។

15. ធ្វើសហការណ៍ជាមួយរដ្ឋាភិបាលប្រចាំរដ្ឋ និង ប្រចាំស្រុក ក្នុងការស្វែងរកឪពុក ឬ ការសំគាល់ការធានារ៉ាប់រងដែលអាចមាន ដែលខ្ញុំ និង គ្រួសាររបស់ខ្ញុំប្រហែលជា អាចមានសិទ្ធិទទួលតាមរយៈឪពុកម្តាយដែលបាត់ខ្លួន ។

16. ធ្វើសហការណ៍ជាមួយរដ្ឋខាលីហ្វ័រញ៉ា បើសិនជាសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំត្រូវបានគេជ្រើសរើសយកទៅពិនិត្យមើលឡើងវិញ ដោយក្រុមត្រួតត្រាពិនិត្យមើលគុណភាព ។ បើសិនជាខ្ញុំបដិសេធមិនធ្វើតាម ទេនោះ ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal នឹងត្រូវគេបញ្ឈប់ ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ៖

1. ការខកខានមិនបានប្រគល់ឱយនូវភស្តុតាងជាចាំបាច់ ឬ មានបំណងប្រគល់ឱយនូវភស្តុតាងមិនពិត អាចបណ្តាលឱយគេបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ។ សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ ប្រហែលជាគេស៊ើបការណ៍ចំពោះការសង្ស័យរឿងលួចបន្លំ ។

2. ភស្តុតាងដែលខ្ញុំប្រគល់ជូន នឹងត្រូវគេឆែកដោយខំព្យូទ័រ ប្រៀបធៀបទៅនិងភស្តុតាងដែលប្រគល់ឱយដោយនយោជិតរបស់ខ្ញុំ, ធានាគារ, ក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA), ក្រសួងពន្ធដារ (Franchise Tax Board), ក្រសួងវែលហ្វែរ ហើយនិង ទីភ្នាក់ងារផ្សេងៗទៀត ។ ខ្ញុំនឹងមានសិទ្ធិដើម្បីប្រគល់ឱយនូវសំបុត្របញ្ជាក់ ដើម្បីកែ តម្រូវភស្តុតាងមួយណាដែលគេឃើញថា ខុស ។

3. ជនបរទេសណាដែលគ្មានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ពេញលេញ ហើយ គ្មានលេខសូស្យាល់ (SSN) អាចទទួល**ម៉េឌី-ខាលមានកម្រិត (restricted Medi-Cal)** ដោយមិនបាច់ដាក់ពាក្យ ស្នើសុំលេខសូស្យាល់ (SSN) ទេ បើសិនជាពួកគេស្របទៅតាមគោលការណ៍ ទាំងអស់ ។)

4. ទិន្នន័យស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ដែលបានប្រគល់ឱយ ជាផ្នែកមួយនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal គឺចាត់ទុកជាអាថ៌កំបាំង ។

5. យោលទៅលើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ, ខ្ញុំនឹងត្រូវតែបង់ថ្លៃទៅលើប្រាក់ចំណាយមួយចំណែកនៃថ្លៃព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ មុនពេលខ្ញុំបានទទួល Medi-Cal ។

ពត៌មានដ៏សំខាន់ សម្រាប់មនុស្សទាំងនាដែលកំពុងស្នើសុំ MEDI-CAL (បន្ត)

6. បើសិនជាខ្ញុំមិនបានរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូររបស់ខ្ញុំភ្លាមៗ, ហើយដោយសារមូលហេតុនេះ, បានទទួលផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលខ្ញុំគ្មានលទ្ធភាពទទួលជំនួយ, ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវសងប្រាក់ ទៅឱយ State Department of Health Services វិញ ។

7. បើសិនជាខ្ញុំកំពុងទទួល Medi-Cal យោលទៅលើភាពពិការ ហើយ ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំផលប្រយោជន៍ពិការពីក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA), ហើយ ក្រសួងចាត់ ការសង្គមកិច្ច (SSA) បដិសេធសេចក្តីទាមទារខាងភាពពិការរបស់ខ្ញុំ, Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ប្រហែលជាត្រូវគេបញ្ឈប់ ។ បើសិនជាខ្ញុំទាមទារតវ៉ាទៅ ក្រសួងចាត់ការ សង្គមកិច្ច (SSA) របស់ខ្ញុំភ្លាមៗ, Medi-Cal របស់ខ្ញុំ នឹងបន្តទៅទៀត រហូតដល់ពេលដែល ក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA) ធ្វើការសម្រេច ជាចុងក្រោយបង្អស់ ។ បើសិនជា ក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA) អនុញ្ញាតឱយការតវ៉ារបស់ខ្ញុំ, ពេលនោះ ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ នឹងបន្តទៅទៀត ។ បើសិនជាក្រសួងចាត់ការ សង្គមកិច្ច (SSA) មិនអនុញ្ញាតឱយការតវ៉ារបស់ខ្ញុំទេ, ពេលនោះ ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវគេបញ្ឈប់ ។

8. ក្នុងលក្ខណៈនៃលទ្ធភាពទទួល Medi-Cal, សិទ្ធិទាំងអស់ចំពោះការឧបត្ថម្ភតាមវិជ្ជាពេទ្យ និង/ឬ ថ្លៃព្យាបាល សម្រាប់សេវាតាមវិជ្ជាពេទ្យ សម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និង សម្រាប់មនុស្សមានលទ្ធភាព ទទួលជំនួយ ដែលខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវតាមច្បាប់, ត្រូវបានគេចាត់ឱយទៅរដ្ឋាភិបាល តែម្តង ។

9. បើសិនជាតុលាការបានចេញបញ្ជាឱយមានការឧបត្ថម្ភតាមវិជ្ជាពេទ្យ ពីឪពុកម្តាយបាត់ខ្លួន សម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ, ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱយខ្ញុំចុះឈ្មោះ ហើយ ផ្តល់ផលប្រយោជន៍ទៅឱយកូនរបស់ខ្ញុំ ដោយមិនបាច់ត្រូវការកិច្ចព្រមព្រៀងពីឪពុកម្តាយបាត់ខ្លួននោះទេ ។

10. បើសិនជាខ្ញុំមិនបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬ រក្សាទុកនូវការធានារ៉ាប់រងដោយឥតអស់ថ្លៃ ឬ ការធានារ៉ាប់រងចេញថ្លៃដោយរដ្ឋាភិបាល, ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal និង/ឬ លទ្ធភាពរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវគេបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់ ។

11. នៅពេលណាដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេប៉ាន់មើលលទ្ធភាពដែលអាចមាន នៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយតាមវិជ្ជាពេទ្យផ្សេងៗទៀត មានរួមទាំងកម្មវិធី HIPP និង EGHP ។

12. បើសិនជាខ្ញុំស្នើសុំឱយអ្នកផ្តល់ជំនួយតាមរយៈ Medi-Cal ផ្តល់នូវសេវានានាដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខាងសុខភាពតាមរយៈ**មិនមែនម៉េឌី-ខាល** non-Medi-Cal របស់ខ្ញុំ, ខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកផ្តល់ការព្យាបាលនូវសេចក្តីថ្លែងដោយលាកលក្ខអក្សរ ពីក្រុមហ៊ុនសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ស្តីថា ក្រុមហ៊ុនមិនផ្តល់ជូននូវ សេវាដែល ធានារ៉ាប់រងដោយMedi-Cal នោះទេ ។

13. អ្នកផ្តល់ជំនួយតាមរយៈ Medi-Cal មិនអាចយកប្រាក់បង់រួមខាងការធានារ៉ាប់រង, ការធានារួម, ឬ ប្រាក់ហូត ពីខ្ញុំទេ លើកលែងតែប្រាក់បង់ប្រចាំខែ ត្រូវបានគេប្រើ ដើម្បីបង់ថ្លៃ តម្លៃរួមម៉េឌី-ខាល (Medi-Cal share of cost) និង/ឬ ប្រាក់បង់រួម របស់ខ្ញុំ ។

14. បើសិនជាខ្ញុំត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱយចូលទៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលគិលានុបដ្ឋាយិកា ហើយ ខ្ញុំគ្មានបំណងត្រឡប់មកផ្ទះរបស់ខ្ញុំវិញទេ, រដ្ឋាភិបាលអាចដាក់សិទ្ធិយកទ្រព្យរបស់កូន បំណុលទៅលើទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទះដីរបស់ខ្ញុំ ។

15. បន្ទាប់ពីមរណភាពរបស់ខ្ញុំ រដ្ឋាភិបាលមានសិទ្ធិដើម្បីស្វែងរកការសងបំណុលពីទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលខ្ញុំបានទទួល បន្ទាប់ពី អាយុ ៥៥ឆ្នាំ លើកលែងតែខ្ញុំមានប្តីប្រពន្ធដែលនៅមានជីវិត (ក្នុងកំឡុងអាយុជីវិតរបស់គាត់នោះ), កូននៅក្រោមអាយុ ១៨ឆ្នាំ, កូនខ្វាក់ ឬ ពិការទាំងមូលជាអចិន្ត្រៃ, ឬ វាអាចបណ្តាលឱយមានការលំបាកសម្រាប់អ្នកទទួលមរតករបស់ខ្ញុំ ។

16. បន្ទាប់ពីមរណភាពរបស់ប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ រដ្ឋាភិបាលមានសិទ្ធិដើម្បីទាមទារពីផ្នែកនៃទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះរបស់គាត់នោះ ដែលបានទទួលពីខ្ញុំ, ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ទាំង អស់ដែលខ្ញុំបានទទួល បន្ទាប់ពី អាយុ ៥៥ឆ្នាំ រហូតដល់ចំនួននៃទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះដែលប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ បានទទួលពីទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ។

(*សូមចុះហត្ថលេខា ហើយ រក្សាទុកជាសំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក*) ខ្ញុំ នៅទីនេះ ថ្លែងថា ខ្ញុំបានពិនិត្យមើលពត៌មាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ ជាមួយនិងបុគ្គលិកតំណាង រដ្ឋាភិបាលប្រចាំស្រុកម្នាក់ ហើយថា ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនានា និង ការទទួលខុសត្រូវនានារបស់ខ្ញុំ ដើម្បីឱយគេសម្រេចអំពីលទ្ធភាពរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ទទួល Medi-Cal ហើយ រក្សាទុកនូវលទ្ធភាពនោះ ៕

______________________________ ________________

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកតំណាង (ស្រេចលើចិត្ត) | ខែថ្ងៃទីឆ្នាំ

COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) ❒ In person ❒ By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Worker's Signature | Worker Number | Date

ពត៌មានដ៏សំខាន់ សម្រាប់មនុស្សទានាដែលកំពុងស្នើសុំ MEDI-CAL (បន្ត)

6. បើសិនជាខ្ញុំមិនបានរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូររបស់ខ្ញុំភ្លាមៗ, ហើយដោយសារមូលហេតុនេះ, បានទទួលផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលខ្ញុំគ្មានលទ្ធភាពទទួលជំនួយ, ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវសងប្រាក់ ទៅឱយ State Department of Health Services វិញ ។

7. បើសិនជាខ្ញុំកំពុងទទួល Medi-Cal យោលទៅលើភាពពិការ ហើយ ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំផលប្រយោជន៍ពិការពីក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA), ហើយ ក្រសួងចាត់ ការសង្គមកិច្ច (SSA) បដិសេធសេចក្តីទាមទារខាងភាពពិការរបស់ខ្ញុំ, Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ប្រហែលជាត្រូវគេបញ្ឈប់ ។ បើសិនជាខ្ញុំទាមទារតវ៉ាទៅ ក្រសួងចាត់ការ សង្គមកិច្ច (SSA) របស់ខ្ញុំភ្លាមៗ, Medi-Cal របស់ខ្ញុំ នឹងបន្តទៅទៀត រហូតដល់ពេលដែល ក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA) ធ្វើការសម្រេច ជាចុងក្រោយបង្អស់ ។ បើសិនជា ក្រសួងចាត់ការសង្គមកិច្ច (SSA) អនុញ្ញាតឱយការតវ៉ារបស់ខ្ញុំ, ពេលនោះ ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ នឹងបន្តទៅទៀត ។ បើសិនជាក្រសួងចាត់ការ សង្គមកិច្ច (SSA) មិនអនុញ្ញាតឱយការតវ៉ារបស់ខ្ញុំទេ, ពេលនោះ ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវគេបញ្ឈប់ ។

8. ក្នុងលក្ខណៈនៃលទ្ធភាពទទួល Medi-Cal, សិទ្ធិទាំងអស់ចំពោះការឧបត្ថម្ភតាមវិជ្ជាពេទ្យ និង/ឬ ថ្លៃព្យាបាល សម្រាប់សេវាតាមវិជ្ជាពេទ្យ សម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និង សម្រាប់មនុស្សមានលទ្ធភាព ទទួលជំនួយ ដែលខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវតាមច្បាប់, ត្រូវបានគេចាត់ឱយទៅរដ្ឋាភិបាល តែម្តង ។

9. បើសិនជាតុលាការបានចេញបញ្ជាឱយមានការឧបត្ថម្ភតាមវិជ្ជាពេទ្យ ពីឪពុកម្តាយបាត់ខ្លួន សម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ, ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱយខ្ញុំចុះឈ្មោះ ហើយ ផ្តល់ផលប្រយោជន៍ទៅឱយកូនរបស់ខ្ញុំ ដោយមិនបាច់ត្រូវការកិច្ចព្រមព្រៀងពីឪពុកម្តាយបាត់ខ្លួននោះទេ ។

10. បើសិនជាខ្ញុំមិនបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬ រក្សាទុកនូវការធានារ៉ាប់រងដោយឥតអស់ថ្លៃ ឬ ការធានារ៉ាប់រងចេញថ្លៃដោយរដ្ឋាភិបាល, ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal និង/ឬ លទ្ធភាពរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវគេបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់ ។

11. នៅពេលណាដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal, ខ្ញុំនឹងត្រូវគេប៉ាន់មើលលទ្ធភាពដែលអាចមាន នៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយតាមវិជ្ជាពេទ្យផ្សេងៗទៀត មានរួមទាំងកម្មវិធី HIPP និង EGHP ។

12. បើសិនជាខ្ញុំស្នើសុំឱយអ្នកផ្តល់ជំនួយតាមរយៈ Medi-Cal ផ្តល់នូវសេវានានាដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងខាងសុខភាពតាមរយៈ**មិនមែនម៉េឌី-ខាល non-Medi-Cal** របស់ខ្ញុំ, ខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកផ្តល់ការព្យាបាលនូវសេចក្តីថ្លែងដោយលាកលក្ខអក្សរ ពីក្រុមហ៊ុនសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ស្តីថា ក្រុមហ៊ុនមិនផ្តល់ជូននូវ សេវាដែល ធានារ៉ាប់រងដោយMedi-Cal នោះទេ ។

13. អ្នកផ្តល់ជំនួយតាមរយៈ Medi-Cal មិនអាចយកប្រាក់បង់រួមខាងការធានារ៉ាប់រង, ការធានារួម, ឬ ប្រាក់ហូត ពីខ្ញុំទេ លើកលែងតែប្រាក់បង់ប្រចាំខែ ត្រូវបានគេប្រើ ដើម្បីបង់ថ្លៃ តម្លៃរួមម៉េឌី-ខាល (Medi-Cal share of cost) និង/ឬ ប្រាក់បង់រួម របស់ខ្ញុំ ។

14. បើសិនជាខ្ញុំត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱយចូលទៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលគិលានុបដ្ឋាយិកា ហើយ ខ្ញុំគ្មានបំណងត្រឡប់មកផ្ទះរបស់ខ្ញុំវិញទេ, រដ្ឋាភិបាលអាចដាក់សិទ្ធិយកទ្រព្យរបស់កូន បំណុលទៅលើទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទះដីរបស់ខ្ញុំ ។

15. បន្ទាប់ពីមរណភាពរបស់ខ្ញុំ រដ្ឋាភិបាលមានសិទ្ធិដើម្បីស្វែងរកការសងបំណុលពីទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលខ្ញុំបានទទួល បន្ទាប់ពី អាយុ ៥៥ឆ្នាំ លើកលែងតែខ្ញុំមានប្តីប្រពន្ធដែលនៅមានជីវិត (ក្នុងកំឡុងអាយុជីវិតរបស់គាត់នោះ), កូននៅក្រោមអាយុ ១៨ឆ្នាំ, កូនខ្វាក់ ឬ ពិការទាំងមូលជាអចិន្ត្រៃ, ឬ វាអាចបណ្តាលឱយមានការលំបាកសម្រាប់អ្នកទទួលមរតករបស់ខ្ញុំ ។

16. បន្ទាប់ពីមរណភាពរបស់ប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ រដ្ឋាភិបាលមានសិទ្ធិដើម្បីទាមទារពីផ្នែកនៃទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះរបស់គាត់នោះ ដែលបានទទួលពីខ្ញុំ, ផលប្រយោជន៍ Medi-Cal ទាំង អស់ដែលខ្ញុំបានទទួល បន្ទាប់ពី អាយុ ៥៥ឆ្នាំ រហូតដល់ចំនួននៃទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះដែលប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ បានទទួលពីទ្រព្យសម្បត្តិដីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ។

(*សូមចុះហត្ថលេខា ហើយ រក្សាទុកជាសំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក*) ខ្ញុំ នៅទីនេះ ថ្លែងថា ខ្ញុំបានពិនិត្យមើលពត៌មាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ ជាមួយនិងបុគ្គលិកតំណាង រដ្ឋាភិបាលប្រចាំស្រុកម្នាក់ ហើយថា ខ្ញុំយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិនានា និង ការទទួលខុសត្រូវនានារបស់ខ្ញុំ ដើម្បីឱយគេសម្រេចអំពីលទ្ធភាពរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ទទួល Medi-Cal ហើយ រក្សាទុកនូវលទ្ធភាពនោះ ៕

____ ____________________

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកតំណាង (ស្រេចលើចិត្ត) ខែថ្ងៃឆ្នាំ

Flex your POWER

COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) ❒ In person ❒ By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

___________________________________ ____________________ ____________________

Eligibility Worker's Signature Worker Number Date