របាយការណ៍អំពីស្ថានភាព MEDI-CAL

ប្រុងប្រយ័ត្ន: ច្បាប់របស់រដ្ឋឥឡូវនេះតំរូវអោយអ្នកបំពេញនូវរបាយការណ៍ស្ថានភាព MEDI-CAL ពាក់កណ្តាលឆ្នាំ ។

អ្នកត្រូវតែផ្ញើរត្រលប់មកវិញនូវរបាយការណ៍នេះនៅ: _____ ដើម្បីរក្សាទុកនូវ MEDI-CAL ។

ថ្ងៃកត់ចំណាំ: _____
លេខបណ្តឹង: _____
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ: _____
លេខអ្នកធ្វើការ: _____
លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកធ្វើការ: _____
ម៉ោងធ្វើការ: _____

ប្រសិនបើមនុស្សតែមួយគត់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងទទួលបាននូវសេវាកម្ម Medi-Cal ជាមនុស្សចាស់ជរា ពិការភ្នែក ឬក៏មានពិការភាព ឬក៏ជាបុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម ២១ឆ្នាំ និងឬជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលភាពមានសិទ្ធិរបស់គេគឺត្រូវបានកំណត់តែត្រឹមទទួលបាននូវផលប្រយោជន៍ សំរាប់ពេលមានគិភនោះ អ្នកមិនចាំបាច់នឹងបំពេញនិងផ្ញើ ត្រឡប់មកវិញនូវរបាយការណ៍នេះទេ ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញនូវរបាយការណ៍ទាំងនេះ ចូរអ្នកហៅទៅកាន់អ្នកធ្វើការរបស់អ្នកដែលឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទមានរាយដាក់នៅ ខាងលើ ។

ផ្នែកទី ១ - ក្នានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងរបាយការណ៍នោះទេ

ប្រសិនបើនៅក្នុងកំលុងពេល ប្រាំមួយខែ ចុងក្រោយនេះអ្នកពុំមាននូវការផ្លាស់ប្តូរអ្វីនោះទេ ទៅក្នុងចំណុចដែលមានរាយនៅផ្នែកទី ២ សូមគូសយកប្រអប់នេះ ។ ☐ **ក្នានការផ្លាស់ប្តូរ**

- សូមកុំបំពេញនៅផ្នែកទី ២ នេះ ។ សូមរំលងចូលទាំងស្រុងទៅកាន់ផ្នែកទី ៣ ។
- ចុះហត្ថលេខា និង ចុះកាលបរិច្ឆេទ នូវរបាយការណ៍នេះនៅក្នុងផ្នែកទី ៣ នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃទំព័រនេះ ។ អ្នកត្រូវផ្ញើរត្រឡប់ទៅវិញនូវរបាយការណ៍នេះ នៅក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលបានចេញថ្លៃប្រៃសណីយ៏មានការខ្ចងអាស័យដ្ឋានដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ដោយកាលបរិច្ឆេទនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រ ។

ការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗទៅលើរបាយការណ៍

ប្រសិនបើនៅក្នុងកំលុងពេល ប្រាំមួយខែ ចុងក្រោយនេះអ្នកមាននូវការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយនៅក្នុងរបាយការណ៍នោះ អ្នកត្រូវតែបំពេញនូវផ្នែកទី ២ និងផ្នែកទី ៣ ជាដាច់ខាត ។

- នៅក្នុងផ្នែកទី ២ សំរាប់ចំណុចនិមួយៗដែលអ្នកមាននូវការផ្លាស់ប្តូរមួយ សូមគូសយកប្រអប់ដែលដាក់ថា " មាន" និងពន្យល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ។
- សូមកុំផ្ញើរត្រឡប់មកវិញនូវរាល់ឯកសារផ្សេងៗមកជាមួយនឹងទំរង់បែបបទនេះ ។
- សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកទី ៣ ចុះហត្ថលេខា និង ចុះកាលបរិច្ឆេទ លើរបាយការណ៍នេះ ។ អ្នកត្រូវផ្ញើរត្រឡប់ទៅវិញនូវរបាយការណ៍នេះនៅក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលបានចេញថ្លៃប្រៃសណីយ៏មានការខ្ចងអាស័យដ្ឋានដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ដោយកាលបរិច្ឆេទនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រ ។

<u>សូមធ្វើការចងចាំថាអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខានៅផ្នែកខាងខ្ចង ។</u>

សូមបន្តនៅផ្នែកខាងក្រោយ ។

សូមកុំផ្ញើរមកជាមួយនូវឯកសារអ្វីទាំងអស់មកជាមួយនឹងទំរង់បែបបទនេះ

ផ្នែកទី២ សូមគូសយក "មាន" សំរាប់រាល់ការផ្លាស់ប្តូរនិងពន្យល់នូវមូលហេតុ ។

ការផ្លាស់ប្តូរអំពីប្រាក់ចំណូល ❒ មាន

តើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសាររបស់អ្នកមានការកើនឡើង ឬក៏ ថយចុះ? តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមាន អាយុច្រើនជាង ១៨ឆ្នាំ ចាប់ផ្តើមធ្វើនូវការងារថ្មី ឬក៏លាឈប់ពីការងាររបស់ពួកគេដែរឬទេ? ជាឧទាហរណ៍: ប្រាក់ប្រចាំ ម៉ោង ការជួយគាំទ្រដល់កូនក្មេងត្រូវបានទទួល ផលប្រយោជន៍ពីភាពអត់មានការងារធ្វើ ប្រាក់បន្ថែមក្រៅ ផលប្រយោជន៍ របស់រដ្ឋាភិបាល ការសងត្រឡប់មកវិញនូវពន្ធដារ អំណោយផ្សេងៗ ។ល។ **សូមធ្វើការពន្យល់:**

ការផ្លាស់ប្តូរអំពីការបង់ប្រាក់ចំណាយ ❒ មាន

តើអ្នកមាននូវការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះទេក្នុងចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកបង់ថ្លៃសំរាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់កូន ការធានារ៉ាប់រង
សុខភាព ការជួយគាំទ្រដល់កុមារដែលបញ្ជូរដោយតុលាការ ឬក៏ការចំណាយសំរាប់ការសិក្សា? **សូមធ្វើការពន្យល់:**

ការផ្លាស់ប្តូរអំពីស្ថានភាពនៃការរស់នៅ ❒ មាន

តើមាននរណាម្នាក់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចេញអំពី ឬចូលទៅក្នុងផ្ទះសំបែងរបស់អ្នកដែរឬទេ (ឧទាហរណ៍ មានកូនក្មេងទើប នឹងកើត សមាជិកគ្រួសារទើបនឹងរៀបការថ្មី ។ល។)? ប្រសិនបើដូច្នោះតើពួកគេត្រូវការចង់បានទទួលនូវ Medi-Cal ដែរឬទេ? ❒ ចង់ ❒ មិនចង់ សូមធ្វើការពន្យល់:

ការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត ❒ មាន

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមាននូវការផ្លាស់ប្តូរនូវចំនួននៃរបស់ទ្រព្យដែលពួកគេមានដែរឬទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រាក់កាសនៅក្នុងគណនីរបស់ធនាគារ យានយន្ត កម្មសិទ្ធិដីធ្លី ។ល។) ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ របស់ពួកគេ ឬក៏ផលប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងៗទៀត? សូមធ្វើការពន្យល់:

ពិការភាព ❒ មាន

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកក្លាយទៅជាពិការភាពដែរឬទេ?
ប្រសិនបើមាន តើជាអ្នកណា?

ភាពមានគភ ❒ មាន

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកក្លាយទៅជាមានគិភដែរឬទេ?
ប្រសិនបើមាន តើជាអ្នកណា?
ប្រសិនបើមាន តើពេលណាជាកាលបរិច្ឆេទដែលសង្ឃឹមទុកថានឹងឆ្លងទន្លេ?

ផ្នែកទី៣ ត្រូវតែបំពេញអោយគ្រប់ចំណុច

ហត្ថលេខា និង ការប្រកាសបញ្ជាក់

ខ្ញុំយល់យ៉ាងច្បាស់ថាខ្ញុំត្រូវតែធ្វើសេចក្តីរាយការណ៍នូវរាល់ការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់អំពីប្រាក់ចំណូល ទ្រព្យសម្បត្តិ និងឬរាល់ការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗទៀតនៅក្នុង
ស្រុករបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំសូមធ្វើការប្រកាសនៅក្រោមការដាក់ទោសនៃសេចក្តីកុហកបោកប្រាស់ថារាល់ពត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនដូចខាងលើគឺសុទ្ធតែជាការពិត និងត្រឹមត្រូវ ។

ហត្ថលេខា	លេខទូរស័ព្ទ ( )	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់សាក្សី (ប្រសិនបើអ្នកនោះចុះហត្ថលេខាដោយគូសនូវសញ្ញាណាមួយ)	លេខទូរស័ព្ទ ( )	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលធ្វើជាអ្នកទទួលនូវផលប្រយោជន៍	ទំនាក់ទំនងទៅនឹងផលប្រយោជន៍នោះ	កាលបរិច្ឆេទ