

ផ្នែកទី 2

បន្ត

	មនុស្សចាស់ទី1/ខ្លួនឯង	មនុស្សចាស់ទី2	កូនក្មេងទី1	កូនក្មេងទី2	កូនក្មេងទី3
24 តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ទទួលប្រាក់ជំនួយ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI) ហួតស្តែម ឬ មេឌីកាល់ (Medi-Cal) បើ « បាទ/ចាស » តើទទួលដោយឈ្មោះណា ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន
25 លេខកាត Medi-Cal ឬ BIC បើសិនជាអ្នកមាន					
26 ចង់បាន ផលប្រយោជន៍ ផ្នែកព្យាបាលជម្ងឺ	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន
27 តើអ្នកមានផ្ទះ ឬកំពុងទិញផ្ទះនៅក្រៅរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា ឬទេ ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន

ផ្នែកទី 3

ឆ្លើយសម្រាប់កូនក្មេង **ទាំងអស់** ក្នុងផ្នែកទី 2 ។

កូនក្មេងទី1	កូនក្មេងទី2	កូនក្មេងទី3	ក្មេងមិនទាន់កើត
28 ឈ្មោះម្តាយ:	ឈ្មោះម្តាយ:	ឈ្មោះម្តាយ:	ឈ្មោះម្តាយ:
តើម្តាយ : <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិននៅផ្ទះ	តើម្តាយ : <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិននៅផ្ទះ	តើម្តាយ : <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិននៅផ្ទះ	តើម្តាយ : <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ
29 ឈ្មោះឪពុក	ឈ្មោះឪពុក	ឈ្មោះឪពុក	ឈ្មោះឪពុក
តើឪពុក: <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិននៅផ្ទះ	តើឪពុក: <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិននៅផ្ទះ	តើឪពុក: <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិននៅផ្ទះ	តើឪពុក: <input type="checkbox"/> មានការធ្វើ <input type="checkbox"/> ពិការ <input type="checkbox"/> អត់ការធ្វើ <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិននៅផ្ទះ

ផ្នែកទី 4

កត់ចូលនូវប្រាក់ចំណូល ឬប្រាក់ដែលទទួល **ទាំងអស់** ដោយអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងផ្នែកទី 2 ។

30 ធានាអ្នកដែលទទួលប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់	31 ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ (ប្រាក់ចំណូលការងារ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម)	32 ចំនួនប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ដែលទទួល	33 តើទទួលប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ នេះញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (រាល់ខែ រាល់កន្លះខែ រាល់អាទិត្យ រាល់ពីរអាទិត្យ រាល់ថ្ងៃ)

ផ្នែកទី 5

ឲ្យព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណាយ ប្រាក់ត្រូវបង់ដែលចុះបញ្ជី របស់ អ្នកដែលចុះឈ្មោះក្នុងផ្នែកទី 2 **ទាំងអស់** ។

ឈ្មោះប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវសារអ្នកត្រូវបង់	34 ឈ្មោះអ្នកត្រូវបង់	35 ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ	36 ប្រាក់សំរាប់ថែទាំរក្សាកូន ឬមនុស្សក្នុងបន្ទុក (ព្រះឈ្មោះ កូន ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក)	37 អាជ្ញា	38 ឈ្មោះអ្នកត្រូវបង់	39 ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ
ប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន			1.			
ប្រាក់ ថ្មី/ប្រពន្ធ ចិញ្ចឹម			2.			
ប្រាក់ថ្លៃធានាសុខភាពផ្សេងទៀត			3.			
ប្រាក់ថ្លៃបង់ Medicare			4.			

ផ្នែកទី 6

រំលងផ្នែកនេះបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំ **សំរាប់តែ** ក្មេងអាយុតិចជាង 19 ឆ្នាំ និង/ឬ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (ការព្យាបាលនិងរក្សាដែលទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ)

បើមិនដូច្នោះទេឆ្លើយសំណួរនេះសម្រាប់គ្រប់គ្នា ដែលមាននៅក្នុងសំណួរទី 2 ។

- 40 តើមាននរណាម្នាក់ ដែលមាន ប្រាក់ ឬ សែកដែលមិនទាន់ដូរ បើ "មាន" ចុះចំនួនទឹកប្រាក់ត្រង់នេះ: _____ (សូមអានរបៀបបំពេញ) មាន មិនមាន
- 41 តើមាននរណាម្នាក់ មានគណនីនៅធានាការ សំរាប់បាយឬ សន្សំ ឬ ការធានារ៉ាប់រងជីវិត (សូមអានរបៀបបំពេញ) មាន មិនមាន
- 42 តើមានឡានមួយ ឬ ច្រើន នៅក្នុងគ្រួសារឬទេ ? (សូមអានរបៀបបំពេញ) មាន មិនមាន
- 43 តើមាននរណាម្នាក់មាន បទបញ្ជាសំរុះសំរួលពីតុលាការ ឬសាលាក្រមផ្តាច់ព្រ័ត្រ (សូមអានរបៀបបំពេញ) មាន មិនមាន
- 44 តើមាននរណាម្នាក់មាន ការធានាសំរាប់ការថែទាំរក្សារយៈពេលវែង ? (សូមអានរបៀបបំពេញ) មាន មិនមាន
- 45 តើមាននរណាម្នាក់មាន ប្រាក់ហ៊ុន ប័ណ្ណជំពាក់ប្រាក់ (Bond) ប្រាក់មូលនិធិសំរាប់ ចូលនិវត្តន៍ ប្រាក់នៅក្រុម ឬអង្គការ គេធ្វើប្រាក់ ដីធ្លីផ្ទះសំបែង យានជំនិះសម្រាប់ ជំនួញ គណនីពាណិជ្ជកម្ម កិច្ចសន្យាជំពាក់ប្រាក់ ប្រាក់ខ្ចីដោយបញ្ចាំផ្ទះ លិខិត ប្រគល់អណត្តព្យាបាល រថយន្តកំសាន្ត ប្រាក់សំរាប់កប់ខ្មោច ផលលាភប្រចាំឆ្នាំ (Annuities) គ្រឿងអលង្ការ (មិនមែនដែលបានពីជំនួនជីតា ឬ ចំណង់ដៃការ) សិទ្ធិលើអណ្ណាងវិប្បប្រែកាត ? (សូមអានរបៀបបំពេញ) មាន មិនមាន
- 46 តើមាននរណាម្នាក់ដែលចុះឈ្មោះក្នុងពាក្យសុំនេះ កាត់ឈ្មោះ លក់ ដូរ ឬ ប្រគល់ឲ្យ របស់ដូចមានរៀបរាប់ខាងលើ ក្នុងរយៈពេល 30 ខែ ចុងក្រោយទេ ? មាន មិនមាន
- 47 តើអ្វីដែលមានចុះនៅក្នុងផ្នែកនេះ ត្រូវបានចំណាយ ឬប្រើប្រាស់សំរាប់កក់ថ្លៃព្យាបាល ជម្ងឺ ឬទេ ? (សូមអានរបៀបបំពេញ) មាន មិនមាន

ផ្នែកទី 7

ឆ្លើយ **សំរាប់តែ** អ្នកដែលចង់បាន Medi-Cal ។

	មនុស្សចាស់ទី1/ខ្លួនឯង	មនុស្សចាស់ទី2	កូនក្មេងទី1	កូនក្មេងទី2	កូនក្មេងទី3
48 លេខសន្តិសុខសង្គម #:					
អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល Medi-Cal ពោះបីជាអ្នកគ្មានលេខសន្តិសុខសង្គម					
49 ទីកន្លែងកើត រដ្ឋ ឬ ប្រទេស					
50 សញ្ជាតិ ឬជាតិ អាមេរិច បើ "ទេ" សរសេរ ថ្ងៃទីដែល ចូលមកសហរដ្ឋ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ / / ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ / / ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ / / ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ / / ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ / / ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
51 រស់នៅកន្លែងថែទាំរក្សារយៈពេលវែង ឬកន្លែងព្យាបាល ដែលផ្តល់បន្ទប់និងអាហារ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
បើ " បាទ/ចាស " ឈ្មោះកន្លែងនោះ តើអ្នកមានបំណងវិល ត្រឡប់មកផ្ទះវិញឬទេ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកមានបំណងវិល ត្រឡប់មកផ្ទះវិញក្នុងរយៈពេលយ៉ាងយូរ 6 ខែ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
52 តើអ្នកមានការធានាខាង សុខភាព ធ្មេញ ឬ ភ្នែក ឬទេ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
53 មានការចំណាយលើថ្លៃព្យាបាលជម្ងឺ នៅក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុនពេលដាក់ ពាក្យសុំ ហើយចង់ឲ្យ Medi-Cal ជួយចេញថ្លៃនោះដែរ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
54 មានការប្តឹងប្តល់ ដែលមិនទាន់ដាច់ស្រេច ដោយសារមានគ្រោះថ្នាក់ ឬ ប្តូរ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ផ្នែកទី 7

បន្ត

	មនុស្សចាស់ទី1/ខ្លួនឯង	មនុស្សចាស់ទី2	កូនក្មេងទី1	កូនក្មេងទី2	កូនក្មេងទី3
55 តើ មនុស្សចាស់ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ខ្ញុំ ពុកម្តាយក្មេង កំពុងបម្រើ ឬ ធ្លាប់បម្រើនៅក្នុងក្រសួងយោធា អាមេរិច ឬ ទេ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពុកម្តាយ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពុកម្តាយ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពុកម្តាយ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពុកម្តាយ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពុកម្តាយ
56 ជាតិពន្ធ (ពូជសាសន៍) (តាមចិត្ត ជ្រើសរើស)					
57 ទៅសាលារៀនពេញម៉ោង	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
58 រស់នៅឆ្ងាយពីផ្ទះ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ផ្នែកទី 8

ការអនុញ្ញាតឲ្យបន្តព័ត៌មាន (តាមចិត្តជ្រើសរើស)

59 គូសប្រកបនេះ បើអ្នកមិនចង់ឲ្យ Medi-Cal ថែកពាក្យសុំរបស់កូនអ្នក ជាមួយកម្មវិធី Healthy Families ដ៏មានផ្លែផល ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនអាចទទួល Medi-Cal ដ៏មិនបាច់បង់ប្រាក់នោះទេ។

60 ខ្ញុំបានទទួលការជួយពី (ប្រាប់ឈ្មោះ អ្នកជួយនោះ) _____ នៅ ពេលបំពេញក្រដាសពាក្យសុំនេះ ។ ខ្ញុំយល់ព្រមថា មន្ទីរសង្គមកិច្ច អាចប្រាប់ជននោះ នូវ ព័ត៌មានដែលទាក់ទង នឹង លទ្ធផលនៃពាក្យសុំនេះ ។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ សូមចុះហត្ថលេខាលើប្រតិបត្តិការនេះ: _____

ផ្នែកទី 9

ការចុះហត្ថលេខា និងការបញ្ជាក់ដោយលិខិត

61 ខ្ញុំសូមប្រកាស នៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ផ្នែកទោសនៃការក្អកក្អាយថា ចម្លើយ ពាក្យសុំ ព្រមទាំងឯកសារដែលខ្ញុំប្រគល់ឲ្យ ថាពិតដែលខ្ញុំដឹងយ៉ាងជាក់ច្បាស់ ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ខ្ញុំបានអាន ហើយយល់យ៉ាងច្បាស់ អំពី របៀបបំពេញ ការប្រកាស ហើយនិងព័ត៌មានដទៃទៀត ដែលមានបោះពុម្ពនៅលើពាក្យសុំនេះ ។

ហត្ថលេខា ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ហត្ថលេខាអ្នកសាក្សី (បើអ្នកសុំចុះ ហត្ថលេខា ដោយ ខ្លួនឯងក្រែក) ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ហត្ថលេខាអ្នកជួយបំពេញពាក្យសុំ លេខទូរស័ព្ទ ទំនាក់ទំនង ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងជំនួសអ្នកសុំ/អ្នកទទួលផល លេខទូរស័ព្ទ ទំនាក់ទំនង ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ចំពោះព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងកម្មវិធីខាងក្រោម គូសខ្លួនក្នុងប្រអប់ចម្លើយ ហើយ ព័ត៌មាននោះនឹងបានផ្ញើទៅលោកអ្នកវិញ ។ សូមមើលលើ ទំព័រអ៊ិនធឺណិត របស់យើង www.dhcs.ca.gov

- កម្មវិធីថែរក្សាផ្ទាល់ខ្លួន (PCSP) គឺជាកម្មវិធីសម្រាប់ការថែរក្សានៅផ្ទះ
- មធ្យោបាយសម្រាប់ទារក និង ស្ត្រី (AIM) គឺជាកម្មវិធីសម្រាប់ជួយស្ត្រីដែលមាន ផ្ទៃពោះ ដែលមានប្រាក់ចំណូលតិចល្មម អាចបានទទួល ការថែរក្សាសុខភាព
- កម្មវិធីចំណីអាហារសម្រាប់ ស្ត្រី ទារក និង កុមារ (WIC) គឺជាកម្មវិធីចំណីអាហារ សម្រាប់ ស្ត្រី ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយពេល សំវាលកូន និងក្មេងអាយុតិច ជាង 5 ឆ្នាំ
- ការកំណត់ចំនួនកូនក្នុងគ្រួសារ
- កម្មវិធីសុខភាពកុមារ និងបង្ការពិការភាព (CHDP) គឺជាការថែរក្សាការពារ សម្រាប់ ក្មេង និង យុវជន ។ តើអ្នកចង់បញ្ជូន ក្មេង ឬ យុវជន ដែលជាកូន របស់អ្នក ទៅកាន់កម្មវិធី CHDP សម្រាប់ការតាមដាន ឬ ទេ ? បាទ/ចាស ទេ