

**ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់
(ASDMI)៖ AB 133 ¹ (កំណែ 2.0)**

ឈ្មោះដំបូង ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល កាលបរិច្ឆេទ
នៃកំណើត លេខលិខិតអតិថិជន
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

**ទម្រង់ “ASDMI៖ AB 133” អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់បុគ្គល
ដូចខាងក្រោម៖**

1. បុគ្គលដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal។
2. បុគ្គលដែលទទួលសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយានៅក្រោម Medi-Cal។
3. បុគ្គលដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធក្នុងប្រព័ន្ធច្បាប់ព្រហ្មទណ្ឌ ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal មុនការចេញផ្សាយ។

Medi-Cal ចង់ជួយសម្របសម្រួលសេវាសុខភាព និងសង្គមរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។ ការថែទាំ និងសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ដោយពហុអង្គការ។ ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកអាចសុំឱ្យអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ នៅពេលដែលពួកគេត្រូវការការយល់ព្រមរបស់អ្នក ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយមនុស្ស ឬអង្គការផ្សេងទៀតដែលអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំ ឬសេវាកម្មពី។ ទម្រង់បែបបទនេះមិនមានបំណងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមានបញ្ចេញព័ត៌មានទូទៅរបស់អ្នក នៅពេលដែលមិនចាំបាច់សម្រាប់ការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមមើលខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគោលបំណងនៃការចែករំលែកព័ត៌មាន និងអ្នកដែលអាចចែករំលែក និងទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ទម្រង់ ASDMI នេះនឹង៖

- » ពន្យល់ថា តើព័ត៌មានអ្វីខ្លះអំពីអ្នកអាចចែករំលែក ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
- » ពន្យល់ពីរបៀបដែលព័ត៌មានរបស់អ្នកអាចចែករំលែក និងប្រើប្រាស់។
- » សុំការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែកប្រភេទព័ត៌មានមួយចំនួនរបស់អ្នក។ ប្រភេទព័ត៌មានត្រូវបានរាយក្នុងផ្នែកទី 1.3 នៃទម្រង់ ASDMI។

¹ AB 133 សំដៅលើច្បាប់សភាវដ្ត California 133។

ការអនុញ្ញាតឱ្យថែទាំរោគប្រុងព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCMI)៖ AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត លេខលិខិតអតិថិជន Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

ព័ត៌មានសមាជិក

ឈ្មោះសមាជិក៖ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY)

លេខសន្ទស្សន៍អតិថិជន Medi-Cal (អាចអនុវត្តបាន) ២៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ទីក្រុង/រដ្ឋ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ ៣៖

អាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋាន ទីក្រុង/រដ្ឋ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ (ជាជម្រើស)៖

លេខទូរស័ព្ទ (តាមជម្រើស)៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ជាជម្រើស)៖

តើអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកក្នុងការទាក់ទងអ្នកតាមរយៈការផ្ញើសារ ឬការហៅទូរស័ព្ទដែរឬទេ? ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីនិយាយអំពីជម្រើសនៃ ការយល់ព្រមរបស់អ្នក និងដើម្បីឱ្យអ្នកដឹងប្រសិនបើការយល់ព្រមរបស់អ្នកបានផុតកំណត់ ហើយ។ ៤ សូមជិតប្រអប់ដែលមានជម្រើសរបស់អ្នកខាងក្រោម៖

បាទ/ចាស៍ (ត្រូវផ្តល់លេខទូរស័ព្ទខាងលើ)

ផ្ញើសារ និងទូរស័ព្ទ អត្ថបទតែប៉ុណ្ណោះ ការហៅទូរស័ព្ទតែប៉ុណ្ណោះ

ទេ

ព័ត៌មានដៃគូថែទាំ

នេះគួរតែត្រូវបានបញ្ចប់ដោយដៃគូថែទាំដែលទទួលបានការយល់ព្រមពីសមាជិកខាងលើដើម្បីបង្ហាញ ព័ត៌មានរបស់ពួកគេ។

ឈ្មោះដៃគូថែទាំ៖

ឈ្មោះអង្គការ៖

លេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាជាតិ (NPI) (តាមដែលអាចអនុវត្តបាន)៖

លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកជាប់ពន្ធ (TIN)៖

លេខទូរស័ព្ទ៖ លេខទូរសារ (ជាជម្រើស)៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ទីក្រុង/រដ្ឋ លេខកូដប្រៃសណីយ៍៖

២ លេខសន្ទស្សន៍អតិថិជនគឺជាតួអក្សរច្រាំបួនដំបូងនៃលេខអត្តសញ្ញាណដែលមានទីតាំងនៅផ្នែកខាងមុខនៃប័ណ្ណ សម្គាល់អត្តប្រយោជន៍របស់សមាជិក Medi-Cal។

៣ នេះអាចជាអាសយដ្ឋានណាមួយដែលអ្នកអាចទទួលសំបុត្រ រួមទាំងអាសយដ្ឋានរបស់មិត្តភក្តិ ទីជម្រក ឬសមាជិកគ្រួសារ។

៤ វាអាចនឹងនាំឱ្យមានការគិតថ្លៃទៅកាន់ទូរស័ព្ទដែលរបស់អ្នក។

ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCMI)៖ AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

ផ្នែកទី 1៖ ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃការចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

1.1 គោលបំណងនៃការចែករំលែកព័ត៌មាន

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដែលបានរាយក្នុងផ្នែកទី 1.3 ខាងក្រោមអាចត្រូវបានចែករំលែកសម្រាប់ហេតុផលជាច្រើន រួមមាន៖

- » ការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ជួយអ្នកកំណត់ពេលណាត់ជួប ជួយអ្នកស្នើសុំជំនួយលំនៅដ្ឋាន ឬជួយអ្នកស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា។
- » ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការព្យាបាល និងសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ធ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។
- » ការទទួលបានការទូទាត់ពីក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ការព្យាបាល និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនអ្នក។
- » ការភ្ជាប់អ្នកទៅនឹងកម្មវិធី សេវាកម្ម និងធនធានដែលអាចជួយកែលម្អសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។
- » ការប្រមូលព័ត៌មាន ដូច្នេះ Medi-Cal អាចជួយកែលម្អការថែទាំដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។

1.2 តើអ្នកណាអាចចែករំលែក និងទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក

ដៃគូថែទាំអាចចែករំលែក និងទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក។ Care Partners គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា និងអង្គការដែលអ្នកបានឃើញពីមុន ឃើញនៅពេលនេះ ឬអាចឃើញនៅពេលអនាគត។ ដៃគូថែទាំទាំងនេះរួមមាន៖

- » អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រួមទាំងគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម និងអ្នកឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត។
- » អ្នកផ្តល់សេវាប្រើប្រាស់សារធាតុមិនប្រក្រតី ដូចជាកម្មវិធីព្យាបាលអាភៀន និងកម្មវិធីព្យាបាលលំនៅដ្ឋាន។
- » អង្គការសហគមន៍ និងអ្នកផ្តល់សេវាគ្មានផ្ទះសម្បែង។
- » អ្នកផ្តល់សេវាកែតម្រូវ និងអ្នកគ្រប់គ្រងករណី។
- » ផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាព រួមទាំងផែនការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal និងផែនការសុខភាពអាកប្បកិរិយា។
- » ភ្នាក់ងារសុខភាព និងសេវាមនុស្សតាមខោនធី។
- » អង្គការព័ត៌មានសុខភាពមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- » ទីភ្នាក់ងារសុខភាព និងសេវាមនុស្សរបស់រដ្ឋ។

ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCMI)៖ AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

1.3 ប្រភេទព័ត៌មាន

តើព័ត៌មានប្រភេទណាខ្លះដែលទាមទារការយល់ព្រមរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែក?

មានប្រភេទព័ត៌មានមួយចំនួនដែលអ្នកអាចជ្រើសរើសចែករំលែក ឬជ្រើសរើសមិនចែករំលែក៖

- » ព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុដែលត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2។
- » ព័ត៌មានអំពីលំនៅដ្ឋាន រួមទាំងស្ថានភាពលំនៅដ្ឋាន ប្រវត្តិ និងជំនួយលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីប្រភេទព័ត៌មានទាំងនេះអាចរកបាននៅក្នុងផ្នែក 2.1 នៃទម្រង់នេះ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសតើត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នក ដើម្បីចែករំលែកប្រភេទព័ត៌មានទាំងនេះឬអត់។ នៅពេលអ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នក នោះមានន័យថាអ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាននេះ។

ដៃគូថែទាំមួយចំនួនរបស់អ្នកអាចប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសេវាសុខភាព និងសង្គមមួយចំនួនរបស់អ្នកជាមួយដៃគូថែទាំផ្សេងទៀត ដោយគ្មាន ការយល់ព្រមពីអ្នក ដើម្បី៖

- » ព្យាបាលអ្នក។
- » ទទួលបានការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្ម។
- » ដំណើរការអង្គការរបស់ពួកគេ និងសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

តើព័ត៌មានប្រភេទណាខ្លះអាចត្រូវបានចែករំលែក ដោយគ្មាន ការយល់ព្រមពីអ្នក?

- » ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត។
- » ព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុដែលមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធ 42 CFR ផ្នែកទី 2។
- » ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- » ព័ត៌មានផ្នែកច្បាប់ព្រហ្មទណ្ឌមានកម្រិត រួមទាំងទិន្នន័យកក់ទុក កាលបរិច្ឆេទ និងទីតាំងនៃការឃុំខ្លួន និងស្ថានភាពការដោះលែងព្យួរទោស។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានជាប់ឃុំ ឬត្រូវបានជាប់ឃុំនាពេលថ្មីៗនេះ ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកអាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្លូវច្បាប់ព្រហ្មទណ្ឌមួយចំនួនដែលបានពិពណ៌នាខាងលើ។ ពួកគេអាចចែករំលែកព័ត៌មាននោះ ដើម្បីជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងភ្ជាប់អ្នកជាមួយនឹងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។ ព័ត៌មានមិនអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការស៊ើបអង្កេតរដ្ឋប្បវេណី រដ្ឋបាល ឬព្រហ្មទណ្ឌដំណើរការនីតិវិធី ឬការកាត់ទោស ការកាត់ទោស ការអនុវត្តច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ ឬដំណើរការតុលាការគ្រួសារទេ។

ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCMI)៖ AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

ផ្នែកទី 2 ៖ ស្នើសុំការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

2.1 ការអនុញ្ញាតពិសេស

មានការអនុញ្ញាតពិសេសចំនួនពីរដែលបានស្នើសុំពីអ្នក៖

1. ព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ
2. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋាន

ជ្រើសរើស “បាទ/ចាស” ឬ “ទេ/មិនអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ” សម្រាប់ការអនុញ្ញាតពិសេសនីមួយៗ

ការជ្រើសរើស “បាទ / ចាស” ឬ “ទេ / មិនអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ” គឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ ទោះបីជាអ្នកជ្រើសរើស “ទេ/មិនអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ” នៅលើទម្រង់បែបបទក៏ដោយ វានឹងមិនផ្លាស់ប្តូរសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ឬ លទ្ធភាពទទួលបានការថែទាំសុខភាព ឬសេវាកម្មនោះទេ។

- » ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស “ទេ / មិនអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ” នៅលើទម្រង់បែបបទ ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកនឹងមិនចែករំលែកព័ត៌មានដែលអ្នកបានជ្រើសរើស “ទេ / មិនអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ” ទេ។
 - o ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកនឹងមិនចែករំលែកព័ត៌មានដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។
- » ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស “បាទ/ចាស” នៅលើទម្រង់បែបបទ ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកអាចចែករំលែកព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីអ្នក ដែលនឹងជួយពួកគេសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ វាក៏នឹងជួយឱ្យពួកគេភ្ជាប់អ្នកកាន់តែងាយស្រួលជាមួយសេវាកម្មផ្សេងទៀត។

ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCMI)៖ AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

1. ព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ

- » ព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុមួយចំនួនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ដែលជាទូទៅគេហៅថា "ផ្នែកទី 2"។ ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកដែលព្យាបាលជំងឺសារធាតុរបស់អ្នកអាចប្រាប់អ្នកស្តីពីព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុរបស់អ្នកត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2។
- » អ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែកការវិនិច្ឆ័យការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 ឬព័ត៌មានអំពីការព្យាបាល ដូច្នេះអ្នកផ្តល់សេវាអាចព្យាបាលអ្នក ទទួលបានការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្ម ប្រតិបត្តិការអង្គការរបស់ពួកគេ និងសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
- » នៅពេលអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 របស់អ្នកជាមួយ Medi-Cal ផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ពួកគេត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មាននោះជាមួយដៃគូថែទាំផ្សេងទៀត សម្រាប់គោលបំណងដូចគ្នាដែលមានចែងក្នុងចំណុចខាងលើ។ ពួកគេក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកដោយគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នកសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។ ពួកគេមិនអាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះសម្រាប់ដំណើរការនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណី ព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋបាល និងនីតិបញ្ញត្តិប្រឆាំងនឹងអ្នកបានទេ។
- » នៅពេលដែលព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកនោះ វាអាចនឹងមិនត្រូវបានការពារដោយផ្នែកទី 2 ឬត្រូវបានការពារតាមរបៀបដែលវាពិតមុន ត្រូវបាន ប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកនោះទេ។ ព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 របស់អ្នកអាចត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ផ្សេងទៀតដែលការពារព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។
- » អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីនៃដៃគូថែទាំដែលអ្នកផ្តល់បញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 របស់អ្នកបានចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយ ដោយទាក់ទងអ្នកផ្តល់បញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុរបស់អ្នក។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកផ្តល់ការព្យាបាលបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុញ្ញេនរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញ្ញេនរបស់ខ្ញុំក្នុងអតីតកាល បច្ចុប្បន្នកាល និងអនាគតកាល រួមទាំងព័ត៌មានដែលត្រូវបានការពារដោយផ្នែកទី 2។

បាន/ចាស់ ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCMI)៖ AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

2. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋាន

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មលំនៅដ្ឋាន អ្នកអាចទទួលបានជំនួយតាមរយៈការបញ្ចូលការសម្របសម្រួល។ រយៈការបញ្ចូលការសម្របសម្រួលគឺជាអង្គការក្នុងមូលដ្ឋាន ដែលជួយសម្របសម្រួលសេវាកម្មលំនៅដ្ឋាន សម្រាប់អ្នកដែលត្រូវការពួកគេ។ អង្គការទាំងនេះអាចត្រូវការការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែក ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកជាមួយប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងគ្មានផ្ទះសម្បែង និងដៃគូថែទាំ ផ្សេងទៀត ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រព័ន្ធទាំងនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអង្គការ លំនៅដ្ឋានដើម្បីផ្តល់ និងសំរាប់សំរួលសេវាផ្គត់ផ្គង់លំនៅដ្ឋាន និងលំនៅដ្ឋាន។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់អ្នកផ្តល់លំនៅដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ ដើម្បី ចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីខ្ញុំទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋាន រួមទាំងស្ថានភាពលំនៅដ្ឋាន ប្រវត្តិរបស់ខ្ញុំ និង ជំនួយជាមួយ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងគ្មានផ្ទះសម្បែង និងដៃគូថែទាំផ្សេងទៀត ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ សុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

បាទ/ចាស

ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

2.2 សិទ្ធិរបស់អ្នក

តើសិទ្ធិរបស់អ្នកមានជាអ្វី?

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- » ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។
- » មិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះទេ។
- » ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់នេះ។
- » ប្តូរចិត្ត ហើយទទួលយកការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ តើអ្នកអាចប្តូរចិត្តនៅពេលក្រោយបានទេ?

បាទ/ចាស អ្នកមានសិទ្ធិផ្លាស់ប្តូរគំនិតរបស់អ្នកអំពីការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក ហើយអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ ឬទទួលយកការយល់ព្រមនេះមកវិញនៅពេលណាក៏បាន។ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ ឬទទួលយកការយល់ព្រមរបស់អ្នក មកវិញ សូមពិភាក្សាជាមួយដៃគូថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបំពេញទម្រង់ ASCMI ថ្មីជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរ ដែលអ្នកចង់ធ្វើ។

- » ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលអ្នកចង់ធ្វើនឹងកើតឡើងនៅថ្ងៃដែលទម្រង់បែបបទ ASCMI ថ្មីរបស់អ្នកត្រូវ បានចុះហត្ថលេខា។
- » ការទទួលយកការយល់ព្រមរបស់អ្នកមកវិញនឹងមិនអនុវត្តចំពោះព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែក ពីមុនជាមួយនឹងការយល់ព្រមរបស់អ្នកទេ។

ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់
(ASCMI)៖ AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

2.3 ហត្ថលេខារបស់អ្នក

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ អ្នកយល់ និងយល់ព្រមថា៖

- » ដៃគូថែទាំរបស់អ្នក ដែលមានរាយក្នុងផ្នែកទី 1.2 នៃទម្រង់បែបបទនេះអាចប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានជ្រើសរើសខាងលើសម្រាប់គោលបំណងដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកទី 1.1 នៃទម្រង់បែបបទនេះ។
- » អ្នកក៏យល់ដែរថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែក ច្បាប់សហព័ន្ធ ឬរដ្ឋអាចនឹងមិនការពារការចែករំលែកព័ត៌មាននោះឡើងវិញទេ។

តើការយល់ព្រមរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មាន?

- » ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ការយល់ព្រមនេះនឹងមានរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។
- » ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ការយល់ព្រមរបស់អ្នកនឹងមានរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬប្រសិនបើភាពអាណាព្យាបាលរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំនេះ អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមថ្មី។
- » ដោយមិនគិតពីអាយុរបស់អ្នក អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមថ្មីដោយប្រើទម្រង់ ASCMI៖ Non-AB 133 ប្រសិនបើអ្នកលែងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីប្រើទម្រង់ ASCMI៖ AB 133។ អ្នកក៏អាចផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នក និងទទួលយកការយល់ព្រមរបស់អ្នកវិញនៅពេលណាមួយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយប្រើទម្រង់ការដកហូត ASCMI។

ឈ្មោះសមាជិក	ហត្ថលេខាសមាជិក	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ តំណាងស្របច្បាប់	ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ តំណាងផ្នែកច្បាប់	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)