

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASDMI)៖ NON-AB 133 <sup>1</sup> (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

ទម្រង់ “ASDMI: Non-AB 133” អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យ សម្រាប់បុគ្គលដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California ដែលមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការប្រើប្រាស់ទម្រង់ ASDMI: AB 133។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងបុគ្គលទាំងអស់ដែលមាន៖

1. មិនបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal ទេ។
2. មិនទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយានៅក្រោម Medi-Cal។
3. មិនពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធច្បាប់ព្រហ្មទណ្ឌ ដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal មុនការចេញផ្សាយ។

ចង់ជួយសម្របសម្រួលសេវាសុខភាព និងសង្គមរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចរស់នៅប្រកប ដោយសុខភាពល្អ។ ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកអាចសុំឱ្យអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនៅពេលដែលពួកគេត្រូវការការយល់ព្រមរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយមនុស្ស ឬអង្គការផ្សេងទៀតដែលអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំ ឬសេវាកម្មពី។ ទម្រង់បែបបទនេះមិនមានបំណងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមានបញ្ចេញព័ត៌មានទូទៅរបស់អ្នក នៅពេលដែលមិនចាំបាច់សម្រាប់ការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមមើលខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីគោលបំណងនៃការចែករំលែកព័ត៌មាន និងអ្នកដែលអាចចែករំលែក និងទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ទម្រង់ ASDMI នេះនឹង៖

- » ពន្យល់ថាតើព័ត៌មានអ្វីខ្លះអំពីអ្នកអាចចែករំលែក ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
- » ពន្យល់ពីរបៀបដែលព័ត៌មានរបស់អ្នកអាចចែករំលែក និងប្រើប្រាស់។
- » សុំការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែកប្រភេទព័ត៌មានមួយចំនួនរបស់អ្នក។ ប្រភេទព័ត៌មានត្រូវបានរាយក្នុងផ្នែកទី 1.3 នៃទម្រង់ ASDMI។

<sup>1</sup> AB 133 សំដៅលើ ច្បាប់សភា California 133។

ការអនុញ្ញាតឱ្យថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រប្រុងព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់  
(ASCFI)៖ NON-AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត លេខលិខិតអតិថិជន Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

ព័ត៌មានអតិថិជន

ឈ្មោះអតិថិជន៖ កាលបរិច្ឆេទកំណើត (mm/dd/yyyy)៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ទីក្រុង/រដ្ឋ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ ៖

អាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋាន ទីក្រុង/រដ្ឋ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ (ជាជម្រើស)៖

លេខទូរស័ព្ទ (តាមជម្រើស)៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ជាជម្រើស)៖

តើអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកក្នុងការទាក់ទងអ្នកតាមរយៈការផ្ញើសារ ឬការហៅទូរស័ព្ទដែរឬទេ? ដៃគូថែទាំរបស់អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីនិយាយអំពីជម្រើសនៃ ការយល់ព្រមរបស់អ្នក និងដើម្បីឱ្យអ្នកដឹងប្រសិនបើការយល់ព្រមរបស់អ្នកបានផុតកំណត់ ហើយ។ ៣ សូមជ្រើសរើសប្រអប់ដែលមានជម្រើសរបស់អ្នកខាងក្រោម៖

បាទ/ចាស៍ (ត្រូវផ្តល់លេខទូរស័ព្ទខាងលើ)

ផ្ញើសារ និងទូរស័ព្ទ អត្ថបទតែប៉ុណ្ណោះ ការហៅទូរស័ព្ទតែប៉ុណ្ណោះ

ទ

ព័ត៌មានដៃគូថែទាំ

នេះគួរតែត្រូវបានបញ្ចប់ដោយដៃគូថែទាំដែលទទួលបានការយល់ព្រមពីអតិថិជនខាងលើដើម្បីបង្ហាញ ព័ត៌មានរបស់ពួកគេ។

ឈ្មោះដៃគូថែទាំ៖

ឈ្មោះអង្គការ៖

លេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាជាតិ (NPI) (តាមដែលអាចអនុវត្តបាន)៖

លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកជាប់ពន្ធ (TIN)៖

លេខទូរស័ព្ទ៖ លេខទូរសារ (ជាជម្រើស)៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ទីក្រុង/រដ្ឋ លេខកូដប្រៃសណីយ៍៖

២ នេះអាចជាអាសយដ្ឋានណាមួយដែលអ្នកអាចទទួលសំបុត្រ រួមទាំងអាសយដ្ឋានរបស់មិត្តភក្តិ ទីជម្រក ឬ សមាជិកគ្រួសារ។

៣ វាអាចនឹងមានលទ្ធផលក្នុងការគិតថ្លៃទៅកាន់ទូរស័ព្ទដែលអ្នក។

DHCS 0309 (Cambodian) (New 08/2025)Page 2 of 10

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCOMI)៖ NON-AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

## ផ្នែកទី 1៖ ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃការចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

### 1.1 គោលបំណងនៃការចែករំលែកព័ត៌មាន

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដែលបានរាយក្នុងផ្នែកទី 1.3 ខាងក្រោមអាចត្រូវបានចែករំលែកសម្រាប់ហេតុផលជាច្រើន រួមទាំង៖

- » ការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ជួយអ្នកកំណត់ពេលវេលាជួប ជួយអ្នកស្នើសុំជំនួយលំនៅដ្ឋាន ឬជួយអ្នកស្វែងរកអ្នកព្យាបាលរោគ។
- » ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការព្យាបាល និងសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្ទេរ សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។
- » ការទទួលបានការទូទាត់ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការព្យាបាល និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនអ្នក។
- » ការភ្ជាប់អ្នកទៅនឹងកម្មវិធី សេវាកម្ម និងធនធានដែលអាចជួយកែលម្អសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។
- » ការប្រមូលព័ត៌មានដូច្នេះ៖ \_\_\_\_\_ អាចជួយកែលម្អការថែទាំដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។

### 1.2 តើអ្នកណាអាចចែករំលែក និងទទួលព័ត៌មានរបស់អ្នក

ដៃគូថែទាំអាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក។ Care Partners គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា និងអង្គការដែលអ្នកបានឃើញពីមុន ឃើញនៅពេលនេះ ឬអាចឃើញនៅពេលអនាគត។ ដៃគូថែទាំទាំងនេះអាចរួមបញ្ចូល៖

- » អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត។
- » អ្នកផ្តល់សេវាប្រើប្រាស់សារធាតុមិនប្រក្រតី ដូចជាកម្មវិធីព្យាបាលអាភៀន និងកម្មវិធីព្យាបាលលំនៅដ្ឋាន។
- » អង្គការសហគមន៍ និងអ្នកផ្តល់សេវាគ្មានផ្ទះសម្បែង។
- » ផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាព រួមទាំងផែនការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal និងផែនការសុខភាពអាកប្បកិរិយា។
- » ភ្នាក់ងារសុខភាព និងសេវាមនុស្សតាមខោនធី។
- » អង្គការព័ត៌មានសុខភាពមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- » ទីភ្នាក់ងារសុខភាព និងសេវាមនុស្សរបស់រដ្ឋ។

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCOMI)៖ NON-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។
- » ព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្តមួយចំនួន។
- » ព័ត៌មានពិការភាពបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍។
- » លទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍។
- » លទ្ធផលតេស្តហ្វេន។
- » ព័ត៌មានអំពីលំនៅដ្ឋាន រួមទាំងស្ថានភាពលំនៅដ្ឋាន ប្រវត្តិ និងជំនួយរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទព័ត៌មាននីមួយៗដែលបានរាយខាងលើអាចរកបាននៅក្នុងផ្នែក 2.1 នៃទម្រង់នេះ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសថាតើត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នក ដើម្បីចែករំលែកប្រភេទព័ត៌មានទាំងនេះឬអត់។ នៅពេលអ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់អ្នក នោះមានន័យថាអ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាននេះ។

### ដៃគូថែទាំមួយចំនួនរបស់អ្នកអាចប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព និងសេវាសង្គម មួយចំនួនរបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមពីអ្នកចំពោះ៖

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

### តើព័ត៌មានប្រភេទណាខ្លះអាចត្រូវបានចែករំលែក ដោយគ្មាន ការយល់ព្រមពីអ្នក?

- » ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (សូមមើលករណីលើកលែងខាងក្រោម)។
- » ព័ត៌មានអំពីភាពមិនប្រក្រតីនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុដែល មិន ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ សហព័ន្ធ 42 CFR ផ្នែកទី 2។
- » ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCFI)៖ NON-AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

## ផ្នែកទី 2 ៖ ស្នើសុំការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

### 2.1 ការអនុញ្ញាតពិសេស

មានការអនុញ្ញាតពិសេសចំនួនប្រាំមួយដែលបានស្នើសុំពីអ្នក៖

1. ព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ
2. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋាន
3. ព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត
4. ព័ត៌មានពីការភាពបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍
5. លទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍
6. លទ្ធផលតេស្តហ្វេរូន

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

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

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

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCFI)៖ NON-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។ ពួកគេក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកដោយគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នកសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធនិងរដ្ឋ។ ពួកគេមិនអាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះសម្រាប់ដំណើរការនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណី ព្រហ្មទណ្ឌរដ្ឋបាល នឹងនីតិបញ្ញត្តិប្រឆាំងនឹងអ្នកបានទេ។
- » នៅពេលដែលព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកនោះ វាអាចនឹងមិនត្រូវបានការពារដោយផ្នែកទី 2 ឬត្រូវបានការពារតាមរបៀបដែលវាពីមុនត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកនោះទេ។ ព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 របស់អ្នកអាចត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ផ្សេងទៀតដែលការពារព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។
- » អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីនៃដៃគូថែទាំដែលអ្នកផ្តល់បញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្នែកទី 2 របស់អ្នកបានចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយដោយទាក់ទងអ្នកផ្តល់បញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុរបស់អ្នក។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុញ្ញេនរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពីបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញ្ញេនក្នុងអតីតកាល បច្ចុប្បន្នកាល និងអនាគតរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានដែលត្រូវបានការពារដោយផ្នែកទី 2។

បាន/ចាស់      ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCOMI)៖ NON-AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

## 2. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋាន

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មលំនៅដ្ឋាន អ្នកអាចទទួលបានជំនួយតាមរយៈការបញ្ចូលការសម្របសម្រួល។ រយៈការបញ្ចូលការសម្របសម្រួលគឺជាអង្គការក្នុងមូលដ្ឋាន ដែលជួយសម្របសម្រួលសេវាកម្មលំនៅដ្ឋានសម្រាប់អ្នកដែលត្រូវការពួកគេ។ អង្គការទាំងនេះអាចត្រូវការការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកជាមួយប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងគ្មានផ្ទះសម្បែង និងដៃគូថែទាំផ្សេងទៀត ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រព័ន្ធទាំងនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអង្គការលំនៅដ្ឋានដើម្បីផ្តល់ និងសំរាប់រំលូលសេវាផ្គត់ផ្គង់លំនៅដ្ឋាន និងលំនៅដ្ឋាន។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់អ្នកផ្តល់លំនៅដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីខ្ញុំទាក់ទងនឹងលំនៅដ្ឋាន រួមទាំងស្ថានភាពលំនៅដ្ឋាន ប្រវត្តិរបស់ខ្ញុំ និងការគាំទ្រជាមួយប្រព័ន្ធព័ត៌មានគ្រប់គ្រងគ្មានផ្ទះសម្បែង និងដៃគូថែទាំផ្សេងទៀត ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

បាទ/ចាស      ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

## 3. ព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ការយល់ព្រមរបស់អ្នកគឺតម្រូវឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្តមួយចំនួនរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលអ្នកប្រហែលជាបានទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក ដូចជាកំណត់ត្រាការព្យាបាល ព័ត៌មានលម្អិតតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬការវាយតម្លៃ។ វាក៏អាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្តផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យខោនធី ឬស្រុក ឬស្ថាប័នផ្លូវចិត្ត ឬខណៈពេលដែលអ្នកនៅក្នុងពន្ធនាគារ។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យដៃគូថែទាំរបស់ខ្ញុំចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ។

បាទ/ចាស      ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCOMI)៖ NON-AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

## 4. ព័ត៌មានពិការភាពបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍

- » ការយល់ព្រមរបស់អ្នកគឺតម្រូវឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានមួយចំនួនទាក់ទងនឹងពិការភាពបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍របស់អ្នក។ ទាំងនេះគឺជាលក្ខខណ្ឌដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលខ្មែរក្បាល និងរាងកាយរបស់មនុស្សធ្វើការ។ ជាធម្មតាពួកគេចាប់ផ្តើមមុនអាយុ 22 ឆ្នាំ និងបន្តពេញមួយជីវិត។ ពិការភាពបញ្ញាអាចធ្វើឱ្យការសិក្សា ការដោះស្រាយបញ្ហា និងកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃកាន់តែលំបាក។ ពិការភាពក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍គឺជាក្រុមកាន់តែទូលំទូលាយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរាងកាយ ការគិត ភាសា និងអាកប្បកិរិយា។ ឧទាហរណ៍នៃពិការភាពបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍រួមមាន ជម្ងឺអូទីស៊ីម ជម្ងឺដោនស៊ុនដ្រឹម ជម្ងឺដំណើរខួចខ្មែរក្បាល និងជំងឺឆ្លុះជួញ។
- » ជនពិការទាំងនេះជួបការត្រូវការការគាំទ្របន្ថែមទៀតក្នុងជីវិត ប៉ុន្តែវាមិនផ្លាស់ប្តូរតម្លៃជំនាញ ឬការរួមចំណែករបស់បុគ្គលចំពោះសហគមន៍របស់ពួកគេទេ។ មនុស្សគ្រប់រូបមានលក្ខណៈពិសេស និងមានជំនាញ និងតម្រូវការខុសៗគ្នា។ ការចែករំលែកព័ត៌មានអំពីពិការភាពបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍របស់អ្នករវាងភ្នាក់ងារផ្សេងៗគ្នា អាចមានន័យថាមនុស្សទាំងអស់ដែលគាំទ្ររបស់អ្នកដឹងបន្ថែមអំពីរបៀបជួយអ្នក។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យដៃគូថែទាំរបស់ខ្ញុំចែករំលែកព័ត៌មានពិការភាពផ្នែកបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍របស់ខ្ញុំ។

បាទ/ចាស ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

## 5. លទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍

ការយល់ព្រមពីអ្នកគឺត្រូវបានទាមទារដើម្បីចែករំលែកលទ្ធផលតេស្តអ៊ីវ (HIV) ណាមួយដែលអ្នកអាចទទួលបានជាមួយដៃគូថែទាំផ្សេងទៀតដែលមិនផ្តល់ការថែទាំទាក់ទងនឹងអ៊ីវ ដល់អ្នកដោយផ្ទាល់។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យដៃគូថែទាំរបស់ខ្ញុំចែករំលែកលទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍របស់ខ្ញុំ។

បាទ/ចាស ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

## 6. លទ្ធផលតេស្តហ្វេរូន

ការយល់ព្រមរបស់អ្នកត្រូវបានទាមទារសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំង Medi-Cal ដើម្បីចែករំលែកលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តហ្វេរូនណាមួយដែលអ្នកប្រហែលជាបានទទួល។ លទ្ធផលតេស្តហ្វេរូនគឺជាការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណជំងឺហ្វេរូន ឬលក្ខខណ្ឌសុខភាពមួយចំនួនដែលអ្នកអាចមាន។

ការយល់ព្រមរបស់អ្នក៖ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យដៃគូថែទាំរបស់ខ្ញុំចែករំលែកលទ្ធផលតេស្តហ្វេរូនរបស់ខ្ញុំ។

បាទ/ចាស ទេ / មិនអនុវត្តមកលើខ្ញុំទេ

# ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASDMI)៖ NON-AB 133 (កំណែ 2.0)

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

## 2.2 សិទ្ធិរបស់អ្នក

### តើសិទ្ធិរបស់អ្នកមានជាអ្វី?

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

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

### ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ តើអ្នកអាចប្តូរចិត្តនៅពេលក្រោយបានទេ?

បាទ/ចាស អ្នកមានសិទ្ធិផ្លាស់ប្តូរគំនិតរបស់អ្នកអំពីការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក ហើយអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរឬទទួលយកការយល់ព្រមនេះមកវិញនៅពេលណាក៏បាន។ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរឬទទួលយកការយល់ព្រមរបស់អ្នកមកវិញ សូមពិភាក្សាជាមួយដៃគូថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ ASDMI ថ្មីជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរដែលអ្នកចង់ធ្វើ។

- » ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលអ្នកចង់ធ្វើនឹងកើតឡើងនៅថ្ងៃដែលទម្រង់បែបបទ ASDMI ថ្មីរបស់អ្នកត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។
- » ការទទួលយកការយល់ព្រមរបស់អ្នកមកវិញនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែកពីមុនជាមួយនឹងការយល់ព្រមរបស់អ្នកទេ។

**ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកទម្រង់ព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់  
(ASDMI)៖ NON-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 និងចែករំលែក ព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានជ្រើសរើសខាងលើសម្រាប់គោលបំណងដែល បានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកទី 1.1 នៃទម្រង់បែបបទនេះ។
- » អ្នកក៏យល់ដែរថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែក ច្បាប់សហព័ន្ធ ឬរដ្ឋអាចនឹង មិនការពារការចែករំលែកព័ត៌មាននោះឡើងវិញទេ។

**តើការយល់ព្រមរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មាន?**

- » **ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ** ការយល់ព្រមនេះនឹងមានរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃ ដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។
- » **ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ** ការយល់ព្រមរបស់អ្នកនឹងមានរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃដែល អ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬប្រសិនបើភាពអាណាព្យាបាល របស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំនេះ អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមថ្មី។
- » ដោយមិនគិតពីអាយុរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគំនិតរបស់អ្នក និងទទួលយកការយល់ព្រមរបស់អ្នក វិញនៅពេលណាមួយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយប្រើទម្រង់ការដកហូត ASDMI។

|                                               |                                                   |                          |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|
| ឈ្មោះរបស់អ្នក                                 | ហត្ថលេខារបស់អ្នក                                  | កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy) |
| ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/<br>តំណាងស្របច្បាប់ | ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/<br>តំណាងផ្នែកច្បាប់ | កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy) |