

ការអនុញ្ញាតដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់  
(ASDMI) ទម្រង់បែបបទលប័ង្កកហូត

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

ប្រើទម្រង់បែបបទនេះប្រសិនបើអ្នកចង់បានការយល់ព្រមរបស់អ្នកមកវិញសម្រាប់ដើម្បីចែករំលែកប្រភេទព័ត៌មានមួយចំនួនរបស់អ្នក។

ទម្រង់បែបបទដកហូត ASDMI គួរតែត្រូវបានប្រើលុះត្រាតែអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ ASDMI ពីមុន (ទាំង AB 133 ឬ Non-AB 133) ដោយយល់ព្រមក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានអតិថិជន

ឈ្មោះអតិថិជន៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

លេខសន្ទស្សន៍អតិថិជន Medi-Cal (តាមដែលអាចអនុវត្តបាន) <sup>1</sup>៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានសំបុត្រ <sup>2</sup> ៖ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_ រដ្ឋ៖ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_

រដ្ឋ៖ \_\_\_\_\_ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ (តាមជម្រើស)៖ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ (តាមជម្រើស)៖ \_\_\_\_\_ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (តាមជម្រើស)៖ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> លេខសន្ទស្សន៍អតិថិជនគឺជាកូដអក្សរព្រំប្រទល់ដំបូងនៃលេខអត្តសញ្ញាណដែលមានទីតាំងនៅផ្នែកខាងមុខនៃប័ណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍របស់សមាជិក Medi-Cal ។

<sup>2</sup> នេះអាចជាអាសយដ្ឋានណាមួយដែលអ្នកអាចទទួលសំបុត្រ រួមទាំងអាសយដ្ឋានរបស់មិត្តភក្តិ ទីជំរក ឬសមាជិកគ្រួសារ។

ការអនុញ្ញាតដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់  
(ASDMI) ទម្រង់បែបបទលប្បកម្ម

ឈ្មោះដំបូង

ឈ្មោះកណ្តាល

នាមត្រកូល

កាលបរិច្ឆេទ  
នៃកំណើត

លេខលិខិតអតិថិជន  
Medi-Cal (តាមការអនុវត្ត)

ដោយការបំពេញទម្រង់បែបបទលប្បកម្ម ASDMI ទិន្នន័យណាមួយដែលអ្នកបានជ្រើសរើស “បាទ/ចាស” ដើម្បីចែករំលែកក្នុងទម្រង់ ASDMI នឹងត្រូវបានប្តូរទៅជា “ទេ / មិនអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ” នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវប្រភេទព័ត៌មានណាមួយដែលបានរាយខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកចាប់អារម្មណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរតែមួយចំនួននៃចំណូលចិត្តការយល់ព្រមរបស់អ្នក សូមបំពេញទម្រង់ ASDMI ថ្មី។

ទម្រង់ ASDMI (AB 133 និង Non-AB 133)

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

ទម្រង់ ASDMI (មិនមែន AB 133 ប៉ុណ្ណោះ)

- » ព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្តមួយចំនួន។
- » ព័ត៌មានពិការភាពបញ្ញា និងការអភិវឌ្ឍន៍។
- » លទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍។
- » លទ្ធផលតេស្តហ្វេន។

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