

ការអនុញ្ញាតក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់ (ASCOMI) ទម្រង់បែបបទលប្បកម្ម

ប្រើទម្រង់បែបបទនេះប្រសិនបើអ្នកចង់យកការយល់ព្រមរបស់អ្នកមកវិញសម្រាប់ដើម្បីចែករំលែកប្រភេទព័ត៌មានមួយចំនួនរបស់អ្នក។

ទម្រង់បែបបទលប្បកម្ម ASCMI គួរតែត្រូវបានប្រើលុះត្រាតែអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ ASCMI ពិមុត (ទាំង AB 133 ឬ Non-AB 133) ដោយយល់ព្រមក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានអតិថិជន

ឈ្មោះអតិថិជន៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY) _____

លេខសន្ទស្សន៍អតិថិជន Medi-Cal (តាមដែលអាចអនុវត្តបាន) ¹៖ _____

អាសយដ្ឋានសំបុត្រ ² ៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ លេខកូដតំបន់៖ _____

អាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋាន៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ (ជាជម្រើស)៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ (ជាជម្រើស)៖ _____ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ជាជម្រើស)៖ _____

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

ទម្រង់ ASCMI (AB 133 និង Non-AB 133)

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

ទម្រង់ ASCMI (មិនមែន AB 133 ប៉ុណ្ណោះ)

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

¹ លេខសន្ទស្សន៍អតិថិជនគឺជាតួអក្សរត្រាប់ប្រែដំបូងនៃលេខអត្តសញ្ញាណដែលមានទីតាំងនៅផ្នែកខាងមុខនៃប័ណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍របស់សមាជិក Medi-Cal ។

² នេះអាចជាអាសយដ្ឋានណាមួយដែលអ្នកអាចទទួលសំបុត្រ រួមទាំងអាសយដ្ឋានរបស់មិត្តភក្តិ ទីជំរក ឬសមាជិកគ្រួសារ។

ការអនុញ្ញាតក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានសមាជិកសម្ងាត់
(ASCFI) ទម្រង់បែបបទលប័ង្កកម្ពុជា

ឈ្មោះអតិថិជន	ហត្ថលេខាអតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ តំណាងស្របច្បាប់	ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល/ តំណាងផ្ទៃក្នុងច្បាប់	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)