

ភស្តុតាងសញ្ញាតិ ឬឯកសារភិនភាគ ដែលអាចទទួលស្គាល់បាន

ច្បាប់ថ្មីថ្លែងថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ភាគច្រើន ដែលជាពលរដ្ឋ ឬជាជនជាតិ នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ត្រូវតែផ្តល់ ភស្តុតាងសញ្ញាតិ ឬភិនភាគ របស់ខ្លួន ។

ខោនធីបានទទួល និងបានពិនិត្យមើលសារឡើងវិញ នូវភស្តុតាងសញ្ញាតិ និង/ឬ ភិនភាគ ដែលអ្នកបានបញ្ជូនមក សំរាប់ :

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ : _____
នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : _____

<p>ឈ្មោះឯកសារសញ្ញាតិ ដែលអ្នកបានឃើញ :</p> <p>▶</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ បានយល់ព្រម ។ ឯកសារសញ្ញាតិដែលអ្នកបានបញ្ជូនមក គឺអាចទទួលស្គាល់ជាភស្តុតាងសញ្ញាតិបាន ។ អ្នកនឹងមិនបាច់ផ្តល់ភស្តុតាង សំរាប់មនុស្សនៅខាងលើឡើយទេ ។ ❑ បានបដិសេធ ។ ភស្តុតាងដែលអ្នកបានបញ្ជូនមក គឺមិនអាចទទួលស្គាល់បានឡើយ ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ជូនភស្តុតាងសញ្ញាតិមួយទៀត ។ មានភ្ជាប់មកជាមួយនេះ គឺជាបញ្ជីនៃឯកសារភស្តុតាងសញ្ញាតិដែលអាចទទួលស្គាល់បាន ។ <ul style="list-style-type: none"> • ឯកសារទាំងអស់ ត្រូវតែជាសំណៅដើម ឬជាសំណៅដែលបានបញ្ជាក់ដោយភ្នាក់ងារដែលចេញសំណៅនោះ ។ • សំណៅថតចម្លងគឺមិនអាចទទួលស្គាល់បានឡើយ ។ 	<p>ឈ្មោះឯកសារភិនភាគ ដែលអ្នកបានឃើញ :</p> <p>▶</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ បានយល់ព្រម ។ ឯកសារភិនភាគដែលអ្នកបានបញ្ជូនមក គឺអាចទទួលស្គាល់ជាភស្តុតាងភិនភាគបាន ។ អ្នកនឹងមិនបាច់ផ្តល់ភស្តុតាង សំរាប់មនុស្សនៅខាងលើឡើយទេ ។ ❑ បានបដិសេធ ។ ឯកសារភិនភាគដែលអ្នកបានបញ្ជូនមក គឺមិនអាចទទួលស្គាល់បានឡើយ ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ជូនភស្តុតាងភិនភាគមួយទៀត ។ មានភ្ជាប់មកជាមួយនេះ គឺជាបញ្ជីនៃឯកសារភស្តុតាងភិនភាគដែលអាចទទួលស្គាល់បាន ។ <ul style="list-style-type: none"> • ឯកសារទាំងអស់ ត្រូវតែជាសំណៅដើម ឬជាសំណៅដែលបានបញ្ជាក់ដោយភ្នាក់ងារដែលចេញសំណៅនោះ ។ • សំណៅថតចម្លងគឺមិនអាចទទួលស្គាល់បានឡើយ ។
--	--

❑ មនុស្សនៅខាងលើ បានស្របតាមសេចក្តីផ្សំរួមនៃសញ្ញាតិ និងភិនភាគ ពីព្រោះទាំងឯកសារសញ្ញាតិ និងភិនភាគ ត្រូវបានយល់ព្រម ។

❑ មនុស្សនៅខាងលើ មិនបានស្របតាមសេចក្តីផ្សំរួមនៃសញ្ញាតិ និងភិនភាគទេ ពីព្រោះមួយ ឬទាំងពីរ នៃឯកសារសញ្ញាតិ និង/ឬ ភិនភាគ ត្រូវបានបដិសេធ ឬមិនបានបញ្ជូនមក ។

បើសិនជាអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យសង្គមកិច្ចនៅខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរស័ព្ទដែលមានកត់នៅខាងក្រោម ។

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information above is true and correct.

▶ _____ Date: _____
Signature of eligibility worker

Name of eligibility worker (print): _____
First Middle Last

Telephone number: _____ County: _____

County fills out this box

Case No: _____ Case Name: _____