

# ពាក្យសុំចុះឈ្មោះជាមុននៃកម្មវិធីការពារពិការភាពនិងសុខភាពកុមារ (CHDP) (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

### ការណែនាំដល់ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកជម្រក:

ដើម្បីទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពថ្ងៃនេះដោយមិនគិតថ្លៃ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដែលត្រូវរាយការណ៍លើពាក្យសុំនេះ ។ ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់អោយគឺទុកជាសម្ងាត់ ។ នេះជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តមួយ ។

តើអ្នកជម្ងឺមានអាយុតិចជាង 19 ឆ្នាំ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក? \_\_\_\_\_

តើគ្រួសាររបស់លោកអ្នករកលុយបានប៉ុន្មានមុនបង់ពន្ធ? \$ \_\_\_\_\_ ឬ \$ \_\_\_\_\_  
ប្រចាំខែ ឬ ប្រចាំឆ្នាំ

លោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិសំរាប់ការបង់ធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពជាបន្តតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ឬកម្មវិធីជំនួយការបង់ប្រាក់ធានានៅក្នុង Covered California ។  
ខ្ញុំបង់ដាក់ពាក្យសំរាប់ការបង់ធានារ៉ាប់រងជាបន្តតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ឬកម្មវិធីជំនួយការបង់ប្រាក់ធានានៅក្នុង Covered California ។  បាទ/ចាស  ទេ

បើលោកអ្នកបានឆ្លើយ *បាទ/ចាស* ចំពោះសំណួរនេះ ពាក្យសុំមួយនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅអោយលោកអ្នកក្នុងពីរបីថ្ងៃទៀត ។ សូមផ្ញើត្រឡប់មកវិញអោយឆាប់ៗ ។ បើលោកអ្នកឆ្លើយ *ទេ* ចំពោះសំណួរនេះ (ឬបើលោកអ្នកឆ្លើយ *បាទ/ចាស* ប៉ុន្តែមិនផ្ញើពាក្យសុំមកវិញ) ការបង់ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជម្ងឺសំរាប់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព អត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ និងអត្ថប្រយោជន៍ភ្នែកនឹងឈប់នៅចុងខែ លើកលែងតែ Department of Social Services ស្រុកប្រាប់ដំណឹងអោយលោកអ្នកបើមិនដូច្នោះទេ ។

### ព័ត៌មានអ្នកជម្ងឺ

តើអ្នកជម្ងឺមាន State of California Benefits Identification Card (BIC) ឬកាត Medi-Cal?  បាទ/ចាស  ទេ

បើមាន តើលេខអត្តសញ្ញាណនៅលើកាត BIC នោះគឺជាអ្វី (បើអាចរកបាន)? \_\_\_\_\_

ឈ្មោះរបស់អ្នកជម្ងឺ—ត្រកូល	ឈ្មោះនាម	អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខសូលាល់របស់អ្នកជម្ងឺ (SSN) (តាមការជ្រើសរើស)

បើលោកអ្នកគ្មានទីជម្រក គួសនៅទីនេះ ។ កត់កន្លែងទូទៅនៅក្នុងផ្នែក “អាសយដ្ឋានផ្ទះ” និងបំពេញផ្នែក “អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ” ។

អាសយដ្ឋានផ្ទះ	លេខបន្តបំផ្លុះជួល	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខស្តីបកូដ
ស្រុកនៃកន្លែងស្នាក់នៅ				

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)	លេខបន្តបំផ្លុះជួល	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខស្តីបកូដ
---	-------------------	---------	------	-------------

ឈ្មោះរបស់ម្តាយ—ឈ្មោះត្រកូល	ឈ្មោះនាម	អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល
----------------------------	----------	---------------------

### សំរាប់អ្នកជម្ងឺទាំងឡាយដែលមានអាយុក្រោមមួយឆ្នាំ សូមបំពេញផ្នែកនេះ ។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ម្តាយ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	BIC របស់ម្តាយ ឬលេខកាត Medi-Cal ឬលេខសូលាល់
---	---

### ព័ត៌មាននៃឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

ឈ្មោះនៃឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកជម្ងឺអតិថិជនមានសេរីភាពធ្វើខ្លួនឯង—ឈ្មោះត្រកូល	ឈ្មោះនាម	អក្សរដើមឈ្មោះកណ្តាល
---	----------	---------------------

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ ( )	លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ ( )	លេខទូរស័ព្ទសំរាប់ធ្វើសារ ( )
------------------------	---------------------------------	---------------------------------

តើលោកអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះ?	តើលោកអ្នកអានភាសាអ្វីប្រសើរជាងគេ?
-------------------------------	----------------------------------

### ការបញ្ជាក់ដោយលិខិត

ខ្ញុំកំពុងឆ្លើយសុំការពិនិត្យសុខភាពមួយ CHDP ថ្ងៃនេះ ។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានអាននិងយល់ពាក្យសុំនេះ ។ ខ្ញុំអះអាងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់គឺពិត ត្រឹមត្រូវនិងពេញលេញ ។

ហត្ថលេខានៃឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/អតិថិជនដែលមានសេរីភាពធ្វើខ្លួនឯង ។	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជម្ងឺ	កាលបរិច្ឆេទ
---	--------------------------	-------------

បុគ្គលម្នាក់មានសិទ្ធិដើម្បីស្នើសុំឈ្លើងដែលមានផ្ទុកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គាត់/នាង ។ ស្ថាប័នជាម្ចាស់ការដែលទទួលខុសត្រូវសំរាប់រក្សាទុកព័ត៌មានគឺ Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 ។ ព័ត៌មានមួយច្បាប់នេះអាចត្រូវបានចែកចាយជាមួយ Department of Social Services ស្រុកនៅក្នុងស្រុកដែលលោកអ្នកស្នាក់នៅ ហើយនិងត្រូវបានរក្សាទុកជាមួយសំណុំរឿងពេទ្យរបស់កូនលោកអ្នកដោយអ្នកផ្តល់ CHDP របស់កូនលោកអ្នក ។