

ការបញ្ជូនទារកទើបនឹងកើត

ទម្រង់បែបបទបញ្ជូនទារកទើបនឹងកើត ត្រូវបានប្រើដើម្បីជួយដល់ឪពុកម្តាយ ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ក្នុងការរាយការណ៍អំពីកំណើតនៃកូន(ៗ)របស់ពួកគេទៅកាន់ Medi-Cal។ តាមរយៈការបំពេញព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកជួយខោនធីក្នុងការបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិទទួលបាននៃទារកទើបនឹងកើត ដើម្បីឱ្យទារកទើបនឹងកើតអាចចាប់ផ្តើមទទួលបានសេវា Medi-Cal។ ធ្វើទម្រង់បែបបទនេះតាមសំបុត្រ ឬទូរសារទៅកាន់ខោនធី។ ព័ត៌មានខោនធីមានទីតាំងនៅខាងក្រោយទម្រង់បែបបទនេះ។ រាល់ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះផ្ទះសម្បែងត្រូវតែរាយការណ៍ទៅកាន់ខោនធី សូមបញ្ជូនព័ត៌មាននេះឱ្យបានលឿន។ ឪពុកម្តាយក៏អាចរាយការណ៍ពីកំណើតតាមទូរស័ព្ទទៅបុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបានរបស់ពួកគេផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសឪពុកម្តាយ ហើយមិនមែនជាប្តីប្រពន្ធ សាច់ញាតិ ឬអាណាព្យាបាល នោះការចុះហត្ថលេខានិងព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកត្រូវបានទាមទារនៅក្នុង Section C។ ប្រសិនបើអ្នក សូមបញ្ជូនលេខប័ណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍ (BIC) ដែលផ្តល់ដល់ទារក (ជាជម្រើស)។

SECTION A ប័ណ្ណ Medi-Cal របស់ឪពុកម្តាយអាចប្រើក្នុងអំឡុងខែកំណើត និងខែបន្ទាប់សម្រាប់សេវានិងការចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់ទារកទើបនឹងកើត។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ (ឈ្មោះ អក្សរដំបូងនៃឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល)		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតឪពុកម្តាយ	BIC ឬ SSN	
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ (លេខ និងផ្លូវ) ឬ ទីតាំង			ខោនធី	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដ ZIP	លេខទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

SECTION B វិធីករ កូនដែលកើតពីឪពុកម្តាយដែលមានអត្ថប្រយោជន៍មានកម្រិត គឺមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ។

ឈ្មោះទារកទើបនឹងកើត (ឈ្មោះ ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ជាជម្រើស—លេខ BIC
ឈ្មោះទារកទើបនឹងកើតទី 2 (ឈ្មោះ ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ជាជម្រើស—លេខ BIC
ឈ្មោះទារកទើបនឹងកើតទី 3 (ឈ្មោះ ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ជាជម្រើស—លេខ BIC
ឈ្មោះទារកទើបនឹងកើតទី 4 (ឈ្មោះ ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ជាជម្រើស—លេខ BIC
ឈ្មោះទារកទើបនឹងកើតទី 5 (ឈ្មោះ ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ជាជម្រើស—លេខ BIC

ទីកន្លែងកំណើត (ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឈ្មោះគ្លីនិក ។ល។)

អាសយដ្ឋាន (លេខ និងផ្លូវ បើមាន)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដ ZIP
--------------------------------	---------	------	---------

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះទៅកាន់ Department of Social Services នៃខោនធី/នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនៃខោនធី។

កាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំ		ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/សាច់ញាតិ/អាណាព្យាបាល (របស់ទារក)	
		☒	

SECTION C (បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទត្រូវបានបំពេញដោយបុគ្គលផ្សេងក្រៅពីឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិ ឬអាណាព្យាបាល)

បំពេញដោយ (សរសេរនាមអក្សរធំ)		ភ្នាក់ងារ/មុខតំណែង	
លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាជាតិ (NPI) (ប្រសិនបើ អ្នកផ្តល់សេវា Medi-Cal/មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក/ក្រុមគ្រូពេទ្យ)		លេខទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់តាមសមត្ថភាពយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំថាព័ត៌មានខាងលើគឺ បានរៀបចំឡើងវិញត្រឹមត្រូវ។			
ហត្ថលេខា (បុគ្គលក្រៅពីឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិ ឬអាណាព្យាបាល)		កាលបរិច្ឆេទនៃការបំពេញ	
☒			

សម្រាប់ការសាកសួរពីអ្នកផ្តល់សេវាអំពីការចេញវិក្កយបត្រ ឬកង្វល់អំពីរបៀបចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់ទារក សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Telephone Service Center តាមលេខ 1-800-541-5555។

ស្តេនខាងក្រោមដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានទំនាក់ទំនងការិយាល័យ Medi-Cal នៃខោនធីរបស់អ្នក៖



<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>