

State of California – Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

សម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅខោនធីតែប៉ូណ្តា៖

កាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹង៖ _____

លេខករណី៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលិក៖ _____

លេខ ID របស់បុគ្គលិក៖ _____

លេខទូរសព្ទរបស់បុគ្គលិក៖ _____

ម៉ោងធ្វើការ៖ _____

អាសយដ្ឋានការិយាល័យ៖ _____

សំណើសុំព័ត៌មានស្តីពីប្រាក់ចំណូលបន្ថែមសម្រាប់ Medi-Cal

**ដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញលើសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក
យើងត្រូវតែទទួលបានព័ត៌មាននេះត្រឹម៖ _____**

យើងមិនអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលដែលបានរាយការណ៍ទៅកាន់
Medi-Cal បានទេ

នេះព្រោះតែប្រភពទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិករបស់យើង ដូចជាកំណត់ត្រា ពន្ធដារដើម បង្ហាញពីចំនួនប្រាក់ចំណូលខុសគ្នា។ យើងត្រូវការព័ត៌មាន អំពីប្រាក់ចំណូលបន្ថែមទៀតពីអ្នក ដើម្បីយល់អំពីមូលហេតុដែល ប្រាក់ចំណូលមិនត្រូវគ្នា។ ប្រសិនបើចំណូលរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុង ពេលថ្មីៗនេះ ឬមានការប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែ អ្នកអាចជ្រើសរើស មូលហេតុណាមួយនៅខាងក្រោមដើម្បីបកស្រាយ។

មូលហេតុ

ប្រសិនបើហេតុផលណាមួយខាងក្រោមនេះពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នក សូមជ្រើសរើសចម្លើយមួយឬច្រើនដើម្បីពន្យល់ពីមូលហេតុដែល ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកខុសគ្នាពីប្រភពទិន្នន័យរបស់យើង។ ប្រសិនបើ គ្មានហេតុផលណាមួយដែលអាចប្រើបានទេ សូមគូសផឹកលើប្រអប់ ចុងក្រោយនៃបញ្ជីនេះ។ បន្ទាប់មកអានជំហានបន្ទាប់នៅផ្នែក ខាងក្រោម។

ការផ្លាស់ប្តូរការងារ ឬប្រាក់ចំណូល

- ☐ បាត់បង់ការងារ ☐ កាត់បន្ថយម៉ោងការងារ
- ☐ ការធ្វើការដោយខ្លួនឯង
- ☐ ប្រាក់ចំណូលតាមរដូវកាល (ប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាននៅអំឡុងផ្នែកខ្លះនៃឆ្នាំ)
- ☐ ប្រាក់ចំណូលមិនស្ថិតស្ថេរ (ប្រែប្រួលពីមួយខែទៅមួយខែ)
- ☐ ធ្វើការងារដោយផ្អែក លើកម្រៃជើងសារ (គិតប្រាក់ផ្អែកតាមការលក់)

ការប្រែប្រួលក្នុងក្រុមគ្រួសារ

- ☐ រៀបការ ☐ លែងលះ

ព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ក្នុងជីវិត

- ☐ ជនរងគ្រោះនៃការលួចអត្តសញ្ញាណ
☐ ជនរងគ្រោះនៃគ្រោះធម្មជាតិ
☐ អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ
☐ គ្មានផ្ទះសម្បែង

ផ្សេងៗ

- ☐ មិនដាក់ឯកសារពន្ធ ☐ មិនទាន់បានដាក់ឯកសារពន្ធ
☐ ផ្សេងៗ៖ សូមធ្វើការបកស្រាយនៅខាងក្រោម (យើងអាចនឹងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀត)៖

- ☐ គ្មានហេតុផលណាមួយពាក់ព័ន្ធនោះទេ

ជំហានបន្ទាប់

បន្ទាប់ពីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះហើយ សូមដាក់បញ្ជូនវាតាមរបៀបណាមួយក្នុងចំណោមរបៀបខាងក្រោមនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកគូសផឹក “គ្មានហេតុផលណាមួយពាក់ព័ន្ធនោះទេ” ឬមិន

State of California – Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

បានគូសផឹកប្រអប់ណាមួយនៅខាងលើនោះទេ សូមផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ ទម្រង់បែបបទផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានជាមួយនឹងការជូនដំណឹងនេះ ប្រាប់ពីភស្តុតាងបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលណាមួយដែលត្រូវការ។ បន្ទាប់ពីអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ហើយ ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នកនឹងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញទៅលើសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។ ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅកាន់អ្នកម្តងទៀត ប្រសិនបើពួកគេត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

មធ្យោបាយងាយស្រួលក្នុងការប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះ ឬស្នើសុំភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល៖

សំបុត្រប្រៃសណីយ៍៖ ដាក់ក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលមកជាមួយនឹងសំបុត្រមួយនេះ។	តាមអនឡាញ៖ តាមរយៈ www.coveredca.com ឬ www.benefitscal.com	ដោយផ្ទាល់៖	លេខទូរសព្ទ៖
---	--	------------	-------------

មានសំណួរដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់តាមការស្នើសុំ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលបានរាយនៅក្នុងការជូនដំណឹងនេះ។

ការជូនដំណឹងនៃឯកជនភាព

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានប្រមូលទៅលើ និងជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ មានលក្ខណៈឯកជន និងជាការសម្ងាត់។

Department of Health Care Services (DHCS) ត្រូវការព័ត៌មានដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា Medi-Cal។

DHCS នឹងមិនប្រើប្រាស់ ឬចែកចាយព័ត៌មាននេះសម្រាប់គោលបំណងណាមួយផ្សេងនោះឡើយ លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតពីអ្នក ឬការអនុញ្ញាតតាមច្បាប់។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រគល់លិខិតនេះត្រឡប់មកយើងខ្ញុំវិញទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំនោះទេ យើងមិនអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា Medi-Cal បានឡើយ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើន បុគ្គលម្នាក់ៗ (ឬច្រើន) ដែលមានជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងព័ត៌មាននេះ មានសិទ្ធិក្នុងការចូលប្រើប្រាស់វាបាន។

DHCS ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះស្របទៅតាម 42 CFR § 435.952។ ការជូនដំណឹងអំពីគោលការណ៍ឯកជនភាពនេះ ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅទីនេះដោយអនុឡោមតាមក្រមរដ្ឋប្បវេណី California លេខ 1798.17។