



សេចក្តីជូនដំណឹងនៃបណ្តឹង
ការបដិសេធអំពើសិទ្ធិចូលរួមសំរាប់ Community-Based Adult Services (CBAS)

ជូនចំពោះ:

យើងធ្វើសំបុត្រនេះទៅលោកអ្នក ដើម្បីប្រាប់លោកអ្នកអោយដឹងអំពីព័ត៌មានសំខាន់ៗ ។ លោកអ្នកបានត្រូវរកឃើញ**មិនមានសិទ្ធិចូលរួម** សំរាប់ Community-Based Adult Services (CBAS) ។ លោកអ្នកអាចតវ៉ាការសម្រេចចិត្តនេះ ។

CBAS គឺជាអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal មួយ ដែលនឹងចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃទី១ ខែមីនា ឆ្នាំ 2012 ។ CBAS អនុញ្ញាតអោយជនមានសិទ្ធិចូលរួម នៅក្នុង Medi-Cal ដើម្បីទទួលបានការថែទាំពេទ្យគិលានុបដ្ឋាយិការដ៏មានអញ្ជាប់ត្រូវ សេវាកម្មខាងសង្គមកិច្ច ការព្យាបាល ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការគាំទ្រនិងការបណ្តុះបណ្តាលគ្រួសារ/អ្នកថែទាំ អាហារ យានជំនិះ និងការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង នៅក្នុងកន្លែងមួយរួមគ្នា។ ដោយសារតែ Department of Health Care Services បានចូលទៅក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងផ្សះផ្សា នៅក្នុងបណ្តឹង *Darling, et al. v. Douglas, et al.* ។ Adult Day Health Care (ADHC) នឹងបញ្ចប់ នៅថ្ងៃទី 29 ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ 2012 ហើយ CBAS នឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ ។ លោកអ្នកអាចអានកិច្ចព្រមព្រៀងផ្សះផ្សានៅតាមអ៊ីនធឺណែតនៅឯ <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx> ។

លោកអ្នកត្រូវបានវាយតម្លៃ អំពីសិទ្ធិចូលរួម សំរាប់ CBAS ដោយសារតែលោកអ្នកទទួល ឬបានទទួលថ្មីៗនេះ នូវសេវាកម្ម ADHC នៅឯមជ្ឈមណ្ឌល ADHC មួយ ។ ពេទ្យគិលានុបដ្ឋាយិការ DHCS បានជួបជាមួយអ្នក (ឬបានរៀបរាប់ជួបជាមួយលោកអ្នក) ដើម្បីវាយតម្លៃសិទ្ធិចូលរួមរបស់លោកអ្នក សំរាប់ CBAS ។

សេចក្តីជូនដំណឹងបណ្តឹងនេះ គឺដើម្បីប្រាប់លោកអ្នក អោយដឹងថា លោកអ្នកត្រូវបានរកឃើញថាមិនមានសិទ្ធិចូលរួម សំរាប់ CBAS ដោយសារតែលោកអ្នក:

- មិនត្រូវការការថែទាំរក្សាគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបាន “ Nursing Facility Level of Care A” (NF-A) ឬ
- មិនមានពិការភាពខាងលូតលាស់ល្អ ទៅច្រន់ធ្ងរ រួមមានទាំងជំងឺ Alzheimer ល្អ ទៅច្រន់ធ្ងរ ឬជំងឺចាស់ភ្លេចមុខភ្លេចក្រោយផ្សេងទៀត ឬ
- មិនមានពិការភាពខាងការលូតលាស់សមត្ថភាពខាងបញ្ញា ឬ
- មិនមានពិការភាពដឹងកិត្តិល្អ ទៅច្រន់ធ្ងរ រួមមានទាំងជំងឺ Alzheimer ឬជំងឺចាស់ភ្លេចមុខភ្លេចក្រោយ ហើយត្រូវការជំនួយ ឬការមើលខុសត្រូវពីរនៃខាងក្រោម: ការមុជទឹកការស្លៀកពាក់ ការញ៉ាំដោយខ្លួនឯង ការប្រើបន្ទប់ទឹក ការដើរ ការផ្លាស់ប្តូរ ការគ្រប់គ្រងថ្នាំ ឬអនាម័យ ឬ

- មិនមានជំងឺផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ ឬមានរបួសខួរក្បាល ហើយត្រូវការជំនួយ ឬការមើលខុសត្រូវពីរខាងក្រោម៖ ការមុជទឹក ការស្លៀកពាក់ ការញ៉ាំងដោយខ្លួនឯង ការប្រើបន្ទប់ទឹក ការដើរ ការផ្លាស់ប្តូរ ការគ្រប់គ្រងថ្នាំ និងអនាម័យ ឬត្រូវការមួយពីរខាងលើ និងមួយខាងក្រោម៖ ការគ្រប់គ្រងលុយ ប្រើប្រាស់ធនធាន រៀបចំអាហារ និងយានជំនិះ ។

សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីលក្ខណៈសិទ្ធិចូលរួមសំរាប់ CBAS សូមមើលកិច្ចព្រមព្រៀងផ្សេងៗ តាមអ៊ីនធឺណិត នៅឯ

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx> ។

មានអ្វីកើតឡើង ក្នុងករណីនេះ?

ទោះបីជាលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិចូលរួម ដើម្បីទទួល CBAS លោកអ្នក **មានសិទ្ធិទទួលសេវាកម្ម គ្រប់គ្រងបង្កើន (សេវាកម្ម Enhanced Case Management) ដែលនឹងជួយលោកអ្នកអោយរកឃើញសេវាកម្ម ។**

- បើលោកអ្នក **មិនមែនជាអ្នកនៅក្នុងគំរោងគ្រប់គ្រងការថែទាំ Medi-Cal** មួយ គំរោងរបស់លោកអ្នកនឹងទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នក ឬលោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ សេវាកម្មបំរើសមាជិក គំរោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ គំរោងសុខភាពរបស់លោកអ្នកនឹងផ្តល់អោយ លោកអ្នកនូវសេវាកម្មគ្រប់គ្រង សំណុំរឿងបង្កើន ។ បញ្ជីមួយនៃសេវាកម្មសមាជិកគំរោងសុខភាព អាចរកឃើញនៅឯ <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx>
- បើលោកអ្នក **មិនមែនជាអ្នកនៅក្នុងគំរោងគ្រប់គ្រងការថែទាំ Medi-Cal** មួយទេ APS Healthcare នឹងទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នក ឬលោកអ្នកទូរស័ព្ទទៅ APS Healthcare តាមលេខ 1-800-693-6735 ។ ពួកគេនឹងផ្តល់អោយ លោកអ្នកនូវសេវាកម្មគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងបង្កើន ។

តើការណ៍នេះផ្លាស់ប្តូរសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal ឬ Medicare របស់ខ្ញុំទេ?

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិចូលរួម ឬការទទួលនៃសេវាកម្ម Medi-Cal ឬ Medicare ផ្សេងទៀតឡើយ ។

ចុះបើ ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយការសំរេចចិត្ត?

សិទ្ធិទាំងឡាយនៃសវនាការរបស់លោកអ្នក (State Hearing)

បើលោកអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការបដិសេធនេះ លោកអ្នកមានសិទ្ធិ ដើម្បីតវ៉ាការសំរេចចិត្ត ហើយសុំ State Hearing (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations) ។ សូមមើលក្រដាសបំពេញ “សិទ្ធិទាំងឡាយនៃសវនាការរបស់លោកអ្នក” ហើយនិង “សំណើសុំសវនាការរដ្ឋ” ដែលភ្ជាប់ជាមួយ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត អំពីសិទ្ធិទាំងឡាយនៃសវនាការរដ្ឋ (State Hearing) ហើយនិងវិធីប្រសើរបំផុតដើម្បីស្នើសុំ State Hearing.

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យតវ៉ានៃការសំរេចចិត្ត Department’s អំពីភាពមិនមានសិទ្ធិចូលរួម សំរាប់ CBAS លោកអ្នកនឹងមិនទទួលសេវាកម្ម CBAS ក្នុងអំឡុងពេលការតវ៉ារបស់លោកអ្នកដោយសារតែ CBAS ជាកម្មវិធីថ្មីមួយ ។ ជាជំនួស លោកអ្នកនឹងទទួលសេវាកម្មគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងបង្កើនវិញ ពេលដែលការតវ៉ារបស់លោកអ្នកកំពុងដំណើរការ ។

តើខ្ញុំទូរស័ព្ទទៅអ្នកណា បើខ្ញុំមានសំណួរ?

បើលោកអ្នកមានសំណួរ ឬការបារម្ភ ណាមួយ អំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ឬចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬជំនួយក្នុងការបំពេញការតវ៉ារបស់លោកអ្នក សូមទូរស័ព្ទ Disability Rights California តាមលេខ (800) 776-5746, TDD/TTY (800) 719-5798 ឬក៏លោកអ្នកអាចសរសេរទៅកាន់៖

Disability Rights California
1330 Broadway, Suite 500
Oakland, CA 94612
Darling@disabilityrightscalifornia.org

សិទ្ធិទាំងឡាយនៃសវនាការរដ្ឋរបស់លោកអ្នក

ដើម្បីសុំ សវនាការរដ្ឋមួយ (State Hearing)

- លោកអ្នកមានតែ 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីសុំសវនាការមួយ ។
- 90 ថ្ងៃចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃក្រោយពីយើងធ្វើដំណឹងនេះ ។

បើលោកអ្នកមានមូលហេតុល្អ ជាហេតុអ្វីលោកអ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យ សំរាប់សវនាការមួយ ក្នុងរវាង 90 ថ្ងៃ

លោកអ្នកប្រហែលអាចនៅតែដាក់ពាក្យសុំ សំរាប់សវនាការមួយបាន ។ បើលោកអ្នក ផ្តល់មូលហេតុល្អ សវនាការមួយនឹងនៅតែបានកំណត់ពេល ។

ដើម្បីទទួលជំនួយ

បើលោកអ្នកមិនចង់ចូលរួមសវនាការតែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិម្នាក់ ញាតិ មេធាវី ឬនរណាម្នាក់ទៀតដែលលោកអ្នកជ្រើសរើស ។ លោក អ្នកប្រហែលអាចទទួលជំនួយខាងផ្លូវច្បាប់ ឥតគិតថ្លៃ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងផ្លូវច្បាប់នៃតំបន់ ឬក្រុមសិទ្ធិ សុខុមាលភាព របស់លោកអ្នក ។

លោកអ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការទាំងឡាយរបស់លោកអ្នក ឬជំនួយខាងផ្លូវច្បាប់ ឥតគិតថ្លៃលេខទូរស័ព្ទពតិមាន របស់រដ្ឋខាងក្រោម ។ លេខទូរស័ព្ទទាំងនេះអាចជាប់រលំណាស់ ។ លោកអ្នកអាចទទួលសារមួយ សុំអោយលោកអ្នកទូរស័ព្ទមកពេលក្រោយ ។

ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ: 1-800-952-5253

បើលោកអ្នកឆ្លងហើយប្រើ TDD/TTY សូមទូរស័ព្ទទៅ 1-800-952-8349

របៀបសុំសវនាការរដ្ឋមួយ

វិធីប្រសើរបំផុតដើម្បីសុំសវនាការមួយ គឺបំពេញខាងក្រោយក្រដាសនេះហើយផ្ញើទៅ:

សំបុត្រ: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

ទូរសារ: 1-916-651-5210 ឬ 1-916-651-2789 (ជូនចំពោះ: State Hearing Support)

លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទផងដែរ:

ទូរស័ព្ទ: 1-800-952-5253 ឬ 1-800-743-8525

TDD/TTY: 1-800-952-8349

សំគាល់

State Hearings Division មិនអាចទទួលសំណើសុំ សវនាការរដ្ឋមួយ តាមរយៈអ៊ីម៉ែលបានទេ ។

ពតិមានផ្សេងទៀត

បញ្ជីសវនាការ: បើលោកអ្នកសុំសវនាការមួយ State Hearing Office នឹងបង្កើតសំណុំឯកសារមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិមើលសំណុំឯកសារនេះ ។

រដ្ឋអាចអោយបញ្ជីរបស់លោកអ្នកទៅ U.S. Department of Health and Human Services ។

សំណើសុំសវនាការរដ្ឋ

ខ្ញុំសុំសវនាការរដ្ឋមួយ (State Hearing) ដោយសារតែបណ្តឹងមួយ ធ្វើឡើងដោយ Department of Health Care Services

ឈ្មោះ:

អាសយដ្ឋាន:

លេខស្លៀកកូដ:

លេខទូរស័ព្ទ:

Social Security Number ឬលេខ Medi-Cal ID:

(សវនាការរបស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានពន្យារពេលបើមិនឱ្យលេខនេះ)

ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយ:

☒ ការសំរេចចិត្តអំពីភាពមិនមានសិទ្ធិចូលរួមសំរាប់ Community-Based Adult Services (CBAS)

នេះគឺជាមូលហេតុ

សំគាល់: បើអាចទៅរួច សូមភ្ជាប់សំបុត្រសេចក្តីជូនដំណឹងបណ្តឹង (Notice of Action) មួយច្បាប់ ជាមួយក្រដាសបំពេញនេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត សូមប្រើចន្លោះខាងក្រោម:

(ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែមទៀត សូមប្រើក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត។ ត្រូវប្រាកដថាចំណងទុកសំរាប់កំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក)

បើលោកអ្នកមិនចង់ទៅសវនាការម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិម្នាក់ ឬនរណាម្នាក់មកជាមួយលោកអ្នក។

គូសប្រអប់ណាមួយដែលទាក់ទងចំពោះលោកអ្នក:

☐ ① ខ្ញុំចង់បានមនុស្សម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមដើម្បីតំណាងខ្ញុំ។ គាត់/នាង អាចមើលសំណុំរឿងខាងពេទ្យរបស់ខ្ញុំដែលទាក់ទងនឹងសវនាការនេះ មកសវនាការ និងនិយាយជំនួសខ្ញុំ។

ឈ្មោះ:

លេខទូរស័ព្ទ:

អាសយដ្ឋាន:

☐ ② ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែម្នាក់ឥតគិតថ្លៃ (ព្យាបាល ឬមិត្តភក្តិណាមួយមិនអាចបកប្រែអោយអ្នកបានទៅសវនាការ)។ ភាសារបស់ខ្ញុំ ឬភាសានិយាយតាមស្រុកគឺ: _____

☐ ③ ខ្ញុំចង់បានសវនាការតាមទូរស័ព្ទ។

☐ ④ ខ្ញុំចង់ចូលរួមសវនាការហើយខ្ញុំត្រូវការសំរេចចិត្តរបស់រដ្ឋ ADA ខាងក្រោម(ឧទាហរណ៍: កៅអីរុញពិការអាចចូលបាន អក្សរធំតូច)។

☐ ⑤ បន្ទាន់។ ខ្ញុំត្រូវការការសំរេចចិត្តរហ័សហើយមិនអាចចាំ90ថ្ងៃបាន។ សូមពន្យល់ខាងក្រោម:

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ:

បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញក្រដាសនេះ សូមថតចំណងទុកមួយច្បាប់ សំរាប់កំណត់ហេតុ របស់លោកអ្នក។