

**ໃບສະໝັກສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການກວດຫາພະຍາດ Coronavirus (COVID-19)**

ປະກອບຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າກວດຫາພະຍາດ coronavirus (COVID-19), ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການກວດ ແລະ ການຮັກສາ.

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ ຖ້າທ່ານພົບວ່າມີສິດໄດ້ຮັບການນໍາໃບຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້ຈະຈ່າຍສໍາລັບພຽງແຕ່ການກວດທາງການແພດສໍາລັບການກວດຫາພະຍາດ coronavirus ເທົ່ານັ້ນ.

ພື້ນຖານທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆຜ່ານ Medi-Cal ຫຼື Covered California, ທ່ານຄວນປະກອບຄໍາຮ້ອງສະໝັກໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ທີ່ [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com).

1. ຊື່		2. ຊື່ກາງ		3. ນາມສະກຸນ		4. ຄ່າຕໍ່ທ້າຍ (ຖ້າມີ)	
5. ເພດ: <input type="checkbox"/> ເພດຊາຍ <input type="checkbox"/> ເພດຍິງ				6. ວັນເດືອນປີເກີດ (ດ/ວ/ປ):			
7. ອາໄສຢູ່ໃນລັດ California ບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				8. ອາໄສຢູ່ເຂດໃດ?			
9. <input type="checkbox"/> ຖ້າບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ, ໃຫ້ ໝາຍໃສ່ໃນປ່ອງ ແລະ ບອກພວກເຮົາວ່າພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ຫາທ່ານໄດ້ແນວໃດໃນທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຂ້າງລຸ່ມ							
10. ທີ່ຢູ່ເຮືອນ (ເບີ ແລະ ຖະໜົນ)						ເຮືອນເລກທີ #	
ເມືອງ			ລັດ			ລະຫັດໄປສະນີ	
11. ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ເຮືອນ)						ເຮືອນເລກທີ #	
ເມືອງ			ລັດ			ລະຫັດໄປສະນີ	
12. ເບີໂທຕິດຕໍ່ທີ່ດີທີ່ສຸດ		13. ເບີໂທລະສັບອື່ນ		14. ທີ່ຢູ່ອີເມວ			
15. ພາສາໃດທີ່ທ່ານເວົ້າໄດ້ດີທີ່ສຸດ?				16. ພາສາໃດທີ່ທ່ານອ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ?			
17. ຕົວເລກ Social Security (SSN): _____							
<p>ຖ້າທ່ານມີຕົວເລກ Social Security (SSN) ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ພວກມັນເມື່ອທ່ານສະໝັກການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ. ພວກເຮົາໃຊ້ຕົວເລກ Social Security (SSNs) ເພື່ອກວດເບິ່ງລາຍຮັບ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆຂອງທ່ານ ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ. ຖ້າທ່ານກໍາລັງສະໝັກຂໍການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ບໍ່ມີ SSN ແລະ ຕ້ອງການຄວາມຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຂົ້າເບິ່ງທີ່ <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>. ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງບາງຢ່າງເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ມີ SSNກໍຕາມ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ໃຫ້ໂທຫາສາຍດ່ວນ Medi-Cal, ທີ່ (800) 541-5555.</p>							
18. ທ່ານແມ່ນພົນລະເມືອງ ຫຼື ສັນຊາດສະຫະລັດບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ໄປທີ່ຂໍ້ 19. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂ້າມໄປທີ່ຂໍ້ 20. <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ							
19. ທ່ານເປັນພົນລະເມືອງ ຫຼື ຄົນສັນຊາດທີ່ໄດ້ມາບໍ? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຫ້ຕອບຂໍ້ ຫຼື ຂໍ້ ແລະ ຂ້າມໄປ ຂໍ້ 21. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂ້າມໄປ ຂໍ້ 21. <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ							

ກ. Alien Number/USCIS Number:	ຂ. ຈຳນວນພົນລະເມືອງ/ສັນຊາດ:
20. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ຫຼື ສັນຊາສະຫະລັດ, ທ່ານມີສະຖານະເຂົ້າເມືອງທີ່ເໝາະ ສົມບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາຂຽນປະເພດເອກະສານ ແລະ ຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ທີ່ໃຊ້ຖືກກັບທ່ານ.	
ກ. ປະເພດເອກະສານການເຂົ້າເມືອງ:	ຂ. ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ (ເປັນທາງເລືອກ):
ຄ. ຊື່ຕາມທີ່ປະກົດຢູ່ໃນເອກະສານການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ:	
ງ. Alien Number/USCIS Number:	ຈ. ຕົວເລກ I-94:
ສ. ເລກໜັງສືຜ່ານແດນ:	ຊ. ປະເທດຂອງການອອກບັດ:
ຍ. ID SEVIS:	ດ. ອື່ນໆ (ເລກບັດ ຫຼື ເລກວິຊາ):
21. ປະຈຸບັນທ່ານມີ Medicareບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	22. ປະຈຸບັນທ່ານມີປະກັນສຸຂະພາບອື່ນບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

### **ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ**

- ຂ້ອຍຮູ້ວ່າພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດຖະບານ, DHCS ບໍ່ຈຳແນກຜິດກົດ ໝາຍໂດຍອີງໃສ່ເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ສາດສະໜາ, ເຊື້ອສາຍ, ເຊື້ອຊາດ, ການກຳ ເນີດຂອງຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ສະພາບການທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳ, ສະຖານະການສົມລົດ, ເພດ, ການຈຳແນກເພດ, ລົດສະນິຍົມທາງເພດ ຫຼື ພື້ນຖານອື່ນໆທີ່ຖືກປົກປ້ອງໂດຍກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍສິດພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານ ຫຼື ຂອງລັດ.
- ການຮ້ອງຮຽນອາດຈະຖືກຍື່ນໂດຍການໂທຫາ Office of Civil Rights, Department of Health Care Services ທີ່ (916) 440-7370 ຫຼື ໂດຍການຂຽນຈົດໝາຍຫາທາງໄປສະນີ P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 ຫຼື ທາງອີເມວ ຫາ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ຖືກຕ້ອງຂອງບັນດາໂຄງການທີ່ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າການຄຸ້ມຄອງ.
- ຖ້າໃຜຢູ່ໃນໃບສະໝັກນີ້ແມ່ນມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດຂອງພວກເຮົາກັບ California Department of Health Care Services ທີ່ຈະຕາມຫາ ແລະ ໄດ້ຮັບເງິນຈາກການປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ, ການຕັ້ງຖິ່ນຖານຕາມທາງກົດໝາຍ ຫຼື ພາກສ່ວນທີສາມອື່ນໆ.
- ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໃບສະໝັກນີ້ ເພື່ອກວດກາເບິ່ງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າຄຸ້ມຄອງການກວດຫາພະຍາດ COVID-19, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການກວດ ແລະ ການຮັກສາ. ພວກເຮົາຈະກວດເບິ່ງຄ່າຕອບຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ຂໍ້ມູນໃນຖານຂໍ້ມູນ ແລະ ຖານຂໍ້ມູນເອເລັກໂຕຣນິກຂອງພວກເຮົາຈາກ Social Security ແລະ Department of Homeland Security. ຖ້າຂໍ້ມູນບໍ່ກົງກັນ, ພວກເຮົາອາດຈະຂໍໃຫ້ທ່ານສົ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃຫ້ພວກເຮົາອີກ.
- ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ຖືກປົກປ້ອງຂອງຂ້ອຍອາດຈະຖືກນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍ ແລະ ສິດທິຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂ້ອຍແມ່ນຫຍັງ. ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ (NPP) ສະ ໜອງຂໍ້ມູນນີ້ ແລະ ມີໃຫ້ຢູ່ທີ່ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

### **ຖະແຫຼງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ**

- ຄຳຮ້ອງສະຫມັກນີ້ແມ່ນສຳລັບໂຄງການ COVID-19 Uninsured Group ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Department of Health Care Services (DHCS). ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ຂໍ້ມູນທາງການແພດທີ່ທ່ານໃຫ້ມານັ້ນແມ່ນເປັນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ. DHCS ຕ້ອງການມັນເພື່ອກຳນົດທ່ານ ແລະ ເພື່ອບໍລິຫານໂຄງການຂອງກຸ່ມບໍ່ມີປະກັນໄພ.

- ພວກເຮົາຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບອົງການອື່ນໆ, ລັດ, ລັດຖະບານກາງ ແລະທ້ອງຖິ່ນ, ຜູ້ຮັບເໝົາ, ແຜນສຸຂະພາບ ແລະບັນດາໂຄງການຕ່າງໆເທົ່ານັ້ນທີ່ຈະລົງທະບຽນທ່ານເຂົ້າໃນແຜນການ ຫຼື ໂຄງການ ຫຼື ການບໍລິຫານໂຄງການຕ່າງໆ ແລະ ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ.
- ທ່ານຕ້ອງຕອບທຸກຄໍາຖາມໃນໃບສະໝັກນີ້ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າພວກເຂົາຂຽນວ່າ “ທາງເລືອກ.” ຖ້າໃບສະໝັກຂອງທ່ານຂາດສິ່ງ ທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການໃດໜຶ່ງ, ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານເພື່ອເອົາພວກມັນຕີມ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເອົາມັນໃຫ້, ພວກເຮົາຈະບໍ່ສາມາດ ຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຍື່ນໃບສະ ໝັກໃໝ່ ຫຼື ໃບສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ COVID-19 Uninsured Group ຂອງທ່ານທີ່ອາດຈະຖືກປະຕິເສດ.
- ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງບັນທຶກຂອງ Department of Health Care Services, ຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານປົກປ້ອງ ຂໍ້ມູນທີ່ຖືໄປສະນີ P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 ໂທລະສັບ: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929.
- ກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ສິດແກ່ພວກເຮົາໃນການເກັບກໍາ ແລະ ຮັກສາຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກ: DHCS: ສະຫວັດດີການ ແລະ ສະຖາບັນຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ. ລະຫັດຮູ 14011 ແລະ ມາດຕາ 3, ໝວດທີ 5 ແລະ 7, ພາກທີ 2 ແລະ 3, ພະແນກ 9; ຄຸ້ມຄອງລັດຄາລິຟໍເນຍ: 42 USC ຮູ 18031; ລະຫັດລັດຖະບານລັດຄາລິຟໍເນຍ ຮູ 100502(k) ແລະ 100503 (a).

**ຂ້າພະເຈົ້າຄວນເຮັດແນວໃດຖ້າຄິດວ່າໃບແຈ້ງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຖືກ?**

- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຄິດວ່າ Medi-Cal program ໄດ້ເຮັດຜິດພາດ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍອຸທອນຄໍາຕັດສິນດັ່ງກ່າວ. ການອຸທອນ ໝາຍເຖິງການບອກຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ໂຄງການ Medi-Cal ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄິດວ່າການຕັດສິນໃຈບໍ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂໍໃຫ້ມີການກວດ ກາຄືນການກະ ທໍາດັ່ງກ່າວ.
- ຂ້ອຍຮູ້ວ່າຂ້ອຍສາມາດຊອກຫາວິທີການຮ້ອງຂໍການອຸທອນ, ລວມທັງການອຸທອນແບບເລັ່ງລັດ, ໂດຍການໂທຫາ 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) ສໍາລັບໂຄງການ Medi-Cal.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຍື່ນຄໍາອຸທອນພາຍໃນ. 90 ມື້ຂອງແຈ້ງການການຕັດສິນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເປັນຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງໄດ້ ຫຼື ໃຫ້ຜູ້ອື່ນເປັນຕົວແທນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໃນການອຸທອນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຊັ່ນ: ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ໝູ່ເພື່ອນ, ຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼື ທະນາຍຄວາມ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າການພິຈາລະນາຄໍາຕັດສິນທັງໝົດຈະຖືກດໍາເນີນໂດຍທາງໂທລະສັບ ຫຼື ທາງວິດີໂອເວັ້ນເສຍແຕ່ຂ້ອຍຈະຂໍ ການໄຕ່ສວນດ້ວຍຕົນເອງ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ ໂຄງການ Medi-Cal ສາມາດອະທິບາຍຄະດີຂອງຂ້ອຍໃຫ້ ຂ້ອຍໄດ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ວ່າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ໂຄງການ Medi-Cal ສາມາດອະທິບາຍສະພາບການເມື່ອການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້ອຍອາດຈະໄດ້ ຮັບການຮັກສາໄວ້ ຫຼື ໃຫ້ລໍຖ້າການຕັດສິນການອຸທອນ.

**ລາຍເຊັນ:**

ການເຊັນນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈໃນໃບສະໝັກນີ້ແລ້ວ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າໃບສະໝັກນີ້ແມ່ນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າກວດຫາພະຍາດ coronavirus (COVID-19), ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການກວດ ແລະ ການຮັກສາເທົ່ານັ້ນ. ເພື່ອກວດເບິ່ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບຜົນ ປະໂຫຍດ ແລະ ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຜ່ານ Medi-Cal ຫຼື Covered California, ຂ້າພະເຈົ້າຄວນປະກອບໃບ ສະໝັກໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ທີ່ [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com).

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ
---------	-------