

Hearing Aid Coverage for Children Program

ពាក្យសុំការពិនិត្យវាយតម្លៃឡើងវិញសិទ្ធិទទួលបានប្រចាំឆ្នាំ

បំពេញពាក្យសុំការពិនិត្យវាយតម្លៃឡើងវិញសិទ្ធិទទួលបានប្រចាំឆ្នាំ (AER) ដើម្បីដឹងថាតើអ្នកនៅមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់
Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP)
ទៀតដែរឬទេ។

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានប្រើសម្រាប់ការកិច្ចផ្អែកក្នុងដើម្បីជួយសមាជិក និងរក្សាទុកសម្រាប់ការរក្សាកំណត់ត្រា។

Family Member Number: _____ ឬ លេខ HACCP: _____

1. ទំនាក់ទំនងចម្បង

រាយបញ្ជីមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ដែលជាទំនាក់ទំនងប្រសិនបើ DHCS ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។ នេះអាចជា៖

- សមាជិក (ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ ឬជាអនីតិជនដែលមានឯករាជ្យភាពពិឡឹកខ្លាញ់)
- ឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់សមាជិក (ប្រសិនបើសមាជិកជាអនីតិជនដែលមិនមានឯករាជ្យភាពពិឡឹកខ្លាញ់)
- អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ (បុគ្គលដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យមើលពាក្យសុំរបស់អ្នក ហើយនិយាយជាមួយ DHCS ជំនួសអ្នកអំពីសិទ្ធិទទួលបាននិងការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក)

បំពេញជម្រើស A ឬ B ខាងក្រោម។ ហត្ថលេខាត្រូវតែត្រូវបានសម្រាប់ជម្រើស B។

☐ A) ទំនាក់ទំនងចម្បងគឺជាសមាជិកឬឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់គេ៖

ឈ្មោះទំនាក់ទំនងចម្បង (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

☐ B) ទំនាក់ទំនងចម្បងគឺជាតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត៖

ឈ្មោះអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

អាសយដ្ឋាន (លេខ និងផ្លូវ)

ទីក្រុង

ខោនធី

រដ្ឋ

កូដប៊ូប

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា អ្នកកំពុងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ AER របស់អ្នក ទទួលបានព័ត៌មានផ្លូវការអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នក និងធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកសម្រាប់បញ្ជា HACCP នាពេលអនាគតទាំងអស់ជាមួយ DHCS។ អ្នកឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ របស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធបច្ចេកទេសនេះនៅពេលណាក៏បាន។

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក (ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ ឬអនីតិជនដែលមានឯករាជ្យភាពពិឡឹកខ្លាញ់) ឬមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល (ប្រសិនបើអនីតិជនដែលមិនមានឯករាជ្យភាពពិឡឹកខ្លាញ់)

ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក
(ខ្លួនឯង ឪពុកម្តាយឬ អាណាព្យាបាល)

កាលបរិច្ឆេទ

2. តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោមដែលត្រូវសម្រាប់អ្នក។

អាសយដ្ឋាន (លេខនិងផ្លូវ)				អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ (បើផ្សេងពីអាសយដ្ឋាន)			
ទីក្រុង	ខោនធី	រដ្ឋ	កូដប៊ុប	ទីក្រុង	ខោនធី	រដ្ឋ	កូដប៊ុប
លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងលម្អិត				អ៊ីមែល			

3. សមាជិក HACCP

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់កូនឬយុវជនម្នាក់ៗដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង HACCP។ (ប្រសិនបើសមាជិក HACCP ច្រើនជាងពីរនាក់រស់នៅក្នុងផ្ទះសម្បែង សូមរាយបញ្ជីសមាជិកបន្ថែមនៅលើសន្លឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែកមួយ។)

សមាជិកទី 1: ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

តើសមាជិកនេះបច្ចុប្បន្នមានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសមាជិកនេះបច្ចុប្បន្នមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់តាមរយៈកម្មវិធី California Children's Services (CCS) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសមាជិកនេះបច្ចុប្បន្នមានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមរួមបញ្ចូលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធការធានារ៉ាប់រង ឬកសាងនៃការធានារ៉ាប់រង (EOC) ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន។

តើអ្នកណាជាអ្នកទទួលបានការធានា? _____ ID ផែនការ/សមាជិក? _____

ឈ្មោះអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងចម្បង? _____

តើផែនការនេះមានរ៉ាប់រងឧបករណ៍ ជំនួយការស្តាប់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

សមាជិកទី 2: ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

តើសមាជិកនេះបច្ចុប្បន្នមានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសមាជិកនេះបច្ចុប្បន្នមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់តាមរយៈកម្មវិធី CCS ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសមាជិកនេះបច្ចុប្បន្នមានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមរួមបញ្ចូលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធការធានារ៉ាប់រង ឬ EOC ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន។

តើអ្នកណាជាអ្នកទទួលបានការធានា? _____ ID ផែនការ/សមាជិក? _____

ឈ្មោះអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងចម្បង? _____

តើផែនការនេះមានរ៉ាប់រងឧបករណ៍ ជំនួយការស្តាប់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

4. តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះសមាជិកក្នុងផ្ទះដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមរាយបញ្ជីការប្តូរក្នុងផ្ទះ ការដកចេញ ឬការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសម្រាប់កុមារឬយុវជនក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ ឪពុកម្តាយ ឪពុកម្តាយចុង និងប្តីប្រពន្ធរបស់យុវជនក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ ឬបុគ្គលមានផ្ទៃពោះដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ។ កុំរាយឈ្មោះមីង ឬ ក្មួយស្រី ក្មួយប្រុស ឬ ជីដូនជីតា។

ការផ្លាស់ប្តូរ	ឈ្មោះសមាជិកក្នុងផ្ទះសម្បែង (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយ សមាជិក	តើបុគ្គលនេះបច្ចុប្បន្នមានការងារធ្វើ ដែរឬទេ?
<input type="checkbox"/> បន្ថែម <input type="checkbox"/> ដកចេញ <input type="checkbox"/> ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព			<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចុង <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស – សូមរួមបញ្ចូល ព័ត៌មានលម្អិតអំពីប្រាក់ចំណូល ខាងក្រោម នៅក្នុងផ្នែកទី 5។ <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> បន្ថែម <input type="checkbox"/> ដកចេញ <input type="checkbox"/> ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព			<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយចុង <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស – សូមរួមបញ្ចូល ព័ត៌មានលម្អិតអំពីប្រាក់ចំណូល ខាងក្រោម នៅក្នុងផ្នែកទី 5។ <input type="checkbox"/> ទេ

5. ប្រាក់ចំណូល

សូមផ្តល់ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះសម្បែង និងបញ្ជូនឯកសារចំណូលថ្មីបំផុតសម្រាប់ប្រាក់ចំណូល របស់សមាជិកក្នុងផ្ទះសម្បែង ដែលបានរាយការណ៍ទាំងអស់។

ឈ្មោះសមាជិកក្នុងផ្ទះសម្បែង ដែលមានប្រាក់ចំណូល	តើចំណូលនេះមកពីប្រភពណា? (ឧទាហរណ៍៖ ប្រាក់ចំណូលពីការងារ ការងារខ្លួន ឯងផ្សេងៗ)	ចំនួនប្រាក់ចំណូលរដ្ឋ (ប្រសិនបើមានការងារធ្វើដោយ ខ្លួនឯង ប្រើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ)	តើប្រាក់ចំណូលត្រូវបានទទួលញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណា?
		\$	<input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយ <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង ខែ <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង <input type="checkbox"/> មួយឆ្នាំម្តង
		\$	<input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយ <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង ខែ <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង <input type="checkbox"/> មួយឆ្នាំម្តង

		\$	<input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង	<input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> មួយឆ្នាំម្តង
		\$	<input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង	<input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> មួយឆ្នាំម្តង

6. សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីឯកជនភាព

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានសមាជិក HACCP ដើម្បីពន្យារបច្ចេកសព្ទសុពលភាពការចុះឈ្មោះ។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននិងសេដ្ឋកិច្ចដែលប្រមូលបាននៅលើនិងសម្រាប់ទម្រង់បែបបទនេះគឺមានឯកជនភាពនិងសម្ងាត់ ដែលត្រូវបានស្នើសុំដោយ DHCS ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកនិងបុគ្គលផ្សេងទៀតនៅលើពាក្យសុំនេះនិងដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននិងសុខភាពទាំងឡាយដែលប្រមូលបាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះដោយ DHCS គឺស្ថិតនៅក្រោមដែនកំណត់នៅក្នុងច្បាប់អនុវត្តព័ត៌មាន (IPA) ច្បាប់ស្តីពីសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័តនិងទំនួលខុសត្រូវ (HIPAA) និងគោលនយោបាយរដ្ឋផ្សេងទៀត។ DHCS នឹងមិនប្រើប្រាស់ឬចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកទេ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតពីអ្នក ឬដោយបុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរឬតាមការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំនៅលើទម្រង់បែបបទនេះហើយមិនគួរផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលមិនត្រូវបានស្នើសុំនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំទេ យើងមិនអាចពន្យារបច្ចេកសព្ទសុពលភាពការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុង HACCP បានទេ។ DHCS អាចចែករំលែកឬផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានផ្តល់នៅលើឬសម្រាប់ទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់រដ្ឋ សហព័ន្ធ និងភ្នាក់ងារក្នុងតំបន់ផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ ខោនធីនាយកដ្ឋានសេវាសង្គមក្នុងខោនធីដែលបុគ្គលនោះរស់នៅ) អ្នកម៉ោការ និងកម្មវិធី សម្រាប់តែការចុះឈ្មោះអ្នកទៅក្នុងកម្មវិធីឬដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ឬតាមតម្រូវការរបស់ច្បាប់។ ក្នុងករណីភាគច្រើន បុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយព័ត៌មាននេះមានសិទ្ធិចូលប្រើវា។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីទទួលបានការចូលប្រើកំណត់ត្រាដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដែលរក្សាទុកដោយ DHCS សូមទាក់ទង HACCP។

DHCS មានការអនុញ្ញាតក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះដោយអនុលោមតាមច្បាប់ថវិកាឆ្នាំ 2022 [សេចក្តីព្រាងច្បាប់រដ្ឋសភា 179 (ជំពូកទី 249 លក្ខន្តិកៈឆ្នាំ 2022)]។ DHCS ក៏មានការអនុញ្ញាតក្នុងការប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននិងសុខភាពសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង HACCP និងកម្មវិធី Medi-Cal ផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ DHCS សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf> និង <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx>។

ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ទទួលបានច្បាប់ចម្លងក្រដាសនៃគោលការណ៍និងការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ DHCS ឬចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង អ្នកអាចទាក់ទងអង្គភាពឯកជនភាពទិន្នន័យរបស់ DHCS តាមរយៈប្រៃសណីយ៍ អ៊ីមែល ឬទូរស័ព្ទ៖

Privacy Office
 c/o: Data Privacy Unit
 Department of Health Care Services
 P.O. Box 997413, MS 4722
 Sacramento, CA 95899-7413
 អ៊ីមែល: incidents@dhcs.ca.gov

ទូរស័ព្ទ: (916) 445-4646
 DHCS 8470 (KH 04/2024)

សេចក្តីប្រកាស និងហត្ថលេខា នេះជាការតម្រូវឱ្យមាន។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា ខ្ញុំសូមប្រកាសថា អ្វីដែលខ្ញុំនិយាយខាងក្រោមគឺពិតនិងត្រឹមត្រូវ។

- ខ្ញុំបានអាននិងយល់អំពីពាក្យសុំ HACCP AER នេះ។
- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់គឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវតែបញ្ជូនឯកសារចំណូលថ្មីបំផុត និងឯកសារផែនការសុខភាពដែលអាចអនុវត្តបាន ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក (ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ ឬអនីតិជនដែលមានឯករាជ្យភាពពីឪពុកម្តាយ) ឬឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាល (ប្រសិនបើអនីតិជនដែលមិនមានឯករាជ្យភាពពីឪពុកម្តាយ) ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ	ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក (ខ្លួនឯងឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាល ឬ អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ)	កាលបរិច្ឆេទ