

ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មកុមាររដ្ឋ California

តើកម្មវិធីសេវាកម្មកុមាររដ្ឋ California (CCS) ជាអ្វី?

CCS គឺជាកម្មវិធីទូទាំងរដ្ឋដែលព្យាបាលកុមារដែលមានកម្រិតរាងកាយជាក់លាក់ និងស្ថានភាពសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ ឬជំងឺ។ CCS អាចអនុញ្ញាត និងបង់ថ្លៃសេវា និងឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ផ្តល់ដោយអ្នកឯកទេសដែល បានអនុម័ត CCS ។ នាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (DHCS) គ្រប់គ្រងកម្មវិធី CCS ។ ខោនធី ធំជាងដំណើរការកម្មវិធី CCS ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ ខណៈដែលស្រុកតូចៗចែករំលែកប្រតិបត្តិការនៃកម្មវិធី របស់ពួកគេជាមួយ DHCS ។ កម្មវិធី CCS ត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋ ខោនធី និងប្រាក់ពន្ធសហព័ន្ធ រួម ជាមួយនឹងថ្លៃសេវាមួយចំនួនដែលបង់ដោយមាតាបិតា អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកស្នើសុំ (ប្រសិនបើ អាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬអនិគិជនដែលត្រូវបានរំដោះ)។

តើ CCS ផ្តល់អ្វីដល់កុមារ?

ប្រសិនបើអ្នក ឬគ្រូពេទ្យរបស់កូនអ្នកគិតថា កូនរបស់អ្នកអាចមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានសិទ្ធិ CCS នោះ CCS អាចបង់ថ្លៃ ឬផ្តល់ការវាយតម្លៃផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីរកមើលថាតើស្ថានភាពរបស់កូនអ្នកត្រូវបាន រ៉ាប់រងដែរឬទេ។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានសិទ្ធិ CCS អាចបង់ថ្លៃ ឬផ្តល់:

- ការព្យាបាលដូចជា សេវាវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងការថែទាំរៀនរៀន ការព្យាបាលដោយរាងកាយ និងការ ព្យាបាលដោយការងារ ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ការស្តីអិច គ្រឿងបរិក្ខារឆ្លឹង និងឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការគ្រប់គ្រងករណីវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីជួយទទួលបានវេជ្ជបណ្ឌិតពិសេស និងការថែទាំកូនរបស់អ្នកនៅពេល ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការបញ្ជូនទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត រួមទាំងគំនិតសុខាភិបាល វិស្វកម្ម និងមជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់។ ឬ
- កម្មវិធីព្យាបាលដោយវេជ្ជសាស្ត្រ (MTP) ដែលអាចផ្តល់ការព្យាបាលដោយចលនា និង/ឬការព្យាបាលដោយ ការងារនៅក្នុងសាលារដ្ឋសម្រាប់កុមារដែលមានសិទ្ធិទទួលបានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

តើអ្នកណាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ CCS?

កម្មវិធី CCS គឺបើកចំហសម្រាប់អ្នកដែល:

- មានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ;
- មាន ឬអាចមានស្ថានភាពសុខភាពដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ CCS;
- គឺជាអ្នករស់នៅរដ្ឋ California; និង
- មានប្រាក់ចំណូលគ្រួសារតិចជាង \$40,000 ដូចដែលបានរាយការណ៍លើប្រាក់ចំណូលសរុបដែលបាន កែតម្រូវលើទម្រង់បែបបទពន្ធរដ្ឋ ឬការចំណាយលើថ្លៃព្យាបាលក្រៅហោប៉ៅរបស់កុមារដែលមានលក្ខណៈ គ្រប់គ្រាន់ត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងមានច្រើនជាង 20 ភាគរយនៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ។

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារមិនមែនជាកត្តាសម្រាប់កុមារដែល:

- ត្រូវការសេវារោគវិនិច្ឆ័យដើម្បីបញ្ជាក់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានសិទ្ធិ CCS; ឬ
- ត្រូវបានអនុម័តជាមួយនឹងស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានសិទ្ធិ CCS ដែលគេស្គាល់។ ឬ
- កំពុងដាក់ពាក្យសុំតែសេវាកម្មតាមរយៈ MTP ប៉ុណ្ណោះ។ ឬ
- មានវិសាលភាពពេញលេញរបស់ Medi-Cal គ្មានចំណែកនៃថ្លៃដើម។

តើ CCS គ្របដណ្តប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រអ្វីខ្លះ?

មានតែស្ថានភាពមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយកម្មវិធី CCS ។ ជាទូទៅ CCS គ្របដណ្តប់លើ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលពិការរាងកាយ ឬត្រូវការសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ការរៀនរៀន ឬស្តារនីតិសម្បទា។ វាក៏អាចមាន លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយចំនួនដែលកំណត់ថាតើស្ថានភាពសុខភាពរបស់កូនអ្នកមានសិទ្ធិដែរឬទេ។ ខាងក្រោម នេះគឺជាប្រភេទនៃស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលអាចត្រូវបានរ៉ាប់រង និងឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃនីមួយៗ:

- ស្ថានភាពទាក់ទងនឹងបេះដូង (ជំងឺបេះដូងពិកណ៍ត)
- Neoplasms (មហារីក, ដុំសាច់)
- ភាពខុសប្រក្រតីនៃឈាម (ជំងឺឈាមមានក្រខន់, ភាពស្លេកស្លាំងកោសិកាជំងឺ)
- ជំងឺអន្តោមថ្មី, អាហារូបត្ថម្ភ, និងជំងឺមេតាបូលិក (បញ្ហាក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត, ជំងឺតំណពូជកម្រម្យ៉ាង (PKU), ជំងឺទឹកនោមផ្អែម)
- ជំងឺនៃប្រព័ន្ធនៃ genitourinary (បញ្ហាតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរ)
- ជំងឺនៃប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ (ជំងឺរលាករ៉ាំរ៉ៃជំងឺថ្លើម)
- ពិការភាពពិកណ៍តធ្ងន់ធ្ងរ (មាត់ឆែប ក្រអូមមាត់ ឆ្អឹងខ្នង ប៊ីហ្វីដា)
- ភាពមិនប្រក្រតីនៃសរីរាង្គអារម្មណ៍ (ការបាត់បង់ការស្តាប់, ជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែក, ជំងឺភ្នែកឡើងបាយ)
- ជំងឺនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (ពិការខួរក្បាល, ប្រកាច់ដោយមិនដឹងខ្លួន)
- ជំងឺនៃប្រព័ន្ធសាច់ដុំឆ្អឹង និងជាលិកាភ្ជាប់ (ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង, ជំងឺសាច់ដុំ)
- ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរនៃប្រព័ន្ធភាពស្តាំ (ការឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់មនុស្ស)
- ការបំបែកស្ថានភាពឬការពុលដែលទាមទារការថែទាំដែលពឹងផ្អែកខ្លាំង ឬការស្តារនីតិសម្បទា (រលាកក្បាល ធ្ងន់ធ្ងរ ខួរក្បាល ឬឆ្អឹងខ្នង រលាកធ្ងន់ធ្ងរ)
- ផលវិបាកនៃការកើតមិនគ្រប់ខែដែលទាមទារកម្រិតនៃការថែទាំដែលពឹងផ្អែកខ្លាំង
- ភាពមិនប្រក្រតីនៃស្បែក និងជាលិការក្រោមស្បែក (ជំងឺសាច់ដុំសរសៃរលាយធ្ងន់ធ្ងរ)
- ពិការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ malocclusion (ធ្មេញកោងធ្ងន់ធ្ងរ)

សួរការិយាល័យ CCS ខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។

តើបេក្ខជន ឬគ្រួសារត្រូវធ្វើអ្វីដើម្បីមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់?

គ្រួសារ (ឬអ្នកដាក់ពាក្យប្រសិនបើអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះលែង) ត្រូវតែ:

- បំពេញទម្រង់ពាក្យសុំដែលចាប់ផ្តើមនៅទំព័រទី 4 ហើយបញ្ជូនវាទៅការិយាល័យ CCS ក្នុងខោនធីរបស់ពួកគេ;
- ផ្តល់ឱ្យ CCS នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំ ដូច្នោះ CCS អាចកំណត់ថាតើគ្រួសារនោះមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។
- ដាក់ពាក្យទៅ Medi-Cal ។ ប្រសិនបើគ្រួសារមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal កុមារក៏ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ CCS ផងដែរ។ CCS អនុម័តសេវាកម្ម; ការទូទាត់ត្រូវបានធ្វើឡើងតាមរយៈ Medi-Cal ។

តើភាពឯកជនរបស់ខ្ញុំត្រូវបានការពារដោយរបៀបណា?

ច្បាប់រដ្ឋ California តម្រូវឱ្យគ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំសេវាកម្មត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែល CCS ការពារភាពឯកជនរបស់ពួកគេ។¹

ដើម្បីការពារឯកជនភាពរបស់អ្នក:

- CCS ត្រូវតែរក្សាព័ត៌មាននេះជាសម្ងាត់។²
- CCS អាចចែករំលែកព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទជាមួយបុគ្គលិកដែលមានការអនុញ្ញាតពីកម្មវិធីសុខភាព និងសុខុមាលភាពផ្សេងទៀត លុះត្រាតែអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់យល់ព្រម។

¹ ក្រមរដ្ឋប្បវេណី ផ្នែកទី 1798.17

https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=CIV§ionNum=1798.17

² អនុលោមតាមផ្នែកទី 41670 ចំណងជើងទី 22 ក្រមនៃនីតិបញ្ញត្តិរដ្ឋ California និងរដ្ឋ California ច្បាប់ស្តីពីកំណត់ត្រាសាធារណៈ (ក្រមរដ្ឋប្បវេណី ផ្នែកទី 6250_6255)

<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-41670>

អ្នកមានសិទ្ធិមើលពាក្យសុំរបស់អ្នក និងកំណត់ត្រា CCS ទាក់ទងនឹងអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នក ចង់ឃើញកំណត់ត្រាទាំងនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យ CCS ក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ តាមច្បាប់ ព័ត៌មានដែល អ្នកផ្តល់ឱ្យ CCS ត្រូវបានរក្សាទុកដោយកម្មវិធី CCS ។³

តើខ្ញុំមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តឬទេ?

អ្នកមានសិទ្ធិមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលធ្វើឡើងដោយ CCS ។⁴ នេះហៅថា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ដំណើរ ការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្តល់ឱ្យមានតាមការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកដាក់ពាក្យសុំនូវវិធីមួយដើម្បីធ្វើការ ជាមួយកម្មវិធី CCS ដើម្បីស្វែងរកដំណោះស្រាយចំពោះការមិនយល់ស្រប។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការប ណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមទាក់ទងការិយាល័យ CCS ក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។

តើខ្ញុំអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី CCS នៅឯណា?

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី CCS សូមចូលទៅកាន់ទំព័រដើម CCS នៅលើគេហទំព័រ DHCS នៅទីនេះ៖ <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យ CCS ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងរក ការិយាល័យ CCS ខោនធីរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់៖ [https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/ CountyOffices.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx) ឬរកមើលនៅក្នុងផ្នែករដ្ឋាភិបាលនៃបញ្ជីទូរស័ព្ទក្នុងតំបន់របស់អ្នកក្រោម "សេវាកុមារ រដ្ឋ California" ឬ "នាយកដ្ឋានសុខភាពខោនធី"។

³ ផ្នែក 123800 et ។ សេក នៃក្រមសុខភាព និងសុវត្ថិភាពរដ្ឋ California https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=123800.&lawCode=HSC

⁴ ក្រមច្បាប់រដ្ឋ California ចំណងជើង 22 ជំពូកទី 13 ផ្នែកទី 42702-42703 <https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-42702>

ពាក្យស្នើសុំដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីសេវាកុមាររដ្ឋ California

ពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវបានបំពេញដោយមាតាបិតា អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ (ប្រសិនបើអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះលែង) ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកស្នើសុំមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា/អត្ថប្រយោជន៍ CCS ដែរឬទេ។ ពាក្យ "អ្នកដាក់ពាក្យ" មានន័យថា កុមារ ឬគ្រួសារដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះលែង ដែលសេវាកម្មកំពុងត្រូវបានស្នើសុំ។ សូមវាយ ឬសរសេរផ្នែកឲ្យបានច្បាស់លាស់។

A. ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យ

1. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ (នាមត្រកូល)	(ឈ្មោះដំបូង)	(ឈ្មោះកណ្តាល)
--------------------------------------	--------------	---------------

ឈ្មោះក្នុងសំបុត្រកំណើត (បើខុសគ្នា)	ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលអ្នកដាក់ពាក្យត្រូវបានស្គាល់ដោយ
------------------------------------	--

2. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)	3. ទីកន្លែងកំណើត - ខោនធី	រដ្ឋ
ប្រទេសនេះ បើកើតនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក		

4. អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (លេខ ផ្លូវ) (កុំប្រើ PO Box)

ទីក្រុង	ខោនធី	លេខកូដតំបន់
---------	-------	-------------

5. ភេទ

ស្រី ប្រុស

6. ទម្រង់ទិសផ្លូវភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ (ជាជម្រើស)៖

ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យចង់ប្រាប់យើងបន្ថែមអំពីភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ការបង្ហាញយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទរបស់ពួកគេ សូមបំពេញក្នុងចំណុច a, b, និង c ខាងក្រោម។ ផ្នែកទី 6 គឺស្របចិត្ត ប៉ុន្តែតម្រូវឱ្យ DHCS សួរជាមួយនឹងការអនុម័តនៃចុះបាត់សភា 959 (2015-2016) ។

a. តើអ្វីទៅជាភេទរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (ជីកប្រអប់ដែលពិពណ៌នាអំពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័របច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកបានល្អបំផុត)?

ស្រី ប្រុស អ្នកប្តូរយេនឌ័រ ប្រុសទៅស្រី អ្នកប្តូរភេទ ស្រីទៅប្រុស

មិនមែនប្រព័ន្ធគោលពីរ (មិនប្រុសឬស្រី) អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រមួយទៀត

b. តើភេទអ្វីត្រូវបានចុះក្នុងសំបុត្រកំណើតដើមរបស់បេក្ខជន?

ស្រី ប្រុស

c. តើអ្នកដាក់ពាក្យគិតថាខ្លួនឯងដូចជា៖

ស្រឡាញ់ភេទខុសគ្នា/ស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា ខ្ទើយ/ស្រ្តីស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា ទ្វេភេទ ខ្ទើយ

ទិសដៅផ្លូវភេទមួយទៀត មិនស្គាល់

7. ជាតិសាសន៍/ជាតិព័ន្ធ	8. លេខសន្តិសុខសង្គម (ជាជម្រើស)
------------------------	--------------------------------

9. តើស្ថានភាព CCS មានសិទ្ធិ ឬពិការភាពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំជាអ្វី?

10. គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម	11. លេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យ
-----------------------	------------------------------

B. ព័ត៌មានអំពីមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/គ្រួសារ
 (បេក្ខជនដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានរំដោះ រំលងធាតុ 12 និង 14 ខាងក្រោម)។

12. ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	13. ឈ្មោះម្តាយនិងនាមត្រកូល (មិនស្គាល់អត្តសញ្ញាណក្នុង 12)
---	--

14. អាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋាន (លេខផ្លូវ) (កុំប្រើប្រអប់សំបុត្រ)

ទីក្រុង	ខោនធី	លេខកូដតំបន់
---------	-------	-------------

15. អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (ប្រសិនបើខុសពី 14)

ទីក្រុង	ខោនធី	លេខកូដតំបន់
---------	-------	-------------

16. លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	17. លេខទូរស័ព្ទដៃ	18. លេខទូរស័ព្ទការងារ
---------------------	-------------------	-----------------------

19. តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះ?	20. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
--------------------------------	----------------------

21. ចំនួនមនុស្សនៅក្នុងអង្គភាពគ្រួសារ	22. នាមត្រកូល និងនាមដំបូងរបស់ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត។ (ប្រសិនបើមិនរស់នៅជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យ)
--------------------------------------	--

អាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត។	ទីក្រុង	លេខកូដតំបន់
--------------------------------------	---------	-------------

C. ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព

23. តើបេក្ខជនមាន Medi-Cal ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	24. ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើលេខ Medi-Cal របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំជាអ្វី?
---	--

25. តើមានចំណែកនៃការចំណាយទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	26. បើបាទ/ចាស តើអ្នកបង់ប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ?
---	--

27a. តើបេក្ខជនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្សេងទៀតដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	27b. បើបាទ/ចាស តើគម្រោងធានារ៉ាប់រង ឬ ក្រុមហ៊ុនមានឈ្មោះអ្វី?
---	---

27c. លេខគោលនយោបាយ ឬផែនការ

28. ប្រភេទនៃគម្រោង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង

អង្គការអ្នកផ្តល់អាទិភាព (PPO)

អង្គការថែទាំសុខភាព (HMO)

ផ្សេងទៀត:

29. តើបេក្ខជនមានធានារ៉ាប់រងធ្មេញទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	30. តើបេក្ខជនមានការធានារ៉ាប់រងលើភ្នែក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
--	---

D. វិញ្ញាបនប័ត្រ
 (ហត្ថលេខាសង្ខេប និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។ ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សិទ្ធិឱ្យកម្មវិធី CCS ដើម្បីបន្ត កម្មវិធីនេះ)។

ខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យទៅកម្មវិធី CCS ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម/អត្ថប្រយោជន៍។

ខ្ញុំយល់ថាការបំពេញពាក្យសុំនេះមិនធានាការទទួលយកអ្នកដាក់ពាក្យដោយកម្មវិធី CCS ទេ។

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំផ្ទៀងផ្ទាត់លំនៅដ្ឋាន ព័ត៌មានសុខភាព ឬកាលៈទេសៈផ្សេងទៀត ដែលត្រូវការដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានសេវា/អត្ថប្រយោជន៍ CCS ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ផងដែរថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យនៅលើទម្រង់នេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលបំពេញពាក្យសុំ	ទំនាក់ទំនងជាមួយ អ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ
Signature of witness (only if the person signed with a mark) (ហត្ថលេខារបស់សាក្សី (លុះត្រាតែបុគ្គលនោះចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាសម្គាល់))		Date (កាលបរិច្ឆេទ)

* សូមមើលការណែនាំនៅទំព័របន្ទាប់។

ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញ ពាក្យស្នើសុំសេវាកុមាររដ្ឋ California (DHCS 4480)

បោះពុម្ពឱ្យច្បាស់ ដូច្នោះកម្មវិធីរបស់អ្នកអាចដំណើរការបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

បំពេញផ្នែកនីមួយៗឱ្យបានពេញលេញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ទេ CCS នឹងមិនអាចបន្តជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នកបានទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់នេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យ CCS ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

នៅពេលដែលពាក្យសុំត្រូវបានបញ្ចប់ សូមផ្ញើទៅការិយាល័យ CCS ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ កុំភ្លេចចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៃទម្រង់បែបបទ។

ផ្នែក A: ព័ត៌មានអំពីអ្នកដាក់ពាក្យ ("អ្នកដាក់ពាក្យ" មានន័យថា កុមារ ឬគ្រួសារដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះលែង ដែលសេវាកម្មកំពុងត្រូវបានស្នើសុំ)។

1. **ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ:** បំពេញឈ្មោះចុងក្រោយ ទីមួយ និងឈ្មោះកណ្តាលរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។ នៅក្នុងប្រអប់បន្ទាប់ សូមសរសេរឈ្មោះពេញរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ ដូចដែលវាបង្ហាញនៅលើសំបុត្រកំណើត ប្រសិនបើខុសពីឈ្មោះរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យត្រូវបានស្គាល់ដោយឈ្មោះផ្សេងទៀត សូមបញ្ចូលឈ្មោះនោះក្នុងប្រអប់ចុងក្រោយ។
2. **ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ:** សរសេរខែ ថ្ងៃ និងឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។
3. **ទីកន្លែងកំណើត:** សរសេរខោនធី និងរដ្ឋដែលបេក្ខជនកើត។ រួមបញ្ចូលប្រទេសប្រសិនបើបេក្ខជនកើតនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
4. **អាសយដ្ឋាន:** សរសេរលេខផ្លូវ ឈ្មោះផ្លូវ លេខអាជ្ញាធរមិន ទីក្រុង ខោនធី និងលេខកូដប្រៃសណីយ៍នៃលំនៅដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យក្នុងចន្លោះនេះ។ កុំប្រើ P.O. Box។
5. **ភេទរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ:** គូសយកប្រអប់ភេទត្រឹមត្រូវសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យ (ប្រុស ឬស្រី)។
6. **ទម្រង់ទិសផ្លូវភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ (ជាជម្រើស):** ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យចង់ប្រាប់យើងបន្ថែមអំពីយេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ការបង្ហាញយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទរបស់ពួកគេ សូមបំពេញធាតុ a, b, និង c។ ផ្នែកទី 6 គឺស្រេចចិត្ត ប៉ុន្តែតម្រូវឱ្យ DHCS សួរជាមួយនឹងការអនុម័ត [សេចក្តីព្រាងច្បាប់ 959](#) (2015 - 2016) ។
 - 6a. ជីកប្រអប់ដែលពិពណ៌នាអំពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័របច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យបានល្អបំផុត។
 - 6b. សម្គាល់ជម្រើសនៃភេទដែលមានក្នុងសំបុត្រកំណើតដើមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។
 - 6c. ជីកប្រអប់ដែលពិពណ៌នាបានល្អបំផុតអំពីទំនោរផ្លូវភេទរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។
7. **ជាតិសាសន៍/ជាតិព័ន្ធ:** បញ្ចូលប្រភេទពីបញ្ជីខាងក្រោមដែលពិពណ៌នាយ៉ាងល្អបំផុតអំពីជាតិសាសន៍/ជាតិព័ន្ធចម្បងរបស់បេក្ខជន៖

<ul style="list-style-type: none"> • ជនជាតិដើមអាឡាស្កា • ជនជាតិអាមេរិកអាស៊ី • ជនជាតិអាមេរិកដើម • ជនជាតិអាស៊ី • ជនជាតិអាស៊ីឥណ្ឌា • ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិក • ជនជាតិកម្ពុជា 	<ul style="list-style-type: none"> • ជនជាតិចិន • ជនជាតិហ្វីលីពីន • ជនជាតិហ្គីនេ • ជនជាតិហ្វីលីពីន • ជនជាតិអេស្ប៉ាញ/ឡាតាំង • ជនជាតិជប៉ុន • ជនជាតិកូរ៉េ 	<ul style="list-style-type: none"> • ជនជាតិលាវ • ជនជាតិសាម៉ា • ជនជាតិវៀតណាម • ជនជាតិស្បែកស • ជនជាតិដទៃទៀត
---	--	--

- 8. **លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (ជាជម្រើស)៖** សរសេរលេខសន្តិសុខសង្គមប្រាំបួនខ្ទង់របស់អ្នកដាក់ពាក្យ។
- 9. **ស្ថានភាព CCS គួរតែសង្ស័យ ឬពិការភាព៖** សរសេរអំពីពិការភាពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេសដែលនឹងត្រូវបានព្យាបាលដោយ CCS ។ ការពិពណ៌នាដែលភ្ជាប់មកជាមួយនៃស្ថានភាពដែលមានសិទ្ធិ CCS អាចជួយអ្នក (សូមមើល "ស្ថានភាពរដ្ឋសាស្ត្រអ្វីដែល CCS គ្របដណ្តប់" នៅទំព័រ 1 និង 2) ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹង សូមសួរគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ ឬទូរគមន៍ទំនើប។ CCS នឹងតាមដានជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ ប្រសិនបើត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។
- 10. **ឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ៖** សរសេរឈ្មោះគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។
- 11. **លេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យ៖** សរសេរលេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យដែលមាននៅក្នុងលេខ 10។

ផ្នែក B: ព័ត៌មានអំពីមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (អ្នកដាក់ពាក្យដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះ រំលងធាតុ 12 និង 14)។

- 12. **ឈ្មោះឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖** សរសេរឈ្មោះឪពុកម្តាយរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ ឬឈ្មោះអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នកដាក់ពាក្យ។
- 13. **នាមខ្លួន និងនាមត្រកូលរបស់ម្តាយ៖** សរសេរឈ្មោះម្តាយរបស់បេក្ខជន និងកំណត់ឈ្មោះម្តាយចុងក្នុងប្រអប់បន្ទាប់។
- 14. **អាសយដ្ឋាន៖** សរសេរលេខផ្លូវ ឈ្មោះផ្លូវ លេខផ្ទះល្វែង ក្រុង ខោនធី និងលេខកូដតំបន់នៃលំនៅដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ កុំប្រើ P.O. Box។
- 15. **អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖** ប្រសិនបើអាសយដ្ឋាននេះខុសពីលេខ 14 សូមសរសេរលេខផ្លូវ ឈ្មោះផ្លូវ ទីក្រុង និងលេខកូដតំបន់។
- 16. **លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ៖** សរសេរលេខទូរស័ព្ទផ្ទះដែលអ្នកអាចទាក់ទងបាន។
- 17. **លេខទូរស័ព្ទដៃ៖** សរសេរលេខទូរស័ព្ទដែលគេអាចទាក់ទងអ្នកបាន។
- 18. **លេខទូរស័ព្ទការងារ៖** សរសេរលេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការដែលគេអាចទាក់ទងអ្នកបាន។
- 19. **ភាសានិយាយ៖** សរសេរភាសាដែលអ្នកនិយាយនៅផ្ទះ។
- 20. **អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖** សរសេរអាសយដ្ឋានអ៊ីមែលសម្រាប់មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់។
- 21. **ចំនួនមនុស្សនៅក្នុងអង្គភាពគ្រួសារ៖** សរសេរចំនួនមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសារតែមួយ។
- 22. **ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានមាតាបិតាផ្សេងទៀត ប្រសិនបើមិនរស់នៅជាមួយបេក្ខជន៖** សរសេរឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានសម្រាប់អ្នកទំនាក់ទំនងទីពីរ។

ផ្នែក C: ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ប្រសិនបើ CCS គិតថាអ្នកអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ពួកគេនឹងស្នើសុំឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នអ្នកមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់ Medi-Cal ។

- 23. ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមិនទទួលបាន Medi-Cal ទេ សូមគូស "ទេ" ហើយចូលទៅកាន់លេខ 27a។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំទទួលបាន Medi-Cal សូមគូស "បាទ/ចាស" ហើយបំពេញលេខ Medi-Cal របស់អ្នកដាក់ពាក្យ។
- 24. ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យមាន Medi-Cal សូមបញ្ចូលលេខ Medi-Cal 14 ខ្ទង់។
- 25. ប្រសិនបើអ្នកបង់ចំណែកនៃថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក សូមគូស "បាទ/ចាស"។
- 26. ប្រសិនបើអ្នកបង់ចំណែកនៃចំណែកនៃការចំណាយ សូមបំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ប្រចាំខែ។

- 27a. ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតទេ សូមគូស "ទេ" ហើយទៅកាន់លេខ 29.
- 27b. ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមបំពេញឈ្មោះគម្រោងធានារ៉ាប់រង ឬក្រុមហ៊ុន។
- 27c. ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមបំពេញលេខគោលនយោបាយ ឬផែនការ។
- 28. ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមគូសប្រអប់ដែលសមស្របអាស្រ័យលើប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងនោះ។ ទម្រង់ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកពីប្រភេទធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកមាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទូរស័ព្ទទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ហើយសួរពួកគេ។
- 29. ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកធ្មេញ សូមសម្គាល់ "បាទ/ចាស"។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមិនមានការធានារ៉ាប់រងធ្មេញទេ សូមគូស "ទេ"។
- 30. ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមានការធានារ៉ាប់រងភ្នែក សូមសម្គាល់ "បាទ/ចាស"។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំមិនមានការធានារ៉ាប់រងលើភ្នែកទេ សូមសម្គាល់ "ទេ" ។

ផ្នែក D: វិញ្ញាបនប័ត្រ

ត្រូវប្រាកដថាចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទក្នុងទឹកថ្នាំ។ ប្រសិនបើហត្ថលេខាត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាសម្គាល់ ត្រូវមានសាក្សីចុះហត្ថលេខា ហើយបំពេញកាលបរិច្ឆេទ។

នៅក្រោម "ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យ" សូមបញ្ចូលឪពុក ម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬខ្លួនឯង (ក្នុងករណីបុគ្គលដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬអនីតិជនដែលត្រូវបានដោះលែង)។

ការបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ផ្ញើសំបុត្រ ឬបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅការិយាល័យ CCS ក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ CCS ខោនធីរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> ឬរកមើលនៅក្នុងផ្នែករដ្ឋាភិបាលនៃបញ្ជីទូរស័ព្ទក្នុងតំបន់របស់អ្នកនៅក្រោម "សេវាកុមាររដ្ឋ California" ឬ "នាយកដ្ឋានសុខភាពខោនធី"។