

លិខិតដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះជាមុន សំរាប់កម្មវិធី សុខភាពកុមារ និងវិធីបង្ការភាពពិការ (CHDP)

ការពន្យល់ណែនាំឱ្យពួកអ្នក ឬអ្នកជំងឺ

• ដើម្បីនឹងទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពនៅក្នុងថ្ងៃនេះដោយឥតគិតថ្លៃ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានជំរុំនៅលើលិខិតបំពេញនេះ ។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យគឺជាការសំងាត់ ។ នេះគឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តមួយ ។

តើអ្នកជំងឺមានអាយុតិចជាង 19 ឆ្នាំឬ? បាទ/ចាស ទេ

តើមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក? _____

តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលប៉ុន្មាន មុនពេលបង់ពន្ធដារ? \$ _____ ឬ \$ _____

• រូបអ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នក អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ថែរក្សាសុខភាព តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ឬ Healthy Families ជាបន្តទៀត ។

ខ្ញុំចង់ដាក់ពាក្យសុំការផ្គត់ផ្គង់ថែរក្សា តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal ឬ Healthy Families ជាបន្តទៀត ។ ចង់ ទេ

បើអ្នកឆ្លើយសំណួរនេះថា បាទ/ចាស គេនឹងធ្វើក្រដាសដាក់ពាក្យមកឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេលពីរដប់ថ្ងៃ ។ សូមធ្វើវាមកវិញយ៉ាងរួសរាន់ ។ បើអ្នកឆ្លើយសំណួរនេះថា ទេ (ឬបើអ្នកឆ្លើយ បាទ/ចាស ប៉ុន្តែមិនបានធ្វើក្រដាសដាក់ពាក្យមកវិញ) នោះការផ្គត់ផ្គង់អត្ថប្រយោជន៍ថែរក្សា សុខភាព ពេទ្យ និងភ្នែក សំរាប់អ្នកជំងឺ នឹងឈប់ឱ្យនៅចុងខែខាងមុខនេះ លុះត្រាតែក្រសួងសង្គមកិច្ច (Department of Social Services) ខោនធីជីវាបង្កើតឱ្យដឹងប៉ុណ្ណោះ ។

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

តើអ្នកជំងឺមានអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (BIC) ឬប័ណ្ណ Medi-Cal ដែរឬទេ? មាន គ្មាន

បើសិនជាមាន តើលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ នៅលើប័ណ្ណ BIC លេខអ្វីខ្លះ (បើមានលេខ)? _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ—នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ (ខែ /ថ្ងៃ /ឆ្នាំ) ភេទ ប្រុស ស្រី លេខសន្តិច័យសង្គ្រោះ (SSN) របស់អ្នកជំងឺ (តាមប័ណ្ណ)

បើអ្នកជាជនអនាមិក (មនុស្សគ្មានលំនៅ) សូមត្រួតពិនិត្យនេះ ។ សូមសរសេរទីកន្លែងទូទៅនៅក្នុងផ្នែក “អាសយដ្ឋានថ្មី” និងបំពេញផ្នែក “អាសយដ្ឋានថ្មីសំបុត្រ” ។

អាសយដ្ឋានថ្មី: លេខបន្ទប់ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

ខោនធីជីវា

អាសយដ្ឋានថ្មីសំបុត្រ (បើខុសពីអាសយដ្ឋានថ្មី) លេខបន្ទប់ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

ឈ្មោះរបស់អ្នក—នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

សូមបំពេញផ្នែកនេះសំរាប់អ្នកជំងឺមានអាយុក្រោមមួយឆ្នាំ ។

បើមានអាយុតិចជាងមួយឆ្នាំ តើទារកបានរស់នៅជាមួយអ្នកក្នុងខែដែលកើតដែរឬទេ? មាន គ្មាន

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំរបស់អ្នក (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ប័ណ្ណ BIC ឬប័ណ្ណ Medi-Cal ឬលេខសន្តិច័យសង្គ្រោះ របស់អ្នក

ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ /អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ /អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកជំងឺជាក្មេងមានអាយុមិនទាន់ពេញច្បាប់បានរួចខ្លួន—នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: () លេខទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ: () លេខទូរស័ព្ទផ្សេងៗ: ()

តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វីនៅផ្ទះ? តើអ្នកអាសាមីបានប្តូរជាងគេ?

ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំសូមស្នើឱ្យមានការពិនិត្យសុខភាព CHDP នៅថ្ងៃនេះ ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានអាន និងបានយល់លិខិតបំពេញនេះ ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យគឺពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងសព្វគ្រប់ទាំងអស់ ។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ /អ្នកអាណាព្យាបាល ស្របច្បាប់ ឬក្មេងមានអាយុមិនទាន់ពេញច្បាប់បានរួចខ្លួន ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

បុគ្គលម្នាក់ៗមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលឡើងវិញ នូវឯកសារទាំងឡាយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គាត់ ។ រដ្ឋការទទួលខុសត្រូវសំរាប់ការរក្សាទុកព័ត៌មាននេះគឺ (ក្រសួងសុខាភិបាល) Department of Health Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 ។ ច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មាននេះអាចបានចែកចាយជាមួយក្រសួងសង្គមកិច្ចខោនធីជីវា ហើយនឹងបានទុកនៅជាមួយឯកសារពេទ្យ នៃគ្រួសាររបស់អ្នក ដោយអកត់លំ CHDP នៃគ្រួសាររបស់អ្នក ។