

**សំណើសុំព័ត៌មាន**

ជូនចំពោះ: \_\_\_\_\_ ករណីខោនធីលេខ \_\_\_\_\_  
អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_ តំបន់លេខ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ឈ្មោះកម្មករ និយោជិត \_\_\_\_\_  
កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

យើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីដំណើរការការចុះឈ្មោះឡើងវិញ/ពាក្យស្នើសុំជំនួយពិសេស/កម្មវិធី Medicaid របស់អ្នក។ សូមផ្តល់ព័ត៌មាននេះត្រឹមថ្ងៃទី \_\_\_\_\_ ដើម្បីធានាថា ពាក្យស្នើសុំ/ការចុះឈ្មោះឡើងវិញរបស់អ្នកត្រូវបានដំណើរការភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពេលបន្ថែម សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដូចដែលបានកំណត់ខាងក្រោមបានទេ យើងអាចប្រើលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀត។ សូមបន្តអានដើម្បីដឹងអំពីលក្ខខណ្ឌឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលយើងអាចទទួលយកបាន។ យើងមិនអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានរបស់អ្នកតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានទេ។

- ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកលើសពីដែនកំណត់ប្រាក់ចំណូលអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធី Medicaid ។ ដោយផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបចំនួន \_\_\_\_\_ \$ ពី \_\_\_\_\_ អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចកាត់កងបាន។ ប្រសិនបើចំនួនប្រាក់ចំណូលនេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចទាក់ទងទៅអ្នកធ្វើសំណុំរឿង Medicaid របស់អ្នកបាន។ ចំនួនទឹកប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចកាត់កងបានរបស់អ្នកចាប់ពីខែ \_\_\_\_\_ រហូតដល់ខែ \_\_\_\_\_ គឺមានចំនួន \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ។
- ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកលើសពីដែនកំណត់ប្រាក់ចំណូលអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធី Medicaid ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានខែកន្លងមក។ ដោយផ្អែកលើចំនួនប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបពី (income source) អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចកាត់កងបាន។ ប្រសិនបើចំនួនប្រាក់ចំណូលនេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចទាក់ទងទៅអ្នកធ្វើសំណុំរឿង Medicaid របស់អ្នកបាន។ ចំនួនប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចកាត់កងបានរបស់អ្នកសម្រាប់ខែកន្លងមក៖ (ខែទី 1) ប្រាក់ចំណូល \_\_\_\_\_ \$ គឺចំនួន \_\_\_\_\_ \$ ។ (ខែទី 2) ប្រាក់ចំណូល \_\_\_\_\_ \$ គឺចំនួន \_\_\_\_\_ \$ ។ (ខែទី 3) ប្រាក់ចំណូល \_\_\_\_\_ \$ គឺចំនួន \_\_\_\_\_ \$ ។ ប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចកាត់កងបានចំនួនពីរឬបីខែ ដោយផ្អែកលើចំនួនប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបចំនួន \_\_\_\_\_ ពី \_\_\_\_\_ រហូតដល់ខែចុងក្រោយ គឺ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ។
- សូមប្រគល់វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រចាប់ពី \_\_\_\_\_ រហូតដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន រួមទាំងវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រចាស់ៗដែលបានបង់រួច ឬមិនទាន់បានបង់ និងថ្លៃព្យាបាលដែលរំពឹងទុក ដើម្បីបង្កប់តាមចំនួនទឹកប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចកាត់កងបានក្នុងបញ្ជីខាងលើ។
- ការបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រចំពោះការមានផ្ទៃពោះ: \_\_\_\_\_ ។  ការបញ្ជាក់របស់ត្រូវពេទ្យដែលអះអាងពីចំនួនកូនដែលរំពឹងទុក។
- ទម្រង់ FL-2 ដែលបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត \_\_\_\_\_ ។
- ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ \_\_\_\_\_ សម្រាប់ខែ \_\_\_\_\_ ។
- ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលពីការងារផ្ទាល់ខ្លួន និងការចំណាយពី \_\_\_\_\_ ឬរបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធនាម្នាក់ \_\_\_\_\_ ។
- លេខគណនី ឬរបាយការណ៍ធនាគារដែលបង្ហាញពីសមតុល្យសម្រាប់ខែ \_\_\_\_\_
- ទម្រង់យល់ព្រមពីធនាគារ/ទម្រង់យល់ព្រមបង្ហាញព័ត៌មានដែលចុះហត្ថលេខាដោយ \_\_\_\_\_
- បណ្ណធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងលេខបណ្ណធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ \_\_\_\_\_
- ភស្តុតាងនៃអ្នកទទួលបានប្រាក់ធានាប្រចាំឆ្នាំ \_\_\_\_\_
- ភស្តុតាងដែលថាគម្រោង North Carolina Medicaid Program ត្រូវបានដាក់ឈ្មោះថាជាអ្នកទទួលបានលំដាប់ (Remainder Beneficiary) សម្រាប់ប្រាក់ធានាប្រចាំឆ្នាំ \_\_\_\_\_
- ឈ្មោះ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកអនុម័តប្រាក់ធានាប្រចាំឆ្នាំ \_\_\_\_\_
- លេខរបបសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ \_\_\_\_\_
- ឯកសារអំពីស្ថានភាពជនបរទេសសម្រាប់ \_\_\_\_\_
- ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ពីភាពអត់ការងារធ្វើសម្រាប់ \_\_\_\_\_
- ដាក់ពាក្យសុំរបបសន្តិសុខសង្គមពិការភាពសម្រាប់ \_\_\_\_\_
- DHB-5028 ឬការយល់ព្រមឱ្យបង្ហាញព័ត៌មាន ដែលចុះហត្ថលេខាដោយ \_\_\_\_\_
- បណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និងបណ្ណសន្យាឱ្យ \_\_\_\_\_

- ភស្តុតាងនៃសញ្ញាតិ និងអត្តសញ្ញាណសម្រាប់ \_\_\_\_\_
- ភស្តុតាងនៃលំនៅឋានរបស់រដ្ឋ សម្រាប់ \_\_\_\_\_  ភស្តុតាងតម្លៃផ្ទះ: \_\_\_\_\_
- ឯកសារដើម្បីបដិសេធការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិ ឬឯកសារដើម្បីបញ្ជាក់ថាការផ្ទេរទ្រព្យសម្បត្តិនឹងធ្វើឱ្យមានការលំបាកមិនសមស្រប ឬទាំងពីរ។ (សូមមើលឯកសារភ្ជាប់) ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

បន្ថែមទៅនឹងព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំខាងលើ វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ណាមួយនៃស្ថានភាពរបស់អ្នក ចាប់តាំងពីការត្រួតពិនិត្យចុងក្រោយរបស់អ្នក។

តើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬពេលវេលាបន្ថែមទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដើម្បីបំពេញពាក្យស្នើសុំ / ការចុះឈ្មោះឡើងវិញរបស់អ្នកដែរឬទេ? មើលទំព័រទី 2 ដើម្បីដឹងពីវិធីទាក់ទងអ្នកធ្វើសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

1. សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកធ្វើសំណុំរឿង Medicaid \_\_\_\_\_ តាមរយៈលេខ \_\_\_\_\_

ឬ

2. ចុះហត្ថលេខា ហើយបញ្ជូនទម្រង់នេះទៅក្រសួងសេវាសង្គម (Department of Social Services, DSS)

ខ្ញុំត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំ/ការចុះឈ្មោះឡើងវិញរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន។

ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មាននៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ គឺចាំបាច់ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការ រដ្ឋបាលសុខភាព និង/ឬ កម្មវិធី Medicaid ហើយនឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយមូលដ្ឋានទិន្នន័យតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិច សេវាចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) សន្តិសុខសង្គម ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ (Department of Homeland Security) ភ្នាក់ងាររាយការណ៍អ្នកប្រើប្រាស់ ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ និង/ឬភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត។

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

**ឯកសារផ្សេងទៀតដែលយើងអាចទទួលយកដើម្បីដំណើរការកម្មវិធី MEDICAID/ការចុះឈ្មោះឡើងវិញរបស់អ្នក។**

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបំពេញតាម ឬមានលក្ខណសម្បត្តិស្របតាមលក្ខខណ្ឌដូចដែលបានកំណត់ខាងក្រោមនោះទេ សូមទាក់ទងអ្នកធ្វើសំណុំរឿងរបស់អ្នកភ្លាមៗ។ អ្នកធ្វើសំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងជួយអ្នក។

**រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនានា**

សូមកុំភ្លេចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ ទៅនាយកដ្ឋាន សេវាសង្គមនៅតំបន់របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃប្រតិទិន (5 ថ្ងៃប្រតិទិនសម្រាប់ជំនួយពិសេស)។ ប្រសិនបើអ្នកមិន ដឹងថាតើការផ្លាស់ប្តូរនេះសំខាន់ដែរឬទេ សូមសួរអ្នកធ្វើសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ព័ត៌មាន និងការផ្លាស់ប្តូរដោយស្មោះត្រង់ទេ អ្នកអាចនឹងមានទោសពីបទមជ្ឈិម ឬបទឧក្រិដ្ឋ។

**វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ**

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នកទេ អ្នកអាចប្រគល់៖

1. បង្កាន់ដៃពីអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។
2. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។
3. ការលុបចោលមូលប្បទានបត្រ របស់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។
4. ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។
5. បង្កាន់ដៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន សៀវភៅបុព្វលាភ ឈ្មោះភ្នាក់ងារ។
6. លិខិត "ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍" (Explanation of Benefits, EOB) ពីកម្មវិធី Medicare និង/ឬការធានារ៉ាប់រង សុខភាពឯកជន។
7. ដើម្បីបង្ហាញភស្តុតាងនៃឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា សូមប្រគល់បង្កាន់ដៃដែលមានចុះកាលបរិច្ឆេទ និងផ្នែកខាងលើប្រអប់ថ្នាំដែលបង្ហាញឈ្មោះ និងតម្លៃថ្នាំដែលបានទិញ។

8. ដើម្បីបង្ហាញភស្តុតាងនៃថ្លៃឃានជំនិះវេជ្ជសាស្ត្រ សូមប្រគល់វិក្កយបត្រ ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីបុគ្គលនោះ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតជូនអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ហាងលក់ថ្នាំ ឬកន្លែងព្យាបាលផ្សេងទៀត។

**ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត**

ដូចជាអត្ថប្រយោជន៍របស់អតីតយុទ្ធជន ការចូលនិវត្តន៍ផ្លូវដៃក ប្រាក់ចំណូលចូលនិវត្តន៍ផ្សេងទៀត ប្រាក់ចំណូលពីការជួល ប្រាក់ចំណូលពីកសិដ្ឋាន

1. ច្បាប់ចម្លងនៃមូលប្បទានបត្រ។
2. លិខិតប្រគល់រង្វាន់ ឬឯកសារផ្សេងទៀតពីប្រភពចំណូល។
3. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល ឬពីអ្នកទទួលបន្ទុកក្នុងការចែកចាយប្រាក់ចំណូល (បរិយាយបញ្ជាក់ ឬមូលនិធិក្នុងការគ្រប់គ្រង ។ល។)។
4. កំណត់ត្រានៃការទូទាត់ដែលបានទទួលពីបុគ្គលដែលបង់ថ្លៃ បន្ទប់/កន្លែងស្នាក់នៅជូនអ្នក។
5. កំណត់ត្រាពីអ្នកដែលបង់ថ្លៃបន្ទប់/កន្លែងស្នាក់នៅជូនអ្នក។
6. កំណត់ត្រាពន្ធ
7. កំណត់ត្រាចំណូលពីកសិដ្ឋាន
8. កំណត់ត្រានៃប្រាក់ចំណូលជួលរបស់ម្ចាស់ផ្ទះ។
9. កំណត់ត្រានៃការប្រកបការងារផ្ទាល់ខ្លួន ឬចំណូលពីការជួល។
10. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានហត្ថលេខាពីធនាគាររបស់អ្នក ភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ ឬបុគ្គលដែលជួលពីអ្នក ដោយបញ្ជាក់ពីចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបាន។

**ប្រាក់ឈ្នួល**

ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនមូលបត្រប្រាក់ឈ្នួល ឬប្រាក់ខែទេ សូមប្រគល់ឯកសារមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម៖

1. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ឬទម្រង់បំពេញដោយនិយោជករបស់អ្នក។
2. កំណត់ត្រាអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការប្រកបការងារផ្ទាល់ខ្លួន។

**ភស្តុតាងនៃការថែទាំកុមារ ឬការថែទាំមនុស្សពេញវ័យ**

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medicaid របស់គ្រួសារ និងកុមារ ជាក់លាក់ណាមួយ មានចំនួនកំណត់ត្រឹម \$200 ក្នុងមួយខែ សម្រាប់ការថែទាំកុមារអាយុក្រោមពីរឆ្នាំ និង \$175 ក្នុងមួយខែ សម្រាប់ការថែទាំកុមារដែលមានអាយុចាប់ពីពីរឆ្នាំឡើងទៅ និងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ។ អ្នកអាចប្រគល់៖

1. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ឬបង្កាន់ដៃពីបុគ្គល ឬកន្លែងផ្តល់ការថែទាំ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ឬទម្រង់ដែលបង្ហាញថាអ្នកត្រូវបានគិតថ្លៃឈ្នួលបែបថេរ ឬក៏អត្រាជួលគិតជាម៉ោង។
2. កំណត់ត្រានៃការទូទាត់របស់អ្នក ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់កុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យ ដែលនៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នក។

**ភស្តុតាងនៃការចំណាយប្រតិបត្តិការ**

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបង្កាន់ដៃដើម្បីបញ្ជាក់ពីការចំណាយសម្រាប់អចលនទ្រព្យផ្ទាល់ ឬការប្រកបការងារផ្ទាល់ខ្លួនទេ សូមប្រគល់ឯកសារមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម៖

1. កំណត់ត្រាផ្ទាល់ខ្លួនអំពីការចំណាយផ្សេងៗដូចជា បញ្ជីចំណាយ បញ្ជីមូលបត្រប្រាក់ខែ ឬកំណត់ត្រាពន្ធ។
2. សមាគម ការិយាល័យសេវាកម្មរក្សាសិរភាព និងអភិរក្សកសិកម្ម (Agricultural Stabilization and Conservation Service, ASCS) និងការទិញផលិតផលពីកសិកម្ម។
3. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកដែលលក់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ឱ្យអ្នក។
4. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកដែលផ្តល់សេវាកម្មដល់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចរកប្រាក់បាន។
5. សេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីភ្នាក់ងារអចលនទ្រព្យ។

**ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព**

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបញ្ជីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកទេ អ្នកអាចផ្តល់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងលេខបញ្ជីបាន