

**សំណុំបែបបទដើម្បីដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍ថ្នាក់រដ្ឋ ចេញពីការបដិសេធការថែទាំធ្មេញដែលមានការគ្រប់គ្រង**

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ដោយទូរស័ព្ទទៅ ៖ 1-800-743-8525 ។ អ្នកប្រើ TT សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-952-8349 ។  
អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋតាមទូរស័ព្ទ ឬតាមមធ្យោបាយនានាដូចខាងក្រោមនេះ ៖

- អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការអនឡាញ តាមអាសយដ្ឋាន [WWW.CDSS.CA.GOV](http://WWW.CDSS.CA.GOV)
- អ្នកអាចបំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយផ្ញើទូរសារទូរពាក្យសុំនេះ ទៅកាន់សវនាការថ្នាក់រដ្ឋនានា តាមលេខ 916-309-3487
- អ្នកអាចបំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយអ៊ីមែលទូរពាក្យសុំនេះ ទៅកាន់ [SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV](mailto:SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV)
- អ្នកក៏អាចផងដែរផ្ញើអ៊ីមែលទូរសុំណើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនេះ ទៅកាន់ ៖

California Department of Social  
ServicesState Hearings Division  
P.O. Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

**សម្រាប់ជំនួយដែលគិតថ្លៃក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ**  
**សូមទូរស័ព្ទទៅលេខទូរស័ព្ទជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយគិតថ្លៃដែលមានរាយនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី "សិទ្ធិរបស់អ្នក" ដែលភ្ជាប់មកជាមួយនេះ**

ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំធ្មេញរបស់ខ្ញុំទេ ។ សូមបញ្ជាក់ការព្យាបាល ឱសថ ឧបករណ៍នានា  
ឬសេវាដែលធួបណ្តិតបានស្នើសុំ ។ ខ្ញុំមិនយល់ព្រមពីព្រោះ ៖

---



---



---



---



---



---

(ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងសរសេរបន្ថែម សូមប្រើក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត ហើយភ្ជាប់វាទៅនឹងក្រដាសមួយនេះ ។)

**សូមផ្តល់ព័ត៌មាននេះស្តីអំពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍**  
**(នេះគឺជាមនុស្សដែលត្រូវបានបដិសេធមិនឲ្យអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ)**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន ( ទីកន្លែងដែលអ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីតាមប្រៃសណីយ៍ ) ៖ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ ៖ \_\_\_\_\_

តើយើងមានការអនុញ្ញាតពីអ្នកក្នុងការទាក់ទងអ្នកតាមរយៈអ៊ីមែលដែរឬទេ ? [  ] បាទ/ចាស មាន [  ] មិនមានទេ

ប្រសិនបើមាន តើអាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកអ្វី ? ៖ \_\_\_\_\_

សូមផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណ BIC នៃ Medi-Cal របស់អ្នក និង/ឬ លេខសន្តិសុខសង្គម ប្រសិនបើអ្នកមានមួយ \_\_\_\_\_

តើអ្នកមាន Straight Medi-Cal ( **Fee for Service** ) ឬការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង( **Managed Care** ) ដែរឬទេ ? \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើ **Managed Care** តើឈ្មោះគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមានឈ្មោះអ្វី ៖ \_\_\_\_\_

**សូមឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអាចអនុវត្តបានចំពោះអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍**

ពេទ្យធ្មេញរបស់ខ្ញុំ បានស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនេះ នៅកាលបរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_

The Dental Plan បានបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនេះ នៅកាលបរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_

ខ្ញុំបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះករណីនេះទៅ គម្រោងធ្មេញ (Dental Plan) ៖ បាទ/ចាស មែន [ ] នៅកាលបរិច្ឆេទណា? \_\_\_\_\_ ទេ [ ]

គម្រោងធ្មេញ បានផ្តល់នូវចម្លើយទៅការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ៖ បាទ/ចាស មែន [ ] នៅកាលបរិច្ឆេទណា? \_\_\_\_\_ ទេ [ ]

តើអ្នកបានស្នើសុំ គម្រោងធ្មេញ នូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺន (72ម៉ោង) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស មែន [ ] ទេ [ ]

តើ Dental Plan សម្រេចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងឬ? [ ] បាទ/ចាសមែន [ ] ទេ

**ខ្ញុំត្រូវការអ្វីទាំងនេះ សម្រាប់សវនាការរបស់ខ្ញុំ (សូមគូសយកប្រអប់ទាំងនេះ ប្រសិនបើប្រអប់ណាត្រូវនឹងអ្នក) ៖**

ខ្ញុំត្រូវការសវនាការពន្លឺន ពីព្រោះស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំមានភាពបន្ទាន់ ។ ករណីរបស់ខ្ញុំត្រូវតែសម្រេចយ៉ាងរហ័ស ហើយខ្ញុំមិនអាចរង់ចាំរហូតដល់ 90 ថ្ងៃ ។ នេះ ជាអ្វីដែលនឹងកើតឡើងប្រសិនបើគ្មានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័សទេ ៖  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*ពន្យល់ថាហេតុអ្វីអ្នកមិនអាចរង់ចាំបានរហូតដល់ 90 ថ្ងៃ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនពន្យល់ ករណីរបស់អ្នក និងមិនត្រូវបានពន្លឺន ហើយនឹងត្រូវបានកំណត់កាលវេលានៅលើប្រតិទិនធម្មតា ។ អ្នកអាចដាក់លិខិតដែលចេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ គម្រោង ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកមិនអាចរង់ចាំបានទេ ។*

សេវាដែលមានការបន្ត/ជំនួយត្រូវបានបង់ថ្លៃឱ្យដែលស្ថិតក្នុងការរង់ចាំ (Aid Paid Pending) ។ សូមបន្តការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ រហូតទាល់តែចៅក្រមសម្រេចករណីរបស់ខ្ញុំ ។ (ចូរពិពណ៌នាការព្យាបាលដែលអ្នកចង់បន្ត ហើយនិយាយពីកាលបរិច្ឆេទ ដែលគម្រោងបានបញ្ឈប់វា ឬ មានគម្រោងបញ្ឈប់វា) ៖  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ខ្ញុំចង់បានអ្នកបកប្រែឱ្យដោយមិនគិតថ្លៃ ។ ភាសារបស់ខ្ញុំ ឬភាសាតំបន់របស់ខ្ញុំ គឺ ៖ \_\_\_\_\_

ខ្ញុំមានពិការភាព ហើយចង់បានការស្នាក់អាស្រ័យសមរម្យ ដើម្បីជួយឱ្យខ្ញុំចូលរួមក្នុងសវនាការរបស់ខ្ញុំបាន ។ ការស្នាក់អាស្រ័យដែលខ្ញុំចង់បានគឺ ៖ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ខ្ញុំចង់ឲ្យនេណាម្នាក់និយាយជំនួសខ្ញុំ (តំណាងឲ្យខ្ញុំ) នៅឯសវនាការ ។ គាត់  
អាចមើលឃើញកំណត់ត្រាធូញដែលទាក់ទងនឹងសវនាការនេះ និងមកកាន់សវនាការនេះ ។  
មនុស្សដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសឲ្យនិយាយជំនួសខ្ញុំនោះ គឺ ៖

ឈ្មោះ: ទ \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទ ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន ៖ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ ៖ \_\_\_\_\_

**ធ្វើពាក្យសុំនេះ ជាមួយច្បាប់នៃសំបុត្រនេះ (សេចក្តីជូនដំណឹងពីដំណោះស្រាយលើខ្លួនឯង) អ្នកបានទទួលពីគម្រោងរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានវា ។**  
(ប្រសិនបើអ្នកចង់បានពាក្យសុំនេះសម្រាប់កំណត់ត្រាខ្លួនឯង សូមចម្លងវាទុក មុននឹងធ្វើចេញ) ។

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលបានប្រមូលនៅលើនិងជាមួយពាក្យសុំនេះ មានលក្ខណៈសម្ងាត់  
ដោយស្ថិតនៅក្រោមការអនុវត្តសេចក្តីជូនដំណឹងពីសិទ្ធិឯកជនភាព នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព[Department of Health Care Services  
(DHCS)] អាចរកឃើញបានទៅទីនេះ ៖ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. ផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច [The Department of Social Services (CDSS) State Hearing Division]  
ត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធ្វើដំណើរការពាក្យបណ្តឹងខ្លួនឯងរបស់អ្នក ហើយអាចចែករំលែកវាជាមួយទីភ្នាក់ងារនានាផ្សេងទៀត  
ឬអ្នកទទួលបានធ្វើកិច្ចការដែលជួយក្នុងដំណើរការនោះ ។ DHCS និង CDSS នឹងមិនប្រើ ឬចែកចាយព័ត៌មាន ក្នុងគោលបំណងផ្សេងណា  
លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតពីអ្នក ឬតាមដែលអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលបានស្នើឡើងនៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ  
ហើយផ្តល់ឯកសារគាំទ្រ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើឡើងទេ យើងមិនអាចកំណត់សវនាការមួយ  
ឬពិនិត្យសើច្បាប់វិញនូវការបដិសេធមួយបានទេ ។ ក្នុងករណីច្រើនបំផុត បុគ្គលទាំងឡាយណាដែលមានព័ត៌មាននេះមានពាក់ព័ន្ធនឹងបុគ្គលនោះ  
គឺមានសិទ្ធិចេញចូលមើលបាន ។

DHCS និង CDSS បានទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាតក្នុងការប្រមូលព័ត៌មានទាំងនេះ ដែលស្ថិតនៅក្រោមផ្នែកនៃក្រមស្ថាប័ននិងសុខមាលភាព (Welfare and  
Institutions Code) លេខ 10950 et seq. និង ក្រមនៃបទបញ្ញតិរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Code of Regulations) ចំណងជើងធំ លេខ 22 ផ្នែក  
50951 et seq ។ សេចក្តីជូនដំណឹងពីឯកជនភាពដែលផ្តល់នៅទីនេះនេះ តហូរបានតម្រូវដោយក្រមនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Civil Code)  
លេខ 1798.17 ។