

លិខិតដាក់ពាក្យសុំជំនួយនៃកិច្ចរ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កុមារ
APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS



លិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះគឺសម្រាប់តែកិច្ចរ៉ាប់រងសម្រាប់បណ្តាកុមារ និងពួកយុវជនក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ។ អ្នកណាក៏អាចធ្វើជាតំណាង ដាក់ពាក្យសុំ ឲ្យកុមារបានដែរ ។ កុមារខ្លះនឹងឯកអាចដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ខ្លួនគេផ្ទាល់បានដែរ ។ **យើងនឹងធ្វើពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ទៅជម្រាបជូនជន ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងប្រអប់លេខ 1 ។** បើលោកអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ឲ្យគេជួយបំពេញទម្រង់នេះ, អញ្ជើញទូរស័ព្ទទាក់ទងលេខ 1-877-543-7669 ។ យើងពេញចិត្តនឹងជួយលោកអ្នកដោយរិករាយ! ។

សូមរសេរអក្សរធំនិងបិទពណ៌ខ្មៅប្រសិនបើ កុំប្រើខ្មៅដៃឲ្យសោះ។ (ចូរដាក់ឈ្មោះឪពុក/ម្តាយ, អ្នកអាណាព្យាបាល, ឬជនណាម្នាក់ ដែលនឹងទទួលបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវ។)

1. នាមខ្លួន	នាមកណ្តាលជាអក្សរកាត់			នាមត្រកូល
2. អាសយដ្ឋានដែលលោកអ្នករស់នៅ	ផ្លូវ/វិថី	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខប៊ូកុង
3. អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)		ក្រុង	រដ្ឋ	លេខប៊ូកុង
4. លេខទូរស័ព្ទ	5. តើលោកអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការនិយាយ, ការអាន, ឬការសរសេរភាសាអង់គ្លេសឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ			
ទូរស័ព្ទផ្ទះ ()	តើលោកអ្នកត្រូវការភាសានិយាយ ឬភាសាសញ្ញាប្រភេទណាដែរ? _____			
ទូរស័ព្ទការងារ ()	តើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ? (បើត្រូវការ, យើងនឹងជួយអ្នកបកប្រែជូនលោកអ្នក) ។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ			
ទូរស័ព្ទទទួលសារ ()	6. តើកុមារក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំរបស់លោកអ្នកមានជម្ងឺមួយ ដែលទាមទារឲ្យមានការព្យាបាលជាបន្តបន្ទាប់? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ			
	តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកមានផ្ទៃពោះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ			
	បើមាន, តើជានរណា? _____			

ព័ត៌មានទូទៅ

7. ចូរចុះឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយគ្នា ។ បើចាំបាច់, ចូរភ្ជាប់សន្លឹកប្រជាសរសៃឲ្យទៀត ដើម្បីចុះឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ ។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)	ភេទ ប. ឬ ស.	ទំនាក់ទំនង ចំពោះអ្នក	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ កំណើត	លេខសន្លឹកសុខសង្គម * = ដាក់ក៏បាន, មិនដាក់ក៏បាន	សញ្ជាតិ អាមេរិក បាទ ទេ	ទីកន្លែងកំណើត (ក្រុង/រដ្ឋ)	ចូរចុះឈ្មោះនេះ ប្រសិនបើកុមារមិនមែន សញ្ជាតិអាមេរិកាំង	
A. ឪពុក/ម្តាយ, អ្នកអាណាព្យាបាល, សាមីខ្លួន				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ចុះខែថ្ងៃឆ្នាំ ដែលកុមារ បានមកដល់ សហរដ្ឋ	តើកុមារមាន អ្នកធានា ឬទេ? បាទ ទេ
B. ប្តី/ប្រពន្ធ ឬឪពុក/ម្តាយម្នាក់ទៀត (បើកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយគ្នា)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
C. ចូរចុះឈ្មោះបណ្តាកុមារ និងពួក យុវជនក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំ (ដែលចង់បានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ចូរចុះឈ្មោះបណ្តានិគិជន/កុមារ ដទៃទៀតនៅក្នុងផ្ទះ (ដែលមិន ចង់បានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ)				*			កត់ចំណាំ ៖ សូមភ្ជាប់សំណុំឯកសារណាមួយ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពរបស់បណ្តាកុមារ ។	
				*				

8. តើកុមារក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនពិការឬ? បាទ/ចា៖ ទេ បើជាជនពិការ, តើជានរណា?

ប្រាក់ចំណាយនានា ព័ត៌មាននេះអាចជួយបណ្តាកូនរបស់លោកអ្នកឲ្យមានគុណសម្បត្តិសម្រាប់ជំនួយ ។

9. តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់សំរាប់ជួលមុនស្បៀងមើលកូន ក្នុងខណៈដែលលោកអ្នកទៅធ្វើការឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ បើបង់, តើថ្លៃប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? \$
តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់ឲ្យនរណាម្នាក់មើលនិគិជនពិការក្នុងផ្ទះ ក្នុងខណៈដែលលោកអ្នកទៅធ្វើការឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ បើបង់, តើថ្លៃប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? \$
10. តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់ឧត្តមកូនតាមដីកាគុណការសំរាប់កូនដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ បើបង់, តើថ្លៃប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? \$

ប្រាក់ចំណូល ចូរចុះចំនួនប្រាក់បៀវត្សរ៍រដ្ឋ (មនុស្សចាស់ ឬការចំណាយផ្សេងៗ) ។ (សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលមកជាមួយផង)

11. ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទក្រុមហ៊ុននិយោជករបស់ឪពុក/ម្តាយ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម ៖ ()	ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀតរបស់គ្រួសារ	ប្រាក់បានទទួលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ	តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់បានប្រាក់ចំណូលនេះ?
	15. ប្រាក់ឧត្តមកូន	\$	
12. ចំនួនប្រាក់ដែលលោកអ្នកបានទទួលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ មុនពេលពន្ធដារ និងការចំណាយផ្សេងៗត្រូវបានដកហូត ៖ \$ ក្នុងប្រាក់ចំណូលនេះ តើមានប្រាក់ប៉ុន្មានបានមកពីស្ត្រីយ៉ាងដ៏រកម្ម? \$	16. សោធនអាហារកិច្ច (ALIMONY)	\$	
	17. ប្រាក់បៀវត្សរ៍សន្តិសុខសង្គម	\$	
	18. ជំនួយនិកម្មភាព (ភាពអត់ការងារធ្វើ)	\$	
13. ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទក្រុមហ៊ុននិយោជករបស់ប្តី/ប្រពន្ធ (ឬឪពុក/ម្តាយម្នាក់ទៀតដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះ) កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម ៖ ()	19. ប្រាក់ចំណូលវិនិយោគ/ប្រាក់ចុងការ/ប្រាក់ភាគលាភ	\$	
	20. ជំនួយអតីតយុទ្ធជន	\$	
14. ចំនួនប្រាក់ដែលប្តី/ប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក (ឬឪពុក/ម្តាយម្នាក់ទៀតដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះ) បានទទួលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ មុនពេលពន្ធដារ និងការចំណាយផ្សេងៗត្រូវបានដកហូត ៖ \$ ក្នុងប្រាក់ចំណូលនេះ តើមានប្រាក់ប៉ុន្មានបានមកពីស្ត្រីយ៉ាងដ៏រកម្ម? \$	21. ជំនួយក្រសួងការងារនិងឧស្សាហកម្ម	\$	
	22. ប្រាក់ចំណែកយោធិន	\$	
	23. ប្រាក់ផ្សេងៗ (សូមពន្យល់) ៖	\$	
*បើលោកអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក (ឬឪពុក/ម្តាយម្នាក់ទៀតដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះ) ជាស្ត្រីយ៉ាងដ៏រកម្ម, លោកអ្នកអាចទទួលបានការដកថវិកាផ្សេងៗទៀត ។ សូមទូរស័ព្ទទាក់ទងលេខ 1-877-KIDS-NOW សំរាប់ស្វែងយល់ព័ត៌មានពីស្ត្រីយ៉ាងដ៏រកម្ម ឬរកជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ ។	24. តើលោកអ្នកត្រូវការទុកថវិកាដើម្បីសង់ថ្លៃបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនទាន់បានបង់សង់ - ក្នុងរយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយ - សំរាប់បណ្តាកូនៗណាម្នាក់ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយឲ្យពួកគេនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ		

បើត្រូវការ, សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមប្រាក់ចំណូលទាំងអស់របស់គ្រួសារសំរាប់ខែទាំងប៉ុន្មាន ដែលលោកអ្នកចង់ឲ្យយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញនោះ មកឲ្យយើង ។

ព័ត៌មាននៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ចូរប្រាប់យើងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយ ដែលកូនៗរបស់លោកអ្នកមានរួចមកហើយ ។

25A. តើមានកូនណាម្នាក់ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំឲ្យនេះ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	25B. បើមាន, តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះរ៉ាប់រងថ្លៃសេវាវេជ្ជបណ្ឌិត, មន្ទីរពេទ្យ, ការស្នាក់នៅ(រួចព្រាបាល), និងមន្ទីរពិសោធន៍ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	26A. តើកូនៗរបស់លោកអ្នកមានត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងការងារក្នុងរយៈពេល 4 ខែចុងក្រោយនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	26B. បើមាន, តើតម្លៃប្រាក់បង់ថែទាំធានារ៉ាប់រងតិចជាង \$50 ក្នុងមួយខែសំរាប់កូនៗក្នុងបន្ទប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ
27. បើលោកអ្នកម្នាក់សប្តាហ៍នៅក្នុងប្រអប់ "បាទ/ចាះ" នៃសំណួរណាមួយខាងលើ (25A ឬ 25B ឬ 26A ឬ 26B), សូមចុះឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬក្រុមហ៊ុននិយោជក ដែលកំពុងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសំរាប់កូនៗរបស់លោកអ្នកនៅខាងក្រោមនេះ ។			
ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬក្រុមហ៊ុននិយោជក	លេខកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង	ឈ្មោះអ្នកកាន់កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង	លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកកាន់កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង (ដាក់ឬមិនដាក់ក៏បាន)

ប្រវត្តិសាស្ត្រជាតិសាសន៍/ពូជពន្ធរបស់កុមារ (ព័ត៌មានស្ម័គ្រចិត្ត)

យើងសុំលោកអ្នក ប្រាប់យើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត អំពីសាសនាជាតិសាសន៍ បច្ចុប្បន្នរបស់កូនៗលោកអ្នក ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់លក្ខណសម្បត្តិរបស់លោកអ្នកសំរាប់ជំនួយឡើយ ។

អាមេរិកាំងដើមកំណើតឥណ្ឌូ ឬអាឡាស្កា ជាតិអាល្លឺម៉ង់ អាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិក

ហិស្ប៉ានិក ឬឡាតាំង (Hispanic or Latino) អាមេរិកាំងដើមកំណើតហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក

ជាតិស្បែកស្ក ជាតិផ្សេងៗ ៖

ការប្រកាន់រើសអើងត្រូវបានហាមឃាត់ក្នុងគ្រប់កម្មវិធី និងសកម្មភាពទាំងអស់ ដែលគ្រប់គ្រងដោយក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល ។ គ្មានជនណាម្នាក់ត្រូវបានដកចេញពីកម្មវិធី និងសកម្មភាពទាំងនេះដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, គោលជំនឿ, ជំនឿលើនិរន្តរភាពវិជ្ជាជីវៈ, ជាតិកំណើត, សាសនា, អាយុ, ភេទ, ឬព័ត៌មានផ្សេងៗ ។

ចូរអានលិខិតនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន មុននឹងចុះហត្ថលេខា ។

លិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះគឺសំរាប់សុំជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រសំរាប់តែកុមារៗប៉ុណ្ណោះ ។ បើមានជនណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានទទួលជំនួយនេះរួចហើយ, ឬបើចង់ដាក់ពាក្យសុំជំនួយប្រាក់សុទ្ធ, ជំនួយម្ហូបអាហារជាមូលដ្ឋាន, ឬជំនួយដទៃៗផ្សេងទៀត, នោះសូមទាក់ទងទៅការិយាល័យសេវាសហគមន៍ (CSO) DSHS ឬចាំមូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នក ។

- ក្រសួង DSHS អាចសុំឲ្យលោកអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីព័ត៌មាន ដែលលោកអ្នកកំពុងប្រគល់ជូនពួកគេ ដើម្បីបញ្ជាក់មើលថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិឬអត់ ។ លោកអ្នកអាចសុំឲ្យក្រសួង DSHS ជួយលោកអ្នកក្នុងការស្វែងរកភស្តុតាងទាំងនេះ ។
- ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកអាចនឹងត្រូវពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយមន្ត្រីការងារផ្សេងៗរបស់រដ្ឋ ឬរបស់សហព័ន្ធ ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវបានចែករំលែកជាមួយក្រសួងសេវាអន្តរាគ្រឹះ និងសេវាភ្នាក់ងារចំណុះ (Immigration and Naturalization Services - INS) ឡើយ ។
- តាមរយៈការសុំ និងការទទួលបានជំនួយថែទាំសុខភាពនេះ, លោកអ្នកប្រគល់សិទ្ធិទាំងអស់ដល់រដ្ឋសុំស្នើសុំការផ្តល់កិច្ចសន្យាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ និងការចេញប្រាក់ដោយគាតិចិណ្ឌាមួយសំរាប់ការថែទាំសុខភាព ។
- ក្រសួង DSHS អាចនឹងចែករំលែកប្រវត្តិចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កូនអ្នកជាមួយប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាពកុមារ (Child Profile Immunization Tracking System) ។

ការថ្លងប្រកាស និងការចុះហត្ថលេខា ៖ ខ្ញុំបានអាន ហើយយល់ជ្រាលជ្រៅព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះអស់ហើយ ។ ខ្ញុំសូមប្រកាស, ឬក្រាមទោសបញ្ញត្តិការសុំបំប៉ន, ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះទាំងប៉ុន្មានគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ, និងពេញលេញទៅតាមការចេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ
------------------------------	-------------