

ការដកថវិកាបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ/អ្នកអាណាព្យាបាលពី Medicaid/SCHIP

មកដល់មាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល

ក្មេងដែលមានការធានាខាងសុខភាពដូចជាមានការថែរក្សាការពារសុខភាពជាង ហើយមើលថែពេលដែលពួកគេឈឺ។ ដោយហេតុនេះ អវត្តមានពីសាលាដោយសារការឈឺមានតិចជាង ហើយក្មេងទៅកាន់សាលាពេញលក្ខណៈដើម្បីរៀន។ បើកូនរបស់អ្នកគ្មានការធានាខាងសុខភាពទេ អ្នកនឹងចង់ដឹងថាត្រូវសារជាច្រើនដែលបានទទួលអាហារសាលា ដោយមិនគិតថ្លៃហើយនិងមានតម្លៃថោក ហើយអាចទទួលបានផងដែរនៅការធានាសុខភាពដោយមិនគិតថ្លៃ ឬ មានតម្លៃថោកសំរាប់ កូនរបស់ពួកគេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយត្រូវសារជាច្រើនមិនដឹង អំពីប្រើប្រាស់ការធានាសុខភាពដែលមានចំពោះពួកគេ ឡើយ។ ឥឡូវនេះច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំផ្សាយដំណឹងពីសិទ្ធិទទួលអាហារដោយមិនគិតថ្លៃ បន្ទូរថ្ងៃរបស់អ្នកជាមួយប្រើប្រាស់ការធានា សុខភាពរបស់កូនក្មេងរបស់ Medicaid និងរដ្ឋ។ អាចប្រើព័ត៌មានដើម្បីប្រាប់កូនក្មេងណាដែលអាចមានសិទ្ធិទទួល ការធានាសុខភាពដោយមិនគិតថ្លៃ ឬ នៅតម្លៃថោកហើយដើម្បីចុះឈ្មោះពួកគេនៅក្នុងប្រើប្រាស់ការធានាសុខភាពកូនក្មេង ណាមួយ Medicaid និងរដ្ឋប៉ុណ្ណោះ។ ពួកគេមិនបានអនុញ្ញាតឱ្យប្រើការដាក់ពាក្យសុំអាហារសាលាដោយឥតគិតថ្លៃ ឬ បន្ទូរថ្ងៃសំរាប់គោលបំណងអ្វីផ្សេងទៀតឡើយ។ ឥស្សរៈផ្លូវការរបស់ Medicaid ឬ មន្ត្រីផ្លូវការប្រើប្រាស់ការធានាសុខភាព ក្មេងរបស់រដ្ឋប្រហែលជាអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីយកព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកមិនចាប់អនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ដំណឹងពីការដាក់ពាក្យសុំអាហារសាលាដោយមិនគិតថ្លៃ ឬ បន្ទូរថ្ងៃរបស់កូនអ្នក ដល់ប្រើប្រាស់ការធានាសុខភាពក្មេងរបស់ Medicaid និងរដ្ឋទេ។ វានិងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលអាហារដោយមិនគិតថ្លៃ ឬ បន្ទូរថ្ងៃរបស់កូនរបស់អ្នកទេ។ បើអ្នកមិនចង់ឱ្យព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់ទៅប្រើប្រាស់ការធានាសុខភាពក្មេងរបស់ Medicaid និងរដ្ឋ អ្នកត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យយើងបានដឹង។ អ្នកប្រហែលឱ្យបំពេញក្រដាសកំណែខាងក្រោម ហើយបញ្ជូលវាត្រឡប់ ទៅសាលារបស់កូនអ្នកវិញនៅថ្ងៃទី ----- បើសិនជាអ្នកមិនចង់ឱ្យព័ត៌មាននូវសិទ្ធិទទួលអាហារសាលា ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬ បន្ទូរថ្ងៃរបស់កូនអ្នកទៅប្រើប្រាស់ការធានាសុខភាពក្មេងរបស់ Medicaid និងរដ្ឋ។ បើអ្នកចង់បានព័ត៌មាន ច្បាស់លាស់ជាងនេះ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ ----- តាមលេខ -----។

ខ្ញុំមិនចង់ឱ្យអ្នកផ្លូវការនៅសាលាផ្តល់ព័ត៌មានពីការដាក់ពាក្យសុំអាហារសាលាដែលឥតគិតថ្លៃ ឬ បន្ទូរថ្ងៃរបស់ ខ្ញុំឱ្យទៅប្រើប្រាស់ការធានាសុខភាពក្មេងរបស់ Medicaid និងរដ្ឋឡើយ។

ឈ្មោះក្មេង ----- សាលារៀន -----
ឈ្មោះក្មេង ----- សាលារៀន -----
ឈ្មោះក្មេង ----- សាលារៀន -----

ហេតុលេខរបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ----- ថ្ងៃខែ -----
ឈ្មោះ -----
អាសយដ្ឋាន -----

