



ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋ

**ផ្នែកទី 1 បុគ្គលទាមទារសំណង**

ត្រូវដាក់ពាក្យសុំដោយឡែកមួយសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលលក់ក្នុងស្វែងរកជំនួយ។  
ក្របខ័ណ្ឌផ្នែកទី 1 ក្នុងក្របពាក្យសុំទាំងអស់។ អ្នកទាមទារសំណងគឺជាបុគ្គលដែលមានចំណាយផ្សេងៗ ឬក៏ក្នុងស្វែងរកជំនួយដែលជាលទ្ធផលនៃបទឧក្រិដ្ឋមួយ។  
ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំនេះក្នុងនាមបុគ្គលណាម្នាក់ សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះរបស់ពួកគេនៅក្នុងផ្នែកទី 1 ហើយពីឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកទី 3។

តារាងទិន្នន័យដែលបានផ្តល់ជូន  
តារាងសរសេរដែលបានផ្តល់ជូន

នាមខ្លួន៖ \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល៖ \_\_\_\_\_ ភេទ៖ \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយជនរងគ្រោះ៖ \_\_\_\_\_ សន្តិសុខសង្គម # (មិនមានឆ្លើយស្តាប់)៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់៖ \_\_\_\_\_ ចាប់ពីពេលខ្សែកម្រិតបានកើតឡើងមកទល់បច្ចុប្បន្ន តើ បុគ្គលទាមទារសំណង ធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារ ត្រូវបានចូលរៀន ឬដោះលែងមុនកំណត់ដោយសារបទឧក្រិដ្ឋដូចម្តេចដែរឬទេ? \_\_\_\_\_ តើអ្នកទាមទារត្រូវឱ្យចុះឈ្មោះជាអ្នកប្រព្រឹត្តិបទឬស្នើសុំផ្លូវភេទដែរឬទេ? \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានទី 2 (អាត់តំបន់ ឬ អង្គភាពលេខ #)៖ \_\_\_\_\_ ទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_ រដ្ឋ៖ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់៖ \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ៖ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ៖ \_\_\_\_\_ លេខភ្ជាប់ \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទលើក្រុង៖ \_\_\_\_\_ អ៊ីម៉ែល៖ \_\_\_\_\_ ប្រអប់អ៊ីម៉ែល៖ \_\_\_\_\_

សូមពិនិត្យប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកគឺជាពិការ/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលដែលដាក់ពាក្យសុំក្នុងនាមជាភ្នាក់ងារស្តីពីជនរងគ្រោះដែលបានបទឧក្រិដ្ឋអំពើហិង្សា។  
 សាក្សីជាអតីតជនមានសិទ្ធិទទួលបានតែការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តប៉ុណ្ណោះ។ បុគ្គលទាមទារសំណងមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ជាសាក្សីដែលនៅជិតខឹងបទឧក្រិដ្ឋអំពើហិង្សាមួយ ប៉ុន្តែមិនជាជនរងគ្រោះដោយសារតែជំនាញ ឬពាក់ព័ន្ធជាមួយជនរងគ្រោះឡើយ។ សូមព្រមព្រៀងថាជនរងគ្រោះ បទឧក្រិដ្ឋ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកដែលទាមទារសំណង។

ប្រសិនបើអ្នកគឺជាជនរងគ្រោះដែលពេញវ័យ ហើយចំណាយទាំងនោះគឺសម្រាប់អ្នក សូមរំលងទៅផ្នែកទី 4  
ប្រសិនបើពុំដូច្នោះទេ សូមបន្តទៅផ្នែកទី 2

**ផ្នែកទី 2 ជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋ**

ជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋគឺជាបុគ្គលដែលរងរបួស ត្រូវបានគំរាមកំហែងរហូតដល់មានរបួស ឬសម្លាប់ក្នុងករណីខ្សែកម្រិតមួយនោះ។

នាមខ្លួន៖ \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល៖ \_\_\_\_\_ ភេទ៖ \_\_\_\_\_

សន្តិសុខសង្គម # (មិនមានឆ្លើយស្តាប់)៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)៖ \_\_\_\_\_ ប្រសិនបើជនរងគ្រោះបាត់បង់ជីវិត សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)៖ \_\_\_\_\_  
តើជនរងគ្រោះមានលេខសន្តិសុខសង្គមដែរឬទេ? \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់៖ \_\_\_\_\_ ចាប់ពីពេលខ្សែកម្រិតបានកើតឡើងមកទល់បច្ចុប្បន្ន តើ បុគ្គលជនរងគ្រោះ ធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារ ត្រូវបានចូលរៀន ឬដោះលែងមុនកំណត់ដោយសារបទឧក្រិដ្ឋដូចម្តេចដែរឬទេ? \_\_\_\_\_ តើជនរងគ្រោះត្រូវឱ្យចុះឈ្មោះជាអ្នកប្រព្រឹត្តិបទឬស្នើសុំផ្លូវភេទដែរឬទេ? \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានទី 2 (អាត់តំបន់ ឬ អង្គភាពលេខ #)៖ \_\_\_\_\_ ទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_ រដ្ឋ៖ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់៖ \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ៖ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ៖ \_\_\_\_\_ លេខភ្ជាប់ \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទលើក្រុង៖ \_\_\_\_\_ អ៊ីម៉ែល៖ \_\_\_\_\_ ប្រអប់អ៊ីម៉ែល៖ \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះក្នុងនាមអតីតជន ឬបុគ្គលពេញវ័យដែលអសមត្ថភាព សូមបន្តទៅផ្នែកទី 3  
ប្រសិនបើពុំដូច្នោះទេ សូមរំលងទៅផ្នែកទី 4

**ផ្នែកទី 3 ឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល (អ្នកដាក់ពាក្យសុំ)**

ផ្នែកនេះគឺសម្រាប់ឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ឬបុគ្គលពេញវ័យដែលអសមត្ថភាពនៅក្នុងផ្នែកទី 1។

សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងផ្នែកទី 1:

ឈ្មោះ	ឈ្មោះក្រោយ	ភេទ	ភេទ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
សន្តិសុខសង្គម # (មិនមានឬសញ្ញា)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (២ ថ្ងៃ ឆ្នាំ)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
តើបុគ្គលទាំងនេះរស់នៅជាមួយអ្នកសព្វថ្ងៃដែរឬទេ?			
<input type="text"/>			
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់	ចាប់ពីពេលទម្រង់កម្មវិធីនេះចាប់ផ្តើម តើ អ្នក ធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារ ត្រូវបានចូលរៀន ឬបានបញ្ជូនទៅកាន់ ឬដោះលែងមុខកំណត់ដោយសារបទឧក្រិដ្ឋធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ?	<input type="text"/>	តើអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅសម្របសម្រួលស្នូល ទេដែរឬទេ? <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
អាសយដ្ឋាន 2 (អាត់ទីផ្សារ ឬ បន្ទប់ #)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ	លេខកូដ	ទូរស័ព្ទផ្ទះ	អ៊ីម៉ែល
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			ប្រភេទអ៊ីម៉ែល
			<input type="text"/>

សូមបន្តទៅផ្នែកទី 4

**ផ្នែកទី 4 ព័ត៌មានអំពីចំណាយផ្សេងៗរបស់អ្នក**

អត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមគឺមានសម្រាប់ជនរងគ្រោះដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ។ សូមពិនិត្យចំណាយផ្សេងៗពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ ដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លង ឬបញ្ជីកម្រៃប័ក្រទាំងឡាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ។

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ចំណាយទុនស្រុក និង/ឬធនាគារ   | <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត              | <input type="checkbox"/> ការបាត់បង់ចំណូល (ប្រសិនបើអ្នកទុកខ្លួនឯងដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ)                        |
| <input type="checkbox"/> ចំណាយសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរទីតាំង  | <input type="checkbox"/> ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសន្តិសុខនៅតេហ្គាន | <input type="checkbox"/> ការជួសជុលកែលម្អតេហ្គាន ឬបាយឈ្នួល (សម្រាប់ជនរងគ្រោះដែលអសមត្ថភាពដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ) |
| <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាលការងារ (សម្រាប់ជនរងគ្រោះដែលអសមត្ថភាពដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ) | <input type="checkbox"/> ការសម្អាតកន្លែងកើតហេតុ                  |   |

ចំណាយផ្សេងៗទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ

អត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមគឺមានសម្រាប់បុគ្គលណាម្នាក់ក្រៅពីជនរងគ្រោះ។ សូមពិនិត្យចំណាយផ្សេងៗពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ ដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លង ឬបញ្ជីកម្រៃប័ក្រទាំងឡាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ។

- សាក្សីជាអតិថិជននៃបទឧក្រិដ្ឋដ៏ហិង្សាទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផ្លូវចិត្តបណ្តោះអាសន្ន។ សូមបំពេញផ្នែកទី 5។
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត                      | <input type="checkbox"/> ការបាត់បង់ប្រាក់កម្រៃ (រហូតដល់ 30 ថ្ងៃប្រសិនបើអតិថិជនបាត់បង់ជីវិត ឬទទួលបានការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ) | <input type="checkbox"/> ការបាត់បង់ការគាំទ្រ (សម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបុគ្គលរបស់ជនរងគ្រោះដែលបានបាត់បង់ជីវិត ឬអសមត្ថភាព) |
| <input type="checkbox"/> ចំណាយលើការរៀបចំបុណ្យសព និង/ឬការបញ្ចុះសព         | <input type="checkbox"/> ការសម្អាតកន្លែងកើតហេតុ   | <input type="checkbox"/> ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសន្តិសុខនៅតេហ្គាន  |
| <input type="checkbox"/> ចំណាយលើធនាគារសម្រាប់ជនរងគ្រោះដែលបានបាត់បង់ជីវិត |   |   |

សូមបន្តទៅផ្នែកដែលនៅសល់

**សំណើជំនួយបន្ថែម៖**

ជំនួយបន្ថែមអាចត្រូវបានស្នើសុំក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់មួយចំនួន។ ជំនួយបន្ថែមគឺទុកសម្រាប់សេចក្តីណែនាំផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ ពោលគឺក្នុងករណីដែលអ្នកនឹងរងការប្រយោជន៍ប្រសិនបើចំណាយទាំងនោះមិនត្រូវបានសងដោយឡែក។ ទុកសំបុត្រចម្លងនេះទុកជាមួយអ្នក ឬបញ្ជូនវាទៅអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

បន្ទាប់ពីទម្រង់ប័ក្រចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ អ្នកនឹងមិនទាញបានសំបុត្រផ្សេងៗដូចជាអាហារឬការជួលរថ្ងៃ។ ជាទូទៅ ជំនួយបន្ថែមដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ត្រូវបានផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំ។

តើអ្នកត្រូវការស្នើសុំជំនួយបន្ថែមដែរឬទេ?  បាទ/ទាន់

**ផ្នែកទី 5 ព័ត៌មានអំពីបទឧក្រិដ្ឋ**

ឈ្មោះភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់  
 ឈ្មោះភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ដែលត្រូវបានគេយកករណីរបស់បទឧក្រិដ្ឋ

កាលបរិច្ឆេទដែលបទឧក្រិដ្ឋបានកើតឡើង  
 កាលបរិច្ឆេទដែលបទឧក្រិដ្ឋបានកើតឡើង

ឈ្មោះភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ដែលត្រូវបានគេយកករណីរបស់បទឧក្រិដ្ឋ  
 ឈ្មោះភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ដែលត្រូវបានគេយកករណីរបស់បទឧក្រិដ្ឋ

កាលបរិច្ឆេទដែលបទឧក្រិដ្ឋត្រូវបានយកករណី  
 លេខរបាយការណ៍របស់បទឧក្រិដ្ឋ  
 សូមពណ៌នាពីស្ថានភាពរបស់

ទីតាំងនៃបទឧក្រិដ្ឋ (ប្រសិនបើដឹង)  
 អាសយដ្ឋាន ចំណុចប្រសព្វ តំបន់ -ល-

អាសយដ្ឋាន 2 (អាសាត់មិន ឬ បន្ទប់ #)  
 ទីក្រុង  
 រដ្ឋ  
 លេខកូដតំបន់

ខោនធីនៃបទឧក្រិដ្ឋបានកើតឡើង

បុគ្គលដែលបានប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ (ជនសង្ស័យ) ប្រសិនបើដឹង  ជនសង្ស័យដែលមិនបានដឹង

ប្រភេទបទឧក្រិដ្ឋ  
 ធាមខ្លួន  
 ធាមកណ្តាល  
 គោគ្គធាម

**ផ្នែកទី 6 ព័ត៌មានអំពីតំណាង (តំណាងគឺជុំវិញភ្នាក់ងារសំណងជនរងគ្រោះឡើយ។)**

ផ្នែកនេះគឺសម្រាប់អ្នកតំណាងប៉ុណ្ណោះ ដែលមានអ្នកគាំទ្រ និងមេធាវីរបស់ជនរងគ្រោះ។ អ្នកគាំទ្រមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយជនរងគ្រោះត្រូវផ្តល់តែលេខទូរស័ព្ទ ឈ្មោះ លេខមជ្ឈមណ្ឌល # ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទប៉ុណ្ណោះ។ សូមមេធាវីរបស់ពួកគេទៀតផ្នែកនេះឱ្យបានលឿន។

សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយបុគ្គលដែលបានរាយនាមក្នុងផ្នែកទី 1 ។

ធាមខ្លួន  
 ធាមកណ្តាល  
 ត្រកូល  
 លេខទូរស័ព្ទ  
 លេខបន្ថែម

ឈ្មោះអង្គការ  
 អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ  
 លេខ និងឈ្មោះផ្ទះ ឬប្រអប់សំបុត្រប្រសាស័យ  
 អាសយដ្ឋាន 2 (អាសាត់មិន ឬ បន្ទប់ #)

សម្រាប់បុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយជនរងគ្រោះប៉ុណ្ណោះ  
 ទីក្រុង  
 រដ្ឋ  
 ប៊ូបកូដ

JP/VWC #:

សម្រាប់មេធាវីប៉ុណ្ណោះ  
 តើអ្នកកំពុងស្នើសុំការទូទាត់របាយការណ៍ប្រក្រតីយ៍ស្តីពីបទឧក្រិដ្ឋ 13957.7(g) ដែរទេ?  
 លេខសម្គាល់ពន្ធ  
 លេខនៅក្រុមរដ្ឋ #  
 លេខទូរស័ព្ទ  
 អ៊ីមីល

ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទដែលត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់អ្នកតំណាងទាំងអស់

ហត្ថលេខារបស់មេធាវី/តំណាងអ្នក  
 កាលបរិច្ឆេទ

**ផ្នែកទី 7 តើអ្នកបានស្វែងយល់ពីកម្មវិធីនេះយ៉ាងដូចម្តេច?**

ការអនុវត្តច្បាប់  មេធាវីតំបន់  អ្នកផ្តល់សេវាជំនួយស្តីពី  សេវាការពារកុមារ

សេវាការពារបុគ្គលលេចធ្លោ  អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត  មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសាក្សីជនរងគ្រោះ  ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ (ទូរទស្សន៍ វីដេអូ កាសែត -ល-)

មរា ឬឡើងផ្សព្វផ្សាយ  ប័ណ្ណ ឬកូដសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយ  ផ្សេងៗ

**ផ្នែកទី 8 ការវាយការណ៍ព័ត៌មានសហព័ន្ធ**  
 ព័ត៌មាន ដែលស្នៀតទិក្ខ ខាងក្រោមគឺសម្រាប់ បុគ្គលដែលទទួលបានសំណង និងត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែគោលបំណងស្ថិតិដើម្បីអនុលោមតាមបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធជុំវិញ។

ជនជាតិ៖  អាមេរិកកាត់ស៊េដ  អាស៊ីប៉ាស៊ីហ្វិក  ហ្វីលីពីន  គុកាស៊ី  ជនជាតិដើមអាមេរិក  ផ្សេងៗ៖

តើជនរងគ្រោះបាត់បង់សមត្ថភាពដែរឬទេ?  តើជនរងគ្រោះបាត់បង់សមត្ថភាពមុនពេលកើតមានបទឧក្រិដ្ឋដែរឬទេ?

**ផ្នែកទី 9 ព័ត៌មានអំពីធានារ៉ាប់រង**  
 សូមបញ្ជាក់ពីព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅខាងក្រោមនេះ។ កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CalVCP) គឺជាអ្នកសងប្រាក់ប្រយោជន៍។ យើងនឹងទាក់ទងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឱ្យធ្វើជាប្រភពសំណងសក្តានុពល។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានធានារ៉ាប់រងណាមួយទេ សូមពិនិត្យក្រុងនេះ៖

**ធានារ៉ាប់រងសុខភាព**

លេខប័ណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍ Medi-Cal៖  កាលបរិច្ឆេទចុង៖

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖  គោលការណ៍លេខ៖  ក្រុមលេខ៖  ទូរស័ព្ទ៖  លេខកូដ៖

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ  
 លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់៖  អាសយដ្ឋាន 2 (បន្ទប់ #)៖  ទីក្រុង៖  រដ្ឋ៖  លេខកូដតំបន់៖

ឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវបានធានា  
 តាមខ្លួន៖  តាមកណ្តាល៖  ភោគុតាម៖  តើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងធានារ៉ាប់រងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះដែរទេ?

**ធានារ៉ាប់រងយានយន្ត/ស្វ័យប្រវត្តិ** (ប្រមាណថយខ្ពស់ ថយខ្ពស់ទំនិញ រោគក្រហមយន្ត ថយខ្ពស់រោគហង្ស ទូក ម៉ូតូស្ត្រី យន្តហោះ -ល-)

បំពេញ ប្រសិនបើបទឧក្រិដ្ឋពាក់ព័ន្ធនឹងយានយន្តមួយ ដែលម្ចាស់អ្នកផ្ញើសេចក្តីដល់បុរេការយានយន្តមួយ។

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងស្វ័យប្រវត្តិ៖  គោលការណ៍លេខ៖  ទូរស័ព្ទ៖  លេខកូដ៖

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ  
 លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់៖  អាសយដ្ឋាន 2 (បន្ទប់ #)៖  ទីក្រុង៖  រដ្ឋ៖  លេខកូដតំបន់៖

ឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវបានធានា  
 តាមខ្លួន៖  តាមកណ្តាល៖  ភោគុតាម៖  តើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងធានារ៉ាប់រងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះដែរទេ?

**ធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត**

សូមពិនិត្យប្រភពធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗដែលអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីបង្កើនប្រាក់សំណងរបស់អ្នក៖

Medi-Cal  Medicare  Workers' Comp  ផ្សេងៗ៖

ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងលើសពីមួយ សូមរៀបរាប់ពីអ្នកផ្តល់សេវាទាំងនោះនៅលើក្រដាសដោយឡែកមួយ រួចហើយផ្ញើមកជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

**ផ្នែកទី 10 ព័ត៌មានអំពីនិយោជក**  
 សូមរៀបរាប់ព័ត៌មានរបស់ជនរងគ្រោះ។ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលដែលកំពុងស្វែងរកអត្ថប្រយោជន៍នៃការបាត់បង់ប្រាក់កម្រៃដោយសារជនរងគ្រោះជាអនីតិជនទ្រទ្រង់ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបាត់បង់ជីវិត សូមរៀបរាប់ព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ឈ្មោះអាជីវកម្មរបស់និយោជក៖  បុគ្គលសម្រាប់ទំនាក់ទំនង  តាមទូរស័ព្ទ៖  អាគ្នេយ៍៖  ទូរស័ព្ទ៖  លេខកូដ៖  យប់រៀបរាប់ ចំពោះបុគ្គលសម្រាប់ទំនាក់ទំនងដែរឬទេ?

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ  អាសយដ្ឋាន 2 (បន្ត #)៖  ទីក្រុង៖  រដ្ឋ៖  លេខកូដតំបន់៖

លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់៖

តើជនរងគ្រោះគឺប្តេជ្ញាថាព័ត៌មានទទួលបាននេះត្រឹមត្រូវដែរឬទេ?  តើជនរងគ្រោះបានទាញយកសារដោយសារការប្តឹងប្រតិបត្តិការប្រឆាំងប្រព្រឹត្តិកម្មដែរឬទេ?

តើបទឧក្រិដ្ឋបានកើតឡើងក្នុងពេលជនរងគ្រោះកំពុងបំពេញការងារ ឬនៅកន្លែងធ្វើការដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកមាននិយោជកលើសពីមួយ សូមរៀបរាប់នៅលើក្រដាសដោយឡែកមួយ រួចហើយផ្ញើមកជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

**ផ្នែកទី 11 ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី**  
 តើអ្នកបានដាក់ ឬមានគម្រោងដាក់បណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណីដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះដែរទេ?

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី តាមច្បាប់អ្នកត្រូវទទួលបានដំណឹងទៅ CalVCP ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការដាក់នោះ។

ឈ្មោះរបស់រដ្ឋាភិបាល៖  តាមទូរស័ព្ទ៖  អាសយដ្ឋាន៖  ទូរស័ព្ទ៖  លេខកូដ៖

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ  អាសយដ្ឋាន 2 (បន្ត #)៖  ទីក្រុង៖  រដ្ឋ៖  លេខកូដតំបន់៖

លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់៖

- ពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់សំណងជនរងគ្រោះដោយសារឧក្រិដ្ឋកម្មគឺបំពេញដ៏សំខាន់ណាស់។
- ▶ បន្ទាប់ពីបញ្ចូលព័ត៌មានដែលមានទាំងអស់ហើយ សូមព្រមព្រៀងពាក្យសុំនោះ។
  - ▶ សូមក្លាយជាម្ចាស់នៃឯកសារទាំងឡាយណាដែលជាជំនួយសម្រាប់ពាក្យសុំសំណងជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋរបស់អ្នក ដែលរួមមានទាំងកិច្ចសន្យា ឯកសារបញ្ជី ឬឯកសារផ្សេងៗទៀត ឬឯកសារណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះ។ សូមរក្សាច្បាប់ដើមសម្រាប់ធ្វើជាភស្តុតាងរបស់អ្នក។
  - ▶ សូមអានទំព័រដេញដោលប្រយ័ត្ន ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ រួចហើយផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលបានបញ្ជាក់ជូន ឬមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសាក្សីជនរងគ្រោះនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។
  - ▶ CalVCP នឹងផ្ញើសំបុត្រមួយច្បាប់ជូនអ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ថាទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នកហើយ។ សំបុត្រទទួលស្គាល់នោះនឹងមានព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកបានផ្ញើសុំនៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក។
  - ▶ អ្នកតំណាងរបស់ CalVCP នឹងទាក់ទងអ្នកដើម្បីសាកសួរព័ត៌មានបន្ថែមប្រសិនបើអ្នកពុំអាចផ្តល់ព័ត៌មានទាំងនោះនៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នកបាន។
  - ▶ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្សេងៗអំពីសំណងជនរងគ្រោះ អ្នកអាចទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសាក្សីជនរងគ្រោះនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកតាមរយៈទូរស័ព្ទ CalVCP លេខ 1-800-777-9229។



## ការជូនដំណឹងឯកជនភាពលើការប្រមូល

1. VCGCB ប្រមូលនូវព័ត៌មាននេះផ្អែកលើក្រមរដ្ឋកិច្ចការកាលីហ្វ័រញ៉ា ផ្នែក 13952 et seq. និង 13954។
2. ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានប្រមូលពីទំព័រនេះគឺអាចប្រើប្រាស់តាម ប៉ុន្តែមិនបានកម្រិតលើ ច្បាប់អនុវត្តនៃព័ត៌មាន។ សូមមើល <http://vcgcb.ca.gov/media/pr.aspx>.
3. ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រមូលសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការទូទាត់សំណង។
4. VCGCB អាចបង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកស្នើសុំមួយផ្សេង តែប្រសិនបើអ្នកប្តឹងដោះស្រាយដោយច្បាប់ ឬក្នុងជំនឿល្អថា សកម្មភាពបែបនេះគឺចាំបាច់ប៉ុណ្ណោះ។
  - a. អនុលោមតាមច្បាប់ត្រូវបានច្បាប់ ឬអនុវត្តតាមដំណើរការផ្លូវច្បាប់ដែលបម្រើនាថ្ងៃ VCGCB ឬទីតាំងនោះ;
  - b. គាំពារ និងការពារសិទ្ធិ ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ VCGCB និង;
  - c. សកម្មភាពនៅក្រោមការលះលះបន្ទាន់ដើម្បីការពារសុវត្ថិភាពផ្ទាល់ខ្លួននៃអ្នកប្រើនៃ VCGCB ឬសាធារណជន។
5. បុគ្គលម្នាក់ៗគឺត្រូវផ្តល់នូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ។
6. ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់គឺចាំបាច់។
7. ផលវិបាកនៃការមិនផ្តល់នូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំអាចបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធនៃការសុំរបស់អ្នក។
8. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការចូលប្រើកំណត់ត្រាដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានផ្តល់។
9. ព័ត៌មានដែលបានប្រមូលត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយកម្មវិធីទូទាត់សំណងលើផ្ទៃក្រោះកាលីហ្វ័រញ៉ា។
10. សំណួរណាមួយទាក់ទងនឹងព័ត៌មានដែលបានប្រមូល សូមសរសេរទៅកាន់អាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖ PO Box 48, Sacramento, CA 95812 ផ្ញើអ៊ីម៉ែលទៅ [info@vcgcb.ca.gov](mailto:info@vcgcb.ca.gov) ទូរស័ព្ទទៅលេខ (800) 777-9229 ឬទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលឯកជនភាព VCGCB តាម [InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov](mailto:InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov).
11. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងឯកជនភាព សូមមើលការជូនដំណឹងឯកជនភាពរបស់ VCGCB។ សូមមើល <http://vcgcb.ca.gov/privacy.aspx>.
12. សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងព័ត៌មានអ្នកប្រើប្រាស់ស្តីពីសន្តិសុខ សូមចូលមើល <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.