

ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋ

ផ្នែកទី 1: បុគ្គលទាមទារសំណង

ត្រូវដាក់ពាក្យសុំដោយឡែកមួយសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលកំពុងស្វែងរកជំនួយ។
 ត្រូវបំពេញផ្នែកទី 1 ក្នុងក្របពាក្យសុំទាំងអស់។ អ្នកទាមទារសំណងគឺជាបុគ្គលដែលមានចំណាយផ្សេងៗ ឬកំពុងស្វែងរកជំនួយដែលជាលទ្ធផលនៃបទឧក្រិដ្ឋមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំនេះក្នុងនាមបុគ្គលណាម្នាក់ សូមបញ្ចូលព័ត៌មានរបស់ពួកគេនៅក្នុងផ្នែកទី 1 ហើយព័ត៌មានរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកទី 3។

ភាសានិយាយដែលចង់បាន

ភាសាសរសេរដែលចង់បាន

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	គោត្តនាម	កេទ
----------	-----------	----------	-----

ទំនាក់ទំនងជាមួយជនរងគ្រោះ	សន្តិសុខសង្គម # (SSN)	គ្មាន SSN	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
--------------------------	-----------------------	-----------	------------------

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ
 លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់

ចាប់ពីពេលឧក្រិដ្ឋកម្មបានកើតឡើងមកទល់បច្ចុប្បន្ន តើ **បុគ្គលទាមទារសំណង** ធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារ ត្រូវបានញ្ជរទោស ឬដោះលែងមុនកំណត់ដោយសារបទឧក្រិដ្ឋធ្ងន់ធ្ងរមួយដែរឬទេ?

អាសយដ្ឋានទី 2 (អាជ្ញាធរមិន ឬ អង្គភាពលេខ #) ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដកំប៉ត

លេខទំនាក់ទំនងល្អបំផុត	លេខភ្ជាប់	អ៊ីម៉ែល	ប្រភេទអ៊ីម៉ែល
-----------------------	-----------	---------	---------------

សូមពិនិត្យប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកគឺជាឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលដែលដាក់ពាក្យសុំក្នុងនាមជាសាក្សីជាអនីតិជននៃបទឧក្រិដ្ឋអំពើហិង្សា។ សាក្សីជាអនីតិជនមានសិទ្ធិទទួលបានតែការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តប៉ុណ្ណោះ។ បុគ្គលទាមទារសំណងមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ជាសាក្សីដែលនៅជិតនឹងបទឧក្រិដ្ឋអំពើហិង្សាមួយ ឬផ្តល់មែនជាជនរងគ្រោះដោយសារអំពើនោះ ឬពាក់ព័ន្ធជាមួយជនរងគ្រោះឡើយ។ សូមពណ៌នាអំពីជនរងគ្រោះ បទឧក្រិដ្ឋ ឬព័ត៌មានដទៃទៀតនៅក្នុងផ្នែកដែលនៅសល់។

ប្រសិនបើអ្នកគឺជាជនរងគ្រោះដែលពេញវ័យ ហើយចំណាយទាំងនោះគឺសម្រាប់អ្នកសូមរំលងទៅផ្នែកទី 4 ប្រសិនបើពុំដូច្នោះទេ សូមបន្តទៅផ្នែកទី 2

ផ្នែកទី 2: ជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋ

ជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋគឺជាបុគ្គលដែលរងរបួស ត្រូវបានគំរាមកំហែងរហូតដល់មានរបួស ឬសម្លាប់ក្នុងករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនោះ។

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	គោត្តនាម	កេទ
----------	-----------	----------	-----

សន្តិសុខសង្គម # (SSN)	គ្មាន SSN	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ប្រសិនបើជនរងគ្រោះបាត់បង់ជីវិត សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទ
-----------------------	-----------	------------------	---

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ
 លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់

ចាប់ពីពេលឧក្រិដ្ឋកម្មបានកើតឡើងមកទល់បច្ចុប្បន្ន តើ **បុគ្គលជនរងគ្រោះ** ធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារ ត្រូវបានញ្ជរទោស ឬដោះលែងមុនកំណត់ដោយសារបទឧក្រិដ្ឋធ្ងន់ធ្ងរមួយដែរឬទេ?

អាសយដ្ឋានទី 2 (អាជ្ញាធរមិន ឬ អង្គភាពលេខ #) ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដកំប៉ត

លេខទំនាក់ទំនងល្អបំផុត	លេខភ្ជាប់	អ៊ីម៉ែល	ប្រភេទអ៊ីម៉ែល
-----------------------	-----------	---------	---------------

ផ្នែកទី 3: ឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល (អ្នកដាក់ពាក្យសុំ)

ផ្នែកនេះគឺសម្រាប់ឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់អនីតិជន ឬបុគ្គលពេញវ័យដែលអសមត្ថភាពនៅក្នុងផ្នែកទី 1។

ភាសានិយាយដែលចង់បាន

សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងផ្នែកទី 1។

ភាសាសរសេរដែលចង់បាន

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល			
គោត្តនាម	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ	សន្តិសុខសង្គម # (SSN)	គ្មាន SSN

អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ

លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់

ចាប់ពីពេលឧក្រិដ្ឋកម្មបានកើតឡើងមក កន្លងបច្ចុប្បន្ន តើ បុគ្គលទាមទារសំណង ធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារ ត្រូវបានព្យួរទោស ឬដោះលែងមុនកំណត់ដោយសារបទឧក្រិដ្ឋធ្ងន់ធ្ងរមួយដែរឬទេ?

តើអ្នកតម្រូវឱ្យចុះឈ្មោះជាពិរុទ្ធជនផ្លូវភេទឬទេ?

អាសយដ្ឋានទី 2 (អាជ្ញាធរមិន ឬ អង្គការលេខ #)

ទីក្រុង

រដ្ឋ

លេខកូដតំបន់

លេខទំនាក់ទំនងល្អបំផុត

លេខភ្ជាប់

អ៊ីម៉ែល

ប្រភេទអ៊ីម៉ែល

សូមបន្តទៅផ្នែកទី 4

ផ្នែកទី 4: ព័ត៌មានអំពីចំណាយផ្សេងៗរបស់អ្នក

អត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមគឺមានសម្រាប់ជនរងគ្រោះដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ។ សូមពិនិត្យចំណាយផ្សេងៗពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លង ឬបញ្ជីវិក្កយបត្រទាំងឡាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ។

ចំណាយទន្តសាស្ត្រ និង/ឬវេជ្ជសាស្ត្រ	ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត	ការបាក់បង់ចំណូល (ប្រសិនបើអ្នកខកខានការងារដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ)
ចំណាយសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរទីតាំង	ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសន្តិសុខនៅគេហដ្ឋាន	ការជួសជុលគ្រឿងគ្រុឌ ឬធានាយន្ត (សម្រាប់ជនរងគ្រោះដែលអសមត្ថភាពដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ)
ការបណ្តុះបណ្តាលការងារ (សម្រាប់ជនរងគ្រោះដែលអសមត្ថភាពដោយសារករណីឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ)	ការសម្អាតកន្លែងកើតហេតុ	សំណងលើការប្រើប្រាស់យានជំនិះផ្ទាល់ខ្លួន ឬការចំណាយផ្លែដីកងព្វាន

ចំណាយផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ

អត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមគឺមានសម្រាប់បុគ្គលណាម្នាក់ក្រៅពីជនរងគ្រោះ។ សូមពិនិត្យចំណាយផ្សេងៗពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លង ឬបញ្ជីវិក្កយបត្រទាំងឡាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ។

សាក្សីជាអនីតិជននៃបទឧក្រិដ្ឋអំពើហិង្សាអាចទទួលបានតែអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផ្លូវចិត្តប៉ុណ្ណោះ។ សូមបំពេញផ្នែកទី 5។

ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត	ការបាក់បង់ប្រាក់កម្រៃ (រហូតដល់ 30 ថ្ងៃប្រសិនបើអនីតិជនបាក់បង់ជីវិត ឬទទួលបានការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ)	ការបាក់បង់ការគាំទ្រ (សម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ជនរងគ្រោះដែលបានបាក់បង់ជីវិត ឬអសមត្ថភាព)
ចំណាយលើការរៀបចំបុណ្យសព និង/ឬការបញ្ជូនសព	ការសម្អាតកន្លែងកើតហេតុ	ការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសន្តិសុខនៅគេហដ្ឋាន
ចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ជនរងគ្រោះដែលបានបាក់បង់ជីវិត		

សំណើជំនួយបន្ទាន់

ជំនួយបន្ទាន់អាចត្រូវបានស្នើសុំក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់មួយចំនួន។ ជំនួយបន្ទាន់គឺទុកសម្រាប់សងថ្លៃចំណាយផ្សេងៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ ពោលគឺក្នុងករណីដែលអ្នកនឹងរងបែកបាក់ប្រាក់ចំនូលប្រសិនបើចំណាយទាំងនោះមិនត្រូវបានសងក្លាមៗ។ ទុកលំបាកធ្ងន់ធ្ងរនោះគឺមានន័យថា បន្ទាប់ពីទូទាត់វិក្កយបត្រចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋ អ្នកនឹងមិនមានប្រាក់នៅសល់សម្រាប់របស់ចាំបាច់ផ្សេងៗដូចជាអាហារ ឬការជួលឡើយ។ ជំនួយបន្ទាន់ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ត្រូវបានផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំ។

ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំប្រាក់សំណងបន្ទាន់។

ផ្នែកទី 5: ព័ត៌មានអំពីបទឧក្រិដ្ឋ

ឈ្មោះភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់
ឈ្មោះភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ដែលត្រូវបានគេរាយការណ៍ពីបទឧក្រិដ្ឋ

កាលបរិច្ឆេទដែលបទឧក្រិដ្ឋបានកើតឡើង
ពី ដល់

កាលបរិច្ឆេទដែលបទឧក្រិដ្ឋត្រូវបានរាយការណ៍ លេខរបាយការណ៍នៃបទឧក្រិដ្ឋ សូមពណ៌នាពីស្ថានភាពរបស់

ទីតាំងនៃបទឧក្រិដ្ឋ (ប្រសិនបើដឹង) បុគ្គលដែលបានប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ (ជនសង្ស័យ) ប្រសិនបើដឹង ជនសង្ស័យដែលមិនបានដឹង
អាសយដ្ឋាន ចំណុចប្រសព្វ តំបន់ -ល- នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមកត្តនាម

អាសយដ្ឋានទី 2 (អាជ្ញាធរមិន ឬ អង្គការលេខ #) ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់ ស្រុក ប្រភេទបទឧក្រិដ្ឋ

ផ្នែកទី 6: ព័ត៌មានអំពីកំណាង (កំណាងគឺពុំចាំបាច់អ្នកដាក់ពាក្យសុំសំណងជនរងគ្រោះឡើយ)។

ផ្នែកនេះគឺសម្រាប់តែអ្នកកំណាងប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកគាំទ្រមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយជនរងគ្រោះត្រូវផ្តល់តែលេខទូរស័ព្ទ ឈ្មោះ លេខមជ្ឈមណ្ឌល # ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទប៉ុណ្ណោះ។ សូមមេធាវីបំពេញផ្នែកនេះឱ្យបានពេញ។

សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយ ប្រសិនបើផ្សេងៗ
បុគ្គលដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងផ្នែកទី 1: ទៀតសូមបកស្រាយ

នាមខ្លួន នាមកណ្តាល គោត្តនាម ទូរស័ព្ទ លេខភ្ជាប់

ឈ្មោះអង្គការ អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ
លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់ អាសយដ្ឋានទី 2 (អាជ្ញាធរមិន ឬ អង្គការលេខ #)

សម្រាប់តែបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយជនរងគ្រោះប៉ុណ្ណោះ:
JP/VWC # ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

សម្រាប់តែមេធាវីប៉ុណ្ណោះ:

ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់ លេខអត្តសញ្ញាណកម្មសារពើពន្ធ លេខគណៈមេធាវីរដ្ឋ #
យោងតាមគ្រមរដ្ឋាភិបាល ផ្នែក 13957.7(g)។
ទូរស័ព្ទ អ៊ីម៉ែល

ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទដែលត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់អ្នកកំណាងទាំងអស់

ហត្ថលេខារបស់មេធាវី/កំណាងអ្នក កាលបរិច្ឆេទ

ផ្នែកទី 7: អ្នកដឹងពីគណៈកម្មការនេះដោយរបៀបណា?

ការអនុវត្តច្បាប់ មេធាវីតំបន់ អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាការពារកុមារ
សេវាការពារបុគ្គលពេញវ័យ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសាក្សីជនរងគ្រោះ ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយ (ទូរទស្សន៍ វីឌីយ៉ូ កាសែត -ល-)
បដា ឬផ្លូវផ្សព្វផ្សាយ ប័ណ្ណ ឬកូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយ ផ្សេងៗ

ផ្នែកទី ៨: ការរាយការណ៍ព័ត៌មានសហព័ទ្ធ

ព័ត៌មាន ដែលស្តីក្រចិត្ត ខាងក្រោមគឺសម្រាប់ បុគ្គលដែលទទួលបានសំណង និងត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែគោលបំណងស្ថិតិដើម្បីអនុលោមតាមបទប្បញ្ញត្តិសហព័ទ្ធជុំវិញ។

ជនជាតិ	ជនជាតិដើមអាមេរិក/ ជនជាតិដើមអាឡាស្កា	ជនជាតិអាស៊ី	ជនជាតិអាមេរិកឈ្មោះ/ ជនជាតិអាមេរិកកាកាហ្វ្រិក	ជនជាតិអឺរ៉ុប/ ជនជាតិអាហ្វ្រិក	ជនជាតិដើមហាវៃ និងអ្នកនៅលើ កោះតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	ជនជាតិស្បែកសម្បុរ/ ជនជាតិស្បែកស
			ពូជសាសន៍ផ្សេង	ពហុពូជសាសន៍	សូមមិនប្រាប់	ផ្សេងៗ
តើជនរងគ្រោះបាក់បង់ សមត្ថភាពដែរឬទេ?	តើជនរងគ្រោះបានបាក់បង់សមត្ថភាពមុនពេលកើតមានបទឧក្រិដ្ឋដែរឬទេ?					

ផ្នែកទី ៩: ព័ត៌មានអំពីធានារ៉ាប់រង

សូមបញ្ជាក់ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅខាងក្រោមនេះ។ គណៈកម្មាការផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CalVCB) គឺជាអ្នកទូទាត់សំណងចុងក្រោយ។

ខ្ញុំមិនមានការធានារ៉ាប់រងណាមួយទេ។

ធានារ៉ាប់រងសុខភាព

លេខប័ណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍ Medi-Cal				កាលបរិច្ឆេទផ្តល់
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	គោលការណ៍លេខ	ក្រុមលេខ	ទូរស័ព្ទ	លេខភ្ជាប់

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ

លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់	អាសយដ្ឋានទី ២ (អាងកំទេច ឬ អង្គការលេខ #)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
---	--	---------	------	-------------

ឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវបានធានា

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	គោត្តនាម		តើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងធានារ៉ាប់រងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះដែរឬទេ?
----------	-----------	----------	--	---

ធានារ៉ាប់រងយានយន្ត/ស្វ័យប្រវត្តិ (រួមមានថយទុន ថយទុនដឹកទំនិញ ទោចក្រយានយន្ត ថយទុនមានគេហដ្ឋាន ទូក ម៉ូតូស្តី យន្តហោះ -ល-)

បំពេញផ្នែកនេះប្រសិនបើបទឧក្រិដ្ឋ ពាក់ព័ន្ធនឹងថយទុន រួមទាំងការបុកបាក់បាក់ផ្លូវផ្សេងដោយថយទុន។

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងស្វ័យប្រវត្តិ	គោលការណ៍លេខ	ទូរស័ព្ទ	លេខភ្ជាប់
--	-------------	----------	-----------

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ

លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់	អាសយដ្ឋានទី ២ (អាងកំទេច ឬ អង្គការលេខ #)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
---	--	---------	------	-------------

ឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវបានធានា

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	គោត្តនាម		តើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងធានារ៉ាប់រងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះដែរឬទេ?
----------	-----------	----------	--	---

ធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

សូមពិនិត្យប្រកបធានារ៉ាប់រងបន្ថែមដែលអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ចំពោះពាក្យសុំរបស់អ្នក ៖

- Medi-Cal
- Medicare
- Workers' Comp
- ផ្សេងៗ

ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងលើសពីមួយ សូមរៀបរាប់ពីអ្នកផ្តល់សេវាទាំងនោះនៅលើក្រដាសដោយឡែកមួយ រួចហើយផ្ញើមកជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ផ្នែកទី 10: ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

សូមរៀបរាប់ពីនិយោជករបស់ជនរងគ្រោះ។ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាឪពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលដែលកំពុងស្វែងរកអត្ថប្រយោជន៍នៃការបាត់បង់ប្រាក់កម្រៃដោយសារជនរងគ្រោះជាអនិគិលត្រូវទទួលបានការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបាត់បង់ជីវិត សូមរៀបរាប់ពីនិយោជករបស់អ្នក។

បុគ្គលសម្រាប់ទំនាក់ទំនង

ឈ្មោះអាជីវកម្មរបស់និយោជក នាមខ្លួន គោត្តនាម ទូរស័ព្ទ លេខក្តាប់ យល់ព្រម ចំពោះបុគ្គលសម្រាប់ទំនាក់ទំនងដែរឬទេ?

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ

លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់ អាសយដ្ឋានទី 2 (អាជ្ញាធរ ឬ អង្គការលេខ #) ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

តើជនរងគ្រោះក៏ឬធ្លាប់ជានិយោជកខ្លួនឯងផ្ទាល់ដែរឬទេ?

តើជនរងគ្រោះបានឧកឧានការងារដោយសារការរងរបួសពីករណីបទឧក្រិដ្ឋដែរឬទេ?

តើបទឧក្រិដ្ឋបានកើតឡើងក្នុងពេលជនរងគ្រោះកំពុងបំពេញការងារ ឬនៅកន្លែងធ្វើការដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកមាននិយោជកលើសពីមួយ សូមរៀបរាប់នៅលើក្រដាសដោយឡែកមួយ រួចហើយផ្ញើមកជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ផ្នែកទី 11: ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី តាមច្បាប់អ្នកត្រូវតម្រូវឱ្យជូនដំណឹងទៅ CalVCB ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការដាក់នោះ។

តើអ្នកបានដាក់ ឬមានគម្រោងដាក់បណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណីដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះដែរឬទេ?

ឈ្មោះរបស់មេធាវី

នាមខ្លួន នាមកណ្តាល គោត្តនាម ទូរស័ព្ទ លេខក្តាប់

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ

លេខផ្លូវ និងឈ្មោះ ឬប្រអប់សំបុត្រ ប្រអប់ អាសយដ្ឋានទី 2 (អាជ្ញាធរ ឬ អង្គការលេខ #) ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

ពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់សំណងជនរងគ្រោះដោយសារឧក្រិដ្ឋកម្មក៏បំពេញជិតអស់ហើយ

- បន្ទាប់ពីបញ្ចូលព័ត៌មានដែលមានទាំងអស់ហើយ សូមព្រិនពាក្យសុំនោះ។
- សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារទាំងឡាយណាដែលជាជំនួយសម្រាប់ពាក្យសុំសំណងជនរងគ្រោះដោយសារបទឧក្រិដ្ឋរបស់អ្នកដែលរួមមានវិក្កយប័ត្រ ធានារ៉ាប់រង ឬអ្វីផ្សេងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបទឧក្រិដ្ឋនេះ។ សូមរក្សាច្បាប់ដើមសម្រាប់ធ្វើជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- សូមអានទំព័របន្ទាប់ដោយប្រុងប្រយ័ត្នចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ រួច ហើយផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលបានបញ្ជាក់ជូនឬមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសាក្សីជនរងគ្រោះនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។
- CalVCB នឹងផ្ញើសំបុត្រមួយច្បាប់ជូនអ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ថាទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នកហើយ។ សំបុត្រទទួលស្គាល់នោះនឹងមានព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានផ្ញើសុំនៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក។
- អ្នកតំណាងរបស់ CalVCB នឹងទាក់ទងអ្នកដើម្បីសាកសួរព័ត៌មានបន្ថែមប្រសិនបើអ្នកពុំអាចផ្តល់ព័ត៌មានទាំងនោះនៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នកបាន។
- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្សេងៗអំពីសំណងជនរងគ្រោះ អ្នកអាចទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសាក្សីជនរងគ្រោះនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក តាមរយៈទូរស័ព្ទ CalVCB លេខ 1-800-777-9229។

ត្រូវចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទំព័រនេះ

ផ្នែកទី 12: ការចេញផ្សាយព័ត៌មាន

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព អ្នកចេញវិក្កយប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកចាក់ចែងព័ត៌មានបុគ្គលដែលមានគុណតម្លៃផ្សេងៗទៀតនេះ និយោជក ប៉ូលីស ឬភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដទៃទៀតដែលរួមមានក្រសួងយុត្តិធម៌ រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ក្រុមប្រឹក្សាពន្ធដារ និងសេវាថែទាំសុខភាព ដើម្បីចេញផ្សាយព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធនីតិវិធីកម្មវិធី CalVCB ។ ប្រសិនបើមានការចែងផ្សេងទៀត រយៈពេលនៃការចេញផ្សាយព័ត៌មាននេះ គឺជាចេញផ្សាយព័ត៌មានដែលបានចែងក្នុងប្រតិបត្តិការរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំឯកភាពថា ច្បាប់ចម្លងឬនូវការចម្លងនៃបែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខានេះគឺមានសុពលភាពដូច្នោះដែរ ហើយហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានច្បាស់លាស់ទៅ ដល់ ខ្លួន ខ្លួន ខ្លួន និងគ្រូបង្ហាញ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅក្នុងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធនីតិវិធីកម្មវិធី CalVCB ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅក្នុងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធនីតិវិធីកម្មវិធី CalVCB ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅក្នុងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធនីតិវិធីកម្មវិធី CalVCB ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅក្នុងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធនីតិវិធីកម្មវិធី CalVCB ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅក្នុងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធនីតិវិធីកម្មវិធី CalVCB ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅក្នុងការគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធនីតិវិធីកម្មវិធី CalVCB ។

ចុះហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
-------------	-------------

(ឱ្យពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលត្រូវចុះហត្ថលេខាប្រសិនបើជនរងគ្រោះគឺជាអនីតិជន ឬបុគ្គលអសមត្ថភាព)

ផ្នែកទី 13: ការព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំចំពោះ គណៈកម្មការផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូបង្ហាញប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CalVCB) ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានបំណងចង់ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានបំណងចង់ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានបំណងចង់ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ។

ចុះហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
-------------	-------------

(ឱ្យពុក/ម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលត្រូវចុះហត្ថលេខាប្រសិនបើជនរងគ្រោះគឺជាអនីតិជន ឬបុគ្គលអសមត្ថភាព។ បុគ្គលិកសង្គមខោនធី សូមមើលផ្នែកទី 13ក)

ឈ្មោះអ្នកចុះហត្ថលេខា

ផ្នែកទី 13a: សម្រាប់បុគ្គលិកសង្គមខោនធីប៉ូណ្ណៀ

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូបង្ហាញប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CalVCB) ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានបំណងចង់ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានបំណងចង់ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ។ ខ្ញុំបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានបំណងចង់ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ការចាត់ចែងផ្តល់សំណងជនរងគ្រោះប្រចាំរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ។

ចុះហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
-------------	-------------

ឈ្មោះអ្នកចុះហត្ថលេខា

សូមផ្ញើកញ្ចប់ទៅ
California Victim Compensation Board
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036
ឬ
ផ្ញើទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសាក្សីជនរងគ្រោះ ក្នុងតំបន់របស់អ្នក

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទង៖
1-800-777-9229
ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាការស្តាប់ សូមទាក់ទងសេវាបញ្ជូនទំនាក់ទំនងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (711)

ការជូនដំណឹងឯកជនភាពលើការប្រមូល

1. CalVCB ប្រមូលនូវព័ត៌មាននេះផ្អែកលើក្រមរដ្ឋាភិបាលកាលីហ្វ័រញ៉ា ផ្នែក 13952 et seq. និង 13954។
2. ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានប្រមូលពីទំព័រវិបនេះគឺអាចប្រែប្រួលតាម ប៉ុន្តែមិនបានកម្រិតលើ ច្បាប់អនុវត្តន៍នៃព័ត៌មាន។ សូមមើល <http://victims.ca.gov/media/pr.aspx> ។
3. ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រមូលសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការទូទាត់សំណង។
4. CalVCB អាចបង្ហាញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកស្នើសុំមួយផ្សេង តែប្រសិនបើតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះដោយច្បាប់ ឬក្នុងជំនឿល្អថាសកម្មភាពបែបនេះគឺចាំបាច់ប៉ុណ្ណោះ៖
 - a. អនុលោមតាមបញ្ញត្តិនៃច្បាប់ ឬអនុវត្តតាមដំណើរការផ្លូវច្បាប់ដែលបម្រើនៅលើ CalVCB ឬទីតាំងនោះ;
 - b. គាំពារ និងការពារសិទ្ធិ ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ CalVCB និង;
 - c. សកម្មភាពនៅក្រោមកាលៈទេសៈបន្ទាន់ដើម្បីការពារសុវត្ថិភាពផ្ទាល់ខ្លួននៃអ្នកប្រើនៃ CalVCB ឬសាធារណជន។
5. បុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវផ្តល់នូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ។
6. ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់គឺចាំបាច់។
7. ផលវិបាកនៃការមិនផ្តល់នូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំអាចបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។
8. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការចូលប្រើកំណត់ត្រាដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានផ្តល់។
9. ព័ត៌មានដែលបានប្រមូលគឺត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយកម្មវិធីទូទាត់សំណងលើជនរងគ្រោះកាលីហ្វ័រញ៉ា។
10. សំណួរណាមួយទាក់ទងនឹងព័ត៌មានដែលបានប្រមូល សូមសរសេរទៅកាន់អាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖ PO Box 48, Sacramento, CA 95812 ផ្ញើអ៊ីម៉ែលទៅ info@victims.ca.gov ទូរស័ព្ទទៅលេខ (800) 777-9229 ឬទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលឯកជនភាព CalVCB តាម InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov ។
11. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងឯកជនភាព សូមមើលការជូនដំណឹងឯកជនភាពរបស់ CalVCB ។ សូមមើល <http://victims.ca.gov/privacy.aspx> ។
12. សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងព័ត៌មានអ្នកប្រើប្រាស់ស្តីពីសន្តិសុខ សូមចូលមើល <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>។