

ពាក្យស្នើសុំ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន

ដាក់ពាក្យស្នើសុំ
ឥឡូវនេះតាមរយៈ
**COVERED
CALIFORNIA™**

ជាទិសដៅរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ

សូមមើលខាងក្នុង

អ្វីៗដែលត្រូវដឹង	1
ពាក្យស្នើសុំ	2-13
ឯកសារភ្ជាប់ A-C	14-18
សំណួរជាទូទៅ (FAQ)	19-22



Covered California គឺជាទីដែលបុគ្គលនានានិងគ្រួសារទាំងឡាយអាចទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ។

រដ្ឋ **California** បានបង្កើត **Covered California™** ដើម្បីជួយលោកអ្នក និងគ្រួសារលោកអ្នកឲ្យទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ការមានធានារ៉ាប់រងសុខភាព អាចផ្តល់ឲ្យលោកអ្នកនូវអារម្មណ៍ស្ងប់ និងអាចជួយឲ្យលោកអ្នកស្ថិតនៅមានសុខភាពល្អ។ ជាមួយធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកនឹងដឹងថាលោកអ្នកនិងគ្រួសារលោកអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាព នៅពេលណាដែលលោកអ្នកត្រូវការវា។

ប្រើពាក្យស្នើសុំនេះសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដើម្បីមើលថាតើជម្រើសអ្វីខ្លះដែលលោកអ្នកមាន តាមរយៈ **Covered California**។

➔ លោកអ្នកអាចប្រើពាក្យស្នើសុំនេះដើម្បីស្វែងរកធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់នរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក បើទោះជាអ្នកបច្ចុប្បន្នមានធានារ៉ាប់រងរួចហើយក៏ដោយ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន (1) ធានារ៉ាប់រងឥតគិតថ្លៃបុគ្គលិក ដូចជា Medi-Cal, (2) ធានារ៉ាប់រងតម្លៃទាបសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ តាមរយៈកម្មវិធី Access for Infants and Mothers (AIM) ឬ (3) ជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែប្រើពាក្យស្នើសុំផ្សេងមួយទៀតដែលហៅថា "ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព"។ លោកអ្នកអាចទទួលបានពាក្យស្នើសុំជាក្រដាស ឬដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមវេបសាយ **CoveredCA.com**។

លោកអ្នកអាចទទួលបាន ពាក្យស្នើសុំនេះជាភាសា ផ្សេងៗទៀត។

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
اللغة العربية	1-800-826-6317

ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** ដើម្បីទទួលបានពាក្យស្នើសុំនេះជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជា អក្សរពោះពុម្ពធំ។

ទូរស័ព្ទ: **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់: **CoveredCA.com**



អ្វីៗដែលត្រូវដឹង

អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវដឹង នៅពេលដាក់ស្នើសុំ

- ➔ លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកស្នើសុំដែលជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬឯកសារ ព័ត៌មានសម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ ដែលមានឋានៈភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិហើយដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រង។ ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ពីឋានៈភាពពលរដ្ឋ ឬការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍ ត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ។
- ➔ យើងខ្ញុំធានានិងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាសម្ងាត់តាមការតម្រូវដោយច្បាប់។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកត្រឹមតែដើម្បីជួយលោកអ្នកឲ្យទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពប៉ុណ្ណោះ។
- ➔ ក្នុងគ្រួសារដែលមានជនអន្តោប្រវេសន៍ អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដែរ។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់លោកអ្នកដែលមានសិទ្ធិនឹងធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ឋានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក ឬឱកាសក្លាយជាពលរដ្ឋ ឬអ្នកស្រុកអចិន្ត្រៃយ៍ឡើយ។
- ➔ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋសហព័ន្ធ ហើយដែលកំពុងទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌាកម្មវិធីសុខភាព (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌានៅទីក្រុង លោកអ្នកនៅតែអាចមានគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California។

ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿន តាមរយៈវេបសាយ

ដាក់ពាក្យស្នើសុំកាន់តែលឿនតាមរយៈវេបសាយ **CoveredCA.com**។ មានសុវត្ថិភាព មានការធានានិងរហ័សទាន់ចិត្ត - ហើយលោកអ្នកនឹងទទួលបានលទ្ធផលកាន់តែឆាប់!

នៅពេលលោកអ្នកបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់

- ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញច្បាស់និងមានចុះហត្ថលេខាទៅកាន់៖
- Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- ➔ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានគ្រប់ព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំទេ សូមចុះហត្ថលេខា រួចផ្ញើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកមកសិនក៏បាន។ យើងខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នកដើម្បីជួយលោកអ្នកបញ្ចប់ពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។
 - ➔ ចូរកុំផ្ញើប្រាក់បង់ថ្លៃចុះឈ្មោះក្នុងផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះ។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក នឹងធ្វើវិក្កយបត្រឲ្យលោកអ្នកសម្រាប់ទឹកប្រាក់ដែលលោកអ្នកជំពាក់។

ទទួលជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ

- យើងខ្ញុំរង់ចាំជួយលោកអ្នក! លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយដោយមិនមានបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។
- **វេបសាយ: CoveredCA.com**
 - **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទមកមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមកពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៥ល្ងាច។
 - **មកជួបផ្ទាល់:** យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និង ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ នៅក្បែរកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ ឬបញ្ជីឈ្មោះការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមរបស់ខោនធី ដែលបិតនៅក្បែរលោកអ្នក សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ឬហៅទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
 - ប្រសិនបើលោកអ្នកមានពិការភាព ឬតម្រូវការផ្សេងទៀត យើងខ្ញុំអាចជួយបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះបាន ដោយមិនឲ្យអ្នកលោកបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។ លោកអ្នកអាចអញ្ជើញដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ការិយាល័យផ្តល់សេវាសង្គមក្នុងស្រុករបស់ខោនធី ឬទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់សេវាអតិថិជនរបស់យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។

ត្រូវការជំនួយឬ? ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៥ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី១ សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីខ្លួនលោកអ្នក។

នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV) ទំនាក់ទំនងនឹងលោកអ្នកខ្លួនឯង

តើលោកអ្នក: នៅលើ មិនដែលរៀបការ រៀបការរួច ដៃគូរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន លែងលះ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ

តើលោកអ្នក: ភេទប្រុស ភេទស្រី ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទោះបីលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃថោក។

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។ ទេ បើឆ្លើយទេ សូមទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់។

★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី?

- លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN)
 លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដកត្តបុគ្គល (ITIN)
 ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា ខ្ញុំមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN

★ យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSNs) ដើម្បីពិនិត្យសញ្ជាតិ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត។ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ SSN ប្រសិនបើលោកអ្នក (ឬសមាជិកម្នាក់នៃគ្រួសារ) ចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំមិនមាន SSN ហើយចង់ឲ្យគេជួយដើម្បីទទួលបានលេខនេះ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ឬចូលទស្សនាគេហទំព័រ CoveredCA.com។

តើលោកអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជាប្រជាជាតិអាមេរិកដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើលោកអ្នកមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកមានឋានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ សូមចូលទៅមើលឯកសារភ្ជាប់ B លើទំព័រ 15 សម្រាប់បញ្ជីយូ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number) របស់លោកអ្នក។

ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើលោកអ្នករស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

តើលោកអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់លោកអ្នក គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

▶ ឥឡូវនេះប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមគូសជិតត្រង់នេះ ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ C លើទំព័រទី 16-18។

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់លោកអ្នក ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំសុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។

តើជាតិសាសន៍របស់លោកអ្នកគឺអ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសជិតគ្រប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ)

- ជនជាតិស្បែកស ជនជាតិឥណ្ឌា ជនជាតិជប៉ុន ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬកាម្លី
 ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ជនជាតិអាល្លឺម៉ង់ ជនជាតិកូរ៉េ ជនជាតិឡាវ ជនជាតិសាម៉ា
 ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ជនជាតិខ្មែរ ជនជាតិឡាវ ជនជាតិវៀតណាម ផ្សេងៗ
 ជនជាតិចិន ជនជាតិហ្វីលីពីន ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ជនជាតិហុង

តើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬ? (ជាជម្រើស) បាទ/ចាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមគូសថាតើ:
 ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិដីកាណូ
 ជនជាតិសាលវ៉ាដា ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
 ជនជាតិគុយបា ជនជាតិព៊ីតូរីកូ
 ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត: _____

★ សូមគូសជិតត្រង់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A នៅលើទំព័រទី 14។

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី២ ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបុគ្គលបន្ទាប់ដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬមានតម្លៃទាបជាង។
ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យមនុស្សច្រើនជាងបួននាក់ នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ចូរចតចម្លងទំព័រទី 4 និង 5 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗបន្ថែម។

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)	ទំនាក់ទំនងនឹងលោកអ្នក
----------	-----------	-----------	-------------------------------------	----------------------

សូមគូសធានាត្រង់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអាយុដ្ឋានផ្ទះរបស់ទំនាក់ទំនងសំខាន់។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាយុដ្ឋានផ្ទះ: អាជ្ញាធិប័ណ្ណលេខ

ទីក្រុង (អាយុដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
-------------------------	------	-------------	-------

សូមគូសធានាត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអាយុដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រខាងក្រោម។

សូមគូសធានាត្រង់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះគឺដូចគ្នានឹងអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្ររបស់អាយុដ្ឋានទំនាក់ទំនងចំបង។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ ឬ P.O. Box (ប្រសិនបើខុសពីអាយុដ្ឋានផ្ទះ) អាជ្ញាធិប័ណ្ណលេខ

ទីក្រុង (អាយុដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
--------------------------------	------	-------------	-------

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងលោកអ្នកបានល្អបំផុត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ
លេខ: () -	លេខ: () -

អាយុដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់បុគ្គលនេះ?	តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាភាសាអ្វីទៅកាន់គាត់?
--	---

តើបុគ្គលនេះ: នៅលើ មិនដែលរៀបការ រៀបការរួច ដៃគូរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន លែងលះ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ

តើបុគ្គលនេះ: ភេទប្រុស ភេទស្រី ថ្ងៃកំណើត (ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ):

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃថោក។

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? បាទ/ចាទ **បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។
 ទេ **បើឆ្លើយទេ** សូមបន្តទៅទំព័រ 6។

<p>★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)</p> <p>_____ - _____ - _____</p>	<p>ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានលេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី?</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនបុគ្គល (ITIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN</p>
--	---

បុគ្គលទី២ បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី 2 (បន្ត)

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជាប្រជាជាតិអាមេរិកដែរឬទេ? បាទ/បាទ ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? បាទ/បាទ **ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ សូមចូលទៅមើលឯកសារ ភ្ជាប់ B លើទំព័រ 15 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number)។**

ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ? បាទ/បាទ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធ សហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? បាទ/បាទ ទេ

▶ ឥឡូវនេះប្រសិនបើបុគ្គលនេះចង់ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមគូសជិកត្រង់នេះ ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ C លើទំព័រទី 16-18។

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំ សុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែលបុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។

តើជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះគឺអ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសជិកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជនជាតិពណ៌ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិជប៉ុន | <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬ កាម្លឺ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ដើមកំណើតអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិកូរ៉េ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិសាម៉ា |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា | <input type="checkbox"/> ជនជាតិខ្មែរ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិឡាវ | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____ |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិចិន | <input type="checkbox"/> ជនជាតិវៀតណាម | |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្វីលីពីន | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ | |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្គុង | | |

តើបុគ្គលនេះមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬ? (ជាជម្រើស)
 បាទ/បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/បាទ សូមគូសថាតើ:

- ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិជីកាណូ
- ជនជាតិសាលវ៉ាដេ ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
- ជនជាតិគុយបា ជនជាតិព័តូរីកូ
- ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត: _____

★ សូមគូសជិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A នៅលើទំព័រទី 14។



ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៧ ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៥ ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់: **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី១ ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបុគ្គលបន្ទាប់ដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)	ទំនាក់ទំនងលោកអ្នក
----------	-----------	-----------	-------------------------------------	-------------------

សូមគូសធាក់ក្រុងនេះ ប្រសិនបើអសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអសយដ្ឋានផ្ទះរបស់ទំនាក់ទំនងសំខាន់។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអសយដ្ឋានផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អសយដ្ឋានផ្ទះ: អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អសយដ្ឋានផ្ទះ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
------------------------	------	-------------	-------

សូមគូសធាក់ក្រុងនេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអសយដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រខាងក្រោម។

សូមគូសធាក់ក្រុងនេះ ប្រសិនបើអសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះគឺដូចគ្នានឹងអសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់អសយដ្ឋានទំនាក់ទំនងសំខាន់។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំនូវអសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ឬ P.O. Box (ប្រសិនបើខុសពីអសយដ្ឋានផ្ទះ) អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
-------------------------------	------	-------------	-------

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងលោកអ្នកបានល្អបំផុត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ
លេខ: () -	លេខ: () -

អសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់បុគ្គលនេះ?	តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាភាសាអ្វីទៅកាន់គាត់?
--	---

តើបុគ្គលនេះ: នៅលីវ មិនដែលរៀបការ រៀបការរួច ដៃគូរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន លែងលះ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ

តើបុគ្គលនេះ: ភេទប្រុស ភេទស្រី ថ្ងៃកំណើត (ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ):

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃថោក។

- ▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? បាទ/ចាទ **បើឆ្លើយបាទ/ចាទ** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។
- ទេ **បើឆ្លើយទេ** សូមបន្តទៅទំព័រ 8។

<p>★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)</p> <p>_____ - _____ - _____</p>	<p>ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានលេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី?</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដកត្តបុគ្គល (ITIN) _____</p> <p><input type="checkbox"/> ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា</p> <p><input type="checkbox"/> បុគ្គលនេះមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN</p>
--	--

បុគ្គលទី១ បន្តនៅទំព័របន្ទាប់

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី៣ (បន្ត)

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជាប្រជាជាតិអាមេរិកដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ សូមចូលទៅមើលឯកសារ ភ្ជាប់ B លើទំព័រ 15 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number)។

ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធ សហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

▶ ឥឡូវនេះប្រសិនបើបុគ្គលនេះចង់ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមគូសជិកត្រង់នេះ ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ C លើទំព័រទី 16-18។

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំ សុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែលបុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។

តើជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះគឺអ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសជិកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ)

- ជនជាតិស្បែកស
- ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
- ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ជនជាតិឥណ្ឌា ដើមកំណើតអាស៊ី
- ជនជាតិខ្មែរ
- ជនជាតិចិន
- ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ជនជាតិជប៉ុន
- ជនជាតិកូរ៉េ
- ជនជាតិឡាវ
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ជនជាតិហ្គាមេនៀ ឬ កាម្លឺ
- ជនជាតិសាម៉ា
- ផ្សេងៗ _____

តើបុគ្គលនេះមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬ? (ជាជម្រើស)

បាទ/ចាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមគូសថាតើ:

- ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិក ដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិដីកាណូ
- ជនជាតិសាលវ៉ាដូ ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
- ជនជាតិគុយបា ជនជាតិព័តូរីកូ
- ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត: _____

★ សូមគូសជិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A នៅលើទំព័រទី 14។

ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៧ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៥ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់: **CoveredCA.com**.

ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី4 ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបុគ្គលបន្ទាប់ដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

នាមខ្លួន

នាមកណ្តាល

នាមត្រកូល

បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

ទំនាក់ទំនងនឹងលោកអ្នក

សូមគូសឆិកាត្រង់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមានបុគ្គលនេះ ដូចគ្នានឹងអ្នកផ្ទះរបស់ខ្លួនទំនាក់ទំនងសំខាន់ៗ។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអ្នកផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ទះ:

អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ទះ)

រដ្ឋ

លេខកូដតំបន់

ខោនធី

សូមគូសឆិកាត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រខាងក្រោម។

សូមគូសឆិកាត្រង់នេះ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះគឺដូចគ្នានឹងអ្នកផ្ទះរបស់បុគ្គលនេះទំនាក់ទំនងចំបង។
ប្រសិនបើមិនដូចគ្នាទេ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់បុគ្គលនេះ ខាងក្រោម:

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ ឬ P.O.Box (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)

អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង (អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ)

រដ្ឋ

លេខកូដតំបន់

ខោនធី

លេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងលោកអ្នកបានល្អបំផុត ផ្ទះ ទូរស័ព្ទដៃ កន្លែងធ្វើការ

លេខ: () -

លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត ផ្ទះ ទូរស័ព្ទដៃ កន្លែងធ្វើការ

លេខ: () -

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើយើងខ្ញុំគួរសរសេរជាភាសាអ្វីទៅកាន់បុគ្គលនេះ?

តើបុគ្គលនេះចង់ឱ្យយើងខ្ញុំនិយាយជាភាសាអ្វីទៅកាន់គាត់?

តើបុគ្គលនេះ: នៅលើវិ មិនដែលរៀបការ រៀបការរួច ដៃគូរស់ជាមួយគ្នាដែលបានចុះអត្រានុកូលដ្ឋាន លែងលះ មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ

តើបុគ្គលនេះ: ភេទប្រុស ភេទស្រី

ថ្ងៃកំណើត (ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ):

ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទោះបីបុគ្គលនេះមានការធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ លោកអ្នកអាចរកឃើញការធានារ៉ាប់រងកាន់តែប្រសើរ ឬការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃថោក។

▶ តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ? បាទ/ចាទ បើឆ្លើយបាទ/ចាទ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។
 ទេ បើឆ្លើយទេ សូមបន្តទៅទំព័រ 10។

★ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

_____ - _____ - _____

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមានលេខ SSN តើមានមូលហេតុអ្វី?

- លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដែលជាកូនចិញ្ចឹមក្នុងបន្ទុក (ATIN) _____
- លេខសម្គាល់អ្នកបង់ពន្ធដកត្តបុគ្គល (ITIN) _____
- ការលើកលែងដោយសារជំនឿសាសនា
- បុគ្គលនេះមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន SSN

បុគ្គលទី4 បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 

ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ១២:០០ ដល់ម៉ោង ៦:០០ និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ១២:០០ ដល់ម៉ោង ៥:០០ ឬចូលទៅកាន់: CoveredCA.com.



ជំហានទី 2:

បុគ្គលទី 4 (បន្ត)

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជាប្រជាជាតិអាមេរិកដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រជាជាតិអាមេរិកទេ ចូរឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ៖

តើបុគ្គលនេះមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើបុគ្គលនេះមានឋានភាពគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ សូមចូលទៅមើលឯកសារ ភ្ជាប់ B លើទំព័រ 15 សម្រាប់បញ្ជីមួយ។ បន្ទាប់មកសរសេរព័ត៌មានឯកសារនៅទីនេះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត លេខសម្គាល់ឯកសារ គឺជាលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (Alien Registration Number)។

ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខសម្គាល់ខ្លួន៖ _____

ប្រទេសដែលចេញឯកសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖ _____

ឈ្មោះដូចមាននៅក្នុងឯកសារ៖ _____

តើបុគ្គលនេះរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 មែនដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

តើបុគ្គលនេះ ឬប្តី/ប្រពន្ធរបស់បុគ្គលនេះ ឬកូនក្នុងបន្ទុកដែលមិនទាន់រៀបការរបស់បុគ្គលនេះ គឺជាអតីតយុទ្ធជន ឬសមាជិកមានតួនាទីសកម្មនៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធ សហរដ្ឋអាមេរិកដែលត្រូវបានឲ្យឈប់ពីការងារដោយកិត្តិយស មែនដែរឬទេ? បាទ/ចាទ ទេ

▶ ឥឡូវនេះប្រសិនបើបុគ្គលនេះចង់ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមគូសជិកត្រង់នេះ ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ C លើទំព័រទី 16-18។

ចូរប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះ៖ ព័ត៌មាននេះជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថា អ្នកគ្រប់គ្នាបានទទួលការថែទាំ សុខភាពដូចគ្នាតែប៉ុណ្ណោះ។ វានឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថាតើការធានារ៉ាប់រងអ្វីដែល បុគ្គលនេះគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាននោះទេ។

តើជាតិសាសន៍របស់បុគ្គលនេះគឺអ្វី? (ជាជម្រើស សូមគូសជិកគ្រប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ)

- ជនជាតិស្បែកស
- ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក
- ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ជនជាតិឥណ្ឌា ដើមកំណើតអាស៊ី
- ជនជាតិខ្មែរ
- ជនជាតិចិន
- ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ជនជាតិហុង
- ជនជាតិជប៉ុន
- ជនជាតិកូរ៉េ
- ជនជាតិឡាវ
- ជនជាតិវៀតណាម
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ជនជាតិហ្គាមេរៀន ឬ កាម្ពុជា
- ជនជាតិសាម៉ា
- ផ្សេងៗ _____

តើបុគ្គលនេះមានដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញឬ? (ជាជម្រើស)

បាទ/ចាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមគូសថាតើ៖

- ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតម៉ិចស៊ិកូ ជនជាតិដីកាណូ
- ជនជាតិសាលវ៉ាដូ ជនជាតិហ្គាទីម៉ាឡា
- ជនជាតិគុយបា ជនជាតិព៊ីតូរីកូ
- ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ អាមេរិកឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញផ្សេងទៀត៖ _____

★ សូមគូសជិកត្រង់នេះ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ហើយបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A នៅលើទំព័រទី 14។

ជំហានទី 3:

សូមអាននិងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ

លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសអង្គការតំណាងពេញសិទ្ធិម្នាក់

★ លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសអង្គការ ឬមិត្តភក្តិដែលទុកចិត្តម្នាក់ ដើម្បីធ្វើជា "តំណាងពេញសិទ្ធិ" របស់លោកអ្នក។ តំណាងពេញសិទ្ធិ គឺជាបុគ្គលម្នាក់ ដែលលោកអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យមើលពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក និងនិយាយជាមួយយើងខ្ញុំអំពីវានៅពេលនេះ និងទៅថ្ងៃអនាគត។

ឈ្មោះអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ

អាសយដ្ឋាន អាជ្ញាធរមិនលេខ

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ខោនធី
<p>តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា លោកអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្លូវការអំពីពាក្យសុំនេះ និងដើម្បីធ្វើជំនួសឱ្យលោកអ្នក ចំពោះគ្រប់កិច្ចការជាមួយយើងខ្ញុំភ្នាក់ងារនេះ។</p>			
<p>ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក</p>			<p>កាលបរិច្ឆេទ</p>

សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាព

ពាក្យស្នើសុំនេះប្រើសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពដែលលោកអ្នកផ្តល់លើ ពាក្យស្នើសុំនេះគឺជាព័ត៌មានឯកជន និងសម្ងាត់។ Covered California ត្រូវការ ព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណលោកអ្នក និងអ្នកដទៃទៀតនៅលើពាក្យ ស្នើសុំនេះ និងដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើងខ្ញុំ។

យើងខ្ញុំនឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋដទៃទៀត សហព័ន្ធ និងភ្នាក់ងារក្នុងស្រុកនានា អ្នកម៉ៅការ ផែនការសុខភាព និងកម្មវិធី ផ្សេងៗទៀត តែក្នុងគោលបំណងដើម្បីចុះឈ្មោះលោកអ្នកក្នុងគម្រោង ឬកម្មវិធី ណាមួយ ឬដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ ដែលច្បាប់បានតម្រូវប៉ុណ្ណោះ។

- លោកអ្នកត្រូវឆ្លើយគ្រប់សំណួរនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ រៀបរយតែសំណួរទាំង នោះមានដាក់សម្គាល់ថា "ជាជម្រើស"។ ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក បាត់បង់ព័ត៌មានអ្វីមួយដែលយើងខ្ញុំតម្រូវ យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងលោកអ្នក ដើម្បីទទួលយកព័ត៌មាននោះ។ ➔ **ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាននោះ** យើងខ្ញុំនឹងមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកឡើយ។ លោកអ្នកអាចនឹងត្រូវដាក់ពាក្យស្នើសុំថ្មីមួយទៀត បើមិនដូច្នោះទេ លោកអ្នកអាចនឹងមិនទទួលបាននូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ទេ។
- ក្នុងករណីភាគច្រើន លោកអ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីលោកអ្នក ដែលមានក្នុងឯកសាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ លោកអ្នកអាចមើលព័ត៌មាននោះក្នុង ទម្រង់ជម្រើសណាមួយ (ដូចជា អក្សរចោះពុម្ពដ៏ធំ) ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីមើលឯកសារ Covered California សូមទាក់ទងនឹងមន្ត្រីផ្នែកឯកជនភាព (Privacy Officer) តាមរយៈ៖

Covered California
 Attn: Privacy Officer
 P.O. Box 989725
 West Sacramento, CA 95798-9725

ទូរស័ព្ទ: **1-800-906-8528**
 TTY: 1-888-889-4500

ច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធទាំងនេះ ផ្តល់សិទ្ធិឱ្យយើងខ្ញុំប្រមូល និងរក្សាព័ត៌មាន លើពាក្យស្នើសុំ៖
 42 U.S.C. § 18031; ក្រមរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Government Code) §§ 100502(k) និង 100503(a)

យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាពនេះជូនលោកអ្នក ក្រោមក្រម រដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Civil Code) § 1798.17។ លោកអ្នកអាចមើលគោលការណ៍ស្តីពីឯកជនភាពរបស់ Covered California តាមរយៈគេហទំព័រ CoveredCA.com។

ជំហានទី3 បន្តទៅទំព័រនាម្បាញ



សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក

- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺពិតប្រាកដតាមអ្វីដែលខ្ញុំដឹង។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងស្ថិតក្រោមការពិនិត្យចំពោះសក្ខីភាពទុច្ចរិត ប្រសិនបើខ្ញុំមិនប្រាប់ការពិត។
- ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឲ្យនឹងត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់តែពិនិត្យមើលថាតើសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារខ្ញុំដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬយ៉ាងណា។
- ខ្ញុំដឹងថា Covered California នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានខ្ញុំជាការសម្ងាត់ទៅតាមការតម្រូវរបស់ច្បាប់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងឯកសារដែលថែរក្សាដោយ Covered California ខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងមន្ត្រីឯកជនភាពតាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ Covered California អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្វីមួយដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅលើពាក្យសុំនេះ។ ដើម្បីរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនានា ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ឬចូលទស្សនាគេហទំព័រ CoveredCA.com។
- ខ្ញុំដឹងថា Covered California មិនត្រូវរើសអើងចំពោះខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះឡើយ ដោយសារតែជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត សាសនា អាយុ ភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជន ឬពិការភាពឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថា Covered California មានការរើសអើងចំពោះខ្ញុំ ឬបញ្ហា ទាំងការខកខានផ្តល់ការស្នាក់នៅសមរម្យទៅតាមការតម្រូវក្រោមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធនោះ ខ្ញុំអាចប្តឹងដោយចូលទៅកាន់ www.hhs.gov/ocr/office/file ឬ <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>។
- ខ្ញុំដឹងថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ឬព័ត៌មាននៃសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ អាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបស់សមាជិកផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ។
- ខ្ញុំអះអាងថា គ្មាននរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានរឹតត្បិត ក្រោយពេលសម្រេចទោសចោទប្រកាន់ (ការរឹតត្បិត) នៅក្នុងគុក ពន្ធនាគារ ឬកន្លែងដាក់ពិន័យ ឬមណ្ឌលកែប្រែស្រដៀងគ្នានេះឡើយ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរចំណូលទៅកាន់ Covered California ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរព្រោះវាអាចប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈគម្រោងសុខភាព Covered California ។
- ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ Covered California ពិនិត្យឯកសារកុំព្យូទ័ររបស់ខ្ញុំ ភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាន ឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន ដើម្បីពិនិត្យថាខ្ញុំនិងបុគ្គលផ្សេងទៀត នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬយ៉ាងណា។

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា:

- ប្រសិនបើខ្ញុំគិតថា Covered California បានប្រព្រឹត្តទុក្ខបុកស ខ្ញុំអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះបាន។ *ការប្តឹងតវ៉ា*មានន័យថាប្រាប់ទៅនរណាម្នាក់នៅ Covered California ថា ខ្ញុំគិតថាសេចក្តីសម្រេចនោះមិនត្រឹមត្រូវ ហើយសុំឲ្យមានសវនាការដោយយុត្តិធម៌លើសកម្មភាពនោះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្វែងរករបៀបប្តឹងតវ៉ា រួមទាំងបណ្តឹងតវ៉ាដោយពន្លឺនិង របៀបទទួលបានការបញ្ជូនទៅកាន់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យប្តឹងនៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្រោយថ្ងៃដែលសេចក្តីជូនដំណឹងត្រូវបានផ្ញើមក ឬប្រគល់ឲ្យខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចធ្វើជាតំណាងខ្លួនឯង ឬមាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតតំណាងខ្ញុំ នៅក្នុងការប្តឹងតវ៉ានេះ ដូចជាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬមេធាវី។
- ខ្ញុំដឹងថា សវនាការនឹងត្រូវបានធ្វើឡើងតាមទូរស័ព្ទ រឺដេអូខន់ហ្វឺរីស ឬជួបមុខដោយផ្ទាល់។
- ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ នរណាម្នាក់នៅក្នុង Covered California អាចពន្យល់ករណីរបស់ខ្ញុំដល់រូបខ្ញុំបាន។
- ខ្ញុំដឹងថា នរណាម្នាក់នៅក្នុង Covered California អាចពន្យល់ស្ថានភាពពេលដែលភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានរក្សា ឬយកមកអនុវត្តវិញ ដោយរងចាំសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ា។
- ខ្ញុំដឹងថា សេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ាចំពោះរូបខ្ញុំ ឬសមាជិកដទៃទៀតនៃគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ធ្វើឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ ឬភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់សមាជិកដទៃទៀតនៃគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។ ការផ្លាស់ប្តូរនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន អាចនឹងនាំឲ្យមានការកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបានចំពោះគ្រប់សមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសារ។

ការបន្តការធានារ៉ាប់រង:

- ដើម្បីឲ្យកាន់តែមានភាពងាយស្រួលក្នុងការបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយទៀត ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យ Covered California ប្រើប្រាស់ប្រភពកុំព្យូទ័រ ដូចជា រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration)។ ប្រសិនបើប្រភពទាំងនេះ បង្ហាញថាខ្ញុំនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបាននោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំអាចបន្តបានសម្រាប់រយៈពេល 12ខែទៀត ហើយខ្ញុំមិនចាំបាច់បំពេញបែបបទបន្តការធានារ៉ាប់រង ឬផ្ញើឯកសារការងារផ្សេងទៀតនោះទេ។



ជំហានទី 4:

សូមអាននិងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ (បន្ត)

ការប្រកាស និងហត្ថលេខា ចំណុចនេះ គឺចាំបាច់។

ខ្ញុំសូមអះអាងចំពោះតុលាការថា អ្វីដែលខ្ញុំនិយាយខាងក្រោយគឺត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។

- ខ្ញុំបានយល់គ្រប់សំណួរទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ហើយបានផ្តល់ចម្លើយដែលពិតនិងត្រឹមត្រូវអស់ពីសមត្ថភាពដែលខ្ញុំដឹង។ ត្រង់ចំណុចដែលខ្ញុំមិនដឹងចម្លើយខ្លួនឯង ខ្ញុំបានព្យាយាមយ៉ាងសមហេតុផល ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ចម្លើយជាមួយអ្នកដែលបានដឹង។
- ខ្ញុំដឹងថាប្រសិនបើខ្ញុំមិនបានប្រាប់ការពិតនៅក្នុងការដាក់ពាក្យនេះ អាចនឹងមានការដាក់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ ឬរដ្ឋប្បវេណីពីបទស្បថបំពាន ដែលអាចរួមមានការជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ទៅ 4 ឆ្នាំ (សូមមើលក្រមព្រហ្មទណ្ឌរដ្ឋ California ផ្នែក 126)។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចថា តើមនុស្សដែលកំពុងដាក់ពាក្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬទេ។ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានជាការសម្ងាត់ ដែលត្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ California។
- ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ Covered California ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ឬដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **CoveredCA.com** ប្រសិនបើមានអ្វីមួយផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ សម្រាប់នរណាដែលដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងតែជ្រើសរើសយកគម្រោងសុខភាពមួយ ដោយបំពេញនិងដាក់ជូនឯកសារភ្ជាប់ C ហើយប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ដោយ Covered California ថាមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង ដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសនៅក្នុងឯកសារភ្ជាប់ C៖
 - » ខ្ញុំដឹងថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅត្រង់នេះ ខ្ញុំកំពុងតែចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអ្នកចេញគម្រោងនោះ។
 - » ខ្ញុំមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំ ឬខ្ញុំជាអនីតិជនដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ និងមានសមត្ថភាពខាងបញ្ញាក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចសន្យា។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ ឬតំណាងស្របច្បាប់	កាលបរិច្ឆេទ
--	-------------

បុគ្គលដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ពី Covered California

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាបុគ្គលដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយ Covered California ក្នុងការជួយនរណាម្នាក់បំពេញពាក្យសុំនេះ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ក្នុងនាមជាអ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ ឬអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង ដែលមានការទទួលស្គាល់ខ្ញុំបានជួយអ្នកដាក់ពាក្យបំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយសេវាកម្មនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ខ្ញុំក៏សូមបញ្ជាក់ផងដែរថា ខ្ញុំបានផ្តល់ចម្លើយពិត និងត្រឹមត្រូវដោយអស់ពីសមត្ថភាពដែលខ្ញុំដឹង ចំពោះសំណួរទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ខ្ញុំបានពន្យល់ដល់អ្នកដាក់ពាក្យអំពីហានិភ័យក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ដោយប្រើប្រាស់ពាក្យពេចន័យយល់ ហើយអ្នកដាក់ពាក្យបានយល់នូវការពន្យល់នេះ។

<input type="checkbox"/> អ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ ឈ្មោះ:	លេខ CEC
អង្គភាពចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ ឈ្មោះ:	លេខ CEE
<input type="checkbox"/> ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ ឈ្មោះ:	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ
<input type="checkbox"/> អ្នកចុះឈ្មោះគម្រោងដែលមាន ឈ្មោះ: គម្រោង៖ _____	លេខបញ្ជាក់

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលមានការទទួលស្គាល់	កាលបរិច្ឆេទ
---------------------------------------	-------------

រដ្ឋនឹងមិនផ្តល់សំណងដល់អង្គការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយ Covered California នោះទេ លុះត្រាតែអ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់បំពេញផ្នែកនេះ ឲ្យបានពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវនៅពេលដាក់ពាក្យសុំ។



ជំហានទី 4:

ការផ្ញើព័ត៌មាន និងបញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់

ធ្វើពាក្យសុំដែលមានចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នកទៅកាន់៖

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

តើលោកអ្នកចាំបានថា៖

- ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីអ្នករាល់គ្នាដែលនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកដែលត្រូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាព?
- ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំលើទំព័រ 12 ឬទេ? ប្រសិនបើលោកអ្នកបានជ្រើសរើសតំណាងស្របច្បាប់សូមចុះហត្ថលេខាលើទំព័រ 10ផងដែរ។

សំណួរបន្ថែមមួយចំនួន (ជម្រើស)

1. តើលោកអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរឬទេថ្មីៗនេះនៅក្នុងជីវិតលោកអ្នក ដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព?

បើឆ្លើយតាម/បាទ សូមគូសដិតគ្រប់ចម្លើយដែលត្រូវនឹងលោកអ្នក។

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅ California | <input type="checkbox"/> លែងស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរឃុំឃាំង |
| <input type="checkbox"/> ទទួលបានសញ្ជាតិ ឬសិទ្ធិរស់នៅស្របច្បាប់ | <input type="checkbox"/> ការបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព |
| <input type="checkbox"/> ទទួលបានមនុស្សក្នុងបន្ទុក (ពីកំណើត ការរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការចិញ្ចឹមកូន) | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក/អាឡាស្កាដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ |
| <input type="checkbox"/> បាត់បង់ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal | <input type="checkbox"/> បាត់បង់ជំនួយបុព្វលាភសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California។ |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____ | |

តើព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា? (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____

2. តើលោកអ្នកបានដឹងអំពី Covered California ដោយរបៀបណា? គូសដិតគ្រប់ចំណុចដែលត្រឹមត្រូវ។

- | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីចុះតាមមូលដ្ឋាន និងអប់រំ | <input type="checkbox"/> វេបសាយ CoveredCA.com | <input type="checkbox"/> ឱសថស្ថាន | <input type="checkbox"/> អ៊ីម៉ែល |
| <input type="checkbox"/> ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមទូរទស្សន៍ | <input type="checkbox"/> ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមវីឌីអូ | <input type="checkbox"/> កម្មវិធីទូរស័ព្ទ | <input type="checkbox"/> ខិត្តប័ណ្ណ |
| <input type="checkbox"/> ព្រឹត្តិការណ៍ឬការរៀបចំក្នុងសហគមន៍ | <input type="checkbox"/> ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមអ៊ិនធឺណិត | <input type="checkbox"/> ផ្ទាំងប្រកាស | <input type="checkbox"/> និយោជក |
| <input type="checkbox"/> ចុះឈ្មោះនៅក្នុងហាងលក់រាយ | <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវតាមអ៊ិនធឺណិត | <input type="checkbox"/> ព្រត្យត | <input type="checkbox"/> វិហារ |
| <input type="checkbox"/> ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ | <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ ឬគ្រួសារ | <input type="checkbox"/> ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយសង្គម (ឧទាហរណ៍ Facebook, Twitter, ។ល។) | |
| <input type="checkbox"/> អ្នកប្រឹក្សាការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ | <input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ | | |
| <input type="checkbox"/> ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្មតាមទស្សនាវដ្តី ឬកាសែត | <input type="checkbox"/> ការិយាល័យរដ្ឋាភិបាល | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____ | |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីព័ត៌មាន ឬរឿង | <input type="checkbox"/> អ្នកផ្ញើសំបុត | | |

ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៧ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៥ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់: **CoveredCA.com**.

ឯកសារភ្ជាប់ A:

សម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា

★ បំពេញទីនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារគឺជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា។

ជនជាតិដើមអាមេរិក និងអាឡាស្កាអាចទទួលបានសេវាពី Indian Health Services កម្មវិធីសុខភាពពួកកុលសម្ព័ន្ធឬកម្មវិធីសុខភាពពួកឥណ្ឌានៅទីក្រុង។ ជនជាតិដើមអាមេរិក និងអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ អាចនឹងមិនចាំបាច់បង់ចំណាយពីហោប៉ៅ (ដូចជា ការបង់ថ្លៃចំណាយរួម) ហើយអាចនឹងទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស។ ត្រូវបំពេញបែបបទនេះ រួចផ្ញើវិញជាមួយពាក្យសុំ និងភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីកេរ្តិ៍ដំណែលនៃជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្ការបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចធ្វើឯកសារពិកុលសម្ព័ន្ធដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធដែលបង្ហាញថា លោកអ្នកគឺជាសមាជិកម្នាក់នៃកុលសម្ព័ន្ធ ឬជាប់ទាក់ទងនឹងកុលសម្ព័ន្ធ។ ឯកសារនេះអាចមានបណ្តោះអាសន្នចុះឈ្មោះរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ឈាមពួកឥណ្ឌា (CDIB) ពិការិយាល័យកិច្ចការឥណ្ឌា។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សលើសពីបួននាក់ដែលជាជនជាតិដើមអាមេរិកឬអាឡាស្កា សូមថតចម្លងទំព័រនេះ ហើយត្រូវផ្ញើវិញជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

បុគ្គលទី១

នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____ នាមត្រកូល _____ បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? បាទ/ចាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ: _____ និងរដ្ឋនៃកុលសម្ព័ន្ធនោះ: _____

បុគ្គលទី២

នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____ នាមត្រកូល _____ បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? បាទ/ចាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ: _____ និងរដ្ឋនៃកុលសម្ព័ន្ធនោះ: _____

បុគ្គលទី៣

នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____ នាមត្រកូល _____ បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? បាទ/ចាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ: _____ និងរដ្ឋនៃកុលសម្ព័ន្ធនោះ: _____

បុគ្គលទី៤

នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____ នាមត្រកូល _____ បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)

តើបុគ្គលនេះ គឺជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កាដែលបានទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធមែនទេ? បាទ/ចាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាទ សូមសរសេរឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ: _____ និងរដ្ឋនៃកុលសម្ព័ន្ធនោះ: _____



ឋានៈអន្តោប្រវេសន៍

ប្រសិនបើលោកអ្នកជាមនុស្សម្នាក់ក្នុងចំណោមក្រុមនានាខាងក្រោមនេះ លោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍លោកអ្នកមិនបានរៀបរាប់ខាងក្រោម លោកអ្នកនៅតែអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ហើយនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំបាន។

- អ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ស្របច្បាប់ (LPR) ឬអ្នកមានបណ្ណសម្គាល់សិទ្ធិស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ (Greencard Holder)
- អ្នករស់នៅបណ្តោះអាសន្នស្របច្បាប់ (LTR)
- អ្នកសុំសិទ្ធិជ្រកកោន
- ជនភៀសខ្លួន
- ជនជាតិគុយបា/ហៃទីដែលទទួលស្គាល់ដោយអាជ្ញាធរអន្តោប្រវេសន៍សហរដ្ឋអាមេរិក
- បានទទួលសិទ្ធិឲ្យចូលសហរដ្ឋអាមេរិក
- អ្នកចូលសញ្ជាតិជាប់លក្ខណៈ ដែលបានអនុញ្ញាតមុនឆ្នាំ១៩៨០
- ប្តី/ប្រពន្ធ កូន ឬឪពុក/ម្តាយ ដែលរងការវាយដំ
- ជនរងគ្រោះពីការរត់ពន្ធ និងប្តី/ប្រពន្ធ កូន បង/ប្អូន ឬឪពុក/ម្តាយរបស់ជននោះ
- បានទទួលការព្យួរទុកការនិរទេស ឬការព្យួរទុកការបណ្តេញចេញក្រោមច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ ឬក្រោមអនុសញ្ញាប្រឆាំងនឹងការធ្វើទារុណកម្ម (Convention against Torture, CAT)
- បុគ្គលដែលមានឋានភាពមិនមែនជាជនអន្តោប្រវេសន៍ (រួមមាន កម្ពុជា និងសិស្ស ដែលស្នាក់នៅដោយមានទិដ្ឋាការ និងពលរដ្ឋ Micronesia, ពលរដ្ឋ Marshall Islands និង Palau)

- ឋានភាពស្ថិតក្រោមកិច្ចការពារបណ្តោះអាសន្ន (TPS) ឬ អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឋានភាពដែលបានកិច្ចការពារបណ្តោះអាសន្ន (TPS)
- ការអនុគ្រោះលើការចាកចេញដោយបង្ខំ (Deferred Enforced Departure, DED)
- ឋានភាពអនុគ្រោះឲ្យស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្ន (Deferred action status) សម្គាល់ ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាបុគ្គលដែលមានឋានភាពអនុគ្រោះឲ្យស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្នក្រោមការអនុគ្រោះសម្រាប់ដំណើរការមកដល់របស់កុមារ (DACA) នៃក្រសួងសន្តិសុខជាតិ នោះលោកអ្នកមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាមានវត្តមានស្របច្បាប់នោះទេ។
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំឋានៈអន្តោប្រវេសន៍អនីតិជនពិសេស
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំការកែសម្រួលឋានភាព LPR ជាមួយនឹងបដិសេធនិវាទិកាដែលបានអនុញ្ញាត
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំសិទ្ធិជ្រកកោន
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំការដកហូតការនិរទេសខ្លួន ឬដកហូតការបណ្តេញចេញក្រោមច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ ឬក្រោមអនុសញ្ញាប្រឆាំងនឹងទារុណកម្ម (CAT)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះជាមួយនឹងឯកសារអនុញ្ញាតការងារ (EAD)
- ដីកាត្រួតពិនិត្យ (ជាមួយ EAD)
- អ្នកដាក់ពាក្យសុំលុបចោលការដកចេញ ឬព្យួរការនិរទេស (ជាមួយ EAD)



ឯកសារភ្ជាប់ C:

ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Covered California របស់លោកអ្នក

★ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមនុស្សច្រើនជាងម្នាក់នោះ សូមចាត់ចែងទំព័រនេះនិងទំព័របន្ទាប់ និងប្រើសន្លឹកទាំងនេះដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដល់យើងខ្ញុំ។ សូមប្រាកដថាធ្វើទំព័រទាំងនេះជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

ដើម្បីជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន សូមសរសេរឈ្មោះ ឬប្រភេទគម្រោង (Metal tier) ធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកចង់បានខាងក្រោម។ នៅពេលដែលលោកអ្នកជ្រើសរើសគម្រោង លោកអ្នកនឹងត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដំបូង ដើម្បីឱ្យធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក មានប្រសិទ្ធភាព។ **លោកអ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកជ្រើសរើស។ លោកអ្នកអាចទាក់ទងពួកគេដោយផ្ទាល់ ឬរងចាំឱ្យពួកគេផ្ញើវិក្កយបត្រមកលោកអ្នក។ សូមកុំផ្ញើប្រាក់របស់លោកអ្នកទៅ Covered California។ សូមមើលសំណួរទូទៅ #8 លើទំព័រទី 20 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដំបូងរបស់លោកអ្នក។**

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីគម្រោងសុខភាពដែលមាន ឬព័ត៌មានអំពីការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)។

ឈ្មោះ: នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)	ឈ្មោះគម្រោងសុខភាព	កម្រិតអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង	លេខកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍	ប្រភេទគម្រោងធានារ៉ាប់រង
បុគ្គលទី 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
បុគ្គលទី 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
បុគ្គលទី 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
បុគ្គលទី 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> គម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

ប្រភេទគម្រោងធានារ៉ាប់រង

EPO - អង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាផ្តាច់មុខ

HMO - អង្គការថែទាំសុខភាព

HSA - គណនីប្រាក់សន្សំដើម្បីសុខភាព (ប្រភេទគម្រោងនេះអនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកបើក និងដាក់វិភាគទានក្នុងគណនីសន្សំដើម្បីសុខភាព)

PPO - អង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការអនុញ្ញាត

ដើម្បីបំពេញការជ្រើសរើសយកគម្រោង គ្រប់បុគ្គលទាំងអស់ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ ដែលកំពុងជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពត្រូវតែយល់ព្រម និងចុះកិច្ចព្រមព្រៀងមជ្ឈត្តកម្មនៅទំព័របន្ទាប់។

ឯកសារភ្ជាប់ C បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 

ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ១២:០០ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦:០០ ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ១២:០០ ព្រឹកដល់ម៉ោង ៥:០០ ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់: CoveredCA.com.



ឯកសារភ្ជាប់ C:

ជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Covered California របស់លោកអ្នក (បន្ត)

កិច្ចព្រមព្រៀងចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម

▶ សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព Covered California:

ខ្ញុំយល់ថា គ្រប់ការចូលរួមគម្រោងសុខភាពទាំងអស់សុទ្ធតែមានវិធានរបស់វាក្នុងការដោះស្រាយវិវាទ ឬការទាមទារ រួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹមការទាមទារ ដែលខ្ញុំបានអះអាង អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ខ្ញុំដែលបានចុះឈ្មោះ អ្នកស្នងមរតក ឬតំណាងទទួលសិទ្ធិចំពោះគម្រោងសុខភាព អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពតាមកិច្ចសន្យា អ្នកគ្រប់គ្រងរដ្ឋបាល ឬភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត អំពីសមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព ការធានារ៉ាប់រង ឬការផ្តល់សេវា ឬសម្ភារៈផ្សេងៗ ការផ្តល់សេវាសុខភាពដោយមានការឆ្លើយប្រហែស ឬការឆ្លើយប្រហែសរបស់មន្ទីរពេទ្យ (ការទាមទារទៅលើការផ្តល់សេវាសុខភាព ដែលធ្វើឡើងមិនបានសមស្រប មិនចាំបាច់ គ្មានការអនុញ្ញាត ឆ្លើយប្រហែស ឬអសមត្ថភាព) ឬការទាមទារអំពីការទទួលខុសត្រូវនៅក្នុងបរិវេណ ឬកន្លែងផ្តល់សេវា។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ ដែលតម្រូវឲ្យចងកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្មដើម្បីដោះស្រាយវិវាទកើតឡើង ខ្ញុំយល់ព្រម ឬ ទទួលបានការចងភ្ជាប់កាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម ដើម្បីដោះស្រាយវិវាទ ឬការទាមទារនានា (រៀបរយលែងតែសំណុំរឿងក្តី ទាមទារតូចតាចនៅតុលាការ និងការទាមទារ ដែលមិនបិតក្រោមកាតព្វកិច្ចមជ្ឈត្តកម្ម ក្រោមច្បាប់ពាក់ព័ន្ធ) និងលះបង់សិទ្ធិ របស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលបានការជំនុំជម្រះដោយគណៈវិនិច្ឆ័យ និងមិនអាចឲ្យរឿងក្តីនេះសម្រេចដោយតុលាការទេ លើកលែងតែ មានច្បាប់ចែងអំពីការត្រួតពិនិត្យតាមផ្លូវច្បាប់នៃកិច្ចដំណើរការនីតិវិធីមជ្ឈត្តកម្ម។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំចង់អំពីមជ្ឈត្តកម្មពេញលេញ សម្រាប់ការចូលរួមគម្រោងសុខភាពនីមួយៗ មាននៅក្នុងឯកសារគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើគេមានឯកសារនោះ ដែលអាចរកបាននៅក្នុងគេហទំព័រ CoveredCA.com សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំអាចហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

▶ ហត្ថលេខាអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គ្រប់គម្រោង	
ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលទី1 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី1 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ
▶	
ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលទី2 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី2 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ
▶	
ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលទី3 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី3 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ
▶	
ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលទី4 ឬភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សម្រាប់បុគ្គលទី4 ប្រសិនបើមានអាយុយ៉ាងតិច 18ឆ្នាំ។	កាលបរិច្ឆេទ
▶	

ឯកសារភ្ជាប់ C បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 

ឯកសារភ្ជាប់ C:

ជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពធូញកុមារ Covered California របស់លោកអ្នក សម្រាប់កុមារអាយុ 18ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះតែប៉ុណ្ណោះ

★ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំសេវាពេទ្យធូញកុមារ សម្រាប់កុមារច្រើនជាងម្នាក់នោះ សូមថតចម្លងទំព័រនេះ។ សូមប្រើទំព័រនេះ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដល់យើងខ្ញុំ ហើយធ្វើវាជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបាន សេវាពេទ្យធូញកុមារ ហើយលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសគម្រោងសេវាសុខភាពធូញកុមារនោះ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់គម្រោង (នានា) ខាងក្រោម។ ដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីគម្រោងសេវាសុខភាពធូញកុមារដែលផ្តល់ដោយ Covered California ចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

ឈ្មោះ នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល បច្ច័យ (ឧទាហរណ៍: Sr., Jr., III, IV)	ឈ្មោះគម្រោងសុខភាពធូញកុមារ	កម្រិត ធានារ៉ាប់រង	ប្រភេទគម្រោង ធានារ៉ាប់រង
កូនទី 1:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
កូនទី 2:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
កូនទី 3:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
កូនទី 4:		<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទាប	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO

ប្រភេទគម្រោងធានារ៉ាប់រង

- DEPO - អង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រផ្តាច់មុខ
- DHMO - អង្គការថែទាំសុខភាពធូញ
- DPPO - អង្គការនៃអ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រដែលមានការអនុញ្ញាត



ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California

1. តើ Covered California ជាអ្វី?

Covered California គឺជាទីផ្សារថ្មីដែលអាចឲ្យបុគ្គលទាំងឡាយ និងគ្រួសារនានាអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ និងជាទិសដៅរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។

យើងខ្ញុំមានគោលបំណងធ្វើឲ្យពលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អាចមានលទ្ធភាព ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសមរម្យនិងសាមញ្ញ។ Covered California គឺជាដៃគូមួយនៃកម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ សុខភាពនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Health Benefit Exchange) និងក្រសួងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Health Care Services)។

2. តើ Covered California អាចជួយខ្ញុំបានយ៉ាងដូចម្តេច?

Covered California អាចជួយលោកអ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងឯកជនដែលបំពេញតាមតម្រូវការរដ្ឋសុខភាព និងថវិកាលោកអ្នក។

យើងខ្ញុំអាចពន្យល់ពីចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពបានច្បាស់លាស់ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកអាចប្រៀបធៀបជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានសម្រាប់លោកអ្នក។ លោកអ្នកនឹងដឹងច្បាស់ពីអ្វីដែលខ្លួនកំពុងទទួលបាននិងតម្លៃដែលលោកអ្នកត្រូវបង់មុនពេលជ្រើសរើសយកគម្រោងរបស់លោកអ្នក។

3. តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Covered California?

លោកអ្នកនឹងមានគម្រោងសុខភាពផ្សេងៗជាច្រើនសម្រាប់ជ្រើសរើសតាមរយៈ Covered California។ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពមិនអាចបដិសេធផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់លោកអ្នកដោយសារតែលោកអ្នកធ្លាប់ឈឺពីមុន ឬមិនអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

Covered California ផ្តល់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពបួនក្រុមដូចជា៖ platinum, gold, silver និង bronze បូកនិងគម្រោងធានារ៉ាប់រងអប្បបរមា។ ក្រុមនីមួយៗផ្តល់នូវកម្រិតធានារ៉ាប់រងខុសៗគ្នាខ្ពស់ទៅទាប។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលរ៉ាប់រងលើចំណាយវេជ្ជសាស្ត្របន្ថែមរបស់លោកអ្នកនឹងមានបុព្វលាភខ្ពស់ជាង ប៉ុន្តែអាចឲ្យលោកអ្នកបង់ថ្លៃជាងនៅពេលដែលលោកអ្នកទទួលបានការថែទាំបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Platinum មានបុព្វលាភខ្ពស់បំផុត ប៉ុន្តែរ៉ាប់រងប្រហែលជា 90% នៃចំណាយក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ គម្រោង Gold បង់ប្រហែលជា 80% និងគម្រោង Silver បង់ប្រហែលជា 70% នៃចំណាយក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ គម្រោង Bronze មានបុព្វលាភទាបបំផុត ប៉ុន្តែបង់ប្រហែលជា 60% នៃចំណាយលើសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រង។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញដែលមាន សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ហើយពិនិត្យឡើងវិញលើឯកសារគម្រោងដូចជា កសួតាងធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង ឬគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ ឬទូរស័ព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

4. តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ដែរឬទេ?

ពលរដ្ឋនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាគ្រប់រូបអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តាមរយៈ Covered California ប្រសិនបើពួកគេគឺជាអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋ ហើយបំពេញទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្សេងទៀត។

អ្នកដាក់ពាក្យអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គម្រោងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាប ឬសម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែលអាចបន្ថយចំណាយបុព្វលាភ និងថ្លៃចំណាយរួម។ ចំនួននៃជំនួយហិរញ្ញវត្ថុគឺអាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ និងចំណូលគ្រួសារ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ លោកអ្នកនឹងត្រូវបំពេញពាក្យសុំមួយផ្សេងទៀត។ ចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

5. តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេប្រសិនបើចំណូលខ្ញុំខ្ពស់ពេក?

បាទ/ចាទ ពលរដ្ឋនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ អាចទិញធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយមិនគិតពីចំណូលរបស់ពួកគេឡើយ។

6. តើខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមវិធីណា?

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California តាមមធ្យោបាយដូចខាងក្រោម៖

វ៉ែបសាយ: ចូលទៅកាន់ CoveredCA.com។ យើងខ្ញុំមានផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ ដែលបានពន្យល់ជាពាក្យពេចន៍ងាយយល់ និងច្បាស់លាស់។

តាមទូរស័ព្ទ: ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមកពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 9 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!

តាមទូរសារ: ផ្ញើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកតាមទូរសារលេខ 1-888-329-3700។

តាមសំបុត្រ: ផ្ញើពាក្យសុំរបស់ Covered California តាមសំបុត្រមកកាន់ Covered California P.O. Box 989725 West Sacramento, CA 95798-9725

មកជួបផ្ទាល់: យើងមានអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះ (Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យសេវាសង្គមរបស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ! សម្រាប់បញ្ជីទីកន្លែងដែលនៅជិតកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ឬទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

7. តើវាមានតម្លៃប៉ុន្មាន?

តម្លៃគឺអាស្រ័យលើគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកជ្រើសរើស។ អ្នកអាចប្រៀបធៀបគណនីគណនាតម្លៃនៅលើគេហទំព័រ CoveredCA.com ដើម្បីគិតតម្លៃ។



ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមកពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 9 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់ CoveredCA.com.

ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California (បន្ត)

8. តើខ្ញុំគួរកែធ្វើប្រាក់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដំបូងរបស់ខ្ញុំ ជាមួយពាក្យសុំនេះដែរឬទេ?

ទេ សូមកុំធ្វើប្រាក់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដំបូងរបស់លោកអ្នកមក Covered California។ លោកអ្នកត្រូវបង់ទៅឲ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដោយផ្ទាល់។ លោកអ្នកអាចបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដំបូងរបស់លោកអ្នកតាមសំបុត្រ ឬ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក អាចនឹងទទួលយកការបង់ប្រាក់តាមទូរស័ព្ទ ឬអនឡាញ។ សូមទូរស័ព្ទទៅពួកគេ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបដែល លោកអ្នកអាចបង់ប្រាក់។

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក សូមធ្វើតាមការណែនាំដែលមាននៅលើវិក្កយបត្រនោះ ដើម្បីបង់ប្រាក់។ គម្រោងពេទ្យធូញកុមារ ត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រដោយឡែក និងតម្រូវឲ្យមាន ការបង់ប្រាក់ដោយឡែក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួលវិក្កយបត្រ សូមទាក់ទងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង របស់លោកអ្នក។ វាអាចត្រូវការពេល 36ម៉ោង ដើម្បីឲ្យពួកគេទទួលបានព័ត៌មាន របស់លោកអ្នក បន្ទាប់ពីលោកអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន បន្ថែមអំពីការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដំបូងរបស់លោកអ្នក សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ហើយចុចលើប៊ូតុង "How to pay" (របៀបបង់ប្រាក់) ឬទូរស័ព្ទលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

9. តើធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងរួចហើយ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យរួចហើយពី និយោជករបស់លោកអ្នកនោះ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ។ ប៉ុន្តែលោកអ្នកនៅតែ អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំដើម្បីកម្រើកថវិកាធានារ៉ាប់រងលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ លោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃកាន់ តែធូរថ្លៃតាមរយៈ Covered California។

10. ខ្ញុំមិនមានព័ត៌មានគ្រប់យ៉ាងដែលខ្ញុំត្រូវការដើម្បីឆ្លើយសំណួរលើ ពាក្យស្នើសុំនេះទេ។ តើខ្ញុំគួរធ្វើយ៉ាងមេច?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានគ្រប់ព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំទេ សូមចុះ ហត្ថលេខា រួចធ្វើពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នកមកសិនក៏បាន។ យើងខ្ញុំនឹងហៅ ទូរស័ព្ទទៅជម្រាប ប្រាប់លោកអ្នកអំពីវិធីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងរយៈពេល 10 ទៅ 15ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពី យើងខ្ញុំទទួលបានពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួល ដំណឹងអ្វីពីយើងខ្ញុំសូមទូរស័ព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

11. តើខ្ញុំអាចរកជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬក្នុងការជ្រើសរើស គម្រោងបានដែរឬទេ?

ចាស/ទាទ! ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែល មានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ក្នុងសហគមន៍ទូទាំងរដ្ឋ ផ្តល់ព័ត៌មានជូនលោកអ្នកអំពីការជ្រើសរើសការធានា រ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី។ និងជួយជ្រោមជ្រែងដល់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយជាភាសាផ្សេងៗជាច្រើន។

ទទួលជំនួយសម្រាប់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោង៖
រំបស់សាយ: ចូលទៅកាន់ CoveredCA.com។ យើងខ្ញុំមានផ្តល់ជូននូវ ព័ត៌មានអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ ដែលបានពន្យល់ជាពាក្យពេចន៍ ងាយយល់ និងច្បាស់លាស់។

តាមទូរស័ព្ទ: ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ៨ព្រឹកដល់ម៉ោង ៦ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង៨ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!

មកជួបផ្ទាល់: យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែល មានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារ ធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ឬលោកអ្នកអាចមកកាន់ការិយាល័យ សេវាសង្គម របស់ខោនធីលោកអ្នក។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ! សម្រាប់បញ្ជីទីកន្លែង ដែលនៅជិតកន្លែងលោកអ្នកសំនៅ ឬធ្វើការ សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ឬទូរស័ព្ទលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

12. តើខ្ញុំអាចជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពយ៉ាងដូចម្តេច?

លោកអ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ CoveredCA.com ដើម្បីរកទិញ និងប្រៀបធៀបគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពធានាបានយ៉ាងងាយស្រួល ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ទិញនិងប្រៀបធៀបនៅលើគេហទំព័រ។

លោកអ្នក អាចជ្រើសរើសកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងដែលបំពេញបានល្អបំផុតតាម ត្រូវការ និងថវិការបស់លោកអ្នក។

- លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់តម្លៃប្រចាំខែខ្ពស់ (ហៅថា បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង) ដើម្បីលោកអ្នកបង់ចំណាយពីហោប៉ៅខ្លួនឯងតិច នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការ ការថែទាំសុខភាព។
- បើដូច្នោះទេ លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់តម្លៃប្រចាំខែទាប ប៉ុន្តែបង់ចំណាយ ពីហោប៉ៅខ្លួនឯងច្រើន នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាព។

13. តើខ្ញុំត្រូវតែមានធានារ៉ាប់រងឥឡូវនេះ ដោយហេតុថាកំណែទម្រង់ សុខាភិបាលបានចាប់ផ្តើមឬ?

ចាប់ផ្តើមនៅក្នុងខែមករា ឆ្នាំ2014 មនុស្សភាគច្រើន រួមទាំងកូនក្មេងនឹងត្រូវ តម្រូវ ឲ្យមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព បើដូច្នោះទេគេត្រូវបង់ការពិន័យពន្ធ។ ខ្ញុំពុកម្តាយ ឬអ្នកដាក់ប្រតិបត្តិពន្ធ ដែលអះអាងថាមានកុមារម្នាក់នៅក្នុងបន្ទុក ក្នុងប្រតិបត្តិពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធរបស់គាត់ និងទទួលបាន ត្រូវចំពោះកង្វះធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារដែលនៅក្នុងបន្ទុក ប៉ុន្តែប្រាក់ ពិន័យពន្ធចំពោះកុមារដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងអាចរក្សាម 18ឆ្នាំ និងមានចំនួន ពាក់កណ្តាលនៃប្រាក់ពិន័យពន្ធចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលមិនមាន ធានារ៉ាប់រង។ ការធានារ៉ាប់រងអាចរួមមាន ការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈការងារ, ការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកទិញដោយខ្លួនឯង, Medicare, ឬ Medi-Cal ពេញលេញ។

មនុស្សមួយចំនួនរួចកាតព្វកិច្ចក្នុងការទិញធានារ៉ាប់រង។ ប្រជាជនទាំងនោះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹមតែ មនុស្សដែលជំនឿសាសនារបស់ពួកគេ ជំទាស់នឹងការទទួល យកអត្ថប្រយោជន៍ពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព, អ្នកជាប់ពន្ធជន្មតាបន្ទាប់ ការវិនិច្ឆ័យ, ជនដែលជាសមាជិកកុលសម្ព័ន្ធជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើម អាទិញដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ, និងជនទាំងឡាយណាដែលត្រូវបង់ លើស 8% នៃប្រាក់ចំណូល របស់ខ្លួនសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្រោយពីគិតគូរភាគទានរបស់និយោជក ឬជំនួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។

ក្នុងឆ្នាំ 2014 ការដាក់ពិន័យនឹងមានចំនួន 1% នៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ ឬ ចំនួន \$95 ពោលគឺយកចំនួនមួយណាដែលខ្ពស់ជាង។ ការដាក់ពិន័យ នឹងឡើងខ្ពស់រៀងរាល់ឆ្នាំ។ នៅឆ្នាំ 2016 ការដាក់ពិន័យនឹងមានចំនួន 2.5% នៃ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំរបស់លោកអ្នក ឬ \$695 ពោលគឺយកចំនួនមួយ ណាដែលខ្ពស់ជាង។ ក្រោយឆ្នាំ 2016 ការដាក់ពិន័យពន្ធ នឹងកើនឡើងរៀងរាល់ ឆ្នាំ ដោយផ្អែកលើការលែងតម្រូវចំណាយក្នុងការរស់នៅ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការពិន័យ សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com។



សំណួរជាទូទៅ (FAQ) (បន្ត)

ទទួលជំនួយតាមរយៈ Covered California (បន្ត)

14. តើធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរក្រោយពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យ ស្នើសុំ?

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលលោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរ វាអាចធ្វើឲ្យផ្លាស់ប្តូរដល់ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Covered California សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីកមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលជំនួយហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈ Covered California ដែរឬទេ។ ជំនួយនេះអាចបន្ថយចំណាយក្នុងការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងឬការបង់ចំណាយរួមរបស់លោកអ្នក។

15. តើខ្ញុំនឹងអាចប្រើប្រាស់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Covered California ថ្មីរបស់ខ្ញុំភ្លាមដែរឬទេ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរវាងខែតុលានិងខែធ្នូ ឆ្នាំ2013 សេវានានាចាប់ផ្តើមនៅខែមករា ឆ្នាំ2014។ ប្រសិនបើ

លោកអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅក្នុងខែមករា ឆ្នាំ2014 ឬក្រោយមកទៀត សេវានានាអាចនឹងចាប់ផ្តើមនៅដើមខែបន្ទាប់។

16. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងក្រោយពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ?

ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យតាមរយៈគេហទំព័រ ឬតាមទូរស័ព្ទ អ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីការអ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Covered California ដែរឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យជាក្រុមគ្រួសារ ឬធ្វើពាក្យសុំរបស់អ្នកតាមទូរសារ យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើសំបុត្រមួយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនទទួលបានដំណឹងអ្វីពីយើងខ្ញុំ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។

សំណួរផ្សេងៗទៀត

17. តើអ្នកគ្រប់គ្នានៅក្នុងពាក្យស្នើសុំត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬប្រជាជាតិអាមេរិកឬ?

ទេ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យជំនួសឲ្យនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកនោះ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើភស្តុតាងអំពីសញ្ជាតិ ឬឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកឡើយ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ នរណាដែលឲ្យគេទិញធានារ៉ាប់រងឲ្យ

តាមរយៈ Covered California ត្រូវតែជាអ្នករស់នៅស្របច្បាប់ និងត្រូវមានភស្តុតាងអំពីសញ្ជាតិ ឬឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍។

18. ពាក្យស្នើសុំនេះទាមទារនូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនជាច្រើន។ តើ Covered California នឹងចែករំលែកព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុនិងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំឬ?

ទេ ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់គឺជាព័ត៌មានសម្ងាត់ និងមានការធានាតាមការតម្រូវដោយច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកត្រឹមតែមើលថាតើលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

19. ខ្ញុំមានស្ថានភាព ឬពិការភាពកាលពីមុន។ តើខ្ញុំអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California ដែរឬទេ?

បាន លោកអ្នកអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយមិនគិតអំពីស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន ឬអតីត ឬពិការភាពបច្ចុប្បន្ន ឬកាលពីមុនឡើយ។

ចាប់ផ្តើមនៅក្នុងឆ្នាំ 2014 គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពភាគច្រើន មិនអាចបដិសេធផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងពោះលោកអ្នកឬមិនអាចគិតលុយលោកអ្នកច្រើនដោយសារលោកអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាព ឬពិការភាពពីមុនឡើយ។

20. ចុះប្រសិនបើខ្ញុំមាន Medicare ?

តាមច្បាប់ សមាជិក Medicare មិនអាចទិញធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈការដោះដូរ (Exchange) ឡើយ។ ដូច្នោះ ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicare ហើយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California គឺមិនសាកសមសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្វែងរកធានារ៉ាប់រងបំពេញបន្ថែម សម្រាប់ Medicare និងមិនមានធានារ៉ាប់រងនិរន្តរ៍ជន សូមចូលទៅកាន់ www.medicare.gov ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ឬការទិញបណ្តុំធានារ៉ាប់រង Medi-gap។

21. ខ្ញុំទើបតែដឹងថាខ្ញុំមានផ្ទៃពោះ។ តើខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលនឹងធានារ៉ាប់រងខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលខ្ញុំមានផ្ទៃពោះបានទេ?

បាន/បាទ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំមុនពេលសម្រាលកូន កំពុងសម្រាល និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាល។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពលែងអាចបដិសេធលោកអ្នកក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទៀតឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានផ្ទៃពោះ។

22. តើខ្ញុំនឹងគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងទេ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋម្នាក់ ឬមិនមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌតម្រូវទេនោះ?

អ្នកដែលរស់នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះបាន ដោយប្រើប្រាស់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ មានតែអ្នកដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះប៉ុណ្ណោះ ត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ឬព័ត៌មានស្តីអំពីឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍។

ប៉ុន្តែលោកអ្នកអាចគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមួយចំនួន ដោយមិនគិតអំពីឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក និង ទោះបីជាលោកអ្នកមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមក៏ដោយ។

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាការសម្ងាត់ ហើយចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដទៃទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលកម្មវិធីណាមួយ ដែលលោកអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ។

សំណួរជាទូទៅ (FAQ) បន្តនៅទំព័របន្ទាប់ 



ត្រូវការជំនួយឬ?

ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528 (TTY: 1-888-889-4500)។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង ១០ព្រឹកដល់ម៉ោង ៧ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង ១០ព្រឹកដល់ម៉ោង ៥ល្ងាច ឬចូលទៅកាន់: CoveredCA.com.

សំណួរផ្សេងៗទៀត (បន្ត)

23. តើខ្ញុំអាចទទួលបានការអំពីការក្លាយជាអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នៅឯណា ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនទាន់បានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែង ដែលលោកអ្នករស់នៅបច្ចុប្បន្នទេ ហើយមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះដើម្បីបោះឆ្នោតថ្ងៃនេះ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ registertovote.ca.gov ។ ឬសូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-345-VOTE (8683)** ។

24. ខ្ញុំជាជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។ តើ Covered California អាចជួយខ្ញុំបានយ៉ាងដូចម្តេច ?

ជនជាតិដើមអាមេរិក និងអាឡាស្កាអាចទទួលបានសេវាពី សេវាសុខភាពឥណ្ឌាក្រហម (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាក្រហមនៅទីក្រុង។ ប្រសិនបើអ្នកជាជនជាតិដើមអាឡាស្កាដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋសហព័ន្ធ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបាន៖

- មិនចំណាយប្រាក់ពីហោប៉ៅ ដូចជាប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញ ការបង់ចំណាយរួម និងសហធានារ៉ាប់រង (មិនរ៉ាប់បញ្ចូលបុព្វលាភ)
- រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំខែជាពិសេស

សូមឲ្យប្រាកដក្នុងការបំពេញឯកសារភ្ជាប់ A រួចធ្វើវាក្យជាមួយពាក្យសុំ និងភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីកេរ្តិ៍ដំណែលនៃជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្ការបស់លោកអ្នក។ ឯកសារនានាដែលអ្នកអាចនឹងប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្តល់ជាកស្តុតាងបញ្ជាក់ពីកេរ្តិ៍ដំណែលនៃជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្ការបស់លោកអ្នក រួមមានតែមិនកម្រិតត្រឹមតែ ៖

1. បណ្ណចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ
2. លិខិតបញ្ជាក់អំពីសញ្ញាបត្រឈាមឥណ្ឌាក្រហម (Certificate of degree of Indian blood, CDIB) ពីការិយាល័យកិច្ចការឥណ្ឌាក្រហម (Bureau of Indian Affairs)។

ប្រសិនបើអ្នកចាប់អារម្មណ៍ក្នុងការទទួលបានយកអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោម សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com និងប្រើ “ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាព” ដើម្បីដាក់ពាក្យ និងស្វែងរកមើលថាតើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន៖

- ធានារ៉ាប់រងឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាប ដូចជា Medi-Cal
- ធានារ៉ាប់រងតម្លៃទាបសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ តាមរយៈកម្មវិធី Access for Infants and Mothers (AIM)
- ជំនួយក្នុងការបង់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតាមរយៈ Covered California

25. តើធ្វើដូចម្តេចបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមទៅនឹងការសម្រេចដែល Covered California ធ្វើឡើង ?

លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមិនសុខចិត្ត។ ដើម្បីប្តឹងតវ៉ាមិនសុខចិត្តចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ សូមទាក់ទង Covered California តាមមធ្យោបាយមួយក្នុងចំណោមមធ្យោបាយទាំងនេះ៖

- **វេបសាយ:** ចូលទៅកាន់ CoveredCA.com។
- **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទមក Covered California តាមរយៈលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទមក ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច និងថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- **តាមទូរសារ:** ផ្ញើពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់លោកអ្នកតាមទូរសារលេខ **1-888-329-3700**។
- **តាមរយៈសំបុត្រ:** ផ្ញើពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅ៖
Covered California – Appeals
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **មកជួបផ្ទាល់:** យើងបានបណ្តុះបណ្តាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ ជំនួយនេះគឺឥតគិតថ្លៃ!
- សម្រាប់បញ្ជីអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការចុះឈ្មោះដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Enrollment Counselors) និងភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដែលមានការទទួលស្គាល់ (Certified Insurance Agents) ដែលនៅជិតកន្លែងលោកអ្នករស់នៅ ឬធ្វើការ សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com ឬទូរស័ព្ទលេខ **1-800-906-8528** (TTY: 1-888-889-4500)។



ទទួលបានជំនួយជាភាសាផ្សេងៗទៀត

លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះជាភាសាផ្សេងៗទៀត។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Ջանգա՛հարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.


FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

 ចុច "Like" Covered California នៅលើ Facebook!
ចូលទៅកាន់: Facebook.com/CoveredCA

 ចូលរួមជាមួយយើងខ្ញុំ! @CoveredCA

