

កាលបរិច្ឆេទធ្វើតាមប្រែសណីយ៍: <date>

<mailing address>

ជូនចំពោះលោក លោកស្រី <CONSUMER>: <CIN>

យើងខ្ញុំកំពុងធ្វើជូនលោកអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដោយសារកំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថាលោកអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាម៉ែឌីកែត Medicaid) ហើយទទួលបានសេវាកម្មនៅផ្ទះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាសេវាកម្មតាមផ្ទះនិងសហគមន៍) ។

របៀបដែលលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្មសុខភាពរាងកាយនិងសេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតសម្រាប់ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) របស់លោកអ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដោយសារតែក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិកំពុងចាប់ផ្តើមកម្មវិធីថ្មី ។

កម្មវិធីថ្មីនេះ ហៅថាជម្រើសកម្មវិធីថែទាំសុខភាពសហគមន៍ **Community HealthChoices (CHC)** ។ នៅក្នុងកម្មវិធី CHC លោកអ្នកនឹងមិនបាត់បង់សេវាកម្មជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) ណាមួយ ដែលលោកអ្នកកំពុងទទួលបានឥឡូវនេះឡើយ ។

លោកអ្នកនឹងចាប់ផ្តើមទទួលបានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) របស់លោកអ្នកតាមរយៈជម្រើសកម្មវិធីថែទាំសុខភាពសហគមន៍ (Community HealthChoices) នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2020 ។
លោកអ្នកនឹងត្រូវការជ្រើសរើសផែនការផែនការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង ។

តើ CHC ជាអ្វី?

CHC ប្រើប្រាស់ផែនការផែនការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង (ផែនការ CHC) ដើម្បីធានាថាសេវាកម្មសុខភាពរាងកាយ និងសេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់លោកអ្នក មានដំណើរការរួមគ្នា ។ ផែនការ CHC ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើសនឹងធ្វើការជាមួយគ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់លោកអ្នក ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្មនានា ដែលលោកអ្នកត្រូវការ ។ គោលដៅរបស់

CHC គឺដើម្បីជួយលោកអ្នកទទួលបានការថែទាំទាំងអស់ដែលលោកអ្នក ត្រូវការ - កាន់តែងាយស្រួលជាងមុន!

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានផែនការ HealthChoices រួចហើយនោះ ផែនការ CHC នឹងជំនួស HealthChoices ហើយលោកអ្នកនឹងត្រូវជ្រើសរើសយកផែនការថ្មី មួយ ។ ផែនការ CHC ធ្វើការយ៉ាងច្រើនដូចផែនការ HealthChoices ផងដែរ ។ ភាពខុសគ្នាគឺថាឥឡូវនេះ ផែនការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង និងសម្របសម្រួល សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអន្តរាគមន៍របស់លោកអ្នក ដោយស្របទៅនឹងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់ លោកអ្នកផងដែរ ។

លោកអ្នកនឹងអាចជ្រើសរើសពីផែនការ 3 CHC ។ ផែនការនេះមាន ៖

AmeriHealth Caritas Pennsylvania	•	PA Health & Wellness	•	UPMC Community HealthChoices
---	---	-------------------------------------	---	---

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ?

រង់ចាំទទួលបានកញ្ចប់ចុះឈ្មោះតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ក្នុងរយៈពេលពីរម៉ោងក្រោយ ។ បន្ទាប់មកជ្រើសរើសយកផែនការ CHC ។

កញ្ចប់ចុះឈ្មោះ នឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវព័ត៌មានដែលលោកអ្នកត្រូវការ ដើម្បីជ្រើសរើសផែនការ CHC របស់លោកអ្នក ។ ផែនការ CHC ខ្លះ អាចផ្តល់ជូន សេវាកម្មបន្ថែម ។ លោកអ្នកអាចស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មរបស់ផែនការ CHC នីមួយៗនៅក្នុងកញ្ចប់នេះ ។

វាពិតជាសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ ដែលថាលោកអ្នកជ្រើសរើសយកផែនការ CHC ដែលនឹងបំពេញតម្រូវការរបស់លោកអ្នក ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់ សេវាកម្មដែលសំខាន់សម្រាប់លោកអ្នក ។

លោកអ្នកនឹងមានពេលរហូតដល់ថ្ងៃទី <05/31/2018> ដើម្បីជ្រើសរើសយកផែនការ CHC របស់លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនជ្រើសរើស យកផែនការ CHC លោកអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីមួយដោយស្វ័យប្រវត្តិ ។ លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរផែនការ CHC របស់លោកអ្នកនៅពេលណាមួយក៏បាន ដោយមិន គិតថាលោកអ្នកបានជ្រើសរើសយកផែនការដោយខ្លួនឯងឬអត់ឡើយ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុយ៉ាងតិច 55 ឆ្នាំ លោកអ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួល បានកម្មវិធី LIFE ដែលជាកម្មវិធីថែទាំសុខភាពដែលបានគ្រប់គ្រងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ដែលខុសគ្នាពីផែនការ CHC ផងដែរ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសរើសចុះ ឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី LIFE នោះ លោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរចូលទៅផែនការ CHC ឡើយ ។ កញ្ចប់ចុះឈ្មោះរបស់លោកអ្នក នឹងមានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះផងដែរ ។

ហេតុអ្វីខ្ញុំត្រូវទទួលសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងផែនការ CHC?

ច្បាប់ខ្លះអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងតម្រូវឱ្យលោកអ្នកត្រូវទទួលសេវាកម្មរបស់លោកអ្នកតាមរយៈកម្មវិធីថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង ដូចជាផែនការ CHC ជាដើម ។ ច្បាប់ដែលអនុញ្ញាតនៅត្រង់ចំណុចនេះ រួមមានច្បាប់សហព័ន្ធនៅក្នុងផ្នែក 42 U.S.C. §§ 1396n(b), 1396n(c), និងច្បាប់រដ្ឋនៅក្នុងផ្នែក 62 P.S. §§ 201(2), 403(b) ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្រោមផែនការ CHC សូមអានសំណុំបែបបទ “លិខិតជូនដំណឹងអំពីផែនការ CHC - ព័ត៌មានបន្ថែម” ដែលភ្ជាប់មកជាមួយលិខិតនេះ ។

តើខ្ញុំអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួង ដែលខ្ញុំនឹងទទួលបានសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំតាមរយៈផែនការ CHC ឬទេ?

លោកអ្នកអាចដាក់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើ លោកអ្នកគិតថាយើងខ្ញុំមានកំហុស ហើយលោកអ្នកមិនបានទទួលបានសេវាកម្ម របស់អ្នកតាមរយៈផែនការ CHC ។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើ ៖

- លោកអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ;
- លោកអ្នកគឺជាអ្នកចូលរួមកម្មវិធីភាពម្ចាស់ការក្នុងការរស់នៅសម្រាប់មនុស្សចាស់ (LIFE) ឬ
- លោកអ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងក្រុមណាមួយក្នុងចំណោមក្រុមខាងក្រោម ៖
 - ការទទួលបានទាំងពីរជំនួយកម្មវិធីមេឌីយែរ និងជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medicare and Medical Assistance);
 - ការទទួលបានសេវាកម្មនៅផ្ទះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់ផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត; ឬ
 - ការទទួលបានសេវាកម្មនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ ។

លោកអ្នកអាចមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយសារមូលហេតុណាមួយផ្សេងទៀតបានឡើយ ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមអាន “សំណុំបែបបទសវនាការយុត្តិធម៌ និងឧទ្ធរណ៍” ដែលភ្ជាប់មកជាមួយលិខិតនេះ ។ តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយផ្នែកច្បាប់ឬទេ? លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដោយហៅទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យសេវាកម្មផ្នែកច្បាប់នៅមូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នកតាមលេខទូរស័ព្ទ <LEGALSERVICES> ឬគម្រោងផ្នែកច្បាប់សុខាភិបាលនៅរដ្ឋផែនស៊ីលវ៉ានេ (Pennsylvania Health Law Project) តាមលេខទូរស័ព្ទ 1-800-274-3258 ។

សូមអរគុណ
ក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិនៅរដ្ឋផែនស៊ីលវ៉ានេ
(Pennsylvania Department of Human Services)

លិខិតជូនដំណឹងរបស់ CHC - ព័ត៌មានបន្ថែម

តើខ្ញុំនឹងទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយា (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹង) ឬទេ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានជំរុញឱ្យទទួលបានផែនការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រងសុខភាពអាកប្បកិរិយានៅក្នុងកម្មវិធី HealthChoices នោះ លោកអ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងផែនការនេះ ដែលលោកអ្នកកំពុងស្ថិតនៅឥឡូវនេះ ។ ផែនការ CHC របស់លោកអ្នក នឹងធ្វើការជាមួយផែនការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់លោកអ្នក ដើម្បីឱ្យលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទាំងអស់ដែលលោកអ្នកត្រូវការ ។

ឥឡូវនេះប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាកម្មនៅក្នុងកម្មវិធី Aging Waiver នោះ លោកអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងផែនការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយានៅខោនធីរបស់លោកអ្នកដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2020 ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍នៅចុងឆ្នាំនេះ ។

តើកម្មវិធីភាពម្ចាស់ការក្នុងការរស់នៅសម្រាប់មនុស្សចាស់ (LIFE) នៅតែអាចរកបានដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ។ កម្មវិធី LIFE នឹងបន្តដំណើរការដែលមានជម្រើសសម្រាប់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលមានអាយុ ចាប់ពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះដោយមានកញ្ចប់ចុះឈ្មោះរបស់លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសរើសចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី LIFE នោះ លោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរចូលទៅផែនការ CHC ឡើយ ។

តើខ្ញុំត្រូវផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំឬទេ?

ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2020 លោកអ្នកនឹងអាចរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់លោកអ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក ។ បន្ទាប់ពីនោះ លោកអ្នកអាចត្រូវផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ។ លោកអ្នកត្រូវការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយផែនការ CHC របស់លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់លោកអ្នក មិនមានកិច្ចសន្យាជាមួយផែនការ CHC របស់លោកអ្នកទេ ផែនការ CHC នឹងធ្វើការជាមួយលោកអ្នកដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងៗដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់លោកអ្នក ឬលោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរផែនការ CHC របស់លោកអ្នក ។

ចុះបើខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត នៅពេលផែនការ CHC ចាប់ផ្តើមដំណើរការ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត នៅពេលផែនការ CHC ចាប់ផ្តើមដំណើរការនោះ លោកអ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ពីក្រសួងដែលប្រាប់លោកអ្នកថា លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្មរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងផែនការ CHC ឬអត់ ។

តើខ្ញុំអាចស្វែងយល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផែនការ CHC នៅឯណា?

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅវិបសាយ www.HealthChoices.pa.gov ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-844-824-3655 ។

សំណុំបែបបទសវនាការយុត្តិធម៌ និងឧទ្ធរណ៍

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងស្នើសុំសវនាការតាមលិខិតជូនដំណឹងនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាយើងខ្ញុំមានកំហុសដោយសារមូលហេតុណាមួយក្នុងចំណោមហេតុផលខាងក្រោម ។

- 1) លោកអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ;
- 2) លោកអ្នកគឺជាអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធី LIFE; ឬ
- 3) លោកអ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងក្រុមណាមួយក្នុងចំណោមក្រុមខាងក្រោម ៖
 - ការទទួលបានជំនួយទាំងពីរគឺជំនួយកម្មវិធីមេឌីគែម និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medicare and Medical Assistance);
 - ការទទួលបានសេវាកម្មនានានៅផ្ទះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត; ឬ
 - ការទទួលបានសេវាកម្មនានានៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់។

លោកអ្នកអាចមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមលិខិតជូនដំណឹងនេះដោយសារមូលហេតុណាមួយផ្សេងទៀតបានឡើយ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើដូច្នោះក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទលើលិខិតផ្ញើតាមប៊ុស៊ីប្រេសណ៍យី ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់លោកអ្នក មិនត្រូវបានវាយត្រាប្រេសណ៍យី ឬប្រគល់ជូនទៅការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) របស់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃទេ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានលើកបណ្តឹងចោលដោយគ្មានសវនាការ ។

លោកអ្នកអាចជ្រើសរើស ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសវនាការតាមទូរស័ព្ទ ឬដោយផ្ទាល់ (ជួបផ្ទាល់) ។

- លោកអ្នកអាចមានសវនាការតាមទូរស័ព្ទ តាមលេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងលោកអ្នកបាន ឬនៅការិយាល័យ CAO ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសវនាការដោយជួបផ្ទាល់ សូមប្រាប់យើង ដូចខាងក្រោមប្រសិនបើ ៖
 - 1) លោកអ្នកត្រូវការមានអ្នកចូលរួមទាំងអស់នៅក្នុងបន្ទប់សវនាការជាមួយមន្ត្រីសវនាការ ឬតភ្ជាប់តាមសន្តិសុខដៃអ្នក ។ មន្ត្រីសវនាការនិងស្ថិតនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការមួយ ដែលមានទីតាំងនៅ Harrisburg ប៉ុន្តែលោកអ្នកអាចទៅកាន់ទីតាំងការិយាល័យសវនាការ និងឧទ្ធរណ៍ដែលនៅជិតលោកអ្នកបំផុតនៅរដ្ឋ Philadelphia, Pittsburgh, Erie, Reading ឬ Harrisburg; ឬ
 - 2) បុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿង និងបុគ្គលិកការិយាល័យសម្រាប់ការរស់នៅយូរអង្វែង OLTN អាចទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទ ហើយលោកអ្នកនឹងសាក្សីរបស់លោកអ្នក នឹងនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការជាមួយមន្ត្រីសវនាការដែលមានទីតាំងស្ថិតនៅ Harrisburg ។

នៅឯសវនាការនេះ លោកអ្នកអាចប្រាប់មន្ត្រីសវនាការអំពីមូលហេតុនានាដែលលោកអ្នកគិតថាអង្គហេតុនានាដែលយើងខ្ញុំមានអំពីលោកអ្នកមិនត្រឹមត្រូវ ។ លោកអ្នកអាចនិយាយក្នុងនាមតំណាងឱ្យខ្លួនឯង ប៉ុន្តែបើលោកអ្នកមិនមានភាពកំក្រើធ្វើដូច្នោះ យើងខ្ញុំសូមលើកទឹកចិត្តលោកអ្នកយ៉ាងខ្លាំង ដើម្បីនិយាយក្នុងនាមតំណាងឱ្យខ្លួនឯង ។ នៅឯសវនាការរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចមេធាវី អ្នកជំនួយការ មេធាវី មិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតធ្វើជាតំណាងឱ្យលោកអ្នក ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើស ។ សាក្សីរបស់លោកអ្នក អាចនិយាយ ហើយលោកអ្នកអាចបង្ហាញឯកសារនានាទៅមន្ត្រីសវនាការ ។

លោកអ្នកអាចស្នើសុំអ្នកបកប្រែភាសាម្នាក់នៅឯសវនាការយុត្តិធម៌ ឬជំនួយផ្សេងៗទៀតតាមសំណុំបែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការយុត្តិធម៌ដែលបានភ្ជាប់ជូន ។ ហើយនេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ ។ លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ដើម្បីជួយលោកអ្នកនៅឯសវនាការ ប៉ុន្តែក្រសួងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកបកប្រែភាសាផ្លូវការ ។

លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់តាមរយៈការមកជួប ឬការហៅទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់ដែលមានរាយបញ្ជីនៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ ឬតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទទៅគម្រោងផ្នែកច្បាប់សុខាភិបាលនៅរដ្ឋផែនស៊ីលវ៉ានឡើ (Pennsylvania Health Law Project) តាមលេខទូរស័ព្ទ 1-800-274-3258 ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកិច្ចប្រជុំមួយជាមួយបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការសម្រេចនេះ ឬដើម្បីផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដែលអាចផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចនេះ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជននៃក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិតាមលេខ 1-877-395-8930 ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកិច្ចប្រជុំមួយ លោកអ្នកអាចនានរណាម្នាក់មកជាមួយលោកអ្នក ដើម្បីនិយាយក្នុងនាមតំណាងឱ្យលោកអ្នកនៅឯកិច្ចប្រជុំ ។ កិច្ចប្រជុំនេះ នឹងមិនពន្យារពេល ឬជំនួសសវនាការរបស់លោកអ្នកឡើយ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមបំពេញនិងបញ្ជូនត្រឡប់មកវិញនូវសំណុំបែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍និងសវនាការផ្ញើសំណុំបែបបទនេះតាមប្រេសណ៍យីទៅ <CAO mailing address> ។

កាលបរិច្ឆេទធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍		ឈ្មោះសំណុំរឿង	
<MAIL DATE>	<CASE NAME>		
អាសយដ្ឋាន			
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>			
ខេត្ត / លេខកំណត់ហេតុ		CIN	
<COUNTY> <RECORD NUMBER>		<CIN>	



សំណុំបែបបទសវនាការយុត្តិធម៌ និងឧទ្ធរណ៍

សូមគូសផឹកប្រអប់នៅជាប់នឹងប្រភេទសវនាការ ដែលលោកអ្នកត្រូវការ ៖

- ខ្ញុំត្រូវការសវនាការតាមទូរស័ព្ទ ។ សាក្សីរបស់ខ្ញុំនិងខ្ញុំ និងអ្នកណាម្នាក់ដែលជួយខ្ញុំ នឹងមានលេខទូរស័ព្ទនេះ ៖ _____
- ខ្ញុំត្រូវការសវនាការតាមទូរស័ព្ទ ។ សាក្សីរបស់ខ្ញុំនិងខ្ញុំ និងអ្នកណាម្នាក់ដែលជួយខ្ញុំនៅឯការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) ។
- ខ្ញុំត្រូវការសវនាការជួបដោយផ្ទាល់ជាមួយបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿង បុគ្គលិកការិយាល័យសម្រាប់ការរស់នៅយូរអង្វែង និងចៅក្រមនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការ ឬភ្នាក់ងារសន្តិសុខដៃគូ ។ ខ្ញុំនឹងទៅទីតាំងការិយាល័យសវនាការនិងឧទ្ធរណ៍នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ (Pittsburgh, Philadelphia, Erie, Reading ឬ Harrisburg) ។ បន្ទប់សវនាការមានទីតាំងនៅ Harrisburg ។
- ខ្ញុំត្រូវការសវនាការជួបដោយផ្ទាល់ ។ សាក្សីខ្ញុំនិងខ្ញុំ និងអ្នកណាម្នាក់ដែលជួយខ្ញុំ នឹងស្ថិតនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការជាមួយមន្ត្រីសវនាការ ប៉ុន្តែបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿង និងបុគ្គលិកការិយាល័យសម្រាប់ការរស់នៅយូរអង្វែង អាចមានលេខទូរស័ព្ទពីការិយាល័យរបស់ពួកគេ ។ បន្ទប់សវនាការមានទីតាំងនៅ Harrisburg ។

សម្រាប់សវនាការ ៖

- សូមគូសផឹកនៅទីនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដោយប្រើសញ្ញា ដោយឥតគិតថ្លៃដោយសារលោកអ្នកផ្ទុំ ឬពិបាកស្តាប់ ។
- សូមគូសផឹកនៅទីនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ដោយសារលោកអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬយល់ភាសាអង់គ្លេស ។
ភាសាអ្វី? _____
- សូមគូសផឹកនៅទីនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ដោយសារពិការភាព ។ សូមពិពណ៌នាអំពីប្រភេទជំនួយដែលលោកអ្នកត្រូវការ ៖ _____

ខ្ញុំនឹងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ ពីព្រោះ (សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការ) ៖

លោកអ្នកត្រូវតែគូសផឹកយកមួយឬច្រើន ដូចខាងក្រោម ប្រសិនបើអនុវត្តចំពោះលោកអ្នក ៖

- ខ្ញុំមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ។
- ខ្ញុំជាអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធី LIFE ។
- ខ្ញុំមិនស្ថិតនៅក្នុងក្រុមណាមួយក្នុងចំណោមក្រុមទាំងនេះ ៖
 - ខ្ញុំមិនមានទាំងពីរគឺជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាមេឌីកែត Medicaid) និងមេឌីកែត Medicare ។
 - ខ្ញុំមិនទទួលបានសេវាកម្មនានានៅផ្ទះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ។
 - ខ្ញុំមិនទទួលបានសេវាកម្មនានានៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ ។

ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងរបស់លោកអ្នក (ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអ្នកតំណាងម្នាក់)	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន	កាលបរិច្ឆេទ