<return address>

pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

កាលបរិច្ឆេទផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍: <date>

<mailing address>

ជូនចំពោះលោក លោកស្រី <CONSUMER>: <CIN>

យើងខ្ញុំកំពុងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះមកលោកអ្នក ដោយសារកំណត់ត្រារបស់យើង បង្ហាញថាលោកអ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាមេឌីឃែត Medicaid) និងការទទួលបានសេវាកម្មនានានៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ ។

របៀបដែលលោកអ្នកទទួលបានកម្មវិធីជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) របស់លោកអ្នក នឹងផ្លាស់ប្តូរដោយសារតែក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិកំពុងចាប់ផ្តើមកម្មវិធីថ្មី ។ ការផ្លាស់ប្តូរនេះ នឹងមានផលប៉ះពាល់តាមរបៀបដែលលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរាងកាយ និងការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់របស់លោកអ្នក ។

កម្មវិធីថ្មីនេះ ហៅថាជម្រើសកម្មវិធីថែទាំសុខភាពសហគមន៍ **Community HealthChoices** (CHC) ។ នៅក្នុងកម្មវិធី CHC លោកអ្នកនឹងមិនបាត់បង់សេវាកម្មជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) ណាមួយ ដែលលោកអ្នកកំពុងទទួលបានឥឡូវនេះឡើយ ។ លោកអ្នកនឹងអាចស្នាក់នៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ដែលលោកអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងពេលឥឡូវនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការ ។ លោកអ្នកនឹងមិនមានការចំណាយបន្ថែមទៀត ច្រើនជាងការចំណាយដែលលោកអ្នកមានពីឡូវនេះឡើយ ។

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

កម្មវិធី CHC នឹងមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះកម្មវិធីមេឌីឃែរ Medicare របស់លោកអ្នកឡើយ ។ កម្មវិធីមេឌីឃែរ Medicare នឹងបន្ទបង់ប្រាក់ជាលើកដំបូងសម្រាប់សេវាកម្មជាច្រើន ដូចជាការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងការមកជួបពិនិត្យដោយគ្រូពេទ្យ ។

CM 583-C 3/19

តើ CHC ជាអ្វី?

CHC ប្រើប្រាស់ផែនការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង (ផែនការ CHC) ដើម្បីធានាថាសេវាកម្មសុខភាពរាងកាយទាំងអស់របស់អ្នក និងមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់របស់លោកអ្នក មានដំណើរការរួមគ្នា ។ ផែនការ CHC ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើសនឹងធ្វើការជាមួយគ្រូពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម មន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ និងកម្មវិធីមេឌីឃែរ Medicare របស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាកម្មនានាដែលលោកអ្នកត្រូវការ ។ គោលដៅរបស់ CHC គឺដើម្បីជួយលោកលោកអ្នកទទួលបានការថែទាំទាំងអស់ដែលលោកអ្នកត្រូវការ - កាន់តែងាយស្រួលជាងមុន!

លោកអ្នកនឹងអាចជ្រើសរើសពីផែនការ 3 CHC ។ ផែនការនេះមាន ៖

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

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ?

រង់ចាំទទួលកញ្ចប់ចុះឈ្មោះតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃក្រោយ ។ បន្ទាប់មកជ្រើសរើសយកផែនការ CHC ។

កញ្ចប់ចុះឈ្មោះ នឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវព័ត៌មានដែលលោកអ្នកត្រូវការ ដើម្បីជ្រើសរើសផែនការ CHC របស់លោកអ្នក ។ ផែនការ CHC ទាំងអស់រ៉ាប់រងទៅលើសេវាកម្មដូចគ្នានឹងសេវាកម្ម ដែលលោកអ្នកមានសព្វថ្ងៃនេះ ។ ផែនការ CHC ខ្លះ អាចផ្តល់ជូនសេវាកម្មបន្ថែម ។ លោកអ្នកអាចស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មរបស់ផែនការ CHC នីមួយៗនៅក្នុងកញ្ចប់នេះ ។

វាពិតជាសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ ដែលថាលោកអ្នកជ្រើសរើសយកផែនការ CHC ដែលនឹងបំពេញតម្រូវការរបស់លោកអ្នក ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលសំខាន់សម្រាប់លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់នៅពេលផែនការ CHC ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2020 លោកអ្នកអាចស្នាក់នៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់របស់លោកអ្នក មិនថាផែនការ CHC ណាមួយ ដែលលោកអ្នកជ្រើសរើសយកឡើយ ។

លោកអ្នកនឹងមានពេលរហូតដល់ថ្ងៃទី **<05/31/2018>** ដើម្បីជ្រើសរើសយកផែនការ CHC របស់លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនជ្រើសរើសយកផែនការ CHC លោកអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីមួយដោយស្វ័យប្រវត្តិ ។ **លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរផែនការ CHC របស់លោកអ្នកនៅពេលណាមួយក៏បាន ដោយមិនគិតថាលោកអ្នកបានជ្រើសរើសយកផែនការដោយខ្លួនឯងឬអត់ឡើយ ។**

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុយ៉ាងតិច 55 ឆ្នាំ លោកអ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី LIFE ដែលជាកម្មវិធីថែទាំសុខភាពដែលបានគ្រប់គ្រងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ដែលខុសគ្នាពីផែនការ CHC ផងដែរ ។ កញ្ចប់ចុះឈ្មោះរបស់អ្នក នឹងមានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះផងដែរ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសយកកម្មវិធី LIFE លោកអ្នកនឹងមិនទទួលបានសេវាកម្មរបស់លោកអ្នកតាមរយៈផែនការ CHC ឡើយ ។

ហេតុអ្វីខ្ញុំត្រូវទទួលសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងផែនការ CHC?

ច្បាប់ខ្លះអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងតម្រូវឲ្យលោកអ្នកត្រូវទទួលសេវាកម្មរបស់លោកអ្នកតាមរយៈកម្មវិធីថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង 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៖
  - ការទទួលបានទាំងពីរគឺជំនួយកម្មវិធីមេឌីឃែរ និងជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medicare and Medical Assistance);
  - ការទទួលបានសេវាកម្មនៅផ្ទះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់ផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត; ឬ
  - ការទទួលបានសេវាកម្មនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ ។

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

សូមអរគុណ
ក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិនៅរដ្ឋផែនស៊ីលវ៉ានៀ
(Pennsylvania Department of Human Services)

Community HealthChoices

លិខិតជូនដំណឹងរបស់ CHC - ព័ត៌មានបន្ថែម

តើខ្ញុំនឹងទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយា (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹង) ឬទេ?

លោកអ្នកនឹងចាប់ផ្តើមទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្នែកចរិយាតាមរយៈផែនការថែទាំសុខភាពដែលបានគ្រប់គ្រងអាកប្បកិរិយានៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2020 ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍នៅចុងឆ្នាំនេះ ។ ផែនការ CHC របស់អ្នក នឹងធ្វើការជាមួយផែនការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់លោកអ្នក ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទាំងអស់ ដែលលោកអ្នកត្រូវការ ។

តើកម្មវិធីភាពម្ចាស់ការក្នុងការរស់នៅសម្រាប់មនុស្សចាស់ (LIFE) នៅតែអាចរកបានដែរឬទេ?

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

តើខ្ញុំត្រូវផ្លាស់ប្តូរមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់របស់ខ្ញុំឬទេ?

ទេ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់នៅពេលផែនការ CHC ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2020 លោកអ្នកអាចស្នាក់នៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់របស់អ្នក លុះត្រាតែលោកអ្នកជ្រើសរើសយក និងលុះត្រាតែលោកអ្នកមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ ។

ចុះបើខ្ញុំមិនស្ថិតនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ នៅពេលផែនការ CHC ចាប់ផ្តើមដំណើរការ?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមិនស្ថិតនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ នៅពេលផែនការ CHC ចាប់ផ្តើមដំណើរការនោះ លោកអ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ពីក្រសួងដែលប្រាប់លោកអ្នកថា លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្មរបស់អ្នកតាមរយៈផែនការ CHC ឬអត់ ។

តើខ្ញុំអាចស្វែងយល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផែនការ CHC នៅឯណា?

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

CM 583-C 3/19

Community HealthChoices

សំណុំបែបបទសវនាការយុត្តិធម៌ និងឧទ្ធរណ៍

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងស្នើសុំសវនាការតាមលិខិតជូនដំណឹងនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាយើងខ្ញុំមានកំហុសដោយសារមូលហេតុណាមួយក្នុងចំណោមហេតុផលខាងក្រោម ។

1) លោកអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ;
2) លោកអ្នកគឺជាអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធី LIFE; ឬ
3) លោកអ្នក**មិន**ស្ថិតនៅក្នុងក្រុមណាមួយក្នុងចំណោមក្រុមខាងក្រោម ៖
   - ការទទួលបានជំនួយទាំងពីរគឺជំនួយកម្មវិធីមេឌីឃែរ និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (Medicare and Medical Assistance);
   - ការទទួលបានសេវាកម្មនានានៅផ្ទះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត; ឬ
   - ការទទួលបានសេវាកម្មនានានៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ ។

លោកអ្នកអាចមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមលិខិតជូនដំណឹងនេះដោយសារមូលហេតុណាមួយផ្សេងទៀតបានឡើយ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើដូច្នេះក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទលើលិខិតផ្ញើតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់លោកអ្នក មិនត្រូវបានវាយត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬប្រគល់ជូនទៅការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) របស់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃទេ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានលើកបណ្តឹងចោលដោយគ្មានសវនាការ ។

លោកអ្នកអាចជ្រើសរើស ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសវនាការតាមទូរស័ព្ទ ឬដោយផ្ទាល់ (ជួបផ្ទាល់) ។

- លោកអ្នកអាចមានសវនាការតាមទូរស័ព្ទ តាមលេខទូរស័ព្ទដែលអាចទាក់ទងលោកអ្នកបាន ឬនៅការិយាល័យ CAO ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសវនាការដោយជួបផ្ទាល់ សូមប្រាប់យើង ដូចខាងក្រោមប្រសិនបើ ៖
  1) លោកអ្នកត្រូវការមានអ្នកចូលរួមទាំងអស់នៅក្នុងបន្ទប់សវនាការជាមួយមន្ត្រីសវនាការ ឬតភ្ជាប់តាមសន្និសិទវីដេអូ ។ មន្ត្រីសវនាការនឹងស្ថិតនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការមួយ ដែលមានទីតាំងនៅ Harrisburg ប៉ុន្តែលោកអ្នកអាចទៅកាន់ទីតាំងការិយាល័យសវនាការ និងឧទ្ធរណ៍ដែលនៅជិតលោកអ្នកបំផុតនៅរដ្ឋ Philadelphia, Pittsburgh, Erie, Reading ឬ Harrisburg; ឬ
  2) បុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿង និងបុគ្គលិកការិយាល័យសម្រាប់ការរស់នៅយូរអង្វែង OLTL អាចទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទ ហើយលោកអ្នកនិងសាក្សីរបស់លោកអ្នក នឹងនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការជាមួយមន្ត្រីសវនាការដែលមានទីតាំងស្ថិតនៅ Harrisburg ។

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

លោកអ្នកអាចស្នើសុំអ្នកបកប្រែភាសាម្នាក់នៅឯសវនាការយុត្តិធម៌ ឬជំនួយផ្សេងៗទៀតតាមសំណុំបែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការយុត្តិធម៌ដែលបានភ្ជាប់ជូន ។ ហើយនេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ ។ លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ដើម្បីជួយលោកអ្នកនៅឯសវនាការ ប៉ុន្តែក្រសួងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកបកប្រែភាសាផ្លូវការ ។

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

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកិច្ចប្រជុំមួយជាមួយបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការសម្រេចនេះ ឬដើម្បីផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដែលអាចផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចនេះ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជននៃក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សជាតិតាមលេខ 1-877-395-8930 ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកិច្ចប្រជុំមួយ លោកអ្នកអាចនាំនរណាម្នាក់មកជាមួយលោកអ្នក ដើម្បីនិយាយក្នុងនាមតំណាងឱ្យលោកអ្នកនៅឯកិច្ចប្រជុំ ។ កិច្ចប្រជុំនេះ នឹងមិនពន្យារពេល ឬជំនួសសវនាការរបស់លោកលោកអ្នកឡើយ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមបំពេញនិងបញ្ជូនត្រឡប់មកវិញនូវសំណុំបែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍និងសវនាការផ្ញើសំណុំបែបបទនេះតាមប្រៃសណីយ៍ទៅ <CAO mailing address> ។

កាលបរិច្ឆេទផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍	ឈ្មោះសំណុំរឿង
<MAIL DATE>	<CASE NAME>

អាសយដ្ឋាន
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>

ខោនធី / លេខកំណត់ហេតុ	CIN
<COUNTY> <RECORD NUMBER>	<CIN>

Community HealthChoices

សំណុំបែបបទសវនាការយុត្តិធម៌ និងឧទ្ធរណ៍

សូមគូសធីកប្រអប់នៅជាប់នឹងប្រភេទសវនាការ ដែលលោកអ្នកត្រូវការ ៖

☐ ខ្ញុំត្រូវការសវនាការតាមទូរស័ព្ទ ។ សាក្សីរបស់ខ្ញុំនិងខ្ញុំ និងអ្នកណាម្នាក់ដែលជួយខ្ញុំ នឹងមានលេខទូរស័ព្ទនេះ ៖ ______________________

☐ ខ្ញុំត្រូវការសវនាការតាមទូរស័ព្ទ ។ សាក្សីរបស់ខ្ញុំនិងខ្ញុំ និងអ្នកណាម្នាក់ដែលជួយខ្ញុំនៅឯការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) ។

☐ ខ្ញុំត្រូវការសវនាការជួបដោយផ្ទាល់ជាមួយបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿង បុគ្គលិកការិយាល័យសម្រាប់ការរស់នៅយូរអង្វែង និងចៅក្រមនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការ ឬភ្ជាប់តាមសន្និសិទវីដេអូ ។ ខ្ញុំនឹងទៅទីតាំងការិយាល័យសវនាការនិងឧទ្ធរណ៍នៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ (Pittsburgh, Philadelphia, Erie, Reading ឬ Harrisburg) ។ បន្ទប់សវនាការមានទីតាំងនៅ Harrisburg ។

☐ ខ្ញុំត្រូវការសវនាការជួបដោយផ្ទាល់ ។ សាក្សីខ្ញុំនិងខ្ញុំ និងនរណាម្នាក់ដែលជួយខ្ញុំ នឹងស្ថិតនៅក្នុងបន្ទប់សវនាការជាមួយមន្ត្រីសវនាការ ប៉ុន្តែបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿង និងបុគ្គលិកការិយាល័យសម្រាប់ការរស់នៅយូរអង្វែង អាចមានលេខទូរស័ព្ទពីការិយាល័យរបស់ពួកគេ ។ បន្ទប់សវនាការមានទីតាំងនៅ Harrisburg ។

សម្រាប់សវនាការ ៖

☐ សូមគូសធីកនៅទីនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដោយប្រើសញ្ញា ដោយឥតគិតថ្លៃដោយសារលោកអ្នកថ្លង់ ឬពិបាកស្តាប់ ។

☐ សូមគូសធីកនៅទីនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ដោយសារលោកអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬយល់ភាសាអង់គ្លេស ។

ភាសាអ្វី? ______________________

☐ សូមគូសធីកនៅទីនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ដោយសារពិការភាព ។ សូមពិពណ៌នាអំពីប្រភេទជំនួយដែលលោកអ្នកត្រូវការ ៖ ____

ខ្ញុំនឹងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ ពីព្រោះ (សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការ) ៖

លោកអ្នកត្រូវតែគូសធីកយកមួយឬច្រើន ដូចខាងក្រោម ប្រសិនបើវាអនុវត្តចំពោះលោកអ្នក ៖

☐ ខ្ញុំមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ។
☐ ខ្ញុំជាអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធី LIFE ។
☐ ខ្ញុំមិនស្ថិតនៅក្នុងក្រុមណាមួយក្នុងចំណោមក្រុមទាំងនេះ ៖
  ☐ ខ្ញុំមិនមានទាំងពីរគឺជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Assistance) (ហៅម្យ៉ាងទៀតថាមេឌីឃែត Medicaid) និងមេឌីឃែរ Medicare ។
  ☐ ខ្ញុំមិនទទួលបានសេវាកម្មនានានៅផ្ទះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ។
  ☐ ខ្ញុំមិនទទួលបានសេវាកម្មនានានៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ ។

______________________________ ______________________
ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក | លេខទូរស័ព្ទ

______________________________ ______________________
អាសយដ្ឋាន | កាលបរិច្ឆេទ

______________________________ ______________________
ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងរបស់លោកអ្នក (ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអ្នកតំណាងម្នាក់) | លេខទូរស័ព្ទ

______________________________ ______________________
អាសយដ្ឋាន | កាលបរិច្ឆេទ

CM 583-C 3/19