

ការប្រើប្រាស់លិខិតបញ្ជាក់នេះត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយផ្នែកទី 1.5 (ចាប់ផ្តើមជាមួយផ្នែកទី 6550) នៃផ្នែកទី 11 នៃក្រមគ្រួសាររដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ និងការចុះហត្ថលេខាលើលិខិតបញ្ជាក់នេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យគម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") បញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អនីតិជនដល់អ្នក។ សូមសរសេរដោយអក្សរធំឱ្យច្បាស់។

អនីតិជនដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ។

1. ឈ្មោះអនីតិជន៖		
2. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អនីតិជន (MM/DD/YYYY)៖		
3. ឈ្មោះរបស់អ្នក៖ (មនុស្សពេញវ័យដែលផ្តល់ការអនុញ្ញាត)៖		
4. អាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់អ្នក៖		
ឈ្មោះផ្លូវ ឬ P.O. Box៖		
ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖

5. ខ្ញុំជាជីដូនជីតា មីង ពូ ឬសាច់ញាតិដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតសម្រាប់អនីតិជន (សូមមើលទំព័រទី 2 នៃទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់និយមន័យនៃ "សាច់ញាតិដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់")។

6. ធីកម្ម ឬទាំងពីរ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើឪពុកម្តាយម្នាក់ទទួលបានការជូនដំណឹង ឬផ្តល់ការអនុញ្ញាត ហើយម្នាក់ទៀតរកមិនឃើញ)៖

ខ្ញុំបានជូនដំណឹងដល់ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានសិទ្ធិមើលថែស្របច្បាប់អំពីគោលបំណងរបស់ខ្ញុំក្នុងការស្នើសុំការបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អនីតិជន ហើយមិនបានទទួលការជំទាស់ណាមួយឡើយ។

ខ្ញុំមិនអាចទាក់ទងឪពុកម្តាយ ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានសិទ្ធិមើលថែស្របច្បាប់លើអនីតិជនបានទេនៅពេលនេះ ដើម្បីជូនដំណឹងពីបំណងក្នុងការផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ។

7. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំ (MM/DD/YYYY)៖

8. លេខបណ្ណបើកបរ ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ារបស់ខ្ញុំ៖

ការព្រមាន៖ កុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ប្រសិនបើប្រយោគណាមួយខាងលើមិនត្រឹមត្រូវ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកនឹងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ ដែលត្រូវផ្តន្ទាទោសដោយការផាកពិន័យ ការជាប់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ។

ស្របតាមទណ្ឌកម្មនៃការផ្តល់សក្ខីភាពក្នុងក្លាយ ក្រោមច្បាប់នៃ
រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ខ្ញុំសូមប្រកាសថាការរៀបរាប់ខាងលើមានលក្ខណៈ
ពិត និងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកថែទាំ កាលបរិច្ឆេទ

សូមចំណាំ៖

- សេចក្តីប្រកាសនេះមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់ឪពុកម្តាយ អនីតិជន ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ទាក់ទងនឹងការថែទាំ សិទ្ធិមើលថែ និងការគ្រប់គ្រងអនីតិជននោះទេ ហើយមិន មានន័យថាអ្នកថែទាំមានការគ្រប់គ្រងលើអនីតិជនស្របច្បាប់ នោះទេ។
- Health Plan មិនមានកាតព្វកិច្ចក្នុងការធ្វើការសាកសួរ ឬ ស៊ើបអង្កេតបន្ថែមណាមួយទេ។
- លិខិតបញ្ជាក់នេះមានសុពលភាពត្រឹមតែមួយឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ចាប់ពីថ្ងៃដែលបានអនុវត្ត។

ព័ត៌មានបន្ថែម

សម្រាប់អ្នកថែទាំ៖

- "សាច់ញាតិដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់" សម្រាប់គោលបំណងនៃចំណុចទី 5 មានន័យថាប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ ឪពុកម្តាយចុង បងប្អូនប្រុស បងប្អូនស្រី បងប្អូនប្រុសចុង បងប្អូនស្រីចុង បងប្អូនប្រុស បងប្អូនស្រីរួមឪពុកម្តាយ ពូមីង ក្មួយប្រុស ក្មួយស្រី បងប្អូនជីដូនមួយដំបូង ឬជនណាម្នាក់ដែលតំណាងដោយបុព្វបទ "តាឬយាយ" ឬ "មា" ឬប្តី ឬប្រពន្ធរបស់អ្នកណាម្នាក់ដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងនិយមន័យនេះ សូម្បីតែក្រោយពេលអាពាហ៍ពិពាហ៍ត្រូវបានបញ្ចប់ដោយការស្លាប់ ឬការរំលាយអាពាហ៍ពិពាហ៍ក៏ដោយ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាសាច់ញាតិ ឬជាឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមដែលមានអាជ្ញាបណ្ណបច្ចុប្បន្នទេ ច្បាប់អាចតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានអាជ្ញាបណ្ណថែទាំកុមារ ដើម្បីថែទាំអនីតិជន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីមួយ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសង្គមកិច្ចក្នុងតំបន់របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអនីតិជនឈប់រស់នៅជាមួយអ្នក អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យជូនដំណឹងដល់ Health Plan។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំក្នុងចំណុចទី 8 (បណ្ណបើកបរ ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) សូមផ្តល់ទម្រង់អត្តសញ្ញាណផ្សេងទៀត ដូចជាលេខសន្តិសុខសង្គម ឬលេខ Medi-Cal របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក Health Plan តាមលេខ 1-209-942-6320។

សម្រាប់ HEALTH PLAN:

- បុគ្គលណាក៏ដោយដែលបានអនុវត្តយ៉ាងសុចរិតដោយពឹងផ្អែកលើលិខិតបញ្ជាក់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកថែទាំ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អនីតិជន ដោយគ្មានចំណេះដឹងពិតប្រាកដអំពីព័ត៌មានផ្ទុយពីអ្វីដែលបានបញ្ជាក់ក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នោះ មិនមានទំនួលខុសត្រូវខាងព្រហ្មទណ្ឌ ឬរដ្ឋប្បវេណីចំពោះបុគ្គលណាមួយ ឬត្រូវទទួលរងនូវវិធានការវិន័យវិជ្ជាជីវៈ សម្រាប់ការពឹងពាក់បែបនោះ ប្រសិនបើផ្នែកដែលពាក់ព័ន្ធនៃទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញរួចរាល់។
- លិខិតបញ្ជាក់នេះមិនមានន័យថា អនីតិជននឹងក្លាយជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់គោលបំណងនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះទេ។