

ឈ្មោះសមាជិក \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល \_\_\_\_\_ នាមខ្លួន \_\_\_\_\_ អក្សរសង្ខេបឈ្មោះកណ្តាល \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានសមាជិក \_\_\_\_\_ ទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ \_\_\_\_\_

លេខសម្គាល់ (ID) សមាជិក# \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត \_\_\_\_\_ ភេទ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម \_\_\_\_\_

**បណ្តឹងតវ៉ា**

តើអ្នកចង់ប្តឹងតវ៉ាអំពីអ្វី? (បញ្ជាក់ទំនិញ/សេវាកម្ម/ថ្នាំដែលត្រូវបានបដិសេធ/ពន្យារ/កែប្រែ)

តើវាត្រូវបានបដិសេធនៅពេលណា? (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទដែលបានបដិសេធ។ វាអាចមាននៅលើកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតជូនដំណឹង NOA របស់អ្នក)

ហេតុអ្វីបានជាមានបណ្តឹងតវ៉ានេះ? (បញ្ជាក់មូលហេតុដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក)

សូមបញ្ជាក់កំណត់ត្រាណាមួយដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ៖ (ដូចជា៖ ច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបថកក់រស្មីអ៊ុច)

តើអ្នកបានសាកល្បងអ្វីផ្សេងទៀត (ថ្នាំ/វិធីព្យាបាល) ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

តើអ្នកនឹងត្រូវការជំនួយភាសាដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ភាសា៖ \_\_\_\_\_

**សិទ្ធិរបស់អ្នក**

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") នឹងធ្វើមកខ្លួនរង់ចាំសម្រាប់សមាជិកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ានេះ។

- ការសហការរបស់ខ្ញុំមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកខ្លួនចេញពីការចុះឈ្មោះ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទាក់ទងក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង។  
ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានសវនាការយុត្តិធម៌របស់រដ្ឋ (សម្រាប់តែសមាជិក Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)។

ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

**ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Health Plan ទទួលបាន៖ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ កំណត់ត្រាបណ្តឹងទាមទារសំណង ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត។ កំណត់ត្រាទាំងនេះនឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ។**

ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

តើអ្នកចង់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជូនអ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស"៖ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ  
\_\_\_\_\_ (បញ្ជីឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត  
) ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជំនួសខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

តើមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស"៖

ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_ ទំនាក់ទំនង \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_ ទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_