

ឈ្មោះសមាជិក _____

នាមត្រកូល _____

នាមខ្លួន _____

អក្សរសង្ខេបឈ្មោះ
កណ្តាល _____

អាសយដ្ឋានសមាជិក _____ ទូរសព្ទ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

លេខសម្គាល់ (ID) សមាជិក# _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ភេទ _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម _____

ពាក្យបណ្តឹង

តើបញ្ហានេះកើតឡើងនៅឯណា? (ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ
ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬទីតាំងផ្សេងទៀត)

តើបញ្ហានេះកើតឡើងនៅពេលណា? (រួមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

តើមាននរណាខ្លះដែលពាក់ព័ន្ធ?

សូមពណ៌នាអំពីអ្វីដែលបានកើតឡើង៖ (ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម
បើចាំបាច់)

តើអ្នកបានព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហានេះដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

តើអ្នកចង់ឱ្យមានការដោះស្រាយបែបណាទៅលើបញ្ហានេះ?

តើអ្នកនឹងត្រូវការជំនួយភាសាដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ភាសា៖ _____

តើអ្នកមានឧបសគ្គខាងផ្នែករាងកាយ ឬឧបសគ្គផ្សេងទៀត
ដែលអាចរារាំងអ្នកមិនឱ្យចូលរួមការប្រជុំដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុ
ក្ខន្ធដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

ខ្ញុំដឹង និងយល់ថា គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") នឹងដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

ខ្ញុំដឹង និងយល់ថាជំនួយរបស់ខ្ញុំគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការធ្វើដូច្នេះអាចប៉ះពាល់ដល់បណ្តឹងសារទុក្ខរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំដឹង និងយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិ៖

- លុបការចុះឈ្មោះ
- ទាក់ទងក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)
- ដាក់ពាក្យស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌របស់រដ្ឋ (សម្រាប់តែសមាជិក Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)។

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យ Health Plan ទទួលបានព័ត៌មានខាងក្រោម ដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុក្ខជំនួសខ្ញុំ៖

- កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
- កំណត់ត្រាបណ្តឹងទាមទារសំណង
- ទិន្នន័យផ្សេងទៀតដែលត្រូវការដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

តើមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស"៖

ឈ្មោះ _____ ទំនាក់ទំនង _____

អាសយដ្ឋាន _____ ទូរសព្ទ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____