



ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិនតាមរយៈលេខ **1-888-936-7526 (TTY 711)** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយណាមួយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខពេលមានអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលយូរជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួង ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យមើលអព្យាក្រឹកលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងវិវាទនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងត្រីមាស ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃផងដែរ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកខ្សោយការស្តាប់ និងនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យស្នើសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

ដោយអនុលោមតាមក្រមស្តីពីសុខភាព និងសុវត្ថិភាព ផ្នែក 1367.043 និងការណែនាំពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង និងក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព Health Plan បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្លួនដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងសាទុក្ខ ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកត្រូវបានគេប្រព្រឹត្តមកលើតាមរបៀបដែលមិនបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័ររបស់អ្នកដោយបុគ្គលិក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់ Health Plan ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបដិសេធពីតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការបញ្ជាក់យេនឌ័រ ឬការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលអ្នកប្តូរភេទ។ Health Plan ប្តេជ្ញាផ្តល់ការថែទាំប្រកបដោយការគោរព ការរួមបញ្ចូល និងសមធម៌ដល់រាល់សមាជិកទាំងអស់។ មតិរបស់អ្នកមានសារៈសំខាន់ ហើយយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកចែករំលែកក្តីកង្វល់របស់អ្នកដើម្បីឱ្យយើងអាចបន្តកែលម្អការថែទាំ និងសេវាកម្មដែលយើងផ្តល់ជូន។



ឈ្មោះសមាជិក _____
នាមត្រកូល _____ នាមខ្លួន _____ អក្សរសង្ខេបឈ្មោះកណ្តាល _____
អាសយដ្ឋានសមាជិក _____ ទូរសព្ទ _____
ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____
លេខសម្គាល់ (ID) សមាជិក# _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ភេទ _____
ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម _____

បណ្តឹងតវ៉ា

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

តើវាត្រូវបានបដិសេធនៅពេលណា? (បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទដែលបានបដិសេធ។
វាអាចមាននៅលើកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតជូនដំណឹង NOA របស់អ្នក)

ហេតុអ្វីបានជាមានបណ្តឹងតវ៉ានេះ? (បញ្ជាក់មូលហេតុដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក)

សូមបញ្ជាក់កំណត់ត្រាណាមួយដែលផ្ទុយជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ៖ (ដូចជា៖
ច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបថកក់ស្តីអ៊ុច)

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

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

តើអ្នកនឹងឆ្លើយតបនូវសំណួរដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ



សិទ្ធិរបស់អ្នក

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") នឹងធ្វើមកខ្លួនរង់ចាំស្រាយបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 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 _____

សិទ្ធិរបស់អ្នក
ក្រោមការថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង Medi-Cal

ប្រសិនបើអ្នកនៅតែមិនយល់ព្រមជាមួយការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកអាច៖

- ស្នើសុំការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ហើយអ្នកពិនិត្យមើលខាងក្រៅដែលមិនទាក់ទងជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកនឹងពិនិត្យមើលករណីអ្នក។
- ស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ ហើយចៅក្រមនឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក។

អ្នកអាចស្នើសុំទាំងការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ និងសវនាការរដ្ឋក្នុងក្នុងពេលតែមួយ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំបណ្តឹងមួយសិន ដើម្បីមើលថាតើបណ្តឹងនោះអាចនឹងដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបានជាមុនសិនដែរឬអត់។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យជាមុនសិន ប៉ុន្តែមិនយល់ព្រមជាមួយការសម្រេចចិត្ត អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋពេលក្រោយបាន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋជាមុនសិន ហើយសវនាការរដ្ឋបានកើតឡើងរួចហើយ នោះអ្នកមិនអាចស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបានទេ។ ក្នុងករណីនេះ សវនាការរដ្ឋមានសិទ្ធិសម្រេចចុងក្រោយ។

អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ឬសវនាការរដ្ឋទេ។

ការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃ គិតពីកាលបរិច្ឆេទចេញលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ក្នុងខណ្ឌខាងក្រោមផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។¹ ចំណាំថាពាក្យ "បណ្តឹងសារទុក្ខ" កំពុងនិយាយអំពីទាំង "បណ្តឹង" និង "បណ្តឹងតវ៉ា"។

"ក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិនតាមរយៈលេខ **(1-888-936-7526)** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ឬឧបាស្រ័យដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសារទុក្ខពេលមានអាសន្ន បណ្តឹងសារទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួង ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យមើលអព្យាក្រឹតលើការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់

¹ ផ្នែក 1368.02(b) នៃក្រមសុខភាព និងសុវត្ថិភាព (HSC)។ ក្រមសុខភាព និងសុវត្ថិភាពអាចស្វែងរកបានតាមរយៈ៖ <http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>។

ការព្យាបាលដែលជាការពិសោធន៍ ឬការស្រាវជ្រាវតាមធម្មជាតិ និងវិវាទការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា វេជ្ជសាស្ត្រអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែ ទូរសព្ទ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ និងការនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmh.ca.gov មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹង ពាក្យស្នើសុំ ការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ និងការណែនាំតាមអនឡាញ"

សវនាការរដ្ឋ

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានសវនាការរដ្ឋ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃ គិតចាប់ពី កាលបរិច្ឆេទចេញលិខិតសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ទោះជាយ៉ាងណា ក៏ដោយ ប្រសិនបើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកបានបន្តផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មដែលមាន វិវាទ (ជំនួយមានសំណងដែលកំពុងរង់ចាំ) ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់គម្រោង សុខភាព ហើយអ្នកចង់ឱ្យសេវាកម្មនោះបន្តរហូតទាល់តែមានការសម្រេចចិត្តលើសវនាការរដ្ឋ របស់អ្នក អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការរដ្ឋក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃក្រោយចេញលិខិតជូនដំណឹងអំពី ដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ទោះបីជាគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវជំនួយ មានសំណងដែលកំពុងរង់ចាំនៅពេលដែលអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋតាមរបៀបនេះក៏ដោយ អ្នក ក៏ត្រូវតែជូនដំណឹងដល់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកថាអ្នកចង់ទទួលបានជំនួយមានសំណងដែល កំពុងរង់ចាំរហូតទាល់តែសវនាការរដ្ឋរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេច។ អ្នកក៏ត្រូវទាក់ទងគម្រោង Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច តាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-936-PLAN (7526)**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ ឬនិយាយបានច្បាស់ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **711 (TTY)**។

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- តាមអនឡាញតាមរយៈ www.cdss.ca.gov
- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-743-8525**។ លេខនេះអាចជាប់រវល់ខ្លាំងណាស់។ អ្នកអាចទទួលបានសារឱ្យហៅត្រឡប់មកវិញពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាច និយាយ ឬស្តាប់បានច្បាស់ សូមហៅទូរសព្ទទៅ TTY/TDD **1-800-952-8349**។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទសវនាការរដ្ឋ ឬសរសេរសំបុត្រ។ ផ្ញើតាម ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារទៅ៖

ប្រៃសណីយ៍៖ ក្រសួងសេវាសង្គមរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា
ផ្នែកសវនាការរដ្ឋ
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

ទូរសារ៖ **1-916-309-3487** ឬទូរសារឥតគិតថ្លៃតាមរយៈ **1-833-281-0903**

ទម្រង់បែបបទសវនាការរដ្ឋត្រូវបានរួមបញ្ចូលជាមួយលិខិតនេះ។ ត្រូវប្រាកដថារួមបញ្ចូល ឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ លេខសន្តិសុខសង្គមនិង/ឬលេខ CIN និង ហេតុផលដែលអ្នកចង់បានសវនាការរដ្ឋ។ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកស្នើសុំ សវនាការរដ្ឋ បញ្ចូលឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់គាត់ទៅក្នុងទម្រង់បែបបទ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមជូនដំណឹងដល់ផ្នែកសវនាការរដ្ឋថាអ្នក
និយាយភាសាអ្វី។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកបកប្រែទេ។ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋ
នឹងរកអ្នកបកប្រែឱ្យអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាពផ្នែកសវនាការរដ្ឋអាចទទួល
បានការសម្របសម្រួលពិសេសគតិកិច្ច ដើម្បីជួយអ្នកចូលរួមក្នុងសវនាការ។ សូម
រួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីពិការភាពរបស់អ្នក និងការសម្របសម្រួលដែលអ្នកត្រូវការ។

បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ សកម្មភាពនេះអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 90 ថ្ងៃ ដើម្បី
សម្រេចចិត្តលើករណីរបស់អ្នក និងធ្វើចម្លើយមកអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាការរង់ចាំយូរបែប
នោះនឹងធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចមានលទ្ធភាពទទួលបាន
ចម្លើយក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។ ស្នើសុំឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកសរសេរលិខិតឱ្យ
អ្នក។ លិខិតត្រូវតែពន្យល់យ៉ាងលម្អិតអំពីរបៀបដែលការរង់ចាំរហូតដល់ 90 ថ្ងៃក្នុងការសម្រេច
លើករណីរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុង
ការទទួលបាន រក្សា ឬ

ទទួលបានមុខងារអតិបរមាវិញ។ បន្ទាប់មក ត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកស្នើសុំសវនាការរហ័ស
និងផ្តល់លិខិតជាមួយនឹងការស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់សវនាការ។

អ្នកអាចនិយាយនៅសវនាការរដ្ឋដោយខ្លួនឯង។ ឬនរណាម្នាក់ដូចជាសាច់ញាតិ មិត្តភក្តិ
ស្នាម វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមេធាវីអាចតំណាងឱ្យអ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលផ្សេងទៀត
តំណាងឱ្យអ្នក នោះអ្នកត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ផ្នែកសវនាការរដ្ឋថាបុគ្គលនោះត្រូវបានអនុញ្ញាត
ឱ្យតំណាងឱ្យអ្នក។ បុគ្គលនេះត្រូវបានហៅថាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។

ជំនួយផ្នែកច្បាប់

អ្នកអាចមានលទ្ធភាពទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅ
Consumer Complaint and Protection Coordinators តាមរយៈលេខ **1-800-952-5210**។
អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសង្គមជំនួយស្របច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់អ្នកតាមរយៈលេខ
1-888-804-3536។