Health Plan of San Joaquin

Mountain Valley Health Plan

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់សមាជិក

ក្រសួងថែទាំ សុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California
ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំ សុខភាព។
ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខ ប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាព
របស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុន
សិនតាមរយៈលេខ **1-888-936-7526 (TTY 711)** ហើយប្រើ
ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខ របស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹង
ទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិ ធីបណ្តឹងសាទុក្ខ នេះ
មិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះ
ស្រាយណាមួ យដែលអាចមានសម្រាប់អ្ន កនោះទេ។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខ ពេល
មានអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខ ដែល មិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ា ង
គាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខ ដែល
នៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលយូរជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាច
ទូរសព្ទទៅក្រសួង ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិ
ទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។
ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
ឯករាជ្យ (IMR) ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យមើលអ
ព្យាក្រឹតលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយ
គម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេ
វាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ការសម្រេចចិត្តអំពីការធានា
រ៉ា ប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខ ណៈជាការពិសោធ
ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងវិ វាទនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជ
សាស្ត្រក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬបន្ទា ន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិ
តថ្លៃផងដែរ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរសព្ទ

DUALMBRAPPLFRMLP10012025K

Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

ទម្រង់បែបបទបណ្ដឹងតវ៉ាសម្រាប់សមាជិក

TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកខ្សោយការស្ដាប់ និងនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទនៃបណ្ដឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យស្នើសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

ដោយអនុលោមតាមក្រមស្ដីពីសុខភាព និងសុវត្ថិភាព ផ្នែក 1367.043 និងការណែនាំពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង និងក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព Health Plan បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទម្រង់បែបបទនៃបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់ខ្លួនដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។ អ្នកមានសិទ្ធិប្ដឹងសាទុក្ខ ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកត្រូវបានគេប្រព្រឹត្តមកលើតាមរបៀបដែលមិនបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័ររបស់អ្នកដោយបុគ្គលិក ឬអ្នកផ្ដល់សេវារបស់ Health Plan ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបដិសេធពីតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តការបញ្ជាក់យេនឌ័រ ឬការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលអ្នកប្លែងភេទ។ Health Plan ប្ដេជ្ញាផ្ដល់ការថែទាំប្រកបដោយការគោរព ការរួមបញ្ចូល និងសមធម៌ដល់រាល់សមាជិកទាំងអស់។ មតិរបស់អ្នកមានសារៈសំខាន់ ហើយយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកចែករំលែកក្ដីកង្វល់របស់អ្នក ដើម្បីឱ្យយើងអាចបន្តកែលម្អការថែទាំ និងសេវាកម្មដែលយើងផ្ដល់ជូន។

ទម្រង់បែបបទបណ្ដឹងតវ៉ាសម្រាប់សមាជិក

ឈ្មោះសមាជិក ________________ ________________ ________________

នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | អក្សរសង្ខេបឈ្មោះកណ្ដាល

អាសយដ្ឋានសមាជិក ______________________ ទូរសព្ទ ______________

ទីក្រុង ______________________ រដ្ឋ _______ លេខកូដតំបន់ _________

លេខសម្គាល់ (ID) សមាជិក# _________________________________

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ______________________ ភេទ ________________

ឈ្មោះអ្នកផ្ដល់សេវាថែទាំបឋម _________________________________

បណ្ដឹងតវ៉ា

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

តើវាត្រូវបានបដិសេធនៅពេលណា?
(បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទដែលបានបដិសេធ។ វាអាចមាននៅលើកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតជូនដំណឹង NOA របស់អ្នក)

Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

ទម្រង់បែបបទបណ្ដឹងតវ៉ាសម្រាប់សមាជិក

ហេតុអ្វីបានជាមានបណ្ដឹងតវ៉ានេះ?
(បញ្ជាក់មូលហេតុដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក)

សូមបញ្ជាក់កំណត់ត្រាណាមួយដែលផ្ញើមកជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ៖ (ដូចជា៖ ច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬរូបថតកាំរស្មីអ៊ិច)

តើអ្នកបានសាកល្បងអ្វីផ្សេងទៀត (ថ្នាំ/វិធីព្យាបាល) ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

តើអ្នកនឹងត្រូវការជំនួយភាសាដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ភាសា៖ ______________________

ទម្រង់បែបបទបណ្ដឹងតវ៉ាសម្រាប់សមាជិក

សិទ្ធិរបស់អ្នក

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan (“Health Plan”) នឹងផ្ញើមកខ្ញុំនូវដំណោះស្រាយបណ្ដឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានបណ្ដឹងតវ៉ានេះ។

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

ហត្ថលេខា ______________________________ កាលបរិច្ឆេទ ______________

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Health Plan ទទួលបាន៖ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ កំណត់ត្រាបណ្ដឹងទាមទារសំណង ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត។ កំណត់ត្រាទាំងនេះនឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់បណ្ដឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា ______________________________ កាលបរិច្ឆេទ ______________

តើអ្នកចង់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាជូនអ្នកដែរឬទេ?
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស"៖
ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ
____ (បញ្ជីឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត) ដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាជំនួសខ្ញុំ។

Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

ទម្រង់បែបបទបណ្ដឹងតវ៉ាសម្រាប់សមាជិក

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។ កថាខណ្ឌខាងក្រោមផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។[1] ចំណាំថាពាក្យ "បណ្តឹងសារទុក្ខ" កំពុងនិយាយអំពីទាំង "បណ្តឹង" និង "បណ្តឹងតវ៉ា"។

"ក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាព

---

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

របស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិនតាមរយៈលេខ **(1-888-936-7526)** ហើយប្រើដំណើរការបណ្ដឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្ដឹងសារទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬឧបាស្រ័យដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្ដឹងសារទុក្ខពេលមានអាសន្ន បណ្ដឹងសារទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្ដឹងសារទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួង ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដំណើរការ IMR នឹងផ្ដល់ការពិនិត្យមើលអព្យាក្រឹតលើការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលជាការពិសោធ ឬការស្រាវជ្រាវតាមជម្ងជាតិ និងវិវាទ

ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ និងការនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹង ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ និងការណែនាំតាមអនឡាញ"

សវនាការរដ្ឋ

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានសវនាការរដ្ឋ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញលិខិតសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកបានបន្តផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មដែលមានវិវាទ (ជំនួយមានសំណងដែលកំពុងរង់ចាំ) ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់គម្រោងសុខភាព ហើយអ្នកចង់ឱ្យសេវាកម្មនោះបន្តរហូតទាល់មានការសម្រេចចិត្តលើសវនាការរដ្ឋរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការរដ្ឋក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃក្រោយចេញលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ទោះបីជាគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវជំនួយមាន

សំណងដែលកំពុងរង់ចាំនៅពេលដែលអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋតាមរបៀបនេះក៏ដោយ អ្នកគួរតែជូនដំណឹងដល់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកថាអ្នកចង់ទទួលបានជំនួយមានសំណងដែលកំពុងរង់ចាំហូតទាល់តែសវនាការរដ្ឋរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេច។ អ្នកគួរតែទាក់ទងគម្រោង 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។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានច្បាស់ សូមហៅទូរសព្ទទៅ TTY/TDD **1-800-952-8349**។

- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទសវនាការរដ្ឋ ឬសរសេរសំបុត្រ។ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ 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។ ត្រូវប្រាកដថារួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ លេខសន្តិសុខសង្គម និង/ឬលេខ CIN និងហេតុផលដែលអ្នកចង់បានសវនាការរដ្ឋ។ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ បញ្ចូលឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់គាត់ទៅក្នុងទម្រង់បែបបទ ឬលិខិត។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមជូនដំណឹងដល់ផ្នែកសវនាការរដ្ឋថាអ្នកនិយាយភាសាអ្វី។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកបកប្រែ

ទេ។ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរកអ្នកបកប្រែឱ្យអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាពផ្នែកសវនាការរដ្ឋអាចទទួលបានការសម្របសម្រួលពិសេសឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយអ្នកចូលរួមក្នុងសវនាការ។ សូមរួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីពិការភាពរបស់អ្នក និងការសម្របសម្រួលដែលអ្នកត្រូវការ។

បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ សកម្មភាពនេះអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 90 ថ្ងៃ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើករណីរបស់អ្នក និងផ្ញើចម្លើយមកអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាការរង់ចាំយូរបែបនោះនឹងធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចមានលទ្ធភាពទទួលបានចម្លើយក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។ ស្នើសុំឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកសរសេរលិខិតឱ្យអ្នក។ លិខិតត្រូវតែពន្យល់យ៉ាងលម្អិតអំពីរបៀបដែលការរង់ចាំរហូតដល់ 90 ថ្ងៃក្នុងការសម្រេចលើករណីរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបាន រក្សា ឬទទួលបានមុខងារអតិបរមាវិញ។ បន្ទាប់មក ត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកស្នើសុំសវនាការរហ័ស និងផ្តល់លិខិតជាមួយនឹងការស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់សវនាការ។

អ្នកអាចនិយាយនៅសវនាការរដ្ឋដោយខ្លួនឯង។ ឬនរណាម្នាក់ដូចជាសាច់ញាតិ មិត្តភក្តិ ស្មាក្តី វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមេធាវីអាចតំណាងឱ្យអ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលផ្សេងទៀតតំណាងឱ្យអ្នក នោះអ្នកត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ផ្នែកសវនាការរដ្ឋថាបុគ្គលនោះត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យតំណាងឱ្យអ្នក។ បុគ្គលនេះត្រូវបានហៅថាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។

ជំនួយផ្នែកច្បាប់

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