

សន្លឹកព័ត៌មានលម្អិត - ការចំណាយការថែទាំសុខភាពដែលគ្មានធានារ៉ាប់រង
Detail Sheet – Uninsured Health Care Expenses

ការណែនាំ (សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន)

- ប្រើ *សន្លឹកព័ត៌មានលម្អិត* ដោយឡែកសម្រាប់ឪពុកម្តាយនីមួយៗដែលអ្នកជាអ្នកកំពុងស្នើសុំសំណង។ រាយការចំណាយនៃកូនរបស់ឪពុកម្តាយនោះលើបែបបទ។ រាយធានារ៉ាប់រងសុខភាពកម្រិតខ្ពស់ដោយឡែកក្នុងផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់វេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងមាត់ធ្មេញដែលចង្អុលបង្ហាញ។
- ប្រសិនបើអ្នកទំព័រនៃមូលបត្របែបបទនេះមិនពេលអ្នកចាប់ផ្តើម ឬទាញយកបែបបទពីគេហទំព័រ DCS នៅ <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms>
- លើកលែងតែហត្ថលេខារបស់អ្នក ចោះពុម្ពចម្លើយទាំងអស់ជាមួយទឹកថ្នាំពណ៌ខៀវ ឬខ្មៅប៉ុណ្ណោះ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញសម្រាប់ផ្លូវឈរខាងក្រោម។ បញ្ចូលសរុបសម្រាប់ផ្លូវឈរនីមួយៗដែលបានបង្ហាញ។
- រាយការចំណាយនៅក្នុងបញ្ហាសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួល (ពិការលម្អិតចាស់បំផុតទៅកាលបរិច្ឆេទថ្មីបំផុត)។
- អ្នកត្រូវតែដាក់ស្នើកំណត់ត្រាដើម្បីគាំទ្រការទាមទារនីមួយៗ (វិក្កយបត្រ បង្កាន់ដៃ ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOBs) សែកដែលបានបោះបង់ជាដើម)។ ដើម្បីពន្លឿនដំណើរការ សូមដាក់លេខលើកសារនីមួយៗលើផ្ទៃខាងលើស្តាំជាមួយនិងលេខចំណាយ និងបង្កាន់ដៃដូចគ្នាដូចការចំណាយដែលរាយលើទំព័រទី 2 ។ កុំប្រើប៊ិចតូស៊ីតលើកំណត់ត្រាណាមួយ។ វាអាចធ្វើឱ្យឯកសារអានមិនបាន។
- ប្រសិនបើស្នើសុំសំណងសម្រាប់ការចំណាយដ៏មួយ ដូចជាពុតធ្មេញ និងកំពុងបង់ប្រាក់ដោយផ្អែកលើកិច្ចសន្យា ឬការព្រមព្រៀង ដាក់ស្នើច្បាប់ចម្លងនៃកិច្ចសន្យា ឬការព្រមព្រៀងការទូទាត់។
- ប្រសិនបើស្នើសុំសំណងធានារ៉ាប់រងកម្រិតខ្ពស់ដែលអ្នកបង់ឱ្យកូនរបស់អ្នក ចំពោះផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃបែបបទនេះ។ អ្នកត្រូវតែជាអ្នកដាវគោលការណ៍ស្នើសុំសំណង។ ប្រសិនបើចំនួនកម្រិតខ្ពស់ត្រូវបានបង្ហាញនៅជួរទី 10.a នៃសន្លឹកកាលវិភាគគាំទ្រកុមារសម្រាប់ឪពុកម្តាយទាំងពីរ អ្នកមិនអាចស្នើសុំសំណងកម្រិតខ្ពស់ទេ។
- បំពេញការប្រកាសផ្នែកទី 3។ ពិនិត្យប្រអប់ដែលបញ្ជាក់ថាអ្នកបានស្នើសុំការទូទាត់ដោយផ្ទាល់ពីឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត ពីព្រោះអ្នកមាន "បញ្ហាហេតុផល" DCS ត្រូវការព័ត៌មាន ប្រសិនបើបញ្ហាត្រូវបានបញ្ចូល ហើយឪពុកម្តាយស្នើសុំសេវាការរដ្ឋបាល។ អ្នកត្រូវតែចុះកាលបរិច្ឆេទ និងហត្ថលេខាដែលបានបង្ហាញ។
- CS និងធ្វើច្បាប់ចម្លងនៃទំព័រទី 2 និង 3 នៃវិក្កយបត្រ បង្កាន់ដៃ EOB និងកំណត់ត្រាការទូទាត់ "សន្លឹកលម្អិត," នេះទៅឪពុកម្តាយដែលទាមទារឱ្យបង់។ លុបព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនទាំងអស់ពីកំណត់ត្រាដែលអ្នកមិនចង់ឱ្យឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតឃើញ។ រក្សាច្បាប់ដើម ឬច្បាប់ចម្លង (ជាមួយព័ត៌មានដែលអាចមើលឃើញ) នៃកំណត់ត្រាសម្រាប់ប្រើនាពេលអនាគត។ នៅពេលដែលអ្នកលុបព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន សូមធ្វើ DCS ទូរច្បាប់ចម្លងជាមួយព័ត៌មានទាំងអស់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់យើង។ ឧទាហរណ៍នៃព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរួមមានអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក លេខទូរសព្ទ លេខសន្តិសុខសង្គម លេខគណនី ឬព័ត៌មានគោលដៅដែលបានបង្ហាញបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសើមដូចលេខវេជ្ជបញ្ជា និងអាត្មាវិនិច្ឆ័យដាក់លាក់។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយដែលបានទាមទារឱ្យបង់	លេខសំណុំរឿង DCS
ឈ្មោះរបស់អ្នក	

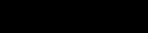
ការចំណាយ និងការទូទាត់

ការចំណាយ និងលេខបង្កាន់ដៃ	ឈ្មោះរបស់កុមារ	កាលបរិច្ឆេទសេវា (កាលបរិច្ឆេទដែលកុមារបានទទួលសេវា ឬកាលបរិច្ឆេទចេញវេជ្ជបញ្ជា)	ចំនួនសរុបនៃការចំណាយ ឬចំនួនសហទូទាត់	ចំនួនសរុបដែលបានបង់ដោយអ្នក	DCS USE (DCS ឬ) DENIAL REASON
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

សរុបរយៈ

\$

\$



ចំនួនឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតបង់ដោយផ្ទាល់មកអ្នកខាងលើការចំណាយការថែទាំសុខភាព ៖

\$

មូលហេតុការបដិសេធការចំណាយ **DCS**

- D1: កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាគឺលើសពី 24 ខែ។
- D2: គ្មានឯកសារបង្ហាញពីការចំណាយនេះ។
- D3: គ្មានភស្តុតាងនៃការទូទាត់សម្រាប់ការចំណាយនេះ។
- D4: មិនមែនជាការចំណាយដែលមានសិទ្ធិ (ឧទា មិនបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យ ថ្ងៃសេវាយើត)
- D5: គ្មានបញ្ជាគាំទ្រគ្របដណ្តប់កាលបរិច្ឆេទនៃសេវានេះ។
- D6: ភាគីផ្សេងទៀតបានបង់ចំណែកនៃការចំណាយនេះរួចហើយ។
- D7: អ្នកមិនមែនជាអ្នកដារគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង។
- D8: ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតកំពុងផ្តល់ធានារ៉ាប់រងដូចមិនមានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងចំណែកនៃការទូទាត់កម្រិតខ្ពស់របស់អ្នក។
- D9: ចំនួនកម្រិតខ្ពស់មួយសម្រាប់ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតត្រូវបានបង្ហាញលើជូរទី 10.a. នៃសន្ធិកិច្ចការកាលវិភាគគាំទ្រកុមារ។
- D10: ផ្សេងទៀត

ផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ខ្ញុំកំពុងស្នើសុំសំណងនៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពកម្រិតខ្ពស់។ ខ្ញុំបានរាយការណ៍មានធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬមាត់ធ្មេញសម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ។ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនរបស់ខ្ញុំ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទ ID សមាជិករបស់ខ្ញុំ និងលេខក្រុមរបស់ខ្ញុំដូចបានបង្ហាញលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទធានារ៉ាប់រងបានចាប់ផ្តើម
---------------	------------------------------------

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ

លេខទូរស័ព្ទ ()	ID សមាជិក	លេខក្រុម
--------------------	-----------	----------

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមាត់ធ្មេញ

លេខទូរស័ព្ទ ()	ID សមាជិក	លេខក្រុម
--------------------	-----------	----------

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពកម្រិតខ្ពស់

ឈ្មោះរបស់កុមារ	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	រយៈពេលធានារ៉ាប់រង ខែ/ឆ្នាំទៅ ខែ/ឆ្នាំ	តម្លៃក្នុងមួយខែសម្រាប់កុមារ ប្រើប្រាស់	ចំនួនសរុបដែលបានបង់ដោយអ្នក	<u>DCS USE</u> (DCS ប្រើ) DENIAL REASON

ចំនួនដែលខិតខំប្រយោជន៍ដោយផ្ទាល់ដល់អ្នកសម្រាប់ការចំណាយការថែទាំសុខភាពខាងលើ៖ **\$**

ផ្នែកសេចក្តីប្រកាស

ខ្ញុំមិនបានទទួលការទូទាត់ណាមួយសម្រាប់ការចំណាយផ្សេងក្រៅពីអ្វីដែលបានបង្ហាញលើទំព័រទី 2 ។ ពិនិត្យប្រអប់មួយខាងក្រោម។

- ខ្ញុំបានស្នើការទូទាត់ដោយផ្ទាល់ពីខិតខំប្រយោជន៍សម្រាប់ការចំណាយទាំងនេះ។
 - ខ្ញុំមាន “បុព្វហេតុល្អ” សម្រាប់ការមិនស្នើការទូទាត់ដោយផ្ទាល់ពីខិតខំប្រយោជន៍សម្រាប់ការចំណាយទាំងនេះ។
- ខ្ញុំប្រកាស ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ថាអ្វីដែលបានរៀបរាប់ខាងលើពិត និងត្រឹមត្រូវ។

បានចុះហត្ថលេខានៅ (ទីក្រុង/រដ្ឋ)	កាលបរិច្ឆេទ
---------------------------------	-------------

ហត្ថលេខារបស់អ្នក	ឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព
------------------	---------------------------

គ្មានបុគ្គលណាមួយបោះតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ជំនឿ សាសនា ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនិងត្រូវរើសអើងប្រឆាំងនឹងការងារ សេវា ឬទិដ្ឋភាពណាមួយនៃសកម្មភាពកម្មវិធី។ បែបបទនេះគឺអាចរកបានតាមបែបបទជំនួសតាមការស្នើសុំ។