

ការពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញ Eligibility Review

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន ឬ បំពេញទម្រង់នេះ, សូមសួរមកកាន់ពួកយើង។

រក្សាទុកទម្រង់នេះសំរាប់ធ្វើជាឯកសារសំគាល់។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ ឬ ម្ហូបអាហារដោយរបៀបណា?

- អ្នកអាចចាប់ផ្តើម ដំណើរការស្វែងរកដោយបញ្ជូនពាក្យសុំនេះទៅការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍។ វាត្រូវតែមានឈ្មោះ, អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក ឬហត្ថលេខាអ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិរបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឯទៀតនេះ ទោះបីជាវាមានតែចំណុចទាំងបីនេះក៏ដោយ ។
អ្នកអាចទទួលបានគុបយោជន៍ច្រើនទៀត រឺទទួលបានវាជាប់ជាមួយប្រាក់សុំរបស់អ្នកមកដោយយើង និង ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងបានសួរមកកាន់តែឆាប់កាន់តែលឿន។
អ្នកអាចយកពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់ ឬទូរសារទៅលេខ 1-888-338-7410 រឺ មើល www.dshs.wa.gov សំរាប់ទឹកភ្លៀង។
ដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅក្នុងសំបុត្រដូចខាងក្រោម :

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំតាមរយៈអ៊ិនធើណែតដោយទៅកាន់គេហទំព័រ: www.washingtonconnection.org
ទម្រង់ពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញនេះ អាចប្រើប្រាស់បានសំរាប់តែធ្វើការធានារ៉ាប់រងសារឡើងវិញសំរាប់កម្មវិធី សុខភាពផ្ទៃក្នុងមេរោគស៊ីនតេន ដែលបានដាក់នៅក្នុងទម្រង់នេះ។ សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្សេងទៀត អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យតាមអ៊ិនធើណែតតាមរយៈគេហទំព័រ www.wahealthplanfinder.org, រឺដោយទូរស័ព្ទទៅ 1-855-923-4633, រឺ ប្រើពាក្យសុំ ៖ ដរ សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព (HCA 18-001)។

តើខ្ញុំអាចនឹងទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ បានឆាប់ក៏រឺតណា?

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារភ្លាមៗនោះ, បំពេញចាប់ពីស្តង់ដារទី ១ ដល់ ទី ១៤ និង យកទម្រង់នេះទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់របស់អ្នក។

- យើងធ្វើការសំរេចបើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ ក្នុងកំឡុងពេល ៧ ថ្ងៃ បើសិនជាអ្នកបង្ហាញភស្តុតាងអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និង ជួបនឹងវិន័យមានសិទ្ធិទទួលបាន ។
យើងចេញគុបយោជន៍ដោយបន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលយើងសំរេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។
ជំនួយម្ហូបអាហារតាមធម្មតាចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។
ជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធតាមធម្មតាចាប់ផ្តើម ពីថ្ងៃដែលយើងមានព័ត៌មានទាំងឡាយណាដើម្បីសំរេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។
ពួកយើងត្រូវតែសម្រេចបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នក ។
បើអ្នកកំពុងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកពីស្ថាប័នកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមគឺជាស្ថាប័នកាលបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញរបស់អ្នក ។

បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយម្ហូបអាហារ និងកម្មវិធីផ្សេងទៀត ៖

ពួកយើងត្រូវតែធ្វើតាមវិន័យ SNAP សម្រាប់ការអនុវត្តពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ វាប្រាប់បញ្ជូនទាំងការអនុវត្តពាក្យសុំក្នុងរយៈពេលកំណត់ ការចេញសេចក្តីប្រកាសត្រឹមត្រូវ និងការផ្តល់យោបល់ឲ្យអ្នកពិនិត្យដ្ឋបាលរបស់អ្នក ។ ពួកយើងមិនអាចបដិសេធជំនួយម្ហូបអាហាររបស់អ្នកដោយគ្រាន់តែពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្សេងត្រូវបានបដិសេធទេ ។

សិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋ

យោងតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងបទបញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយសិទ្ធិស៊ីវិលក្រសួងសកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់ពីការរើសអើងដោយផ្អែកលើភេទសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត សាសនា ភេទ (រួមទាំងកំណត់អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងតម្រង់ទិសស្នូរភេទ) ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការសងសឹក ឬផ្ទាល់តបចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុន។

ព័ត៌មានរបស់កម្មវិធីអាចធ្វើឱ្យមាននៅក្នុងភាសាផ្សេងពីអង់គ្លេស។ អ្នកដែលមានពិការភាពដែលទាមទារឱ្យបានយល់ទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតសម្រាប់ ព័ត៌មានរបស់កម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្តាប ពុម្ពផ្តិត ខ្សែអាត់សំឡេង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក ជាដើម) គួរតែទាក់ទងភ្នាក់ងារទទួលខុសត្រូវ (រដ្ឋ ឬក្នុងតំបន់) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំអត្តប្រយោជន៍។ អ្នកដែលធ្លាប់ត្រូវបាន ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយអាចទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនសហព័ន្ធនៅលេខ (800) 877-8339។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី ដើមបណ្តឹងត្រូវតែបំពេញបែបបទ AD-3027, បំពេញបែបបទបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA ដែលអាចទទួលបានតាមអន្តរាគមន៍នេះ: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, ពីការិយាល័យ USDA ណាមួយ ដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ (833) 620-1071, ឬដោយសរសេរសំបុត្រដែលមានអាសយដ្ឋានទៅកាន់ USDA។

សំបុត្រនេះត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទរបស់ដើមបណ្តឹង និងសកម្មភាពរើសអើងលម្អិតត្រូវត្រូវដើម្បីជូនដំណឹងជំនួយការរដ្ឋលេខាធិការទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល (ASCR) ដំណើរការ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការរំលោភបំពានសិទ្ធិស៊ីវិលដែលត្រូវបានចោទប្រកាន់។

- 1. សំបុត្រ: Food and Nutrition Services, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria VA 22314;
2. ទូរសារ: (833) 256-1665 ឬ (202) 690-7442; ឬ
3. អ៊ីមែល: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងយោជន៍ និងអ្នកឱ្យខ្ចីស្នើភាពគ្នា ។

**ស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍ និងលេខសន្តិសុខសង្គម**

អ្នកអាចនឹងទទួលបានជំនួយសម្រាប់បុគ្គលខ្លះដែលអ្នករស់នៅជាមួយ ទោះបីជាអ្នករស់នៅជាមួយមិនអាចទទួលបានជំនួយដោយសារតែស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់ មកយើងនូវស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់រាល់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ។ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍និរន្តរ៍សមាជិកគ្រួសារអាចត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ USCIS (ពិមាតស្តាប់ជា INS) ។ ពិមាតស្តាប់ជា USCIS អាចប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបរិមាណផលប្រយោជន៍ ។ ពួកយើងមានធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដែលអាចធានាជនបរទេសខ្លះ ។

ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), អ្នកត្រូវតែផ្តល់មកដោយយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សំរាប់រាល់បុគ្គលដែលរស់នៅជាមួយ ដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ Washington Apple Health, TANF ។ ជំនួយឧបត្ថម្ភមូលហិរញ្ញវត្ថុ យើងក៏អាចត្រូវការ SSN របស់ឪពុកម្តាយ និងប្តីប្រពន្ធ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នកប៉ុន្តែពួកគេមិនដាក់ ពាក្យសុំ។ ពួកយើងមានធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជនខ្លះដែលមិនមាន SSNs ។

**ភាពជាពលរដ្ឋ និងអត្តសញ្ញាណសម្រាប់ Washington Apple Health**

ពលរដ្ឋអាមេរិកត្រូវតែចង្អាញឯកសារពិភាក្សាជាពលរដ្ឋ និងអត្តសញ្ញាណដើម្បីទទួលបាន Washington Apple Health ។ ពួកយើងអាចជួយអ្នកទទួលបានស្តាប់។ បើពួកយើងត្រូវការឯកសារដែល អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់នោះ ពួកយើងនឹងធ្វើ និងបង់ថ្លៃចំណាយនោះ។ ពួកយើងមិនត្រូវការភស្តុតាងសម្រាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារដែលទទួលបាន Medicare, ធានារ៉ាប់រងពិការភាពសន្តិសុខសង្គម (SSDI) ដែលផ្អែកលើការភាពរបស់ពួកគេផ្ទាល់ ឬប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) ។

**ការបង់ប្រាក់ទោសដើម្បីសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងរយៈពេលយូរ**

ក្រោមច្បាប់ការទាញយកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) ទ្រព្យរបស់អ្នកអាចត្រូវការសងចំណាយដែលរដ្ឋបានបង់សម្រាប់ប្រភេទណាមួយនៃ សេវាកម្ម និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ និងរយៈពេលយូរដែលអ្នកបានទទួលក្រោយពីអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ។ មិនមានកម្រិតអាយុទេ បើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មដែលឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋតែប៉ុណ្ណោះ ។ ការទាញ យកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋចាប់ផ្តើមក្រោយពីអ្នកស្លាប់ ។ ការទូទាត់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យក្រោយពីស្លាប់នៃសហព័ន្ធដែលនេះរបស់អ្នក ឬពេលដែលត្រូវបានបង់អ្នកមានអាយុ 21 ឆ្នាំ លុះត្រាតែកុមារពិការភ្នែក /ពិការនោពេលដែលអ្នកស្លាប់ ។ រដ្ឋអាចដាក់សិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលមុនការស្លាប់លើអចលនវត្ថុរបស់អ្នកគ្រប់ពេល បើអ្នករស់នៅក្នុងគេហដ្ឋានថែទាំ និងដូចជាមិនអាចត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញបាន ។ រដ្ឋ អាចប្រមូលសិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលនេះ បើអ្នកលក់ ឬផ្តេរទ្រព្យ ឬក្រោយពីអ្នកស្លាប់ ។ បើអ្នកត្រឡប់ទៅផ្ទះ រដ្ឋសិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលចេញ ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ដែលរាប់បញ្ចូលទាំង បញ្ជីនៃសេវាកម្មដែលអាចទាញយកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋ សូមមើលជំពូក 182-527 WAC ។

**ភាពឯកជន និងជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ និងម្ហូបអាហាររបស់អ្នក**

ច្បាប់អាហារ និងសារធាតុចិញ្ចឹមឆ្នាំ2008 អនុញ្ញាតអោយពួកយើងប្រមូលព័ត៌មានដែលពួកយើងស្នើសុំពីការស្រុតចិត្ត ទោះបីជាយ៉ាងណា ការមិនផ្តល់ ព័ត៌មានដោយគ្មានហេតុផលសមរម្យ អាចបង្កឱ្យមានការបដិសេធនៃផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន ។ ពួកយើងបញ្ជាក់ព័ត៌មានខ្លះជាមួយកម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់របស់កំពូទ័រ ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ និងប្រព័ន្ធបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបាន (IEVS) ។

យើងរៀបចំព័ត៌មាននេះដើម្បី៖	យើងអាចអោយព័ត៌មាននេះទៅកាន់៖
<ul style="list-style-type: none"> <li>សំរេចថាអ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់យើង។</li> <li>ប្រមូលប្រាក់បង់ហួសកំណត់នៃ ជំនួយឧបត្ថម្ភមូលហិរញ្ញវត្ថុ</li> <li>គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង</li> <li>ប្រកដោយច្បាស់ថាយើងគោរពតាមច្បាប់កំណត់</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ភ្នាក់ងារ រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ សំរាប់ការប្រើប្រាស់ផ្លូវការ</li> <li>ភ្នាក់ងារច្បាប់បង្ខំដោយមាន ដើម្បីតាមចាប់ផ្តន្តដែលជាប់បទឧក្រិដ្ឋមិនគោរពតាមច្បាប់។</li> <li>ភ្នាក់ងារប្រមូលយកដោយសំងាត់ ដើម្បីប្រមូលយកការបង់ប្រាក់ហួសកំណត់លើជំនួយឧបត្ថម្ភមូលហិរញ្ញវត្ថុ</li> </ul>

ព័ត៌មានដែលបានរាយការណ៍ដល់ក្រសួងសេវាកម្មសង្គម និងសុខាភិបាលអាចប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដែលចាត់ចែងដោយអាជ្ញាធរ ថែទាំសុខភាព និងការផ្លាស់ប្តូរផលប្រយោជន៍សុខភាព

**ការប្រាប់អោយដឹងជាមុនពីការពិន័យជំនួយឧបត្ថម្ភមូលហិរញ្ញវត្ថុ**

ពួកយើងបញ្ជាក់ជាមួយភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថាព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រឹមត្រូវ ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអាចមិនទទួលបានជំនួយអាហារ ។ សមាជិកទាំងឡាយដែលមានចំណងធ្វើខុសរឺងាយ៖

- កាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបានផ្សេងទៀត ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ផាកពិន័យដល់ \$250,000 ។
- ជាប់ពន្ធនាគារដល់ 20 ឆ្នាំ ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP សម្រាប់រយៈពេល 18 ខែបន្ថែម បើគុណការបង្គាប់បញ្ជា ។

បើគុណការរកឃើញអ្នកមានកំហុសនៃ៖

ការទទួលបានផលប្រយោជន៍ក្នុងការទិញដូរ ដែលរួមមាន៖	អ្នកអាច៖
• ការលក់សារធាតុគ្រប់គ្រង .....	មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ពីពិរដ្ឋាដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
• ការលក់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ.....	មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
• ការរត់ពន្ធផលប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមបញ្ចូលគ្នា .....	មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
• ការបោកបន្លំកន្លែងស្នាក់នៅ ឬអត្តសញ្ញាណ .....	មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។



ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន
<p>18. ជីវប្រវត្តិកុលសម្ព័ន្ធរបស់ខ្ញុំគឺ ជនជាតិដើមអេស្បាញ វិ អាមេរិកឡាទីន : <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ព័ត៌មានជីវប្រវត្តិពូជអម្បូរ និងកុលសម្ព័ន្ធ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបរិយាមណ្ឌលប្រយោជន៍ទេ ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រើដើម្បីធានាភារកិច្ចដែលប្រយោជន៍ត្រូវបានបែងចែកដោយមិនគិតពីជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឬសញ្ជាតិដើម ។ សម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភមូលហេតុ, USDA ស្នើអោយយើងខ្ញុំឆ្លើយចំពោះអ្នកបើសិនជាព័ត៌មាននេះមិនបានផ្តល់ដោយទេ។ ឧទាហរណ៍ ពូជអម្បូរ: ស្បែកស, ស្បែកខ្មៅ វិ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ, អាស៊ី, ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ, ជននេរលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិក, អាមេរិកអឺរ៉ុប, ជនជាតិដើមអាហ្វ្រិក, វិ សាសន៍ណាមួយ។</p>		
<b>I. ព័ត៌មានទូទៅ</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃកន្លងមក ខ្ញុំបានទទួលបាន ប្រាក់សុទ្ធ ឬ មូលហេតុរយៈពេល កុលសម្ព័ន្ធ វិ ធនធាន ផ្សេងទៀត។ <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>2. បុគ្គលណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមិនរស់នៅក្នុងរដ្ឋស៊ីនតោន: <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ អ្នកណា? : _____</li> <li>3. ខ្ញុំ វិ ធនធានម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺជាជនបរទេសដែលបានផ្គត់ផ្គង់: <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ អ្នកណា?: _____</li> <li>4. ខ្ញុំ វិ ធនធានម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានអាយុ ១៦ ឆ្នាំ វិ ចាស់ជាងនេះគឺស្ថិតនៅក្នុង (តួសទាំងអស់ដែលត្រូវ): <input type="checkbox"/> វិទ្យាល័យ: <input type="checkbox"/> កម្មវិធីសមូហភាពវិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> សាលារៀនពាណិជ្ជ អ្នកណា?: _____</li> <li>5. មានធនធានម្នាក់បណ្តោះអាសន្ននៅក្រៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ: <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ អ្នកណា?: _____</li> <li>6. ខ្ញុំ វិ ធនធានម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានបម្រើនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក សន្តិសុខជាតិ ឬជនបម្រុង ឬជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់បុគ្គលដែលធ្លាប់បម្រើការ <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើបាទ វិ ចាស អ្នកណា?: _____</li> <li>7. ខ្ញុំ វិ ធនធានម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ គឺជាបងប្អូនប្រុសឬប្រពន្ធក្នុងគ្រួសារដែលមិនចង់ទៅកុលាការ វិ ពន្ធនាគារក្នុងបទឧក្រិដ្ឋម្នាក់។ <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>8. ខ្ញុំកំពុងរស់នៅក្នុង: <input type="checkbox"/> ផ្ទះ វិ ផ្ទះជួល របស់ខ្ញុំ <input type="checkbox"/> ផ្ទះជាក្រុម <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____ <input type="checkbox"/> វិទ្យាស្ថាន (រាយប្រភេទនិមួយៗ): _____ កាលបរិច្ឆេទ ពេលចុះ: _____</li> <li>9. ខ្ញុំ: <input type="checkbox"/> នេរលើក <input type="checkbox"/> រៀបការហើយ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> នៅផ្សេងគ្នា <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ <input type="checkbox"/> នៅជាមួយគ្នាមិនរៀបការ</li> <li>10. ខ្ញុំ ប្តី ឬ ធនធានម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តូរជំនួយមូលហេតុសម្រាប់ឆ្នាំច្រើនក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>11. ខ្ញុំ ប្តី ឬ ធនធានម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទិញ ឬលក់ជំនួយមូលហេតុលើពី \$500 ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>12. ខ្ញុំ ប្តី ឬ ធនធានម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តូរជំនួយមូលហេតុសម្រាប់ការភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>13. ខ្ញុំ ប្តី ឬ ធនធានម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទទួលបានជំនួយមូលហេតុលើពីរដ្ឋមួយ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>14. ខ្ញុំ ប្តី ឬ ធនធានម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ : a. កំពុងធ្វើបាតុកម្ម : <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ b. នៅព្រំដែន : <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>15. ខ្ញុំ ប្តី ឬ ធនធានម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានឈ្នះ \$4,250 ឬច្រើនជាងនេះលើការឈ្នះពីភ្នាក់ងារសំណាង ឬការលេងល្បែង: <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើបាទ វិ ចាស ធនធាន : _____ កាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួល : _____ ចំនួនទឹកប្រាក់ (ចំនួនទឹកប្រាក់ដុល្លារមុនពេលបង់ពន្ធ) : _____</li> </ol>		
<b>II. ព័ត៌មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព(មិនត្រូវការសំរាប់អ្នកមូលដ្ឋានទេ)</b>		
<p>ខ្ញុំ , ប្តី វិ ប្រពន្ធខ្ញុំ, វិ ធនធានម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. មានគំរោងចូលមកនៅ, កំពុងរស់នៅ, វិ ភ្លាមៗនេះចេញពីមន្ទីរពេទ្យ(ដូចជា មន្ទីរពេទ្យ វិ មន្ទីរមើលថែ) <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>2. ត្រូវការជំនួយជាមួយវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនទាន់បង់សម្រាប់រយៈពេលខែណាមួយ ឬពេលបីខែមុន <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</li> <li>3. មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព: <input type="checkbox"/> បាទ វិ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ; តួសលើប្រអប់ដែលតំណាងដោយ: <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពសហព័ន្ធ (មិនមែន សុខភាពផ្ទៃក្នុងមេរោគស៊ីនតោនទេ) <input type="checkbox"/> កម្មវិធីមើលថែសុខភាពប្រជាជន <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពយូអេស្ត្រា <input type="checkbox"/> សេវាសុខភាពជនជាតិអឺរ៉ុប <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត:</li> </ol>		
<b>III. ធនធាន (ភ្ជាប់តួសតាង មិនត្រូវការសំរាប់ HWD វិ អាហារមូលដ្ឋានទេ)</b>		
<p>ប្រភពធនធានគឺជាប្រភេទណាដែលអ្នកមានកម្មសិទ្ធិ វិ របស់ដែលទិញទៅអាចលក់បាន, ឆ្លុញដូរ, វិ ប្តូរទៅជាប្រាក់សុទ្ធ វិ ទិន្នន័យកាន់ដោយអ្នកផ្សេងៗ។ ធនធានមិនបានរួមបញ្ចូលទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដូចជា: គ្រឿងសង្ហារឹម, សំលៀកបំពាក់។ ធនធានមិនដូចជា:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់សុទ្ធ</li> <li>• គណនីយថវិកា</li> <li>• គណនីយសន្សំ</li> <li>• មូលនិធិ សាលាមហាវិទ្យាល័យ</li> <li>• គុនប្រយោជន៍ជៀជាក់រដ្ឋ</li> <li>• IRA វិ ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ពិភពលោក</li> <li>• ផ្ទះ , ដី វិ អាគារ</li> <li>• CDs</li> <li>• គណនីប្រាក់ទីផ្សារ</li> <li>• កុងត្រា</li> <li>• មូលនិធិប្រាក់ចូលនិវត្តន៍</li> <li>• មូលនិធិបញ្ចុះសតវដែលបានត្រង់ទុកជាមុន</li> <li>• សំភារៈធ្វើជំនួញ</li> <li>• ប្រាក់គាតហ៊ុន</li> <li>• ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងវិវិក</li> </ul>		

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន			
<b>III. ធនធាន (ដាក់ភ្ជាប់ភស្តុតាង ដែលមិនត្រូវការសម្រាប់ HWD, ប្រូបអាហារមូលដ្ឋាន) (បន្ត)</b>					
សូមរាយធនធានដែល អ្នក, ប្តីប្រពន្ធអ្នក ឬ អ្នកគ្រប់គ្នាដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ដែលអ្នកជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ ឬ កំពុងទិញ:					
ធនធាន	អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ទឹកថ្លៃ	តំលៃ		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
2. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ ឬ ណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមាន ឡាន, ឡានដឹកទំនិញ, ឡានដឹកអ្នកដំណើរ, ឡានសណ្តោង, រឺ យានយន្តផ្សេងទៀត:					
ឆ្នាំ (ឧ: 1980)	ម៉ាក (ឧ: FORD)	ម៉ូដែល (ឧ: ESCORT)	គុណប៊េសិនជាម្ចាស់	គុណប៊េសិនជាយានយន្តនេះប្រើសំរាប់គោលការណ៍ គាំពារសុខភាពវិជ្ជាសាស្ត្រ	ប្រាក់ដំណាក់
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ ឬ ណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ធ្លាប់បានលក់, ផ្លាស់ប្តូរ, អោយ, រឺ ផ្ទេរធនធានក្នុងប្រាក់កម្ចីកម្មទាំងប្រាក់ធានា CDs តាមរយៈធនាគារ, យានយន្ត ប្រាក់សុទ្ធ រឺ ច្បាប់កាន់កម្មសិទ្ធិសម្បត្តិ) <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជាមាន, អ្វី?: _____ នៅពេលណា: _____					
<b>IV. ប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ (តាមវិធីវាយតម្លៃដោយរាល់សមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារក្នុងការទទួលបានប្រាក់បង់ជាធម្មតា រឺ នៅពេលអនាគត)</b>					
អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ?	ក្រុមហ៊ុន រឺ ស្ថាប័ន?	ចំនួនទឹកប្រាក់	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
បើសិនជាអ្នក ឬ ប្តីប្រពន្ធ របស់អ្នកមានការប្រាក់នៅក្នុងប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ និង អ្នកទទួលបានប្រាក់បង់ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃមុន ការគាំពារសុខភាពយូអែងសុខភាពផ្លែប្រើប្រាស់ស៊ីនតោន, ទាក់ទង សិស្ស រឺ ការធានារ៉ាប់រង ផល, អ្នកត្រូវតែ ដាក់ឈ្មោះ រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ជាគុនប្រយោជន៍នៅសល់នៃប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ។					
<b>V. ប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន (ភ្ជាប់ភស្តុតាង)</b>					
1. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ ឬ ណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានការងារធ្វើដែលបានបញ្ចប់ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃមុន: <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
2. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ ឬ ណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានប្រាក់ចំណូលពីកន្លែងធ្វើការ: <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជាមាន, សូមបំពេញផ្នែកនេះ:					
អ្នកណាជាកាត់ចំណូលនេះ: _____ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 <sup>st</sup> និង 15 <sup>th</sup> , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ):				
អ្នកណាជាកាត់ចំណូលនេះ: _____ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 <sup>st</sup> និង 15 <sup>th</sup> , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ):				

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន			
<b>VI. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត(ភ្ជាប់ភស្តុតាង របាយការណ៍សំរាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារ)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• គុនប្រយោជន៍សំរាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើ</li> <li>• ចំណូលបានមកពីសន្តិសុខសង្គម</li> <li>• ចំណូលបានមកពីកុលសម្ព័ន្ធ</li> <li>• ចំណូលបានមកពីការលេងល្បែង</li> <li>• គុនប្រយោជន៍វិស័យអប់រំ (ប្រាក់កំចាត់សិស្ស, ប្រាក់សិក្សា, work-study)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីរដ្ឋសំរាប់គ្រួសារមានចំណូលតិច (SSI)</li> <li>• ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន រឺ ភាពទទួលខុសត្រូវប្តីប្រពន្ធ</li> <li>• គុនប្រយោជន៍ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍</li> <li>• ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីការរដ្ឋលក់</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍</li> <li>• រដ្ឋបាលទាហាន (VA) រឺ គុនប្រយោជន៍ទាហាន</li> <li>• ឧស្សាហកម្ម និង ការងារ (L&amp;I)</li> <li>• គុនប្រយោជន៍ជឿជាក់រដ្ឋ</li> <li>• ប្រាក់ចំណេញបានមកពីការប្រាក់</li> </ul>			
ប្រភេទ ប្រាក់ចំណូលចំណេញ	អ្នកណាទទួលបានចំណូលនេះ?	ចំនួនប្រាក់ចំណូលទាំងមូលប្រចាំខែ			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
<b>VII. ចំណាយប្រចាំខែ</b>					
ថែទាំផ្ទះ \$	ថែទាំប្រាក់កំចាត់ចិញ្ចឹម \$	ទំហំថ្លៃធុរ្យ \$	ថ្លៃធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ \$	ពន្ធដី និង ផ្ទះ \$	ថ្លៃបង់ផ្សេងទៀត \$
តើសេវាសាធារណៈអ្វីខ្លះដែលគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ដាច់ដោយឡែកពីថ្លៃឈ្នួល ឬថ្លៃបញ្ចាំ?					
<input type="checkbox"/> កម្ពុជា (អគ្គិសនី/ហ្គាស) <input type="checkbox"/> អគ្គិសនី (មិនមែនកម្ពុជា) <input type="checkbox"/> ទឹក <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ/ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> លូទឹកស្អុយ <input type="checkbox"/> សម្រាម					
បុគ្គលណាម្នាក់ រឺ ភ្នាក់ងារ ដូចជាអោយប្រាក់ជំនួយបង់ថ្លៃផ្ទះ ឬថ្លៃបង់ចំណែកមួយ រឺ ចំណែកទាំងអស់លើការចំណាយទាំងនោះ : <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
បើសិនជាមាន , ឈ្មោះ: _____ ចំណាយអ្វី: _____ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលពួកគេបង់: \$ _____ \					
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានទទួលការបង់ប្រាក់លើច្បាប់ជំនួយថាមពលលំនៅដ្ឋានមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIHEAP) ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក ។					
ខ្ញុំ ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវបង់ រឺ បង់ (គូសលើប្រអប់ទាំងឡាយដែលគំណាង) :					
<input type="checkbox"/> ការមើលថែកូន រឺ មនុស្សពេញវ័យត្រូវការពឹងផ្អែក (រួមទាំងចំណាយថ្លៃធ្វើដំណើរ)		ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$	អ្នកណាបង់ប្រាក់:		
<input type="checkbox"/> វិភឹបប្រគល់ប្រាក់វិជ្ជាសាស្ត្រសំរាប់ធនធាន រឺ អាយុ 60 ឆ្នាំឡើងទៅ(រួមបញ្ចូលទាំងចំណាយការធ្វើដំណើរ និង ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព)		ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$	អ្នកណាបង់ប្រាក់:		
<input type="checkbox"/> ឧបត្ថម្ភកូន (ភ្ជាប់ភស្តុតាងមកជាមួយ)		ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$	អ្នកណាបង់ប្រាក់:		
បើសិនជាអ្នកមិនរាយការណ៍រ៉ាប់រងចំណាយដែលបានដាក់រាយនោះទេ លើទេ					
យើងនឹងសំរេចថាទង្វើនេះគឺជាការរំលោភការដោយគ្រួសាររបស់អ្នកថាអ្នកមិនចង់ទទួលបានការដកយល់សំរាប់ការចំណាយនេះទេ។					
<b>VIII. អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ</b>					
អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិគឺជាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកអនុញ្ញាតិអោយ DSHS និយាយជាមួយអំពីគុនប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះបុគ្គលនោះ ប៉ុន្តែអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើទេ។ <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
តើអ្នកមាន អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិមួយដែររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
តើបុគ្គលនេះជាអ្នកមើលថែរបស់អ្នកស្របច្បាប់រឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញពាក្យ អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ (DSHS 14-532) បើសិនជាអ្នកធ្វើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកប្តីឡើងវិញ។					
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនង	លេខទូរស័ព្ទដៃ			
អាសយដ្ឋាន ប្រអប់សំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP		
<b>ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិ</b>					
សម្រាប់កម្មវិធី <b>Medicaid</b> មនុស្សចាស់ ពិការភ្នែក ឬពិការភាពតែប៉ុណ្ណោះ។					
ខ្ញុំយល់ដឹងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់គឺដើម្បីដាក់ពាក្យបង្គំនឹងជាប្រធានបទដើម្បីការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដើម្បីកំណត់ថាវាគឺត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (HCA) និងនាយកដ្ឋានសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ និងដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។					
ខ្ញុំយល់ដឹងថា HCA និង DSHS អាចស្នើសុំអង្កេត និងទាក់ទងស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ រដ្ឋ ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ ឬយ៉ាងទន្ទឹមយងកងផង ក្នុងនាមជាផ្នែកនៃដំណើរការការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិ					
ខ្ញុំយល់ដឹងថាការអនុញ្ញាតនេះបញ្ចប់ពេលការសម្រេចចិត្តប៉ះពាល់ពាល់ចុងក្រោយគឺធ្វើឡើងលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍					
ប្រសិនបើខ្ញុំដកការអនុញ្ញាតគ្រប់ពេលដោយផ្តល់ HCA ឬ DSHS នូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ តើខ្ញុំត្រូវតែដក ឬបដិសេធផ្តល់ការអនុញ្ញាត					
ខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលសម្រាប់កម្មវិធី <b>Medicaid</b> មនុស្សចាស់ ពិការភ្នែក ឬពិការភាពណាមួយ។					

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន
<b>ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត</b>		
<p>ក្រសួងផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតតាមការតម្រូវដោយច្បាប់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិនៃឆ្នាំ ដែលរួមទាំងការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតស្វ័យប្រវត្តិ។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធនិមិត្តចុះឈ្មោះនិងមិនចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត ឬចំនួន នៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីការបោះឆ្នោតនេះឡើយ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬ ទទួលយកជំនួយគឺជាប្រសិទ្ធិរបស់អ្នក។</p> <p>អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា នរណាម្នាក់បានរំខានជាមួយសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការបដិសេធនិមិត្តចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសសកលបញ្ជីបោះឆ្នោតរបស់អ្នក ឬចំណូលចិត្ត របោះឆ្នោតផ្សេងទៀត អ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងជាមួយ៖ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Elections Office) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬដើម្បីជំនាន់ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមិនគួរយកប្រអប់ណាមួយនោះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះ។</p> <p>លុះត្រាតែអ្នកបានគូស “ទេ” ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិសម្រាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។</p> <p>អ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិប្រសិនបើអ្នកមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំនៅថ្ងៃបោះឆ្នោតបន្ទាប់ អ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ហើយ DSHS មានឈ្មោះអ្នក លំនៅដ្ឋាន អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុក ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ព័ត៌មានបញ្ជាក់ថាជាពលរដ្ឋ ការបញ្ជាក់ហត្ថលេខារបស់អ្នកដើម្បីជាទំនុកចិត្តថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់លើពាក្យសុំនេះ។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកបានគូសប្រអប់សម្គាល់ថា “បាទ/ចាស” ឬ មិនបានគូសទាំងប្រអប់ ហើយអ្នកបំពេញតម្រូវការ សិទ្ធិសម្រាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ <b>DSHS</b> និងធ្វើព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅការិយាល័យរដ្ឋលេខាធិការ ហើយអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ។</p>		
<b>សេចក្តីសំរេច និង ហត្ថលេខា</b>		
<p style="text-align: center;">បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ, រាល់មនុស្សពេញវ័យ(រឺ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធ) នៅក្នុងគ្រួសារត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។ បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ, អ្នកដាក់ពាក្យសុំ (រឺ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធ)ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រគល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និង គោរពតាមការរាយការណ៍នៃការស្នើសុំ។</li> <li>• ផ្តល់ភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។</li> <li>• ចុះសិទ្ធិជាក់លាក់ណាមួយទៅកាន់ការឧបត្ថម្ភ ទៅកាន់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសំរាប់គ្រួសារខ្លះខាត(ទារពល)។ យ៉ាងណាមេញ, ខ្ញុំអាចស្តាប់អោយ DSHS មិនបន្តការឧបត្ថម្ភបើសិនជាមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្ញុំ រឺ គូនារបស់ខ្ញុំ។</li> <li>• ធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយការងារស្នើសុំជំនួយម្ហូបអាហារ។</li> </ul> <p>បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើទាំងនេះទេ, ខ្ញុំប្រហែលនឹងអាចត្រូវបដិសេធកូដប្រយោជន៍ រឺ ត្រូវបង់ប្រាក់ទៅអោយពួកគេរឺញ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចក្លាយទៅជាអ្នកជាប់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្មបើសិនជាខ្ញុំ មានបំណងធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍បង្ខំ រឺ អាក់ខាងរាយការណ៍រឿងអ្វីមួយដែលខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍។</p> <p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតអោយ DSHS ទំនាក់ទំនងបុគ្គលផ្សេងទៀត រឺ ភ្នាក់ងារនៅពេលចាំបាច់ណាមួយដើម្បីជួយខ្ញុំប្រមូលយកភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។</p> <p>ខ្ញុំបានអាន រឺ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទទួលបានច្បាប់ចំណងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន(DSHS 14-113)។ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទទួលបានច្បាប់ចំណងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន HCA 18-003 ខ្ញុំប្រកាសជាផ្លូវការ រឺ សំរេចក្រោមការពិន័យលើការភូតភូក ក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់អោយនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ រួមទាំងព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពជនបរទេស និង ប្រជាជនមានសញ្ជាតិនៃរាល់សមាជិកដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំសំរាប់គុនប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។</p>		
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ទីក្រុង និង រដ្ឋ ដែលចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យ ទីក្រុង និង រដ្ឋ ដែលចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខា អ្នកតំណាង រឺ អ្នកជួយ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកតំណាង រឺ អ្នកជួយ ទីក្រុង និង រដ្ឋ ដែលចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខា សាក្សី បើសិនជាចុះជាមួយនិងសញ្ញា“X”	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ សាក្សី