

ការត្រួតពិនិត្យភាពមានសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញ
សម្រាប់សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរអង្វែង

Eligibility Review for Long Term Services and Supports

ឈ្មោះអតិថិជន(នាម កណ្តាល ដំបូង ត្រកូល)		លេខ ID អតិថិជន	
អាសយដ្ឋានអតិថិជន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រអតិថិជន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
ប្តីប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយកូនកូច (នាម កណ្តាល ដំបូង ត្រកូល)			
អាសយដ្ឋាន / ប្តីប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយ (បើមាន)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
លេខទូរស័ព្ទអតិថិជន (រួមទាំងកូដតំបន់)		អ៊ីម៉ែលអតិថិជន	
<input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> សារ			
តំណាងស្របច្បាប់			
តំណាងស្របច្បាប់គឺនរណាម្នាក់ដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យភ្នាក់ងារ ឬអ្នករចនារបស់ពួកគេនិយាយជាមួយអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានតម្រូវ។ ឧទាហរណ៍អាណាព្យាបាល ប្តីប្រពន្ធ សាច់ញាតិ មេធាវី។ តើអ្នកមានតំណាងស្របច្បាប់ឬ? <input type="checkbox"/> បាទចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ឈ្មោះ:		ទំនាក់ទំនង	
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដហ្សឺប
លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់)		អ៊ីម៉ែល	
ប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបានរបស់អតិថិជន			ចំនួន
អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម			\$
ចូលនិវត្តន៍ / ប្រាក់សោធន / ប្រចាំឆ្នាំ			\$
ផ្សេងទៀត - អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន L&I, សោធនអាហារកិច្ច ភាគលាភ ការប្រាក់ ចំណូលពីការរដ្ឋល ឬប្រចាំត្រីមាស (រាយខាងក្រោម)			\$
			\$
			\$
			\$
			\$



ប្រាក់ចំណូលដែលរកបានរបស់អតិថិជន

និយោជក	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	ទទួលបានចំនួនសរុប	ការបង់ប្រាក់ញឹកញាប់

នេះគឺជាចំណូលពីការងារខ្លួនឯង? បាទចាស ទេ

ធនធានអតិថិជន

	តម្លៃ	ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ / ក្រុមហ៊ុន / ទីតាំង
គណនីសែក	\$	
គណនីសន្សំ	\$	
គណនីហិរញ្ញវត្ថុ	\$	
	\$	
វិញ្ញាបនបត្រនៃការដាក់ប្រាក់ (CD)	\$	
គណនីកាន់កាប់លើគ្រឹះស្ថាន	\$	
សាច់ប្រាក់នៅលើដៃ / កាន់កាប់ដោយអ្នកដទៃ	\$	
គោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងជីវិត/ បញ្ចុះ	\$	
មូលនិធិបញ្ចុះ	\$	
ការដៀទុកចិត្ត	\$	
ប្រចាំឆ្នាំ	\$	
ផ្ទះ (រួមទាំងអចលនទ្រព្យជីវិត)	\$	
ទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀត៖	\$	
	\$	

ផ្សេងទៀត- រថយន្ត ភាគហ៊ុន ប័ណ្ណ មូលនិធិទៅវិញទៅមក គណនីចូលនិវត្តន៍ (រាយខាងក្រោម)

	\$	
	\$	
	\$	

តើអ្នកបានលក់ ជួញដូរ ឬផ្តល់ប្រាក់ ផ្ទះ ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬធនធានផ្សេងទៀតក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងមកនេះ? បាទចាស ទេ

ប្រសិនបើមាន បំពេញខាងក្រោម៖

ប្រភេទ	ដល់អ្នកណា	ចំនួន	កាលបរិច្ឆេទផ្ទេរ
		\$	
		\$	
		\$	

ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អតិថិជន និងថ្លៃឈ្នួលអាណាព្យាបាល/អ្នកបង់ប្រាក់ (ភ្ជាប់ភស្តុតាង)	ចំនួន
ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (រាយអ្នកផ្តល់)	\$
	\$
ធានារ៉ាប់រងការថែទាំរយៈពេលយូរអង្វែង (រាយអ្នកផ្តល់)	\$
ថ្លៃសេវាអាណាព្យាបាលប្រចាំខែ	\$
ថ្លៃសេវាអ្នកបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ	\$
វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រមិនបានបង់ប្រាក់ (រាយ)	\$
	\$
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍	
តើស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
ចំណូលប្តីប្រពន្ធ/ពីផ្ទះ	ចំនួន
អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម	\$
ចូលនិវត្តន៍ / ប្រាក់សោធន / ប្រចាំឆ្នាំ	\$
	\$
ប្រាក់ចំណូល	\$
	\$
អត្ថប្រយោជន៍អតិថិជន	\$
ផ្សេងទៀត - L&I, សោធនអាហារកិច្ច ភាគលាភ ការប្រាក់ ចំណូលពីការជួល ឬប្រចាំត្រីមាស (រាយខាងក្រោម)	
	\$
	\$
ការចំណាយលើលំនៅឋាន	ចំនួន
ជួល / បញ្ចាំ	\$
ពន្ធច្រព្យសម្បត្តិ / ធានារ៉ាប់រងផ្ទះ	\$
ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់	\$
ផ្សេងទៀត - ការវាយតម្លៃ ខុនដូ ឬសហថ្លៃសេវា ជួលកន្លែង ជាដើម។	\$

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យ

ខ្ញុំយល់ដឹងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ ឬបន្តជំនួយនឹងជាប្រធានបទក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដើម្បីកំណត់ថាតើ វាត្រឹមត្រូវឬទេ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (HCA) និងក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ និងដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា HCA និង DSHS អាចស៊ើបអង្កេត និងទាក់ទងស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ ជាផ្នែកនៃដំណើរការការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាការអនុញ្ញាតនេះបញ្ចប់នៅពេលសម្រេចចិត្តអវិជ្ជមានចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ សិទ្ធិទទួល របស់ខ្ញុំសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បញ្ចប់ ឬខ្ញុំដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនៅគ្រប់ពេលដោយផ្តល់ HCA ឬ DSHS នូវការជូនដំណឹងជា លាយលក្ខណ៍អក្សរ។ តើខ្ញុំរដកហូត ឬបដិសេធផ្តល់ការអនុញ្ញាត ខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំនឹងមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធី Medicaid ចាស់ជរា ពិការភ្នែក ឬពិការភាព របស់ Apple Health រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនឡើយ។ ការដកហូតវិញ ឬការបដិសេធក្នុងការផ្តល់សិទ្ធិលើការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសកម្ម មិនជះឥទ្ធិពលដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការគាំទ្រដែលបានរៀបចំសម្រាប់ មនុស្សចាស់ (TSOA) ឡើយ។

ការប្រកាស និងហត្ថលេខា

ខ្ញុំបានអាន ឬត្រូវបានពន្យល់មកខ្ញុំ ពាក្យសុំត្រួតពិនិត្យសិទ្ធិទទួល និងសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ និងទំនួលខុសត្រូវ និងបានទទួលច្បាប់ចម្លងពាក្យសុំសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព HCA 18-011។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយនឹងជាប្រធានបទដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយ មន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដើម្បីកំណត់ថាតើវា ត្រឹមត្រូវឬទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានចំណាប់អារម្មណ៍ក្នុងប្រចាំឆ្នាំ ខ្ញុំត្រូវតែដាក់ឈ្មោះរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនជាអ្នកទទួលបានផលដែលនៅសល់។

ខ្ញុំប្រកាសក្រោមការពិន័យក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងពាក្យសុំនៅគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញបំផុតនៃ ចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់ប្តីប្រពន្ធ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយអតិថិជនកូនតូច	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់តំណាងស្របច្បាប់ ឬអ្នកជួយ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ