

STATE OF RHODE ISLAND
P.O. BOX 8709
CRANSTON, RI 02920-8787



កាលបរិច្ឆេទ : 04/01/2023
លេខគណនី : 775301588
លេខឯកសារ : 22756687
ប្រភេទនៃការជូនដំណឹង : HXR

MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345



របៀបទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ
ចូលទៅអនឡាញ៖ <https://healthyrhode.ri.gov>

សម្រាប់សំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ
សូមទូរសព្ទទៅ HealthSource RI តាមរយៈលេខ 1-855-840-4774

សម្រាប់សំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ
ឬកម្មវិធីសេវាមនុស្សជាតិ ចូរទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department
of Human Services) តាមរយៈលេខ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការបញ្ជាក់ឡើងវិញ/ការបន្ត

សកម្មភាពចាំបាច់៖ ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលយើងមាននៅលើឯកសារសម្រាប់អ្នក

ហេតុអ្វីបានជាអ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ?

វាដល់ពេលហើយដែលយើងខ្ញុំត្រូវពិនិត្យមើលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីខាងក្រោម។ ប្រសិនបើឈ្មោះរបស់អ្នកត្រូវបានរាយក្នុងប្រអប់ខាង
ក្រោម សូមបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងបញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះត្រឡប់មកវិញ រួមជាមួយនឹងភស្តុតាងដែលបានស្នើសុំ បើមិនដូច្នោះទេអត្ថប្រយោជន៍
របស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចប់។

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងត្រូវពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក ដើម្បីរកមើលថាតើអ្នកនៅតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicaid ដែរឬទេ។ យើងសម្រេចថាតើអ្នក
នៅតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់មកយើងខ្ញុំ។ បន្ទាប់មកយើងពិនិត្យមើលព័ត៌មាននេះដោយប្រើឧបករណ៍ផ្ទៀង
ផ្ទាត់អេឡិចត្រូនិក។ យើងមិនអាចកំណត់ថាតើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកនៅតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicaid ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានដែល
អ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំឬអត់នោះទេ។ ដើម្បីបន្តសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid របស់អ្នក និងមិនបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង សូមអានទម្រង់បែបបទនេះដោយយក
ចិត្តទុកដាក់ ហើយសរសេរព័ត៌មានផ្លាស់ប្តូរអំពីអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចូល។ ត្រូវប្រាកដថាចុះហត្ថលេខា ហើយបញ្ជូនទម្រង់បែបបទនៃការបន្តនេះ
ត្រឡប់មកវិញ។

ឈ្មោះកម្មវិធី	ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទនៃអត្ថប្រយោជន៍បច្ចុប្បន្ន ត្រូវបានកំណត់ពេលបញ្ចប់
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT	05/31/2023

ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកមិនមានចន្លោះនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ **បញ្ជូនទម្រង់បែបបទបន្តនេះត្រឡប់មកវិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ នៃកាលបរិច្ឆេទ**
ស្តីពីសេចក្តីជូនដំណឹង នេះដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានពេលវេលាដំណើរការ។ កម្មវិធីនីមួយៗអាចមាននីតិវិធីផ្សេងគ្នាសម្រាប់ការបន្ត។ សូមអានព័ត៌មានខាង
ក្រោមអំពីរបៀបបន្តសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីនីមួយៗ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)។

តើខ្ញុំបន្តដោយរបៀបណា?

MEDICAID:

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់អ្នកថាការធានារ៉ាប់រង Medicaid របស់អ្នកត្រូវបានកំណត់កាលវិភាគដើម្បីបញ្ឈប់ នេះមានន័យថា យើងត្រូវការព័ត៌មានមួយចំនួនពីអ្នកដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានឬអត់។ ព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការពីអ្នកត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងខាងក្រោម។

- **តាមប្រៃសណីយ៍:** ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសឆ្លើយតបតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ សូមសរសេរព័ត៌មានដែលបានផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជួរឈរនៃ "Updated Information" (ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព) នៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើមិនមានព័ត៌មានណាមួយត្រូវបានបោះពុម្ពទេ ហើយអ្នកកំពុងត្រលប់មកវិញនូវទម្រង់បែបបទនេះ សូមបំពេញក្នុងប្រអប់ជាមួយ "CURRENT INFORMATION" (ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន)។ សូមប្រាកដថាចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ទម្រង់បែបបទនេះអាចត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងលើនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
- **ប្រគល់នៅការិយាល័យ DHS:** ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសប្រគល់ទម្រង់បែបបទនៅការិយាល័យ DHS សូមធ្វើតាមការណែនាំដែលបានរាយខាងលើសម្រាប់ប្រៃសណីយ៍។ សម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យ សូមចូលមើល www.dhs.ri.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)។
- **តាមអនឡាញ:** អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់ គណនីអ្នកប្រើប្រាស់របស់អ្នកនៅលើ <https://healthyrhode.ri.gov> ហើយធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផងដែរ។

តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះ?

- **ប្រាក់ចំណូល:** យើងត្រូវដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលត្រូវបានពិចារណានៅពេលកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់ចំពោះថ្លៃថែទាំជារៀងរាល់ខែ។
- **ធនធាន:** យើងក៏ត្រូវដឹងផងដែរថាតើធនធានរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ មានការកើនឡើងឬអត់ និង/ឬប្រសិនបើធនធានណាមួយដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មានទាំងស្រុង ឬមធ្យមត្រូវបានលក់ ឬផ្ទេរទៅឱ្យអ្នកផ្សេងឬអត់។
- **អាសយដ្ឋាន និងស្ថានភាពលំនៅឋាន:** ប្រាប់យើងខ្ញុំថាតើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បានផ្លាស់ប្តូរ ឬប្តូរអាសយដ្ឋាន បញ្ចូល ឬចាកចេញពីលំនៅឋានដែលមានជំនួយ មណ្ឌលថែទាំ ឬផ្ទះជាក្រុម ឬស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពលំនៅឋានរួមគ្នាថ្មី ឬផ្សេងគ្នា។
- **ស្ថានភាពគ្រួសារ និងផ្ទះ:** យើងត្រូវដឹងថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬអត់ ដូចជាប្រសិនបើប្តី ឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ បានស្លាប់ ទទួលបានការលែងលះ បានរៀបការជាមួយអ្នកផ្សេង ឬផ្លាស់ចូល ចេញពី ឬបានលក់ផ្ទះដែលមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាធនធានទេ។
- **ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍:** អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំថាតើស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ និង/ឬអ្នកឧបត្ថម្ភបានផ្លាស់ប្តូរចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំដំបូង ឬការបន្តចុងក្រោយ។

តើ Medicaid របស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានបន្តដោយរបៀបណា?

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់ឯកសារបន្ថែម ឬអ្នកបានរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ ហើយសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកមានសិទ្ធិបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicaid របស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតទៅអ្នកដើម្បីជម្រាបឱ្យអ្នកដឹងពីអ្វីដែលយើងសម្រេចចិត្ត ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀតមុនកាលបរិច្ឆេទបន្ត។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមប្រើផ្នែកមតិយោបល់របស់អតិថិជននៅលើទម្រង់បែបបទបន្តនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីបន្ថែម អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យស្នើសុំជំនួយថ្មី (DHS-2) ឬដាក់ពាក្យលើអនឡាញតាមរយៈ healthyrhode.ri.gov។ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមលេខទូរសព្ទដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ ដើម្បីស្នើសុំពាក្យស្នើសុំថ្មី ឬចូលមើល www.dhs.ri.gov ដើម្បីបោះពុម្ពចេញមួយច្បាប់។

ព័ត៌មានអំពីគណនីបច្ចុប្បន្ន

សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មានបានផ្លាស់ប្តូរ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាននៅក្នុងជួរឈរ "Updated Information" (ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព) នៅខាងស្តាំ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំបឋម

តើព័ត៌មានទំនាក់ទំនងខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំបឋមនៅតែត្រឹមត្រូវឬទេ? បាទ/ចាស ទេ - សូមផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពខាងក្រោម។

	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
អាសយដ្ឋានផ្ទះ:	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
លេខទូរសព្ទ	123-456-7890	
លេខទូរសព្ទសម្រាប់ DHS ដើម្បីទូរសព្ទទៅអ្នកសម្រាប់ការសម្ភាសដែលបានកំណត់កាលវិភាគ (បើមាន)		
អ៊ីមែល		
ភាសានិយាយដែលពេញចិត្ត	English	
ភាសាអានដែលពេញចិត្ត	English	

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
មានផ្តល់ជូនសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើត្រូវការ។

សមាជិកគ្រួសារបច្ចុប្បន្ន

តើអ្នកដែលមានរាយនាមក្នុងបញ្ជីខាងក្រោមនៅតែរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ - ប្រសិនបើទេ សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទដែលបុគ្គលបានចាកចេញ។

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំបឋម	កម្មវិធីដែលបានបន្ត	ទិញ និងរៀបចំអាហាររួមគ្នាមែនទេ?	កាលបរិច្ឆេទដែលបុគ្គលផ្លាស់ទីចេញពីផ្ទះ*
MEDICAID RECIPIENT	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	

*ឧទាហរណ៍នៃការផ្លាស់ចេញពីផ្ទះ: លំនៅឋានថ្មី ពន្ធនាគារ មន្ទីរពេទ្យ អន្តេរាសិកដ្ឋាន មណ្ឌលថែទាំ កម្មវិធីលំនៅឋាន រស់នៅដែលមានជំនួយផ្ទះជាក្រុម ការរស់នៅរួមគ្នា។

សមាជិកគ្រួសារថ្មី

សូមបំពេញតារាងខាងក្រោម ដើម្បីបន្ថែមឈ្មោះនរណាម្នាក់ដែលមិនបានរាយបញ្ជីខាងលើ រួមទាំងអ្នកដែលបានផ្លាស់ចូលទៅផ្ទះរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមប្រើផ្នែកមតិយោបល់របស់អតិថិជននៅលើទម្រង់បែបបទបន្តនេះ។

ប្រសិនបើមនុស្សណាម្នាក់ដែលបានផ្លាស់ចូលទៅផ្ទះរបស់អ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ សូមគូសដឹកប្រអប់ដែលត្រឹមត្រូវនៅក្នុងជួរឈរនៅខាងស្តាំ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារថ្មី	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	SSN (ឆ្លើយតែក្នុង ករណីដាក់ពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ)	ជាពលរដ្ឋអាមេរិក កាំងមែនទេ? (ឆ្លើយតែក្នុង ករណីដាក់ពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ)	ទំនាក់ទំនងជាមួយ អ្នកដាក់ពាក្យ ស្នើសុំបឋម	អត្ថប្រយោជន៍ ត្រូវបានស្នើសុំ
	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA
	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកពិការភ្នែក មានពិការភាព មានផ្ទៃពោះ ឬរស់នៅក្នុងស្ថាប័ន ឬលំនៅឋានក្នុងសហគមន៍ទេ?

បាទ/ចាស - សូមផ្តល់ជូនព័ត៌មានខាងក្រោម ទេ

ឈ្មោះ	តើរដ្ឋាភិបាលបានប្រកាសថាបុគ្គលនេះជាជនពិការភ្នែក ឬមានពិការភាពដែរឬទេ?	តើបុគ្គលនេះមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?	តើបុគ្គលកំពុងរស់នៅក្នុងស្ថាប័ន ឬលំនៅឋានក្នុងសហគមន៍ទេ? សូមបញ្ជាក់*
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស _____ <input type="checkbox"/> ទេ
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស _____ <input type="checkbox"/> ទេ

*ការរស់នៅក្នុងគ្រឹះស្ថាន (សូមបញ្ជាក់៖ មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំ កម្មវិធីលំនៅឋាន ពន្ធនាគារ)

*ការរស់នៅក្នុងលំនៅឋានសហគមន៍ (សូមបញ្ជាក់៖ ការរស់នៅដោយមានជំនួយ ផ្ទះជាក្រុម ការរស់នៅរួមគ្នា)។

ប្រាក់ចំណូលពីការងារ

ខាងក្រោមនេះគឺជាព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីមនុស្សនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលពីការងារ។ **សូម ភ្ជាប់កម្រិតនៃប្រាក់ចំណូលសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ ទោះបីជាមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក៏ដោយ** (មិនទាមទារសម្រាប់ Medicaid ទេ)។

តើព័ត៌មានខាងក្រោមត្រឹមត្រូវឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវទេ សូមផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និងព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលថ្មីណាមួយនៅក្នុងជួរដេកទេដែលបានផ្តល់ជូនក្នុងតារាងខាងក្រោម។

សូមចំណាំថាមិនមែនរាល់ប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលអ្នកបានរាយការណ៍សុទ្ធតែអាចរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងការបន្តនោះទេ។



សូមបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលពីការងារដោយខ្លួនឯង ដូចជាប្រាក់ដែលទទួលបានពីអាជីវកម្ម ពីការមើលថែទាំកុមារដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬប្រាក់ចំណូលពីអចលនទ្រព្យជួលដែលគ្រប់គ្រងដោយអ្នកទទួលបានផលក្នុងគ្រួសារ។

ឈ្មោះ:	ស្ថានភាពការងារ:	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក:	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប*

*ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប: ប្រាក់ចំណូលមុនពេលកាត់កងណាមួយ

ប្រាក់ចំណូលពីប្រភពផ្សេងៗទៀត

ខាងក្រោមនេះជាព័ត៌មានលម្អិតអំពីប្រាក់ចំណូលដែលមិនបានមកពីការងារ។ **សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ ទោះបីជាមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក៏ដោយ** (មិនទាមទារសម្រាប់ Medicaid ទេ)។

ផ្នែកនេះមើលលើប្រាក់ចំណូលពីប្រភពផ្សេងៗក្រៅពីការងារដូចជា របបសន្តិសុខសង្គម ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ការធានារ៉ាប់រងលើពិការភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នករស់រានមានជីវិត (Retirement, Survivors, and Disability Insurance, RSDI) អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន រួមទាំងប្រាក់សោធននិវត្តន៍ និងការបង់ប្រាក់ជំនួយ និងការចូលរួម អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកអត់មានការងារធ្វើ ប្រាក់ចំណូលពីអចលនទ្រព្យជួល ឬកិច្ចសន្យាជួល ប្រាក់ចំណូលបន្ថែមពីរបបសន្តិសុខសង្គម (Supplemental Security Income, SSI) ការធានារ៉ាប់រងលើពិការភាពបណ្តោះអាសន្ន (Temporary Disability Insurance, TDI) សំណងរបស់កម្មករ ការប្រាក់/ប្រាក់ចំណេញលើគណនីហិរញ្ញវត្ថុ ឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់កូនចិញ្ចឹម ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់យោធា/អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់កូន និង/ឬសោធនអាហារកិច្ច។

តើព័ត៌មានខាងក្រោមត្រឹមត្រូវឬទេ? បាទឬចាស ទេ

ប្រសិនបើមិនត្រឹមត្រូវទេ សូមផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និងព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលថ្មីណាមួយនៅក្នុងផ្ទះដេកទេដែលបានផ្តល់ជូនក្នុងតារាងខាងក្រោម។

សូមចំណាំថាមិនមែនរាល់ប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលអ្នកបានរាយការណ៍សុទ្ធតែអាចរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងការបន្តនោះទេ។

ឈ្មោះ:	ប្រភេទប្រាក់ចំណូល	ចំនួនប្រាក់	តើទទួលបានញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា

ប្រាក់ចំណូលដែលបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែក ប្រាក់ចំណូលពីការងារ និងប្រាក់ចំណូលពីប្រភពផ្សេងៗទៀត នៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicaid របស់អ្នក ដែលបង្កើតឡើងសម្រាប់ការបន្ត។ ទាំងនេះគឺជាប្រភេទប្រាក់ចំណូលតែមួយគត់ដែលយើងត្រូវការព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។ សូមរាយការណ៍ពីប្រភពប្រាក់ចំណូលថ្មីណាមួយនៅក្នុងចន្លោះដែលបានផ្តល់ឱ្យ។

កាលវិភាគ Child Care

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំកូន សូមបំពេញក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមជាមួយនឹងកាលវិភាគការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនិងតម្រូវការសម្រាប់សេវាកម្ម។



ត្រូវការមូលហេតុ (គ្រួសារទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន)	<input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> តម្រូវការពិសេស ដោយសារស្ថានភាពសុខភាពរបស់កូន ឬឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ការបញ្ចប់វិទ្យាល័យ/GED <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាលរយៈពេលខ្លី <input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ			
	ឪពុកម្តាយ 1 (ឈ្មោះ):		ឪពុកម្តាយ 2 (ឈ្មោះ):	
ថ្ងៃ	ម៉ោងចាប់ផ្តើម	ម៉ោងបញ្ចប់	ម៉ោងចាប់ផ្តើម	ម៉ោងបញ្ចប់
ថ្ងៃចន្ទ				
ថ្ងៃអង្គារ				
ថ្ងៃពុធ				
ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍				
ថ្ងៃសុក្រ				
ថ្ងៃសៅរ៍				
ថ្ងៃអាទិត្យ				
ប្រសិនបើកាលវិភាគរបស់អ្នកប្រែប្រួល សូមពន្យល់ពីរបៀប (អ្នកអាចឆ្លើងកសារបន្ថែមដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់)។				

ត្រូវមាននៅសាលា និងស្ថានភាពសិស្ស

ខាងក្រោមនេះគឺជាព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីមនុស្សនៅក្នុងគ្រួសារដែលចូលរៀន។ តើព័ត៌មានខាងក្រោមត្រឹមត្រូវឬទេ?

បាទ ឬ ចាស ទេ

ប្រសិនបើមិនបានចូលរៀនទេ សូមផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និងព័ត៌មានថ្មីណាមួយនៅក្នុងជួរទេដែលផ្តល់ជូនក្នុងតារាងខាងក្រោម។

ឈ្មោះ	អាយុ	ឈ្មោះសាលារៀន	ចូលរួមពាក់កណ្តាលម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ? បាទ ឬចាស/ទេ	ថ្នាក់ខ្ពស់បំផុតដែលបានបញ្ចប់	តើទទួលបានឱកាសការងារខណៈពេលសិក្សាឬទេ? បាទ ឬចាស/ទេ	ប្រភេទសាលារៀន (ថ្នាក់មត្តេយ្យ-ថ្នាក់ទី 12 មហាវិទ្យាល័យ សាលាពាណិជ្ជកម្ម)
MEDICAID RECIPIENT	99	UNKNOWN	No	NA	NA	NA

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



លទ្ធភាពចូលប្រើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត

ឈ្មោះ:	ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលការណ៍?	ឈ្មោះគម្រោង	ស្ថានភាពចុះឈ្មោះ	ការទាមទារ កិច្ចសន្យា/ក្រុម និង/ឬលេខសម្គាល់សមាជិក	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង



**ការយល់ព្រមរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិដែលទាក់ទងនឹង
MEDICAID និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតែប៉ុណ្ណោះ**

យើងអាចជួយអ្នកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ប្រសិនបើយើងអាចធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារ និងអ្នកជំនាញផ្សេងទៀតដែលស្គាល់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។ តាមរយៈការដឹកប្រអប់ "I Agree" (ខ្ញុំយល់ស្រប) អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នក ពីប្រភពផ្សេងៗគ្នា រួមមានក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលនៃរដ្ឋ Rhode Island (R.I. Department of Labor and Training, DLT) ក្រសួងសេវា មនុស្សជាតិនៃរដ្ឋ Rhode Island (R.I. Department of Human Services, DHS) ការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរដ្ឋ Rhode Island (R.I. Executive Office of Health and Human Services) ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋ Rhode Island (R.I. Department of Health) ក្រសួងកែតម្រូវ (R.I. Department of Corrections, RIDOC) និង Experian ក្នុងនាមមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicaid និង Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) និងរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration, SSA)។

យើងនឹងមិនបដិសេធអ្នកនូវរាល់អត្ថប្រយោជន៍ ឬការចូលប្រើកម្មវិធីណាមួយដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយគ្រាន់តែអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ នូវការអនុញ្ញាតដើម្បីទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់នោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការយល់ព្រមរបស់អ្នកគឺត្រូវ បានទាមទារដើម្បីកំណត់ ឬបន្តសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកដោយប្រើប្រភពទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិកសម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងទៀតដូចជាការធានារ៉ាប់រង សុខភាពពាណិជ្ជកម្មតាមរយៈ HealthSource RI ជាដើម។

អ្នកអាចបន្តទៅទិញទំនិញ និងទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយមិនចាំបាច់បំពេញការយល់ព្រមនេះដោយទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំ នងរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774) ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុណាមួយសម្រា ប់ការទិញការធានារ៉ាប់រង មិនថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ឬអត់នោះទេ វានឹងចាំបាច់សម្រាប់អ្នកក្នុងការបំពេញការយល់ព្រមនេះ។

ការចែករំលែក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិតាមរយៈការគូសដឹកប្រអប់ "I Agree" (ខ្ញុំយល់ស្រប) នឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយ អនុលោមតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដែលការពារភាពឯកជនរបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍៖ ច្បាប់ស្តីពី គណនេយ្យភាព និងការផ្ទេរធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996 (Pub. L. 104-191) ការសម្ងាត់នៃការទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ Rhode Island (R.I.G.L. 5-37.3-1 et seq.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40-1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 និងច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិជាធរមានផ្សេងទៀតទាំងអស់។ ព័ត៌មាននឹងត្រូវបានចែករំលែកដោយការផ្ទេរទិន្នន័យ តាមកុំព្យូទ័រ។

តាមរយៈការគូសដឹកប្រអប់ទីមួយខាងក្រោម ខ្ញុំយល់ព្រមក្នុងការទទួលបាន និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានដំបូង និង ជាបន្តរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល ឬកម្មវិធីដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល ផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈគេហទំព័រនេះដែលរៀបចំផែនការ ផ្តល់ និងសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងការបង់ប្រាក់។

- ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន។
- ខ្ញុំមិនផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំទេ ហើយយល់ថាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងទៀតអាចរង ផលប៉ះពាល់ដោយសេចក្តីសម្រេចនេះ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ការព្រមានអំពីការពិន័យ			
ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំបានអាន ឬបានស្តាប់ការអានអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ។ នៅក្រោមការពិន័យនៃការភូតកុហក ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ចម្លើយទាំងអស់របស់ខ្ញុំនៅលើការបន្តនេះគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានអំពីសញ្ជាតិ និងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ និងអត្តសញ្ញាណរបស់កុមារអនីតិជនដែលមានឈ្មោះក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំបំពានច្បាប់ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុសដោយចេតនា ហើយអាចត្រូវផ្តន្ទាទោសតាមច្បាប់សហព័ន្ធ ច្បាប់រដ្ឋ ឬទាំងពីរ។			
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬអ្នកទទួល	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានមានការអនុញ្ញាត	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់ប្តីឬប្រពន្ធ ឬឪពុកឬម្តាយផ្សេងទៀតរបស់កុមារ	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាល អ្នកអភិរក្ស ឬអ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខាតំណាងទីភ្នាក់ងារ (សម្រាប់តែការិយាល័យប៉ុណ្ណោះ)	កាលបរិច្ឆេទ

ពាក្យស្នើសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៃរដ្ឋ Rhode Island

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅអាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតទេ?

បាទឬចាស ទេ

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការប្រអប់ទាំងពីរទេ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះទេ។

ការដាក់ពាក្យ ឬការបដិសេធក្នុងការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយដែលអ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយក្រសួងនេះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ វាជាជម្រើសរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់ស្វែងរកជំនួយឬទទួលយកជំនួយ។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនៃពាក្យស្នើសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាលក្ខណៈឯកជន។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមាននរណាម្នាក់បានជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬស្នើសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួន ឬចំណូលចិត្តផ្នែកនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតតាមរយៈអាសយដ្ឋាន 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 ឬទូរសព្ទទៅលេខ (401) 222 - 2345។



តារាងខាងក្រោមបង្ហាញអ្នកនូវឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃឯកសារដែលអ្នកនឹងត្រូវដាក់បញ្ជូនរួមជាមួយនិងទម្រង់បែបបទបន្តនេះ។ ធ្វើទម្រង់បែបបទបន្តដែលបានបំពេញរួចនេះត្រឡប់មកវិញ ទោះបីជាអ្នកមិនមានឯកសារទាំងអស់នេះក៏ដោយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានឯកសារទាំងនេះ អ្នកអាចទាក់ទង DHS តាមរយៈលេខទូរស័ព្ទដែលមានរាយក្នុងទំព័រទី 1 នៃទម្រង់បែបនេះ។

អ្នកក៏អាចដាក់បញ្ជូនឯកសាររបស់អ្នកតាមរយៈកម្មវិធីទូរសព្ទរបស់ HealthyRhode បានផងដែរ ដែលអាចទាញយកបាននៅលើទូរសព្ទដៃស្មាតហ្វូនរបស់អ្នក។

ប្រាក់ចំណូលពីការងារ	បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់ ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍នៅលើក្បាលលិខិតរបស់និយោជកដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ឈ្នួល កាលវិភាគការងារគិតជាម៉ោង និងចំនួនម៉ោងធ្វើការសម្រាប់រយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកទៅ
អាសយដ្ឋានថ្មី និងថ្លៃជម្រកស្នាក់នៅ	បង្កាន់ដៃជួល សៀវភៅកត់ត្រាការបង់រំលោះ កិច្ចសន្យាជួល/ថ្លៃជួល របាយការណ៍ពី ក្រសួងលំនៅឋាន និងអភិវឌ្ឍន៍ក្រុងសហរដ្ឋអាមេរិក (United States Department of Housing and Urban Development, HUD) របាយការណ៍ពីបុគ្គលដែលចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើជម្រកស្នាក់នៅ វិក្កយបត្រទឹកភ្លើងសំរាម របាយការណ៍ពីក្រុមហ៊ុនទឹកភ្លើងសំរាម របាយការណ៍ពីម្ចាស់ផ្ទះ រួមទាំងអាសយដ្ឋាន និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារដែលអ្នកបង់	ប្រសិនបើភាគពួកិច្ចរបស់អ្នកក្នុងការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារបានផ្លាស់ប្តូរ សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃដីការបស់តុលាការ។
ប្រាក់ចំណូលដែលមិនទទួលបានពីការងារ	ច្បាប់ចម្លងចុងក្រោយបំផុតនៃរបាយការណ៍ស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍នៃរបបសន្តិសុខសង្គម ឬលិខិតផ្តល់រង្វាន់ ភស្តុតាងនៃភាពអត់ការងារធ្វើ សំណងកម្មករ ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ អាហារូបត្ថម្ភ TDI
ការចំណាយលើការថែទាំអ្នកក្នុងបន្ទុក	បង្កាន់ដៃបង្ហាញពីការចំណាយលើការថែទាំកុមារចេញពីហោរេប៊ែររបស់អ្នក ឬការចំណាយសម្រាប់ការថែទាំសមាជិកគ្រួសារដែលមានពិការភាព ឬចាស់ជរា
ធនធាន/យានយន្ត	របាយការណ៍គណនីធនាគារ (របាយការណ៍គណនីសន្សំ គណនីចរន្ត សហជីពឥណទាន និង/ឬ របាយការណ៍របស់ CD) ភាគហ៊ុន ឬមូលបត្របំណុល ឯកសារនៃភាពជាម្ចាស់នៃភារៈគ្រប់គ្រង ភស្តុតាងនៃភាពជាម្ចាស់នៃអចលនទ្រព្យក្រៅពីផ្ទះរបស់អ្នក ភស្តុតាងនៃទ្រព្យសម្បត្តិជួល ការចុះបញ្ជីយានយន្ត រួមមាន ថយន្ត ទូក រថយន្តដឹកទំនិញ ម៉ូតូ រថយន្តបោះតង់ ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតដែលបង្កើតទ្រព្យសម្បត្តិ ភស្តុតាងនៃភាពជាម្ចាស់នៃដីបញ្ចុះសព (ប្រសិនបើអ្នកមានច្រើនជាងមួយ)

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



មតិរបស់អតិថិជន (ក៏អាចរាយការណ៍ព័ត៌មានបន្ថែមនៅទីនេះ)

Area reserved for customer comments or additional information reporting.

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>





RHODE ISLAND VOTER REGISTRATION FORM

Please print clearly in ink. All information is required unless marked optional.

YOU MAY USE THIS FORM TO:

- Register to vote in Rhode Island.
- Change your name and/or address on your registration.
- Choose a political party or change parties.

TO REGISTER TO VOTE IN RI YOU MUST BE:

- A legal resident of Rhode Island.
- A citizen of the United States.
- At least 16 years of age.
(You must be at least 18 years of age to vote on Election Day.)

INSTRUCTIONS

- Box 2: REQUIRED.** Rhode Island citizens who are at least 16 years of age may pre-register to vote using this form. If you fail to check either of these boxes, this form will be returned to you. If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.
- Box 3:** If you are registering to vote for the first time in Rhode Island by mail or if someone else turns this form in for you, it is **REQUIRED** that you provide your driver's license number or state ID number issued by the RI Department of Motor Vehicles (DMV). If you do not have either, you must provide the last 4 digits of your Social Security Number. If you do not provide the above information or it cannot be verified, you will be required to provide identification to an election official before voting. Acceptable forms of identification are on the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side of this form).
- Box 5:** A person may have only one legal residence. You must register from your legal residence. A post office box or rural route may only be used as a "Mailing Address" in Box 6.
- Box 9:** If you want to affiliate to vote, choose a party. If you leave Box 9 blank, you will be listed as unaffiliated.
- Box 10:** You must SIGN and DATE the registration form. If you fail to sign and date the form, it will be returned to you.
- Box 11:** If you are updating your voter registration because you legally changed your name, enter your previous legal name.
- Box 12:** If you are updating your voter registration because of an address change, enter your previous address, **even if out-of-state**.

You will receive an acknowledgement receipt of this voter registration form within 3 weeks. If you do not receive it, contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list). For questions and deadlines relating to this form, visit the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list).
(This form may be reproduced)

1. Check Boxes that Apply: <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Name Change					
2. I am a U.S. Citizen and resident of Rhode Island. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I am at least 16 years of age. (You must be at least 18 years of age to vote.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.</small>		3. RI driver's license or ID Number: <input type="text"/> If you do not have a RI driver's license or ID, enter last 4 digits of your social security number: <input type="text"/> If you do not enter either number, see instructions for Box 3.			
4. Last Name		Suffix (if any)		First Name	Middle Name (or initial)
5. Home Address (Do not enter a post office box)		Apt.	City/Town	State	ZIP Code
6. Mailing Address (If different from Box 5)		Apt.	City/Town	State	ZIP Code
7. Date of Birth (mm/dd/yyyy)		8. Phone No./ E-mail Address (optional)		9. Party Affiliation:	
Month Day Year				<input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Unaffiliated <input type="checkbox"/> Other _____	
10. I swear or affirm that: - I am not incarcerated in a correctional facility upon a felony conviction. - I am not presently judged "mentally incompetent" to vote by a court of law. - The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry into the United States.				<i>Official Use For Barcode</i> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	
PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>					
				Date: _____ (mm/dd/yyyy) Signed	
Warning: If you sign this form and know it to be false, you can be convicted and fined up to \$5,000 or jailed up to 10 years.					
11. PREVIOUS NAME (if different from Box 4)			12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION (City/Town, State, ZIP & County)		
<small>02/2012 Regs Form Revised 12/2012</small>					

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



Return Address



Postage
Required Post
Office will not
deliver
without proper
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

*****FOLD HERE & TAPE AT TOP*****

INSTRUCTIONS FOR MAILING THE VOTER REGISTRATION FORM

An applicant who chooses to mail his/her voter registration form shall do so in the following manner:

1. Fold the form at the dotted line and tape the bottom to the top of the form.
2. From the list below, locate the address of the board of canvassers in the city or town in which you are registering to vote and insert that address in the appropriate space beneath "Mail To: BOARD OF CANVASSERS" on the addressed side of the voter registration form. Insert your return address in the space provided.

NOTICE: It is against the law for anyone to interfere with your privacy in registering to vote or in choosing a political party. If you believe someone has interfered with your right to register or not register, or with your privacy in making this decision, or in choosing a political party, you may file a complaint with the State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

LOCAL BOARDS OF CANVASSERS

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

Voter Registration Questions May Be Addressed To:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ផ្លាស់ប្តូរលក្ខខណ្ឌរាយការណ៍

អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅខាងក្រោម ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន និងការចុះឈ្មោះរបស់នរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ៖

- អាសយដ្ឋានលំនៅឋាន
- អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍
- ប្រាក់ចំណូល
- ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍
- បុគ្គលដែលផ្លាស់ទីចូល ឬចេញពីផ្ទះរបស់អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលរួមបញ្ចូលនៅក្នុងឯកសារពន្ធរបស់អ្នក
- ស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះរបស់បុគ្គលណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ
- ការជាប់ឃុំឃាំង ឬស្ថានភាពស្ថាប័ន
- ការចូលប្រើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត រួមទាំងសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ឬលទ្ធភាពទទួលបានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈការងាររបស់អ្នក ឬតាមរយៈការងាររបស់សមាជិកគ្រួសារ
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬស្ថានភាពជាពលរដ្ឋ
- កំណើត ការសុំកូនមកចិញ្ចឹម ការត្រៀមទទួលកូនមកចិញ្ចឹម អាពាហ៍ពិពាហ៍ ការលែងលះ ឬមរណភាព
- ស្ថានភាពនៃការបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ឬ
- ចំនួនអ្នកដែលស្ថិតក្រោមបន្ទុកពន្ធដែលបានប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការប្រព្រឹត្តិចំពោះដោយមិនការរើសអើង។ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (U.S. Department of Agriculture, USDA) ក្រសួង USDA ទីភ្នាក់ងាររបស់ក្រសួង ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួមក្នុង ឬគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ក្រសួង USDA ត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យរើសអើងដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ សាសនា ភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ (រួមទាំងការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) ទំនោរផ្លូវភេទ ពិការភាព អាយុ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ស្ថានភាពគ្រួសារ/ស្ថានភាពឪពុកម្តាយ ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ជំនឿនយោបាយ ឬធ្វើការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុន នៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើឡើង ឬផ្តល់មូលនិធិដោយក្រសួង USDA (មិនមែនរាល់មូលដ្ឋានទាំងអស់សុទ្ធតែអនុវត្តចំពោះកម្មវិធីទាំងអស់ទេ)។ ដំណោះស្រាយ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យបណ្តឹងប្រែប្រួលទៅតាមកម្មវិធី ឬឧប្បត្តិហេតុ។

អ្នកដែលមានពិការភាពដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្នាមសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ជាសំឡេង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (United States Department of Agriculture, USDA) តាមរយៈលេខ (202)720-2600 (សំឡេង និង TTY) ឬទាក់ទងមកកាន់ USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធតាមរយៈលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី USDA, AD-3027 ដែលរកឃើញលើអនឡាញតាមរយៈ:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> និងនៅការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬសរសេរលិខិតផ្ញើទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំក្នុងទម្រង់បែបបទ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទស្តីពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 632-9992។ ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ ឬលិខិតដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់ USDA ដោយ៖ (1) ប្រៃសណីយ៍៖ U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) ទូរសារ៖ (202) 690-7442 ឬ (3) អ៊ីមែល៖ program.intake@usda.gov។ USDA (U.S. Department of Agriculture) គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា និងយោជន៍ និងអ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី ដែលផ្តល់ឱកាសស្នើគ្នាដល់មនុស្សគ្រប់រូប។

ដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.) ផ្នែកទី 504 នៃច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម (29 U.S.C. 794) ច្បាប់ស្តីពីជនពិការភាពនៃឆ្នាំ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) និងចំណងជើងទី IX នៃវិសោធនកម្មការអប់រំឆ្នាំ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.) ច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 (អតីតច្បាប់បណ្តុំចំណីអាហារ) ច្បាប់ស្តីពីការរើសអើងអាយុឆ្នាំ 1975 ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកសម្រាប់ការអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិ (45 C.F.R. ផ្នែកទី 80 និង 84) និងបទប្បញ្ញត្តិអនុវត្តរបស់ក្រសួងអប់រំសហរដ្ឋអាមេរិក (34 C.F.R. ផ្នែកទី 104 និង 106) និងក្រសួងកសិកម្ម អាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក (7 C.F.R. 272.6) ការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) និងក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ពិការភាព សាសនា ជំនឿនយោបាយ អាយុ ឬភេទ ក្នុងការទទួលយក ឬការផ្តល់សេវា ការងារ ឬការព្យាបាល ក្នុងការអប់រំ និងសកម្មភាពកម្មវិធីផ្សេងទៀត។ ស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ជាធរមាន EOHHS និង DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់មិនរើសអើងទាំងនេះ បទប្បញ្ញត្តិ និងនីតិវិធីបណ្តឹងសម្រាប់ការដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងនៃការរើសអើង សូមទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈអាសយដ្ឋាន 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971។ ដើម្បីធ្វើការហៅទូរសព្ទដោយប្រើសេវាបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ Rhode Island ចូរទូរសព្ទទៅលេខ 7-1-1 ឬទូរសព្ទទៅលេខមួយក្នុងចំណោមលេខឥតគិតថ្លៃទាំងនេះ៖ TTY: 1-800-745-5555 សំឡេង៖ 1-800-745-6575។ មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកទំនាក់ទំនងសហគមន៍គឺជាអ្នកសម្របសម្រួលសម្រាប់ការអនុវត្តចំណងជើងទី VI អ្នកគ្រប់គ្រងការិយាល័យសេវាស្តារនីតិសម្បទា (Office of Rehabilitation Services, ORS) ឬមន្ត្រីចាត់តាំងរបស់គាត់/នាង គឺជាអ្នកសម្របសម្រួលសម្រាប់ការអនុវត្តចំណងជើងទី IX ផ្នែកទី 504 និង ADA។ នាយកក្រសួង DHS ឬមន្ត្រីចាត់តាំងរបស់គាត់/នាងមានទំនួលខុសត្រូវរួមសម្រាប់ការអនុលោមតាមសិទ្ធិស៊ីវិលសម្រាប់រាល់កម្មវិធីទីភ្នាក់ងារទាំងអស់។ លេខាធិការការិយាល័យ EOHHS ទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហាពិសេសដែលទាក់ទងនឹង Medicaid ហើយនឹងបញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធតាមតម្រូវការ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



សិទ្ធិរបស់អ្នក

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រង និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ហើយប្រសិនបើរកឃើញថាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬ Medicaid ឬកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ដោយផ្អែកលើគោលការណ៍ និងស្តង់ដារដែលបានបង្កើតឡើងក្រោមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

អ្នកអាចមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងមានសវនាការយុត្តិធម៌ផ្នែករដ្ឋបាល ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ អ្នកអាច៖

1. ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីពិភាក្សាអំពីសេចក្តីសម្រេចលើអត្ថប្រយោជន៍។ ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រ ទីមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ត្រូវប្រាកដថាមានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ និងលេខករណី/កំណត់អត្តសញ្ញាណនៅនឹងដៃ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។
2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋបាល។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសំណើផ្លូវការដែលស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋបាល។ សូមអានបន្តសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើអ្វីទៅជាសវនាការយុត្តិធម៌?

សវនាការយុត្តិធម៌គឺជាឱកាសសម្រាប់អ្នកដើម្បីប្រាប់មន្ត្រីសវនាការរដ្ឋបាលថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ទីភ្នាក់ងារអំពីសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬថ្លៃចំណាយណាមួយដែលអ្នកត្រូវបង់។ អ្នកតំណាងទីភ្នាក់ងារក៏មានវត្តមាននៅក្នុងសវនាការផងដែរ ដើម្បីពន្យល់ពីមូលដ្ឋានសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចរបស់ទីភ្នាក់ងារ។ តាមច្បាប់ មន្ត្រីរដ្ឋបាលត្រូវពិនិត្យអង្គហេតុនៃករណីដែលភាគីទាំងពីរបានលើកឡើងដោយយុត្តិធម៌ និងមិនលម្អៀង។

កាលកំណត់សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងស្នើសុំឱ្យសវនាការយុត្តិធម៌

តារាងខាងក្រោមពន្យល់ពីកាលកំណត់សម្រាប់ការដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយ។ សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយចំនួន អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបន្តរហូតដល់សេចក្តីសម្រេចនៃសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមកាលកំណត់ដែលបានរាយក្នុងតារាង។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានកាលកំណត់នេះ អ្នកអាចបាត់បង់សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងនឹងកំណត់កាលវិភាគសវនាការរបស់អ្នក និងចេញសេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ឬ 60 ថ្ងៃ ប្រសិនបើសវនាការទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នក។ សេចក្តីសម្រេចនឹងចេញលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងអស់របស់ HealthSource RI ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានទទួល ដូចដែលអាចធ្វើទៅបានតាមផ្នែករដ្ឋបាល។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



កម្មវិធី	អ្នកត្រូវដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្នុង៖	តើអត្ថប្រយោជន៍នឹងបន្តប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃសេចក្តីជូនដំណឹង ("Aid Pending") ឬទេ?
Medicaid	30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ឬកន្លងពីថ្ងៃបន្ថែមទៀតសម្រាប់ពេលវេលាធ្វើសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍នឹងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
SNAP	90 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍នឹងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
CCAP	30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	អត្ថប្រយោជន៍អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយរហូតដល់សេចក្តីសម្រេចលើសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង។
GPA ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្ម កម្មវិធីផ្សេងទៀតទាំងអស់	10 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ឬកន្លងពីថ្ងៃបន្ថែមទៀតសម្រាប់ពេលវេលាធ្វើសំបុត្រ។ 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស ប៉ុន្តែសំណើត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ អ្នកត្រូវតែទូរសព្ទទៅ HealthSource RI ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការជូនដំណឹង ដើម្បីស្នើសុំ Aid-Pending។ បាទឬចាស

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការភ្លាមៗសម្រាប់សេវាសុខភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ហើយការរង់ចាំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារអាចប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមត្ថភាពក្នុងការសម្រេចបាន រក្សា ឬទទួលបានមុខងារអតិបរមាឡើងវិញ។ យើងត្រូវសម្រេចចិត្តពន្លឿនការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើបាន ដោយផ្អែកលើកាលៈទេសៈ។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន យើងត្រូវជូនដំណឹងអ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយយើងត្រូវតែដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការស្តង់ដាររបស់យើង។

សិទ្ធិក្នុងការបន្តអត្ថប្រយោជន៍ ខណៈពេលដែលកំពុងរង់ចាំសវនាការ

អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកបន្តមិនផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការរបស់អ្នក (វាត្រូវបានគេហៅថា "Aid-Pending")។ លើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មតាមរយៈ HealthSource RI ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ Aid-Pending។ លុះត្រាតែអ្នកអាចបង្ហាញបើមិនដូច្នោះទេ សម្រាប់ Medicaid និង HealthSource RI យើងនឹងសន្មតថាអ្នកបានទទួលការជូនដំណឹងនេះ 5 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicaid ហើយអ្នកទទួលបាន Aid-Pending ហើយបន្ទាប់មកអ្នកបាត់បង់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក រដ្ឋអាចឱ្យអ្នកសងថ្លៃចំណាយវិញសម្រាប់ការរ៉ាប់រងអ្នកក្នុងអំឡុងពេល Aid-Pending។ សម្រាប់ HealthSource RI, Aid-Pending អាចប្រើបានលុះត្រាតែអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញដែលបានកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយសំណើត្រូវបានធ្វើឡើងតាមទូរសព្ទទៅកាន់ HealthSource RI តាមរយៈលេខ

1-855-840-HSRI (4774) ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានឥណទាននៃពន្ធដើម្បីជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកទទួលបាន Aid-Pending ហើយបន្ទាប់មកអ្នកបាត់បង់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះអ្នកអាចនឹងជំពាក់ប្រាក់បន្ថែមនៅក្នុងពន្ធសហព័ន្ធរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ អ្នកនៅតែត្រូវបង់ក្នុងអំឡុងពេល Aid-Pending។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP, RIW ឬ GPA ហើយទទួលបាន Aid-Pending ហើយអ្នកបាត់បង់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវសងប្រាក់វិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានចេញជូនអ្នក ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលនេះ។

សិទ្ធិធ្វើជាអ្នកតំណាងខ្លួនឯង និងសិទ្ធិទទួលបានអ្នកតំណាង

អ្នកមានសិទ្ធិតំណាងឱ្យខ្លួនអ្នកនៅក្នុងសវនាការ ឬជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ដើម្បីតំណាងឱ្យអ្នក រួមទាំងមេធាវី អ្នកតស៊ូមតិ មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ដំបូន្មានផ្នែកច្បាប់អាចរកបានពី Rhode Island Legal Services, Inc. តាមរយៈលេខ 274-2652 ឬ 1-800-662-5034។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសតំណាង ផ្នែកច្បាប់ អ្នកតំណាងត្រូវតែដាក់លិខិតចូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមួយការិយាល័យសវនាការនៅ ឬមុនសវនាការ។ ការចូលខ្លួនដើរតួជាការចេញ ផ្សាយព័ត៌មានសម្ងាត់ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់អាចចូលទៅកាន់កំណត់ត្រាករណីរបស់ទីភ្នាក់ងារ។ វាក៏ចាំបាច់ផងដែរ សម្រាប់ការិយាល័យសវនាការដើម្បីបញ្ជាក់តំណាងសម្រាប់គោលបំណងនៃការតាមដាន ពិនិត្យ សំណើសុំបន្ត។ល។

សិទ្ធិទទួលបាននៃសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតអាចនឹងរងផលប៉ះពាល់

ការសម្រេចចិត្តប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងអាចបណ្តាលឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសិទ្ធិទទួលបានសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគ្រួសាររបស់អ្នក។

ចូលទៅកាន់កំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិមើលកំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក រួមទាំងភស្តុតាងដែលដូចនឹងប្រើនៅក្នុងសវនាការរបស់អ្នក។ ដើម្បីមើលកំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក ចូរទូរសព្ទ មកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសកម្មភាពដែលធ្វើឡើងដោយ HealthSource RI អ្នក អាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅ: 1-855-840-HSRI (4774)។

ដំណោះស្រាយក្រៅផ្លូវការ

យើងប្រហែលជាអាចដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបានយ៉ាងឆាប់រហ័សដោយមិនចាំបាច់មានសវនាការ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) ដូច្នេះយើងអាចពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកក្រៅផ្លូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសកម្មភាពដែលធ្វើឡើងដោយ HealthSource RI អ្នកអាចទាក់ទង HealthSource RI តាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774) ដើម្បីស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្រៅផ្លូវការ។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកក្នុងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងមួយដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្រៅផ្លូវការ។ សិទ្ធិ របស់អ្នកក្នុងសវនាការនឹងមិនត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយការខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកក្រៅផ្លូវការនោះទេ។

ប្រសិនបើនេះជាពាក្យសុំដំបូងរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង Medicaid អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃ។ ដើម្បីគ្របដណ្តប់លើពេលវេលាផ្ទៃសំបុត្រ រយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីប្រាំ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹងនេះ។ ដូច្នេះ អ្នកត្រូវ តែស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 05/06/2023។ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួល Medicaid រួចហើយ ហើយអ្នកចង់រក្សាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នករហូត ដល់សេចក្តីសម្រេចលើសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង អ្នកត្រូវតែប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេលដប់ (10) ថ្ងៃ ជាថ្មីម្តងទៀត ដើម្បីគ្រប ដណ្តប់ពេលវេលាផ្ទៃសំបុត្រ រយៈពេល 10 ថ្ងៃនោះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីប្រាំបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹងនេះ។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការរក្សាការសម្ងាត់។ នៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋ ភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងកម្មវិធីទាំងអស់ត្រូវបានចងក្លាប់ដោយច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានអំពីអ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគ្រួសាររបស់អ្នកសម្រាប់តែគោលបំណងដែលទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីភាពចល័ត និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ស្តង់ដារ សម្រាប់ភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបុគ្គល។ ការដាក់កំហិត HIPAA រារាំងយើងខ្ញុំពីការពិភាក្សា អំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាមួយនរណាម្នាក់ រួមទាំងអ្នកតំណាងដែលគ្មានការអនុញ្ញាត លុះត្រាតែបុគ្គលនោះមានអ្នក តំណាងផ្លូវច្បាប់ ឬអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនៃការយល់ព្រមដែលអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការបង្ហាញ ព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត មេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ លទ្ធផលតេស្ត ឬការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងសេវាពឹងផ្អែកលើសារធាតុគីមី។

EOHHS និង DHS មិនបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីអ្នក ឬសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគ្រួសាររបស់អ្នកដោយគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នក លើកលែងតែមានចែងក្នុង ច្បាប់ទូទៅនៃរដ្ឋ Rhode Island និងបទប្បញ្ញត្តិដែលមានចែងក្នុងក្រមរដ្ឋបាលរបស់ DHS និងក្រម Medicaid នៃច្បាប់រដ្ឋបាល។ ជនណាម្នាក់ដែលត្រូវបានរក ឃើញថាមានពិរុទ្ធពីបទរំលោភលើបទប្បញ្ញត្តិនៃច្បាប់ទូទៅនៃរដ្ឋ Rhode Island នឹងត្រូវចាត់ទុកថាមានទោសពីបទមជ្ឈិម។ ជនរំលោភបំពានអាចត្រូវបាន ពិន័យជាអតិបរមាពីរយដុល្លារ (\$200) ឬជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ប្រាំមួយ (6) ខែ ឬទាំងពីរ។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់ពាក្យសុំជំនួយសេវាអនុវត្តតាមរយៈការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារ (Office of Child Support Services)។ ដើម្បីទទួលបាន ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ សូមចូលទៅកាន់ <http://www.cse.ri.gov/> ឬទៅកាន់ការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារតាមរយៈអាសយដ្ឋាន 77 Dorrance St., Providence, RI 02903។

អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត។ អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត គឺជាបុគ្គលដែលត្រូវបានចាត់តាំងដោយមេគ្រួសារ ឬ ប្តីឬប្រពន្ធ ឬសមាជិកដែលទទួលខុសត្រូវផ្សេងទៀតនៃគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមគ្រួសារក្នុងការស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍អាច ឬមិនមែនជាបុគ្គលតែមួយដែលត្រូវបានចាត់តាំងជា អ្នកតំណាងដែលទទួលបាន ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ដំណើរការដាក់ពាក្យសុំ ឬសម្រាប់ការបំពេញតម្រូវការក្នុងការរាយការណ៍។ ការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតត្រូវ តែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យរបស់ Medicaid EOHHS ទាមទារថា ក្រសួងត្រូវតែ:

- ផ្តល់ឱ្យអ្នករយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការដើម្បីពិនិត្យមើលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានមកយើងខ្ញុំ ឬស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែមទេ យើងអាចបដិសេធ បញ្ឈប់ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពរបស់អ្នក។
- ជូនដំណឹងដល់អ្នក ក្នុងករណីភាគច្រើន យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេលដប់ (10) ថ្ងៃមុនពេលយើងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពរបស់អ្នក។
- ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងករណីភាគច្រើន ក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព និងករណីពិការភាពមួយចំនួនអាចចំណាយពេលសែសិបប្រាំ (45) ថ្ងៃ ទៅកៅសិប (90) ថ្ងៃ។
- បន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់ Rhode Island Medicaid ខណៈពេលដែលយើងសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានក្រោមកម្មវិធីមួយផ្សេងទៀតឬទេ។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រង និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីប្រាក់ចំណូល ធនធាន និងស្ថានភាពលំនៅឋានរបស់អ្នកនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (ឬភស្តុតាងដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំលេខមួយ) សម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក ជាលក្ខខណ្ឌនៃសិទ្ធិទទួលបាន។ ការប្រមូលព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំ ក៏ដូចជាលេខរបបសន្តិសុខសង្គមនៃសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអ្នកទទួលបានជំនួយ ត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 (អតីតច្បាប់បណ្តឹងចំណីអាហារ) ដូចដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម 7 U.S.C. 2011-2036 និងក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (និង)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ថាតើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបន្តមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP និង/ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មជាមួយនឹងជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំថ្ងៃ។ ក្រសួងនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈការផ្តល់ព័ត៌មានដោយផ្ទាល់មាត់ ឬតាមរយៈការងារ និងបណ្តុះបណ្តាល (Department of Labor and Training, DLT) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration, SSA) សេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) សេវាអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ (Food and Nutrition Service, FNS) និងអង្គការរដ្ឋាភិបាល និងមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ បទប្បញ្ញត្តិ ឬកិច្ចសន្យាហើយពួកគេនឹងត្រូវឆ្លងកាត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមន្ត្រីមូលដ្ឋាន។ ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងសិទ្ធិទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារទាំងនេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន និងទទួលបានចំនួនត្រឹមត្រូវនៃអត្ថប្រយោជន៍ SNAP, GPA ការថែទាំកុមារ RIW, Medicaid និងធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មដោយមានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ ព័ត៌មាននេះក៏នឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីតាមដានការអនុលោមតាមបទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធី សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ក៏ដូចជាដើម្បីការពារការកែប្រែបន្ត និងផ្ទៀងផ្ទាត់ការទាមទារការថែទាំសុខភាព។ ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការពិនិត្យជាផ្លូវការ និងដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ក្នុងគោលបំណងចាប់ជនរៀសខ្លួនដែលរត់គេចពីច្បាប់។ ប្រសិនបើការទាមទារកើតឡើងប្រឆាំងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់នៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក រួមទាំង SSN ទាំងអស់អាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ក៏ដូចជាទីភ្នាក់ងារប្រមូលផ្តុំការទាមទារឯកជនសម្រាប់សកម្មភាពប្រមូលការទាមទារ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការផ្តល់ SSN នឹងនាំឱ្យមានការបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះបុគ្គលណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ SSN ណាមួយដែលបានផ្តល់នឹងត្រូវបានប្រើ និងបង្ហាញក្នុងលក្ខណៈដូចគ្នាទៅនឹង SSN នៃសមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិ។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលធ្វើការត្រួតពិនិត្យគុណភាព។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការសហការជាមួយការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន RI Works ជំនួយ Child Care ឬ Medicaid។ អ្នកត្រូវតែជួយបង្កើត កែប្រែ ឬអនុវត្តការគាំពារកុមារសម្រាប់កុមារក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក និងបង្កើតភាពជាដីពុក (ប្រសិនបើចាំបាច់)។ ប្រសិនបើអ្នកអាចបង្ហាញថាអ្នកមានហេតុផលល្អក្នុងការជឿថាការសហការជាមួយការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារធ្វើឱ្យអ្នក កូនរបស់អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងការមើលថែទាំរបស់អ្នកប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ពីឪពុកម្តាយដែលមិនមែនជាអាណាព្យាបាល អ្នកអាចមានហេតុផលត្រឹមត្រូវក្នុងការមិនសហការ។



កម្មវិធីការងារ MEDICAID ជំនួយ CHILD CARE និងជំនួយសាធារណៈទូទៅរបស់រដ្ឋ RHODE ISLAND

កាតព្វកិច្ច និងការចាត់ចែង

អនុលោមតាមច្បាប់ទូទៅនៃ Rhode Island ផ្នែក 40-6-9, 40-6-10 ឬ 40-8-15 ដោយមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើឯកសារណាមួយឡើយ៖

a.) ទាក់ទងនឹងការគាំពារកុមារ និងការបង្កើតភាពជាឪពុក

ខ្ញុំបានប្រគល់សិទ្ធិណាមួយ និងទាំងអស់ដែលខ្ញុំអាចមានសម្រាប់ និងក្នុងនាមខ្លួនខ្ញុំ និងសម្រាប់ និងក្នុងនាមកូន ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ទៅក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) មិនថាធ្វើសកម្មភាពដោយខ្លួនឯង ឬជាភ្នាក់ងារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៃការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ប្រឆាំងនឹងបុគ្គលណាម្នាក់ដែលខកខានក្នុងការផ្តល់ការគាំទ្រ ការថែទាំ និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និងកូនតូចរបស់ខ្ញុំ ឬកូនដែលជំនួយត្រូវបានបង់ដោយភ្នាក់ងារណាមួយ ឬទាំងពីរ។ ក្នុងសមត្ថភាពនេះ DHS ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យបង្កើតឈ្មោះមួយដើម្បីបង្កើតភាពជាឪពុក និង/ឬដើម្បីប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ឬកូនដែលបានទទួល ឬទទួលបានជំនួយពី DHS និង/ឬ EOHHS។ ប្រសិនបើខ្ញុំឈប់ទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬ Medicaid ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់ការគាំទ្រកុមារ/ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាប្រសិនបើកូនរបស់ខ្ញុំរើចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ឬមានការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ។

b.) ទាក់ទងនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានពីភាគីទីបី

ខ្ញុំបានប្រគល់សិទ្ធិទាំងអស់ដល់ DHS ឬ EOHHS សម្រាប់ និងក្នុងនាមខ្លួនខ្ញុំ និងបុគ្គលណាម្នាក់ដែលខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យតំណាងដោយស្របច្បាប់សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានមកវិញពីភាគីទីបីស្មើនឹងចំនួនជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និង Medicaid ដែលបានផ្តល់ជាលទ្ធផលនៃគ្រោះថ្នាក់ រឿង ឬជំងឺ។

c.) ទាក់ទងនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានពីសំណងកម្មករ

ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) និង/ឬការិយាល័យប្រតិបត្តិសុខភាព និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ស្មារតីដាក់សិទ្ធិឃាត់ទុកលើរង្វាន់ ការបញ្ជាទិញ ឬការទូទាត់ដែលមិនទាន់សម្រេចណាមួយ ដែលខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិក្រោមបទប្បញ្ញត្តិនៃច្បាប់ស្តីពីសំណងសម្រាប់កម្មករ Rhode Island ជំពូកទី 28-29 តាមរយៈ 28-38 នៃច្បាប់ទូទៅ Rhode Island។ គោលបំណងនៃកាតព្វកិច្ចនេះគឺដើម្បីធានាការទូទាត់សងដល់រដ្ឋសម្រាប់ការទូទាត់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និង Medicaid ដែលធ្វើឡើងចំពោះខ្ញុំ ឬក្នុងនាមខ្ញុំសម្រាប់រយៈពេលដែលការផ្តល់សំណង ការបញ្ជាទិញ ឬការទូទាត់របស់កម្មករត្រូវបានធ្វើឡើង។

d.) ទាក់ទងនឹងកាតព្វកិច្ច លើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលបានដែលបានទទួលមរណភាពសម្រាប់សំណង Medicaid

អនុលោមតាម R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS អាចដាក់កាតព្វកិច្ចលើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលបាន Medicaid ដែលមានអាយុហាសិបប្រាំ (55) ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះនៅពេលស្លាប់។ សម្រាប់គោលបំណងនៃផ្នែកនេះ ពាក្យ "estate" (អចលនវត្ថុ) ទាក់ទងនឹងបុគ្គលដែលបានស្លាប់ត្រូវរាប់បញ្ចូលទាំងទ្រព្យសម្បត្តិពិត និងផ្ទាល់ខ្លួន និងទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀតដែលរួមបញ្ចូល ឬរាប់បញ្ចូលក្នុងទ្រព្យសម្បត្តិសាកល្បងរបស់បុគ្គលនោះ។ ផលបូកសរុបនៃ Medicaid ដែលបានបង់ក្នុងនាមអ្នកទទួលបាន Medicaid ដែលមានអាយុហាសិបប្រាំ (55) ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះនៅពេលទទួលបានគឺជាបំណុលត្រូវសងរដ្ឋហើយបង្កើតបានជាកាតព្វកិច្ចលើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលបានសម្រាប់ជាអត្ថប្រយោជន៍របស់ EOHHS។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ កាតព្វកិច្ចនេះមានប្រសិទ្ធភាព និងមិនអនុវត្តចំពោះទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកទទួលបានដែលនៅរស់រានមានជីវិតដោយប្តីប្រពន្ធ ឬកូនដែលមានអាយុក្រោមម្ភៃមួយ (21) ឬកូនដែលពិការភ្នែក ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍ និងពិការទាំងស្រុងដូច កំណត់ក្នុងចំណងជើងទី XVI (SSI) នៃច្បាប់របបសន្តិសុខសង្គម។ ដីកុលសម្ព័ន្ធ និងទ្រព្យសម្បត្តិមួយចំនួនដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាចត្រូវបានលើកលែងពីការស្តារឡើងវិញ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ខ្ញុំយល់ថាពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំប្រើជាការអនុញ្ញាតដល់ EOHHS និង/ឬ DHS ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹងខ្ញុំ ឬ ចំពោះបុគ្គលណាម្នាក់ដែលរួមបញ្ចូលក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់ខ្ញុំ ដរាបណាករណីនៅតែបើកចំហ។ ខ្ញុំយល់ និងយល់ស្របថា EOHHS ឬភ្នាក់ងារសិទ្ធិទទួលបាន DHS អាចទាក់ទងមនុស្ស ឬអង្គការផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានភស្តុតាងចាំបាច់នៃសិទ្ធិទទួលបាន និងកម្រិតនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំក៏យល់ថា EOHHS និង DHS អាចប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅលើកម្មវិធីរបស់ខ្ញុំ និងក្នុងគណនីឯកជនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីណាមួយដែលខ្ញុំបានដាក់ពាក្យ និង/ឬអាចផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវអត្ថប្រយោជន៍ស្របតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ កិច្ចសន្យា និងបទប្បញ្ញត្តិ។ EOHHS និង DHS អាចបញ្ជូនព័ត៌មានមិនកំណត់អត្តសញ្ញាណសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវ។ ការចេញផ្សាយព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណត្រូវតែធ្វើឡើងដោយអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

Medicaid: ការបញ្ចប់ដោយអ្នក

សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកខាងក្រោមមានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicaid:

ឈ្មោះ:
MEDICAID RECIPIENT

អ្នកអាចបញ្ចប់ការរ៉ាប់រងលើសុខភាព Medicaid របស់សមាជិកគ្រួសារអ្នកបានគ្រប់ពេល។ យើងផ្តល់ជូននូវវិធីជាច្រើនដើម្បីដំណើរការសំណើក្នុងការបញ្ចប់របស់អ្នក:

- តាមរយៈទូរសព្ទ: ទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលហៅទូរសព្ទរបស់ ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) តាមរយៈលេខ 1-855-697-4347 (ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក ចាប់ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3 រសៀល) ឬ HealthSource RI តាមរយៈលេខ 1-855-840-4774 (ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច)
- ដោយផ្ទាល់: ទៅកាន់ការិយាល័យ DHS ឬដាក់សំណើក្នុងការបញ្ចប់របស់អ្នកនៅក្នុងប្រអប់ទម្លាក់ដែលមានសុវត្ថិភាពណាមួយនៅការិយាល័យ DHS និងមជ្ឈមណ្ឌលគ្រួសារក្នុងតំបន់។ សម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យ សូមចូលមើល www.dhs.ri.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- តាមរយៈប្រៃសណីយ៍: អ្នកក៏អាចធ្វើការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយ៉ាងហោចណាស់ពីរសប្តាហ៍ មុនពេលអ្នកចង់បញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រង ហើយផ្ញើទៅកាន់: State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

♥Medicaid: ការបញ្ចប់ដោយរដ្ឋ

សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកខាងក្រោមមានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicaid:

ឈ្មោះ:
MEDICAID RECIPIENT

ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកនៅក្នុង Medicaid អាចត្រូវបានលុបចោលលុះត្រាតែមានរឿងដូចខាងក្រោមកើតឡើង:

- ប្រសិនបើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃសមរម្យទៀតហើយ
- ប្រសិនបើអ្នក ឬការធានារ៉ាប់រងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ ដោយសារព័ត៌មានក្លែងបន្លំនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស

អ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មបន្ថែមតាមរយៈ Medicaid ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស។

- តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានពិការភាពទេ?
- តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវការការថែទាំមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬសេវាថែទាំរយៈពេលវែងផ្សេងទៀតដែរទេ?
- តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានវិក្កយបត្រផ្លែព្យាបាលខ្ពស់ ឬញឹកញាប់ទេ?

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



លេខករណី: 775301588

បើដូច្នោះមែន អ្នកមើលថា តើពួកគេមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយផ្អែកលើតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេសដែរឬទេ? ទូរសព្ទទៅលេខ (855) 712-9158 ឬចូលមើល www.HealthSourceRI.com សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthyrhode.ri.gov>



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nà kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò b̄éin m̄ gbo kpáa. Dé 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (EOHHS) និងក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ពិការភាព សាសនា ជំនឿនយោបាយ អាយុ ឬយែនឌ័រ ក្នុងការទទួលយក ឬការផ្តល់សេវា ការងារ ឬការព្យាបាល ក្នុងការ អប់រំ និងសកម្មភាពកម្មវិធីផ្សេងទៀត។ ស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ជាធរមាន EOHHS/DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់ស្តីពីការមិនរើសអើងទាំងនេះ បទប្បញ្ញត្តិ និងនីតិវិធីបណ្តឹងសម្រាប់ការដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានៃការរើសអើង សូមទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈអាសយដ្ឋាន 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 លេខទូរសព្ទ (401) 462-2971 (សម្រាប់មនុស្សឆ្លង/ស្តាប់មិនសូវឮ 1-800-745-6575 ជាសំឡេង TTY 711)។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល <https://healthvrhode.ri.gov>

