



DBDFXNUNG BGPFBJNAD AEAGSYZKE
49 Dtwo St
Smithfield, RI 02828

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

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

រដ្ឋ Rhode Island

ការបន្តសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងរបស់ MEDICAID

(សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Katie Beckett សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់មនុស្សចាស់ និងមនុស្សពេញវ័យដែលមានពិការភាព មន្ទីរថែទាំ BHDDH និង PACE)

ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលយើងមាននៅលើឯកសារសម្រាប់អ្នក

មនុស្សដែលបានរាយបញ្ជីខាងក្រោមនឹងត្រូវបានបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ Medicaid

ឈ្មោះកម្មវិធី	ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទដែលអត្ថប្រយោជន៍បច្ចុប្បន្ននឹងបន្ត
Medicaid	[REDACTED]	07/01/2023

តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicaid របស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានបន្តដោយរបៀបណា?

ទម្រង់បែបបទនេះមានព័ត៌មានអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលយើងធ្លាប់បានប្រើដើម្បីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ សូមពិនិត្យមើលទម្រង់បែបបទទាំងស្រុងដើម្បីប្រាកដថាព័ត៌មាននៅតែត្រឹមត្រូវ។

- **ប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរទេ មិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់៖** ប្រសិនបើព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះនៅតែត្រឹមត្រូវ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicaid របស់អ្នកនឹងត្រូវបានបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំទៀត។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតជូនទៅអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកដឹងថា ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicaid របស់អ្នកត្រូវបានបន្តមុនកាលបរិច្ឆេទបន្ត។
- **ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរ ចូររាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ៖** ប្រសិនបើអ្នកកំពុងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ សូមបំពេញ ហើយផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះត្រឡប់មកវិញ ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។ យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ ហើយសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកមានសិទ្ធិបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicaid របស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតទៅអ្នកដើម្បីជម្រាបឱ្យអ្នកដឹងពីអ្វីដែលយើងសម្រេចចិត្ត ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀតមុនកាលបរិច្ឆេទបន្ត។
- **ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់ឯកសារបន្ថែម** ឬអ្នកបានរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ ហើយសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកមានសិទ្ធិបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicaid របស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតទៅអ្នកដើម្បីជម្រាបឱ្យអ្នកដឹងពីអ្វីដែលយើងសម្រេចចិត្ត ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀតមុនកាលបរិច្ឆេទបន្ត។

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



តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះ?

- **ប្រាក់ចំណូល៖** យើងត្រូវដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS និងប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលត្រូវបានពិចារណានៅពេលកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់ចំពោះថ្លៃថែទាំជារៀងរាល់ខែ។ ប្រសិនបើការបន្តនេះគឺសម្រាប់កុមារដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់ Katie Beckett យើងគ្រាន់តែត្រូវដឹងពីប្រាក់ចំណូលរបស់កុមារតែប៉ុណ្ណោះ។ មិនចាំបាច់មានការចូលរួមចំណែកក្នុងថ្លៃចំណាយលើការថែទាំនោះទេ។
- **ធនធាន៖** យើងក៏ត្រូវដឹងផងដែរថាតើធនធានរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS មានការកើនឡើងឬអត់ និង/ឬប្រសិនបើធនធានណាមួយដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មានទាំងស្រុង ឬរួមគ្នាត្រូវបានលក់ ឬផ្ទេរទៅឱ្យអ្នកផ្សេងឬអត់។
- **អាសយដ្ឋាន និងស្ថានភាពលំនៅឋាន៖** ប្រាប់យើងខ្ញុំថាតើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS បានផ្លាស់ប្តូរ ឬប្តូរអាសយដ្ឋាន បញ្ចូល ឬចាកចេញពីលំនៅឋានដែលមានជំនួយ មណ្ឌលថែទាំ ឬផ្ទះជាក្រុម ឬស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពលំនៅឋានរួមគ្នាថ្មី ឬផ្សេងគ្នា។
- **ម្ចាស់ផ្ទះមានបំណងត្រឡប់ទៅលំនៅឋានដំបូងវិញ៖** សម្រាប់អ្នករស់នៅមណ្ឌលថែទាំតែប៉ុណ្ណោះ៖ ប្រសិនបើអ្នកជាម្ចាស់ផ្ទះដែលជាលំនៅឋានដំបូងរបស់អ្នក យើងសន្មតថា អ្នកមានបំណងត្រឡប់ទៅរស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនេះវិញនៅពេលដ៏សមស្របមួយនាពេលអនាគត ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬមានបំណងត្រឡប់ទៅកាន់លំនៅឋាននេះវិញសូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផ្នែកទី 5 ខាងក្រោម។
- **ស្ថានភាពគ្រួសារ និងផ្ទះ៖** យើងត្រូវដឹងថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬអត់ ដូចជាប្រសិនបើប្តី ឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS បានស្លាប់ ទទួលបានការលែងលះ បានរៀបការជាមួយអ្នកផ្សេង ឬផ្លាស់ចូល ចេញពី ឬបានលក់ផ្ទះដែលមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាធនធានទេ។ ព័ត៌មាននេះមិនត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ការបន្តកូនដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Katie Beckett ទេ។
- **ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍៖** អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំថាតើស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ និង/ឬអ្នកឧបត្ថម្ភបានផ្លាស់ប្តូរចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំដំបូង ឬការបន្តចុងក្រោយ។

តើខ្ញុំអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូររបស់ខ្ញុំ និងបន្តការធានារ៉ាប់រង Medicaid របស់ខ្ញុំដោយរបៀបណា?

មានវិធីជាច្រើនក្នុងការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។ សូមអានការណែនាំខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់។

- **តាមប្រៃសណីយ៍៖** ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសឆ្លើយតបតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ សូមសរសេរព័ត៌មានដែលបានផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជួរឈរនៃ "Updated Information" (ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព) នៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើមិនមានព័ត៌មានណាមួយត្រូវបានបោះពុម្ពទេ ហើយអ្នកកំពុងត្រលប់មកវិញនូវទម្រង់បែបបទនេះ សូមបំពេញក្នុងប្រអប់ជាមួយ "CURRENT INFORMATION" (ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន)។ សូមប្រាកដថាចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ទម្រង់បែបបទនេះអាចត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងលើនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ កុមារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Katie Beckett គួរតែផ្ញើទម្រង់បែបបទទៅកាន់ DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **ប្រគល់នៅការិយាល័យ DHS៖** ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសប្រគល់ទម្រង់បែបបទនៅការិយាល័យ DHS សូមធ្វើតាមការណែនាំដែលបានរាយខាងលើសម្រាប់ប្រៃសណីយ៍។ សម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យ សូមចូលមើល www.dhs.ri.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)។
- **តាមអនឡាញ៖** អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់ "User Account" (គណនីអ្នកប្រើ) របស់អ្នកនៅលើ <https://healthyrhode.ri.gov> ហើយធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផងដែរ។

មើលគណនីរបស់អ្នកអនឡាញ

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក៏អាចរកបានដោយទ្រុកចូលទៅក្នុងគណនីរបស់អ្នកតាមរយៈគេហទំព័រ <https://healthyrhode.ri.gov/>។ អ្នកអាចចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដោយប្រើឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ [REDACTED] ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចាំពាក្យសម្ងាត់ អ្នកអាចទាញយកវាវិញដោយចុចលើ "LOG IN" (ទ្រុកចូល) បន្ទាប់មកចុច "Forgot Username/Password?" (ភ្លេចឈ្មោះអ្នកប្រើ/ពាក្យសម្ងាត់?) តាមគេហទំព័រ <https://healthyrhode.ri.gov/>។ តាមរយៈគណនីរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំ និងបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។

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



ទម្រង់បែបបទបន្ត LTSS

ការណែនាំ: សូមអានទម្រង់បែបបទនេះដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយសរសេរព័ត៌មានផ្លាស់ប្តូរអំពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ចូល។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ត្រូវប្រាកដថា បានត្រឡប់ទម្រង់បែបបទអំពីការបន្តទាំងមូល រួមទាំងទំព័រនេះ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍

	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ទំនាក់ទំនងចម្បង និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	██████████	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	██████████ FL 34747	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
អាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ LTSS កំពុងរស់នៅបច្ចុប្បន្ននេះ:	██████████ FL 34747	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
លេខទូរសព្ទ	██████████	
អ៊ីមែល		
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	██████████	

1. ប្រាក់ចំណូល:

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយលើប្រាក់ចំណូលដែរឬទេ? យើងត្រូវដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍។ យើងក៏ត្រូវដឹងពីឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីឬប្រពន្ធ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកណាម្នាក់ ដែលយើងត្រូវតែពិចារណានៅពេលកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ LTSS ដែលជាមនុស្សពេញវ័យត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយចំពោះថ្លៃចំណាយលើការថែទាំ។

ប្រសិនបើប្រអប់នៅទំនេរ សូមផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ។

ប្រសិនបើប្រអប់ត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរគូសខ្សែព័ត៌មានដែលខុស ហើយផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវក្នុងជួរដេកដែលទំនេរខាងក្រោម។ បន្ថែមឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកថ្មី។

ផ្ញើស្តុកតារាងនៃចំនួនប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬបានកែតម្រូវរួចជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។

ចំណាំ: សម្រាប់កុមារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Katie Beckett សូមរួមបញ្ចូលតែប្រាក់ចំណូលរបស់កុមារប៉ុណ្ណោះ។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងប្រាក់ចំណូលដើម្បីរាយការណ៍ទេ

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



ឈ្មោះ	SSN	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួល អត្ថប្រយោជន៍ LTSS	ប្រាក់ចំណូល / ប្រភេទ
██████████	XXX-XX-██████████	██████████	Self	\$ 582.56/ Employment

2. ធនធាន

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ LTSS បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តជាថ្មីចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរធនធានដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍មាន រួមទាំងការកើនឡើង ឬថយចុះដែរឬទេ? ប្រសិនបើអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ LTSS មានធនធានថ្មីណាមួយ ឬបានផ្លាស់ប្តូរធនធាន (បានលក់ ឬផ្ទេរ) សូមរាយបញ្ជីធនធានទាំងនោះខាងក្រោមនៅក្រោម "current information" (ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន)។ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរកាត់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវណាមួយចេញ ហើយផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពត្រឹមត្រូវនៅក្នុងប្រអប់នៅផ្នែកខាងស្តាំ។

ចំណាំ: ធនធានរួមមានសាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ គណនីសន្សំ និងគណនីចរន្ត វិញ្ញាបនបត្រនៃប្រាក់បញ្ញើ ភាគហ៊ុន បណ្ណបំណុល គណនីសម្រាប់ការសម្រេចបានបទពិសោធន៍វិវត្តកាន់តែប្រសើរ (ABLE ACCOUNTS) មូលនិធិក្នុងការគ្រប់គ្រង ភាពជាម្ចាស់នៃអាជីវកម្ម។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងធនធានដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ឈ្មោះម្ចាស់	ធនធាន	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	ឃានយន្ត	-	
	គណនីចរន្ត/សន្សំ	-	
	ភាគហ៊ុន/បណ្ណបំណុល	-	
	វិញ្ញាបនបត្រនៃប្រាក់បញ្ញើ	-	
	គណនីទីផ្សារប្រាក់	-	
	ភាពជាម្ចាស់អាជីវកម្ម	-	
	ប្រាក់ដែលត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំ	-	
	IRA, 401K, 403B គណនី Keogh	-	
	កិច្ចសន្យា ឬគណនីបញ្ចុះសព	-	
	ផ្សេងទៀត	-	

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

2a. ការគ្រប់គ្រង

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS ឬនរណាម្នាក់ដែលដើរតួនាទីសិទ្ធិអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានបង្កើតឡើង ឬផ្ទេរទំនិញនៃតម្លៃណាមួយដូចជា ទ្រព្យសម្បត្តិ អចលនទ្រព្យ ការទូទាត់លើការធានារ៉ាប់រង ការចែកចាយ IRA កិច្ចសន្យានៃការបញ្ចុះសព ផលបត្រភាគហ៊ុន មូលនិធិក្នុងការគ្រប់គ្រង ផែនការធានារ៉ាប់រងប្រចាំឆ្នាំ គណនីទិញលក់ភាគហ៊ុន ការទូទាត់ធានារ៉ាប់រង ឬឯកសារស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការគ្រប់គ្រងក្នុងរយៈពេលហុកសិប (60) ខែចុងក្រោយ ចូរបំពេញក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ហើយផ្ញើស្តុកតាមកមើងខ្ញុំ។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានសកម្មភាពដែលត្រូវឱ្យជឿជាក់ដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ពិពណ៌នាអំពីធាតុ	កាលបរិច្ឆេទនៃសម្មភាព	តម្លៃ/ចំនួននៃធាតុដែលបានដាក់ក្នុងការគ្រប់គ្រង

3. អចលនទ្រព្យរួមទាំងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS

តើមានការផ្លាស់ប្តូរការប្រាក់នៃម្ចាស់កម្មសិទ្ធិរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍លើអចលនទ្រព្យ/ទ្រព្យសម្បត្តិ (ដូចជាផ្ទះ ឬដី) ចាប់តាំងពីពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំដំបូង ឬបន្តជាថ្មីចុងក្រោយដែរឬទេ? បំពេញចន្លោះទំនេរ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានដែលខុសក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ហើយផ្ញើមកមើងខ្ញុំនូវឯកសារនៃការផ្លាស់ប្តូរទាក់ទងនឹងការលក់ ការផ្ទេរ និងប្រាក់ចំណូល។

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរនៃអចលនទ្រព្យ/ទ្រព្យសម្បត្តិដែលត្រូវរាយការណ៍។

អចលនទ្រព្យ និងទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀត		
1. លំនៅឋានដំបូង	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	
ប្តីឬប្រពន្ធ/អ្នកក្នុងបន្ទុកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	
ប្រាក់ចំណូលពីទ្រព្យសម្បត្តិ - ជួល ឬ កិច្ចសន្យាជួល	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	
កាលបរិច្ឆេទនៃការលក់/ផ្ទេរ	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	

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



2. ទ្រព្យសម្បត្តិ/លំនៅឋានផ្សេងទៀត (អាសយដ្ឋាន)	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	
តម្លៃសមធម៌ - តម្លៃតិចជាង កាតព្វកិច្ច បំណុល ប្រាក់កម្ចី	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	
ប្រាក់ចំណូលពីទ្រព្យសម្បត្តិ - ជួល ឬ កិច្ចសន្យាជួល	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	
កាលបរិច្ឆេទនៃការលក់/ផ្ទេរ	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	-	

4. ការគ្របដណ្តប់លើការធានារ៉ាប់រង

ផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ និងថ្មីបំផុតអំពីគ្រប់ទម្រង់ទាំងអស់នៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ ដោយបំពេញចន្លោះទំនេរ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពជាមុននៅក្នុងប្រអប់ទំនេរក្នុងជួរដេកខាងក្រោម។ រួមបញ្ចូលនិយោជក និងគ្រូជន និងគម្រោងសុខភាពឯកជនផ្សេងទៀត ដូចជាគម្រោងសុខភាពធូញ សុខភាពភ្នែក និងគម្រោងបន្ថែមផ្សេងទៀត និងគម្រោង Medicare, Tricare និងគម្រោងរបស់រដ្ឋាភិបាលស្រដៀងគ្នា។

សូមផ្ញើច្បាប់ចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងផ្នែកខាងក្រោយនៃបណ្តាញធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី និងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទាំងអស់សម្រាប់គម្រោងទាំងនេះ។

គូសផឹកប្រសិនបើគ្មានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលត្រូវរាយការណ៍

ធានារ៉ាប់រងសុខភាព	ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលនយោបាយ	លេខគោលការណ៍	ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ

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



ផ្នែកទី 5: សម្រាប់តែអ្នកស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំប៉ុណ្ណោះ
បំណងត្រឡប់ទៅលំនៅឋានដំបូងវិញ
បំពេញប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ និងជាម្ចាស់ផ្ទះតែប៉ុណ្ណោះ។

ខ្ញុំ _____ សូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំជាម្ចាស់អចលនទ្រព្យដែលមានទីតាំង
(ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ/អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍)

នៅ _____
(អាសយដ្ឋានផ្លូវ) (ក្រុង) (រដ្ឋ និងលេខកូដប្រៃសណីយ៍)

បន្ថែមពីនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា អចលនទ្រព្យនេះគឺជាលំនៅឋានចម្បងរបស់ខ្ញុំ
ខ្ញុំជាម្ចាស់អចលនទ្រព្យដែលបានរាយនាមខាងលើ៖ (សូមគូសផឹកមួយ)

- Solely Jointly
- Tenants in common Life Estate

ខ្ញុំយល់ និងព្រមព្រៀងថាខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ DHS ក្នុងរយៈពេលដប់ (10) ថ្ងៃ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងកម្មសិទ្ធិអចលនទ្រព្យ
របស់ខ្ញុំនេះ។ ខ្ញុំក៏ព្រមព្រៀងក្នុងការជូនដំណឹងដល់ DHS អំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងបំណងរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីត្រឡប់ទៅរស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យ
ដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ។ ដូច្នេះហើយ ខ្ញុំរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរខាងក្រោម៖ (សរសេរនៅខាងក្រោមដើម្បីបង្ហាញពីការផ្លាស់ប្តូរ)

_____ ។

ការព្រមានអំពីការពិន័យ	
"ក្រោមការពិន័យនៃការភូតកុហក ខ្ញុំសូមស្បថថា ខ្ញុំបានពិនិត្យ ឬបានស្តាប់ការអានអំពីទម្រង់បែបបទនៃការបន្តនេះ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ អ្វីគ្រប់យ៉ាងគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំក្នុងនាមអ្នកផ្សេង ខ្ញុំសន្យាថាខ្ញុំបានពិនិត្យពាក្យសុំនេះជាមួយបុគ្គលនោះ ឬបានអានឱ្យគាត់ស្តាប់ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់គាត់/នាង អ្វីគ្រប់យ៉ាងគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។"	
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត កាលបរិច្ឆេទ៖	
ហត្ថលេខារបស់ប្តីឬប្រពន្ធ ឬ ឪពុកម្តាយ កាលបរិច្ឆេទ៖	
ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាល/អ្នកអភិរក្ស/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ កាលបរិច្ឆេទ៖	
លេខទូរសព្ទ	ហត្ថលេខារបស់សាក្សីពីផ្នែក កាលបរិច្ឆេទ៖ ()

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



ការយល់ព្រមរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន

យើងអាចជួយអ្នកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ប្រសិនបើយើងអាចធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារ និងអ្នកជំនាញផ្សេងទៀតដែលស្គាល់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។ តាមរយៈការដឹកប្រអប់ "I Agree" (ខ្ញុំយល់ស្រប) អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នកពីប្រភពផ្សេងៗគ្នា រួមមាន ក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលនៃរដ្ឋ RI។ ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិនៃរដ្ឋ Rhode Island ការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) រដ្ឋ RI។ ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋ Rhode Island ក្រសួងកែតម្រូវ និង Experian ក្នុងនាមមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicaid និង Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) និងរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម។

យើងនឹងមិនបដិសេធអ្នកនូវរាល់អត្ថប្រយោជន៍ ឬការចូលប្រើកម្មវិធីណាមួយដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយគ្រាន់តែអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវការអនុញ្ញាតដើម្បីទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់នោះទេ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ បើគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នកទេ យើងមិនអាចជួយអ្នកក្នុងការចូលប្រើកម្មវិធី និងជំនួយមួយចំនួនដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានទេ។ ទាមទារឱ្យមានការយល់ព្រមពីអ្នកដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

អ្នកអាចបន្តទៅទិញទំនិញ និងទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយមិនចាំបាច់បំពេញការយល់ព្រមនេះដោយទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774) ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុណាមួយសម្រាប់ការទិញការធានារ៉ាប់រង មិនថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ឬអត់នោះទេ វានឹងចាំបាច់សម្រាប់អ្នកក្នុងការបំពេញការយល់ព្រមនេះ។

ការចែករំលែក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិតាមរយៈការគូសដឹកប្រអប់ "I Agree" (ខ្ញុំយល់ស្រប) នឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយអនុលោមតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដែលការពារភាពឯកជនរបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍៖ ច្បាប់ស្តីពីគណនេយ្យភាព និងការផ្ទេរធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996 (Pub. L. 104-191 ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា HIPAA) នៃរដ្ឋ Rhode Island ការសម្ងាត់នៃការទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានស្តីពីការថែទាំសុខភាព (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 ក៏ដូចជាបទប្បញ្ញត្តិជាធរមានផ្សេងទៀតទាំងអស់។ ព័ត៌មាននឹងត្រូវបានចែករំលែកដោយការផ្ទេរទិន្នន័យតាមកុំព្យូទ័រ។

តាមរយៈការគូសដឹកប្រអប់ទីមួយខាងក្រោម ខ្ញុំយល់ព្រមក្នុងការទទួលបាន និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល ឬកម្មវិធីដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈគេហទំព័រនេះ រៀបចំផែនការ ផ្តល់ និងសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងការបង់ប្រាក់។

- ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន
- ខ្ញុំមិនផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំទេ ហើយយល់ថាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធី និងការគាំទ្រជាក់លាក់នឹងទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយសេចក្តីសម្រេចនេះ។

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

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការប្រព្រឹត្តចំពោះដោយមិនការរើសអើង។ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (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 ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈជំនឿនយោបាយ ឬធ្វើការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុន នៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើឡើង ឬផ្តល់មូលនិធិដោយក្រសួង USDA (មិនមែនរាល់មូលដ្ឋានទាំងអស់សុទ្ធតែអនុវត្តចំពោះកម្មវិធីទាំងអស់ទេ)។ ដំណោះស្រាយ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យបណ្តឹងប្រែប្រួលទៅតាមកម្មវិធី ឬឧប្បត្តិហេតុ។

អ្នកដែលមានពិការភាពដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ដាស់ឡើង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) តាមរយៈលេខ (202)720-2600 (សំឡេង និង TTY) ឬទាក់ទងមកកាន់ USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធតាមរយៈលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី សូមបំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី USDA, AD-3027 ដែលរកឃើញលើអនឡាញតាមរយៈ:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> និងនៅការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬសរសេរលិខិតផ្ញើទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងលិខិតដែលបានស្នើសុំក្នុងទម្រង់បែបបទ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទស្តីពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 632-9992។ ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ ឬលិខិតដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកទៅកាន់ 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 គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា និងយោជក និងអ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី ដែលផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នាដល់មនុស្សគ្រប់រូប។ ដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.) ផ្នែកទី 504 នៃច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម (29 U.S.C. 794) ច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិកនៃឆ្នាំ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) និងចំណងជើងទី IX នៃវិសោធនកម្មការអប់រំឆ្នាំ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.) ច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 (អតីតច្បាប់បណ្តឹងចំណីអាហារ) 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 ឬការព្យាបាលក្នុងការអប់រំ 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 ទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហារើសអើងដែលទាក់ទងនឹង Medicaid ហើយនឹងបញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធតាមតម្រូវការ។

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 ដោយមិនគិតថ្លៃ 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, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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 nià ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̩ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wudù kà kò dò po-poò béin m̩ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) និងក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ពិការភាព សាសនា ជំនឿនយោបាយ អាយុ ឬវ័យនៃខ្លួន ក្នុងការទទួលបាន ឬការផ្តល់សេវា ការងារ ឬការព្យាបាល ក្នុងការអប់រំ និងសកម្មភាពកម្មវិធីផ្សេងទៀត។ ស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ជាធរមាន EOHHS/DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់ស្តីពីការមិនរើសអើង បទប្បញ្ញត្តិ និងនីតិវិធីបណ្តឹងសម្រាប់ការដោះស្រាយបណ្តឹងអំពីការរើសអើងទាំងនេះ ចូរទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈអាសយដ្ឋាន 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 លេខទូរសព្ទ (401) 462-2971 (សម្រាប់អ្នកជួង/ស្តាប់មិនសូវឮ 1-800-745-6575 ជាសំឡេង TTY 711)។

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

