



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXX



របៀបទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ
ចូលទៅអនឡាញ៖ <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)**

សកម្មភាពចាំបាច់៖ ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលយើងមាននៅលើឯកសារសម្រាប់អ្នក

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងត្រូវពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក ដើម្បីរកមើលថាតើអ្នកនៅតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicaid ដែរឬទេ។ យើង
សម្រេចថាតើអ្នកនៅតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់មកយើងខ្ញុំ។ បន្ទាប់មកយើងពិនិត្យមើលព័ត៌មាននេះ
ដោយប្រើឧបករណ៍ផ្ទៀងផ្ទាត់អេឡិចត្រូនិក។ យើងមិនអាចកំណត់ថាតើអ្នក ឬសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់អ្នកនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់
គ្រាន់សម្រាប់ Medicaid ដោយផ្អែកលើការផ្ទៀងផ្ទាត់ខាងក្រៅ និងព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងទេ។ ដើម្បីបន្តសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid
របស់អ្នក និងមិនបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង សូមពិនិត្យមើលការជូនដំណឹងទាំងអស់នេះ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានដែលអាចអនុវត្តបាន ចុះហត្ថ
លេខា និងបញ្ជូនទម្រង់បែបបទបន្តឡើងវិញតាមកាលបរិច្ឆេទដែលបានរាយខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ទម្រង់បែបបទនៃការបន្តដែល
បានចុះហត្ថលេខាត្រឹមកាលបរិច្ឆេទដែលបានរាយខាងក្រោមទេ ប្រព័ន្ធនឹងវាយតម្លៃ និងកំណត់សិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រង
សុខភាពស្របទៅតាមនោះដែរ។

ឈ្មោះកម្មវិធី	ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទកំណត់កាលវិភាគបញ្ចប់ អត្ថប្រយោជន៍បច្ចុប្បន្ន
Medicaid	[REDACTED]	06/01/2023

សូមដាក់បញ្ជូនឯកសារខាងក្រោម និងទម្រង់បែបបទបន្តដែលបានចុះហត្ថលេខាត្រឹមកាលបរិច្ឆេទដែលបានរាយខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមិន
ផ្តល់ឯកសារត្រឹមកាលបរិច្ឆេទដែលបានរាយខាងក្រោមទេ ប្រព័ន្ធនឹងវាយតម្លៃ ព្រមទាំងកំណត់សិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រង
សុខភាពទៅតាមនោះដែរ។

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



ឈ្មោះ:	យើងត្រូវការព័ត៌មានអំពី:	ព័ត៌មានផុតកំណត់ត្រីមៈ	ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងដែលអាចទទួលយកបាន (សូមប្រគល់ភស្តុតាងមួយក្នុងចំណោមភស្តុតាងខាងក្រោម):
G [REDACTED] P [REDACTED]	ប្រាក់ចំណូលដែលមិនទទួលបានពីការងារ (រួមមាន ការធានារ៉ាប់រងលើពិការភាពបណ្តោះអាសន្ន ឬការចូលនិវត្តន៍ ការរស់រានមានជីវិត ការធានារ៉ាប់រងលើពិការភាព)	05/01/2023	បង្កាន់ដៃមូលប្បទានប្រគល់ប្រាក់បញ្ញើ លិខិត ឬឯកសារពី បុគ្គល/ទីភ្នាក់ងារ ដែលធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ កំណត់ត្រាគុណការ ឬឯកសារផ្លូវច្បាប់ ផ្សេងទៀត កំណត់ត្រាមេធាវី លិខិតពីកុលសម្ព័ន្ធ សេចក្តីថ្លែងការពីអ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី របាយការណ៍ធនាគារ ឬរបាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុផ្សេងទៀត លិខិតរង្វាន់ AP-91 កិច្ចសន្យាខ្ចីប្រាក់ ដីកាបង្គាប់របស់តុលាការសម្រាប់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីការគាំទ្រដល់កុមារ ពីឪពុកឬម្តាយ ដែលផ្តល់ជូននូវការថែទាំកិច្ចព្រមព្រៀងលើការគាំទ្រ

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវប្រគល់ត្រឡប់មកវិញត្រឹមថ្ងៃទី 05/01/2023។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខានេះ ត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនោះទេ ការធានារ៉ាប់រងលើសិទ្ធិទទួលបាន LTSS របស់Medicaid នឹងមិនត្រូវបានបន្តទេ ហើយអ្នកនឹងបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង នៅថ្ងៃទី 05/31/2023។

តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះ?

- **ប្រាក់ចំណូល:** យើងត្រូវដឹងអំពីរាល់ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS និងប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលត្រូវបានពិចារណានៅពេលកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់ចំពោះថ្លៃថែទាំជារៀងរាល់ខែ។ ប្រសិនបើការបន្តនេះគឺសម្រាប់កុមារដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់ Katie Beckett យើងគ្រាន់តែត្រូវដឹងពីប្រាក់ចំណូលរបស់កុមារតែប៉ុណ្ណោះ។ មិនចាំបាច់មានការចូលរួមចំណែកក្នុងថ្លៃចំណាយលើការថែទាំនោះទេ។
- **ធនធាន:** យើងក៏ត្រូវដឹងផងដែរថា ធនធានរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS មានការកើនឡើងឬអត់ និង/ឬប្រសិនបើធនធានណាមួយដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មានទាំងស្រុង ឬរួមគ្នាត្រូវបានលក់ ឬផ្ទេរទៅឱ្យអ្នកផ្សេងឬអត់។
- **អាសយដ្ឋាន និងស្ថានភាពលំនៅឋាន:** ប្រាប់យើងខ្ញុំថា តើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS បានផ្លាស់ប្តូរ ឬប្តូរអាសយដ្ឋាន បញ្ចូល ឬចាកចេញពីលំនៅឋានដែលមានជំនួយ មណ្ឌលថែទាំ ឬផ្ទះជាក្រុម ឬស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពលំនៅឋានរួមគ្នាថ្មី ឬផ្សេងគ្នា។
- **ម្ចាស់ផ្ទះមានបំណងត្រឡប់ទៅលំនៅឋានដំបូងវិញ:** សម្រាប់អ្នករស់នៅមណ្ឌលថែទាំតែប៉ុណ្ណោះ: ប្រសិនបើអ្នកជាម្ចាស់ផ្ទះដែលជាលំនៅឋានដំបូងរបស់អ្នក យើងសន្មតថា អ្នកមានបំណងត្រឡប់ទៅរស់នៅក្នុងអចលនទ្រព្យនេះវិញ នៅពេលដ៏សមស្របមួយនាពេលអនាគត ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬមានបំណងត្រឡប់ទៅកាន់លំនៅឋាននេះវិញ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផ្នែកទី 5 ខាងក្រោម។
- **ស្ថានភាពគ្រួសារ និងផ្ទះ:** យើងត្រូវដឹងថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬអត់ ដូចជាប្រសិនបើប្តី ឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS បានស្លាប់ ទទួលបានការលែងលះ បានរៀបការជាមួយអ្នកផ្សេង ឬផ្លាស់ចូល ចេញពី ឬបានលក់ផ្ទះដែលមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាធនធានទេ។ ព័ត៌មាននេះមិនត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ការបន្តកូនដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Katie Beckett ទេ។

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

- **ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍៖** អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំថា តើស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ 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 សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ 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

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក៏អាចរកបានដោយឡែកចូលទៅក្នុងគណនីរបស់អ្នកតាមរយៈគេហទំព័រ <https://healthyrhode.ri.gov/>។ អ្នកអាចចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដោយប្រើឈ្មោះអ្នកប្រើ GP [REDACTED] បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចាំពាក្យសម្ងាត់ អ្នកអាចទាញយកវិញដោយចុចលើ "LOG IN" (ឡែកចូល) 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។ ត្រូវប្រាកដថាចុះ ហត្ថលេខា ហើយបញ្ជូនទម្រង់បែបបទនៃការបន្តនេះត្រឡប់មកវិញ រួមទាំងទំព័រនេះ ទោះបីជាអ្នកមិនមានការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីរាយការណ៍ក៏ដោយ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍

	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ទំនាក់ទំនងចម្បង និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	██████████ Self	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	██████████ 35758	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
អាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ LTSS កំពុងរស់នៅបច្ចុប្បន្ននេះ	██████████ 02861	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
លេខទូរសព្ទ	808 ██████████	
អ៊ីមែល	██████████@gmail.com	
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព

1. ប្រាក់ចំណូល:

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តជាថ្មីចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរលើប្រាក់ចំណូលដែរឬទេ? យើងត្រូវដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍។ យើងក៏ត្រូវដឹងពីឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីប្រពន្ធ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកណាមួយ ដែលយើងត្រូវតែពិចារណានៅពេលកំពុងកំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ LTSS ពេញវ័យត្រូវបង់ចំពោះថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការថែទាំផងដែរ។

ប្រសិនបើប្រអប់នៅទំនេរ សូមផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ។

ប្រសិនបើប្រអប់ត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរគូសខ្សែដកព័ត៌មានដែលខុស ហើយផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវក្នុងជួរដេកដែលទំនេរខាងក្រោម។ បន្ថែមឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកថ្មី។

ផ្ញើភស្តុតាងនៃចំនួនប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬបានកែតម្រូវរួចជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។

ចំណាំ: សម្រាប់កុមារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Katie Beckett សូមរួមបញ្ចូលតែប្រាក់ចំណូលរបស់កុមារប៉ុណ្ណោះ។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងប្រាក់ចំណូលដើម្បីរាយការណ៍ទេ

ឈ្មោះ	SSN	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយ អ្នកទទួលបានប្រយោជន៍ LTSS	ប្រាក់ចំណូល / ប្រភេទ
G P [REDACTED]	XXX-XX-[REDACTED]	[REDACTED] 939	Self	\$ 2,524.90/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

2. ធនធាន

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលបានប្រយោជន៍ LTSS បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តជាថ្មីចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរធនធានដែលអ្នកទទួលបានប្រយោជន៍មាន រួមទាំងការកើនឡើង ឬការថយចុះដែរឬទេ? ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានប្រយោជន៍ LTSS មានធនធានថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ (លក់ ឬផ្ទេរ) សូមរាយបញ្ជីធនធានទាំងនោះខាងក្រោមនៅក្រោម "ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន"។ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរគូសព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវចោល ហើយផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពត្រឹមត្រូវនៅក្នុងប្រអប់នៅផ្នែកខាងស្តាំ។

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

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងធនធានដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ឈ្មោះម្ចាស់	ធនធាន	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	ឃានយន្ត	-	
	គណនីចរន្ត/សន្សំ	-	
	ភាគហ៊ុន/បណ្ណបំណុល	-	
	វិញ្ញាបនបត្រនៃប្រាក់បញ្ញើ	-	
	គណនីទីផ្សារប្រាក់	-	
	ភាពជាម្ចាស់អាជីវកម្ម	-	
	ប្រាក់ដែលត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំ	-	
	IRA, 401K, 403B គណនី Keogh	-	
	កិច្ចសន្យា ឬគណនីបញ្ចុះសព	-	
[REDACTED]	ផ្សេងទៀត	\$ 100,000.00	



2a. ការគ្រប់គ្រង

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

គួសផឹកប្រសិនបើមិនមានសកម្មភាពដែលគួរឱ្យជឿជាក់ដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ពិពណ៌នាអំពីធាតុ	កាលបរិច្ឆេទនៃសម្មភាព	តម្លៃ/ចំនួននៃធាតុដែលបានដាក់ក្នុងការគ្រប់គ្រង

3. អចលនទ្រព្យ រួមទាំងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ LTSS

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

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរនៃអចលនទ្រព្យ/ទ្រព្យសម្បត្តិដែលត្រូវរាយការណ៍។

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



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

4. ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ និងថ្មីបំផុតអំពីគ្រប់ទម្រង់ទាំងអស់នៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដោយបំពេញចន្លោះទំនេរ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពជាមុននៅក្នុងប្រអប់ទំនេរក្នុងជួរដេកខាងក្រោម។ រួមបញ្ចូលនិយោជក និងកូដនិងគម្រោងសុខភាពឯកជនផ្សេងទៀត ដូចជាគម្រោងសុខភាពធ្មេញ សុខភាពភ្នែក និងគម្រោងបន្ថែមផ្សេងទៀត និងគម្រោង Medicare, Tricare និងគម្រោងរបស់រដ្ឋាភិបាលស្រដៀងគ្នា។

សូមធ្វើច្បាប់ចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងផ្នែកខាងក្រោយនៃបណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី និងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទាំងអស់សម្រាប់គម្រោងទាំងនេះ។

គូសផឹកប្រសិនបើគ្មានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលត្រូវរាយការណ៍

ធានារ៉ាប់រងសុខភាព	ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលនយោបាយ	លេខគោលការណ៍	ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ



ផ្នែកទី 5: សម្រាប់តែអ្នកស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំប៉ុណ្ណោះ

បំណងត្រឡប់ទៅលំនៅឋានដំបូងវិញ

បំពេញប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ និងជាម្ចាស់ផ្ទះតែប៉ុណ្ណោះ។

ខ្ញុំ _____ សូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំជាម្ចាស់អចលនទ្រព្យដែលមានទីតាំង
(ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ/អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍)

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

បន្ថែមពីនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា អចលនទ្រព្យនេះគឺជាលំនៅឋានចម្បងរបស់ខ្ញុំ

ខ្ញុំជាម្ចាស់អចលនទ្រព្យដែលបានរាយនាមខាងលើ៖ (សូមគូសដីកមួយ)

- Solely (រួមគ្នា) Jointly (តែមួយ)
- Tenants in common (អ្នកជួល) Life Estate (ក្នុងអចលនទ្រព្យរួម)

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:	
ហត្ថលេខារបស់ប្តីប្រពន្ធ ឬ ឪពុកម្តាយ កាលបរិច្ឆេទ:	
ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាល/អ្នកអភិរក្ស/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ កាលបរិច្ឆេទ:	
ហត្ថលេខារបស់សាក្សីពីផ្នែក កាលបរិច្ឆេទ:	
លេខទូរសព្ទ	()



ការយល់ព្រមរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន

យើងអាចជួយអ្នកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ប្រសិនបើយើងអាចធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារ និងអ្នកជំនាញផ្សេងទៀតដែលស្គាល់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។ តាមរយៈការផ្តល់ប្រអប់ "ខ្ញុំយល់ព្រម" អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នកពីប្រភពផ្សេងៗគ្នា រួមមាន RI 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 និងការគាំទ្រមួយចំនួនដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានទេ។ ទាមទារឱ្យមានការយល់ព្រមពីអ្នកដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

អ្នកអាចបន្តទៅទិញទំនិញ និងទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយមិនចាំបាច់បំពេញការយល់ព្រមនេះ ដោយទាក់ទងទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774) ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុណាមួយសម្រាប់ការទិញការធានារ៉ាប់រង មិនថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ឬអត់នោះទេ វានឹងចាំបាច់សម្រាប់អ្នកក្នុងការបំពេញលើការយល់ព្រមនេះទេ។

ការចែករំលែក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិតាមរយៈការផ្តល់ប្រអប់ "ខ្ញុំយល់ព្រម" នឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយអនុលោមទៅតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដែលការពារភាពឯកជនរបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍៖ ច្បាប់ស្តីពីការផ្ទេរប្រាក់ និងគណនេយ្យធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 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។

តាមរយៈការផ្តល់ប្រអប់ទីមួយខាងក្រោម ខ្ញុំយល់ព្រមក្នុងការទទួលបាន និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល ឬកម្មវិធីដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈគេហទំព័រនេះ រៀបចំគម្រោង ផ្តល់ជូន និងសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងការបង់ប្រាក់។

- ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន
- ខ្ញុំមិនផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំទេ ហើយយល់ថាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងទៀតអាចរងផលប៉ះពាល់ដោយសេចក្តីសម្រេចនេះ

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការប្រព្រឹត្តិចំពោះដោយមិនការរើសអើង។ 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 អក្សរស្តាប់សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ដាស់ឡើង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (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> ហើយនៅការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬសរសេរលិខិតផ្ញើទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំក្នុងទម្រង់បែបបទ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទស្តីពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 632-9992។ ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ ឬលិខិតដែលបានបំពេញចររបស់អ្នកទៅកាន់ USDA ដោយ៖ (1) តាមប្រៃសណីយ៍៖ U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 (2) តាមទូរសារ៖ (202) 690-7442 ឬ (3) អ៊ីមែល៖ program.intake@usda.gov។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា និយោជក និងអ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី ដែលផ្តល់ឱកាសស្នើគ្នាដល់មនុស្សគ្រប់រូប។

ដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.) ផ្នែកទី 504 នៃច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម (29 U.S.C. 794) ច្បាប់ស្តីពីជនពិការភាពអាមេរិកនៃឆ្នាំ 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។





សេចក្តីណែនាំសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាពិនិត្យ

អ្នកជំរើរបស់អ្នកកំពុងតែដាក់ពាក្យស្នើសុំពីក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS)។ អ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីឱ្យការិយាល័យវាយតម្លៃវេជ្ជសាស្ត្រ (OMR) អាចកំណត់កម្រិតនៃការថែទាំបាន។

6-តម្រូវឱ្យមានឯកសារ ដើម្បីជួយក្នុងការផ្តល់សេវាដែលបំពេញតម្រូវការបច្ចុប្បន្នរបស់អតិថិជននេះល្អបំផុត មិនថានៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬជាមួយសេវាសហគមន៍។

អ្វីដែលត្រូវការពីអ្នកដើម្បីធានានូវការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ៖

1. សូមបំពេញ PM-1 នេះឱ្យបានហ្មត់ចត់ ដោយបញ្ជូនវាទៅកាន់ការិយាល័យថែទាំរយៈពេលវែង ដែលបានកំណត់ក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលា។ ត្រូវតែបំពេញគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់។
 2. PM-1 គឺចាំបាច់ ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតត្រូវបានលើកទឹកចិត្ត ពោលគឺ កំណត់ត្រាឱសថ ប៉ុន្តែមិនមែនជំនួសទម្រង់បែបបទនេះទេ។ ជាអ្នកផ្តល់សេវាពិនិត្យ (MD, DO, RNP, PA) អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃលើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ សកម្មភាពមុខងារបច្ចុប្បន្ន ស្ថានភាពយល់ដឹង និងការព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺ។ (សូមប្រើកូដដែលបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងផ្នែកសកម្មភាពមុខងារបច្ចុប្បន្ន។)
- សូមអរគុណទុកជាមុនចំពោះជំនួយរបស់អ្នក។

សកម្មភាពក្នុងជីវភាពប្រចាំថ្ងៃ (មើលសកម្មភាពមុខងារបច្ចុប្បន្ន)

ផ្ទះ៖ សមត្ថភាពក្នុងការផ្លាស់ទីរវាងផ្ទះ។ ទៅ ឬមកពីគ្រែ កៅអី រទេះរុញ ទីតាំងឈរ មិនរាប់បញ្ចូលទៅ/មកពីបន្ទប់ទឹក ឬបង្គន់ (ដោយមាន ឬគ្មានឧបករណ៍ជំនួយ)

ការដើរ៖ សមត្ថភាពក្នុងការផ្លាស់ទីរវាងទីតាំងនៅក្នុងបរិយាកាសរស់នៅរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ (ដោយមាន ឬគ្មានឧបករណ៍ជំនួយ)

ការចល័តលើគ្រែ៖ សមត្ថភាពក្នុងការកំណត់ទីតាំងរាងកាយ ងាកពីម្ខាងទៅម្ខាង

ការស្លៀកពាក់៖ សមត្ថភាពក្នុងការពាក់ ភ្ជាប់ និងដោះរបស់របរទាំងអស់នៃសម្លៀកបំពាក់

ការងូតទឹក៖ សមត្ថភាពក្នុងការងូតទឹក ងូតទឹកផ្តាល់ ឬងូតទឹកដោយប្រើអេប៉ុងជ្រលក់ទឹកជូត (ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងហ្មត់ចត់) និងសមត្ថភាពក្នុងការផ្ទេរចូល/ចេញពីអាងទឹក ឬកន្លែងទឹកផ្តាល់ (ដោយមាន ឬគ្មានឧបករណ៍ជំនួយ)

ការប្រើប្រាស់បង្គន់អនាម័យ៖ សមត្ថភាពក្នុងការផ្ទេរទៅ/មកពីបង្គន់ សម្អាតខ្លួនឯងបន្ទាប់ពីការយកចេញ ផ្លាស់ប្តូរសំឡីអនាម័យ/ទ្រនាប់ គ្រប់គ្រងការវះកាត់បើកប្រហោង ឬបំពង់កាតេទេ និងលៃតម្រូវសម្លៀកបំពាក់

ការទទួលទាន៖ សមត្ថភាពក្នុងការបរិភោគអាហារ និងផឹកដោយប្រើទម្លាប់ ឬឧបករណ៍សម្របខ្លួន (នេះក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវសមត្ថភាពក្នុងការកាត់ ទំពារ និងលេបអាហារ)

អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន៖ សមត្ថភាពក្នុងការសិតសក់ ដុសធ្មេញ លុបលាង និងសម្អាតមុខ ដៃ និងម្ហូបដាច់បន្តពូជ

ការគ្រប់គ្រងថ្នាំ៖ សមត្ថភាពក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងប្រើប្រាស់ថ្នាំបានត្រឹមត្រូវតាមពេលវេលា វិធីសាស្ត្រ និងកម្រិតដូស

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



របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវា

កាលបរិច្ឆេទ: _____ កាលបរិច្ឆេទនៃការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យចុងក្រោយ: _____

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

SSN# ឬ MID: _____ ភេទ (គូសរង្វង់): ប្រុស / ស្រី _____

អាសយដ្ឋាន: _____ ផ្ទះ/ជាន់: _____

ទីក្រុង/ទីប្រជុំជន: _____ រដ្ឋ: _____ លេខកូដហ្សឺប: _____

កិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការរស់នៅបច្ចុប្បន្ន (គូសរង្វង់): រស់នៅម្នាក់ឯង / រស់នៅជាមួយអ្នកដទៃ / ផ្សេងទៀត: _____

ឈ្មោះមន្ទីរព្យាបាល: _____ កាលបរិច្ឆេទដែលបានចូលព្យាបាល: _____

ព្រះវិទ្យុយៈ វេជ្ជសាស្ត្រ & អាកប្បកិរិយា (រួមមានភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃស្ថានភាព) *មិនមានកូដព្រះវិទ្យុយៈ		
ការធ្វើព្រះវិទ្យុយៈបឋម (កាលបរិច្ឆេទ)	ការធ្វើព្រះវិទ្យុយៈផ្សេងទៀត (កាលបរិច្ឆេទ)	ការវះកាត់/ការឆ្លងមេពេត (រួមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

ការព្យាករណ៍សក្តានុពលនៃការស្តារនីតិសម្បទា: _____
 ពិការភាពអចិន្ត្រៃយ៍ (គូសរង្វង់): បាទឬចាស/ទេ

ការប្រើប្រាស់ឱសថ: ឈ្មោះ កម្រិតជូស ភាពញឹកញាប់ និងវិធីសាស្ត្រ		

ការវាយតម្លៃអំពីការឈឺចាប់

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ព្រះវិទ្យុយៈ _____ ភាពញឹកញាប់: _____
 (មិនមាន) (មធ្យម) (ធ្ងន់ធ្ងរ)

តើការឈឺចាប់រំខានដល់សកម្មភាព ឬចលនារបស់បុគ្គលដែរឬទេ? (គូសរង្វង់) បាទឬចាស/ទេ

តើការឈឺចាប់ត្រូវបានគ្រូពេទ្យស្រាលដោយសារការប្រើថ្នាំ/ការព្យាបាលដែរឬទេ? (គូសរង្វង់) បាទឬចាស/ទេ

ការព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន & ភាពញឹកញាប់
អ្នកផ្តល់សេវាចេញវេជ្ជបញ្ជា (រូមបញ្ចូលវេជ្ជបញ្ជាដាក់លាក់សម្រាប់របបអាហារ PT/OT/ST អ្នកស៊ីសែន)

<p>ការព្យាបាល៖</p> <p>PT _____ x's/wk សម្រាប់ _____ /wk's</p> <p>OT _____ x's/wk សម្រាប់ _____ /wk's</p> <p>ST _____ x's/wk សម្រាប់ _____ /wk's</p> <p>ការព្យាបាលផ្លូវដង្ហើម _____</p> <p>លំហូរចរន្តនៃអ្នកស៊ីសែនជាលើក _____</p> <p>ត្រូវបានផ្តល់ជូន <input type="checkbox"/> តាមភាពចាំបាច់ <input type="checkbox"/></p> <p>ការព្យាបាលដោយប្រើគីមីវិទ្យាសកម្ម <input type="checkbox"/></p> <p>ការលាងឈាម <input type="checkbox"/></p> <p>របបអាហារ _____</p> <p>ការដាក់បំពង់ស្តង់អាហារ _____</p>	<p>ការថែទាំរូសៈ កន្លែង _____</p> <p>(ការព្យាបាល) _____</p> <p>ដំបៅស្បែកដោយសារសម្ពាធខ្នាច់# _____</p> <p>ដំណាក់កាល _____ ទំហំ _____ cm</p> <p>ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីញែកនោម និងពោះវៀន <input type="checkbox"/></p> <p>ការនោម ឬដុះដោយមិនដឹងខ្លួន៖</p> <p>ញែកនោម <input type="checkbox"/> បាទឬចាស <input type="checkbox"/> ទេ ភាពញឹកញាប់ _____</p> <p>ពោះវៀន <input type="checkbox"/> បាទឬចាស <input type="checkbox"/> ទេ ភាពញឹកញាប់ _____</p> <p>ឧបករណ៍ស្តង់ទឹកនោម <input type="checkbox"/> ការរក្សាទុកធ្វើរន្ធលាមកពីពោះវៀនធំ <input type="checkbox"/></p> <p>ដំណើរការបង្វែរទឹកនោម <input type="checkbox"/></p>
---	---

ក្នុងសកម្មភាពមុខងារបច្ចុប្បន្ន (ប្រើក្នុងទាំងនេះ)

- 0 = ឯករាជ្យ៖ កុំនិយាយ កុំប៉ះ**
មិនមានការផ្តល់ជូនជំនួយ ឬការត្រួតពិនិត្យដល់បុគ្គលក្នុងអំឡុងពេលនៃសកម្មភាព (ដោយមាន ឬមិនមានការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ជំនួយ)
- 1 = ការត្រួតពិនិត្យ៖ និយាយ មិនប៉ះ**
ផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យ ការណែនាំ និងការលើកទឹកចិត្តដល់បុគ្គលក្នុងអំឡុងពេលនៃសកម្មភាព (ដោយមាន ឬមិនមានការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ជំនួយ)
- 2 = ជំនួយដែលមានដែនកំណត់៖ និយាយ និងប៉ះ**
បុគ្គលដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងសកម្មភាព ទទួលបានជំនួយដែលមានការណែនាំពីរាងកាយ ដោយមិនមានការលើកផ្នែករាងកាយណាមួយរបស់បុគ្គលឡើយ
- 3 = ជំនួយយ៉ាងទូលំទូលាយ៖ និយាយ ប៉ះ និងលើក**
បុគ្គលដែលបានអនុវត្តផ្នែកនៃសកម្មភាព ប៉ុន្តែអ្នកថែទាំផ្តល់ជំនួយផ្នែករាងកាយដើម្បីលើក ឆ្លាស់ទី ឬផ្ទេរបុគ្គល
- 4 = ការពឹងផ្អែកទាំងស្រុង៖ សកម្មភាពទាំងអស់ធ្វើឡើងដោយអ្នកថែទាំ**
បុគ្គលមិនចូលរួមក្នុងផ្នែកណាមួយនៃសកម្មភាពនោះទេ
- 5 = សកម្មភាពមិនបានកើតឡើង៖ មិនមានសកម្មភាព**
បុគ្គល ឬអ្នកថែទាំមិនបានធ្វើសកម្មភាពនោះទេ

<p>សកម្មភាពក្នុងជីវភាពប្រចាំថ្ងៃ (AOL's)</p> <p>_____ ការចល័តលើគ្រែ</p> <p>_____ ការស្លៀកពាក់</p> <p>_____ ការងូតទឹក</p> <p>_____ ការប្រើប្រាស់បង្គន់អនាម័យ</p> <p>_____ ការទទួលទាន</p> <p>_____ អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន</p> <p>_____ ការគ្រប់គ្រងលើការប្រើប្រាស់ឱសថ</p> <p>_____ ការដើរ</p> <p>_____ ផ្ទេរ</p>	<p>គូសរង្វង់ទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន៖</p> <p>_____ ឈើច្រត់ ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ រទេះរុញ</p> <p>_____ គ្រែទៅកៅអី មិនអាចក្រោកចេញពីគ្រែ</p> <p>_____ ហានិភ័យនៃការធ្លាក់</p>	<p>ធ្វើឱ្យកើតមានឡើង (AOL's)</p> <p>_____ គេហកិច្ច</p> <p>_____ ការរៀបចំអាហារ</p> <p>_____ ការទិញទំនិញ</p> <p>_____ ការបោកគក់</p>
<p>តើអ្នកជំងឺអាចចេញទៅក្រៅដោយមិនមានអ្នកជូនទៅដែរឬទេ? បាទឬចាស / ទេ</p> <p>តើអ្នកជំងឺអាចប្រើប្រាស់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដោយខ្លួនឯងបានទេ? បាទឬចាស / ទេ</p>		

ស្ថានភាពយល់ដឹង

តើអ្នកជំងឺមានភាពខ្សោយឬទេ (គូសរង្វង់) បាទឬចាស/ទេ

ពិន្ទុ MMSE _____ ពិន្ទុ BIMS _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ស្ថានភាពយល់ដឹងសម្រាប់ការធ្វើការសម្រេចចិត្តប្រចាំថ្ងៃ (សូមគូសដីកមួយ)

ឯករាជ្យ៖ ការសម្រេចចិត្តស្រប/សមហេតុផល

ភាពឯករាជ្យដែលបានកែប្រែ៖ ការលំបាកមួយចំនួនក្នុងស្ថានភាពថ្មីតែប៉ុណ្ណោះ

ខ្សោយកម្រិតមធ្យម៖ ការសម្រេចចិត្តមិនល្អ/ការណែនាំ/ការត្រួតពិនិត្យតម្រូវឱ្យមាន

ខ្សោយកម្រិតធ្ងន់៖ មិនដែល/កម្រធ្វើសេចក្តីសម្រេច

អាកប្បកិរិយា៖ គូសរង្វង់ទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន។

សូមបញ្ចូលកម្រិតនៃភាពធ្ងន់ធ្ងរនៅលើបន្ទាត់ដែលបានផ្តល់ឱ្យ៖ 1 = ស្រាល 2 = មធ្យម 3 = ធ្ងន់ធ្ងរ

_____ រង្វង់ស្មារតី	_____ អន្ទះសារ	_____ រើរវាយ
_____ បាត់បង់ការចងចាំ	_____ បំពានដោយពាក្យសម្តី	_____ គេចខ្លួន
_____ ប្រឆាំងនឹងការថែទាំ	_____ បំពានដោយរាងកាយ	_____ ផ្សេងទៀត

តើអ្នកជំងឺទទួលបានសេវាភាគរយជាងដំបូងចិត្តដែរឬទេ? បាទឬចាស/ទេ ប្រសិនបើ បាទឬចាស តើនៅទីណា?

តើអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្លូវចិត្តដែរឬទេ? បាទឬចាស/ទេ (ប្រសិនបើ បាទឬចាស/ទេ សូមរៀបរាប់ដោយលម្អិត)

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ មន្ទីរពេទ្យ៖ _____

រោគវិនិច្ឆ័យ៖ _____

ប្រសិនបើការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំមនុស្សចាស់មានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ តើអ្នកជំងឺទំនងជានឹងត្រឡប់មកសហគមន៍វិញក្នុងរយៈពេល 6 ខែដែរឬទេ? បាទឬចាស/ទេ

ឈ្មោះ (សរសេរជាអក្សរធំ) (MD, DO, RNP, PA) របស់អ្នកផ្តល់សេវា _____

ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សម្រាប់ប្រើនៅការិយាល័យប៉ុណ្ណោះ

បុគ្គលិកផ្នែកករណីសង្គម៖ _____ ការិយាល័យមណ្ឌល៖ _____

កាលបរិច្ឆេទដែលទម្រង់បែបបទ
ត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់ អ្នកផ្តល់សេវា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទដែលទទួលបាន៖ _____



អាសយដ្ឋាន _____

មូលហេតុសម្រាប់ការស្នើសុំ _____

ខ្ញុំយល់ថា កំណត់ត្រាត្រូវបានការពារក្រោមច្បាប់ទូទៅនៃរដ្ឋ Rhode Island ហើយមិនអាចត្រូវបានបង្ហាញដោយមិនមានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនោះទេ លើកលែងតែមានចែងជាពិសេសដោយច្បាប់។ រាល់ព័ត៌មានដែលបានចេញផ្សាយ ឬទទួលបានជាលទ្ធផលនៃការយល់ព្រមនេះ មិនត្រូវបញ្ជូនបន្តតាមមធ្យោបាយណាមួយទៅកាន់បុគ្គលណាម្នាក់ ឬអង្គការណាមួយ ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរបន្ថែមពីខ្ញុំឡើយ លើកលែងតែសម្រាប់គោលបំណងនៃដំណើរការពាក្យស្នើសុំជំនួយ ឬសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ។ ការយល់ព្រមនេះត្រូវបានចាត់ទុកជាមោឃៈនៅពេលការបញ្ចប់ជំនួយ ឬការដកខ្លួនចេញពីសេវាកម្ម ឬអាចត្រូវបានបញ្ចប់នៅគ្រប់ពេលវេលា។

ហត្ថលេខាអតិថិជន ឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល ទំនាក់ទំនងជាមួយខាងលើ កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះ (បានសរសេរជាអក្សរធំ) _____

អ្នកតំណាងទីភ្នាក់ងារ DHS តួនាទី

អាសយដ្ឋានការិយាល័យមណ្ឌល _____

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការប្រព្រឹត្តិចំពោះដោយមិនការរើសអើង។ 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 អក្សរស្តាប់សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ជាសំឡេង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (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 ឬលិខិតដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកទៅកាន់ USDA ដោយ៖ (1) តាមប្រៃសណីយ៍៖ U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 (2) តាមទូរសារ៖ (202) 690-7442 ឬ (3) អ៊ីមែល៖ program.intake@usda.gov។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា និយោជក និងអ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី ដែលផ្តល់ឱកាសស្នើគ្នាដល់មនុស្សគ្រប់រូប។

ដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.) ផ្នែកទី 504 នៃច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម (29 U.S.C. 794) ច្បាប់ស្តីពីជនពិការភាពអាមេរិកនៃឆ្នាំ 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 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 ទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហារើសអើងដែលទាក់ទងនឹង Medicaid ហើយនឹងបញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធតាមតម្រូវការ។



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ : ១២៣៤៥៦៧

របៀបទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ

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

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

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបង្ហាញ/ការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាព

ការណែនាំ៖ បំពេញផ្នែកទាំងអស់ កាលបរិច្ឆេទ និងចុះហត្ថលេខា

I. ខ្ញុំ _____ តាមរយៈនេះអនុញ្ញាតដោយស្ម័គ្រចិត្តឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ។
(ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ/អ្នកជំងឺ)

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ខ្ញុំ៖ _____/_____/_____

លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់ខ្ញុំ៖ _____ - _____

II. ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានចេញផ្សាយដោយ៖

ហើយនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅកាន់៖

(ឈ្មោះបុគ្គល/អង្គភាព)

(ឈ្មោះបុគ្គល/អង្គភាព)

(អាសយដ្ឋាន)

(អាសយដ្ឋាន)

(ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺប)

(ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺប)

III. គោលបំណង ឬតម្រូវការសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មាននេះគឺ៖

ខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ហេតុផលផ្ទាល់ខ្លួន និងឯកជនរបស់ខ្ញុំ

ខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសេវាកម្ម OHS

ផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់) _____

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



IV. ព័ត៌មានដែលត្រូវបង្ហាញ៖ (គូសផឹកប្រអប់តែមួយក្នុងចំណោមប្រអប់ខាងក្រោម)

- កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងស្រុង ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងព័ត៌មានសុខភាព
- រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ (លើកលែងតែប្រអប់ដែលខ្ញុំបានគូសផឹក) នៅក្នុងផ្នែក VI ខាងក្រោម
- ផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់)៖ _____
- កំណត់ចំណាំសម្រាប់តែការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រតែប៉ុណ្ណោះ (តាមរយៈការគូសផឹកប្រអប់នេះ ខ្ញុំលះបង់ឯកសិទ្ធិអ្នកព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ-អ្នកជំងឺរបស់ខ្ញុំ)

ខ្ញុំក៏ចង់ឱ្យបង្ហាញព័ត៌មានសម្ងាត់ខាងក្រោមផងដែរ (គូសផឹកប្រអប់ដែលអាចអនុវត្តបាន)

- ការព្យាបាល/ការបញ្ជូនបន្តនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន/គ្រឿងស្រវឹងខុសច្បាប់ ការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹង HIV/AIDS
- ជំងឺកាមរោគ ជំងឺផ្លូវចិត្ត (ក្រៅពីកំណត់សម្គាល់ក្នុងការព្យាបាលផ្លូវចិត្តសាស្ត្រ)

V. ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំចុះឈ្មោះចូល ការបញ្ជាក់ឡើងវិញ ឬសេវាកម្មផ្សេងទៀត ការចេញផ្សាយនេះគ្របដណ្តប់លើរាល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពរបស់ខ្ញុំទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានឈ្មោះខាងលើ ក៏ដូចជាបុគ្គលផ្សេងទៀត កន្លែងកម្មវិធី ឬគម្រោងដែលខ្ញុំបានប្រាប់អ្នកអំពី ពាក្យស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ និងលើទម្រង់ DHS ចាំបាច់ ជាពិសេសទម្រង់បែបបទ AP-70 និងទម្រង់បែបបទ MA-63។ ខ្ញុំយល់បន្ថែមថា ការអនុញ្ញាតនេះតម្រូវឱ្យប្រើជាលក្ខខណ្ឌនៃការទទួលបានសិទ្ធិ និងសេវាកម្ម ហើយនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ DHS សម្រាប់តែគោលបំណងបែបនេះប៉ុណ្ណោះ។ ដូច្នេះ ការខកខានក្នុងផ្នែករបស់ខ្ញុំក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ និង/ឬវិសាលភាពនៃសេវាកម្មដែលខ្ញុំអាចទទួលបាន។

បន្ថែមពីនេះទៀត ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការប្រើប្រាស់ទូរសារ ឬច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់ការចេញផ្សាយ ឬការបង្ហាញព័ត៌មាន។ ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ខ្ញុំអាចដកហូតការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាមួយក៏បានតាមរយៈការផ្តល់ជូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើ នោះ DHS អាចកំណត់លក្ខខណ្ឌសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ និងការចូលប្រើសេវាកម្មលើការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្ញុំក្នុងការដកហូត។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលបានបង្ហាញទៅកាន់ DHS មុនពេលដែលខ្ញុំដកហូតការអនុញ្ញាតនេះ ក៏ដូចជាព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលបានបង្ហាញទៅកាន់ភាគីផ្សេងទៀតដោយការអនុញ្ញាតនេះ អាចនឹងមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ស្តីពីការចល័ត និងគណនេយ្យធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ច្បាប់ឯកជនភាព [45 CFR ផ្នែក 164 ទៀតឡើយ] និងច្បាប់ឯកជនភាពឆ្នាំ 1974 [5 USC 552a]។ ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតនេះមិនត្រូវបានដកហូតទេ វានឹងបញ្ចប់មួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ លុះត្រាតែខ្ញុំបានបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ផ្សេង ឬព្រឹត្តិការណ៍ផុតកំណត់នៅលើបន្ទាត់ខាងក្រោម។

(បញ្ចូលប្រសិនបើខុសគ្នាពីមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ

កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ

កាលបរិច្ឆេទ



VI. ព័ត៌មានជាក់លាក់ដែលខ្ញុំមិនចង់បង្ហាញ៖ (គូសជីកប្រអប់ដែលអាចអនុវត្តបាន)

- សេចក្តីសង្ខេបអំពីការបញ្ចេញទិន្នន័យដែលមានមន្ទីរពិសោធន៍
- កំណត់ចំណាំនៃវឌ្ឍនភាព
- ទិន្នន័យមន្ទីរពិសោធន៍
- ការពិនិត្យមើលចិត្តសាស្ត្រ
- ប្រវត្តិ & ការពិនិត្យមើលរាងកាយ
- គម្រោងព្យាបាល
- ការធ្វើតេស្តចិត្តសាស្ត្រ
- ប្រវត្តិនៃរបបសន្តិសុខសង្គម
- វិជ្ជាជីវៈ
- វេជ្ជសាស្ត្រ
- អប់រំ
- ហិរញ្ញវត្ថុ
- ការប្រមូលផ្តុំទិន្នន័យអប្បបរមា
- កំណត់ចំណាំរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកា
- គម្រោងថែទាំ
- កំណត់ត្រាសុខភាពធ្មេញ
- រូបថត/ វីដេអូ/ រូបភាពឌីជីថល
- របាយការណ៍នៃការចេញវិក្កយបត្រ
- របាយការណ៍អ្នកប្រឹក្សា
- កំណត់ត្រារបបអាហារ
- កំណត់ត្រាអំពីការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន
- របាយការណ៍នៃការថតកាំរស្មីអ៊ិច
- លទ្ធផលនៃរោគវិនិច្ឆ័យ

**សេចក្តីណែនាំសម្រាប់ការបំពេញទម្រង់បែបបទ DHS-25M
ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាព**

1. បោះពុម្ពយ៉ាងត្រឹមត្រូវក្នុងគ្រប់ចន្លោះបំពេញទាំងអស់ដោយប្រើទឹកថ្នាំខ្មៅ។
2. ផ្នែកទី I - សរសេរឈ្មោះអ្នកជំងឺដែលព័ត៌មាននឹងត្រូវចេញផ្សាយ។
3. ផ្នែកទី II - សរសេរឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់បុគ្គល/អង្គការដែលមានសិទ្ធិបញ្ចេញព័ត៌មាន។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ផ្តល់ឈ្មោះរបស់បុគ្គលអង្គការ និងអាសយដ្ឋានដែលនឹងទទួលបានព័ត៌មាន។
4. ផ្នែកទី III - បញ្ជាក់មូលហេតុដែលព័ត៌មានចាំបាច់ (ឧ. ការទាមទារសម្រាប់ពិភាក្សា ការបន្តការថែទាំសុខភាព)
5. ផ្នែកទី IV - ជីកប្រអប់មួយក្នុងចំណោមប្រអប់ដែលបានរាយឈ្មោះ៖
 - a) កំណត់ត្រាទាំងមូល- កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញរបស់អ្នកជំងឺ លើកលែងតែព័ត៌មានសម្ងាត់ (ឧ. ការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង/សារធាតុញៀន ជំងឺកាមរោគ ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV/ជំងឺអេដស៍ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត/ ក្រៅពីកំណត់ចំណាំនៃការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ)
 - b) រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់នេះ (លើកលែងតែប្រអប់ដែលខ្ញុំបានគូសជីក) នៅក្នុងផ្នែកទី VI ខាងក្រោម - អ្នកជំងឺគួរតែគូសជីកតែប្រអប់ទាំងនោះដែលអ្នកជំងឺមិនចង់បង្ហាញ
 - c) ផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់)- ព័ត៌មានជាក់លាក់ដែលបញ្ជាក់ដោយអ្នកជំងឺ (ឧ. CHS វិក្កយបត្រ សុខភាពនិយោជិត)
 - d) កំណត់ចំណាំសម្រាប់ការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រតែប៉ុណ្ណោះ- ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញកំណត់ចំណាំនៃការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ គូសជីកលើប្រអប់នេះប៉ុណ្ណោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មានកំណត់ត្រាសុខភាពផ្សេងទៀត ប្រហែលជាមិនត្រូវបានធ្វើឡើងដោយភ្ជាប់ជាមួយនឹងការអនុញ្ញាតដែលទាក់ទងនឹងកំណត់ចំណាំអំពីការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រនោះទេ។
កំណត់ចំណាំអំពីការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រជារឿយៗត្រូវបានសំដៅថាជាកំណត់ចំណាំនៃដំណើរការ ដែលអាចសម្គាល់បានពីកំណត់ចំណាំអំពីវឌ្ឍនភាពនៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ។ កំណត់ចំណាំទាំងនេះចាប់យកចំណាប់អារម្មណ៍របស់គ្រូពេទ្យព្យាបាលរោគអំពីអ្នកជំងឺ មានផ្នែកព័ត៌មានលម្អិតនៃការសន្ទនាអំពីការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាមិនសមរម្យសម្រាប់កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ និងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់គ្រូបន្ទាប់។ កំណត់ចំណាំទាំងនេះជារឿយៗត្រូវបានរក្សាទុកដាច់ដោយឡែកដើម្បីកំណត់ការចូលប្រើប្រាស់ ព្រោះកំណត់ចំណាំទាំងនោះផ្អែកព័ត៌មានសម្ងាត់ដែលទាក់ទងនឹងគ្មាននរណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល។
 - e) ការចេញផ្សាយព័ត៌មានសម្ងាត់ - គូសជីកការព្យាបាល/ការបញ្ជូនបន្តលើការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង-សារធាតុញៀន ព្យាបាលទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV/ជំងឺអេដស៍ ជំងឺកាមរោគ សុខភាពផ្លូវចិត្ត (ក្រៅពីកំណត់ចំណាំក្នុងការការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ) - អ្នកជំងឺត្រូវតែគូសជីកប្រអប់ដែលសមស្រប!



លេខករណី៖ 775219683

6. ផ្នែកទី V - ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ។ ប្រសិនបើចង់បានកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ផ្សេង សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទថ្មីមួយ។
7. ផ្នែកទី V - អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ឧ. អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់)
8. ផ្នែកទី VI - ព័ត៌មានជាក់លាក់ដែលអ្នកជំងឺមិនចង់ឱ្យបង្ហាញ។
9. ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទ DHS-25M ដែលបានបញ្ចប់នឹងត្រូវបានផ្តល់ដល់អ្នកជំងឺ។

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



អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការប្រព្រឹត្តិចំពោះដោយមិនការរើសអើង។ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (U.S. Department of Agriculture, USDA) ក្រសួង USDA ទីភ្នាក់ងាររបស់ ក្រសួង ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួមក្នុង ឬគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ក្រសួង USDA ត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យរើសអើងដោយ ផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ សាសនា ភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ (រួមទាំងការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) ទំនោរផ្លូវ ភេទ ពិការភាព អាយុ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ស្ថានភាពគ្រួសារ/ស្ថានភាពឪពុកម្តាយ ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ជំនឿនយោបាយ ឬធ្វើការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុន នៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើឡើង ឬផ្តល់មូលនិធិ ដោយក្រសួង USDA (មិនមែនរាល់មូលដ្ឋានទាំងអស់សុទ្ធតែអនុវត្តចំពោះកម្មវិធីទាំងអស់ទេ)។ ដំណោះស្រាយ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ ពាក្យបណ្តឹងប្រែប្រួលទៅតាមកម្មវិធី ឬឧបត្ថម្ភហេតុ។

អ្នកដែលមានពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្លាប់សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ដាស់ឡើង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) តាមរយៈលេខ (202)720-2600 (សំឡេង និង TTY) ឬទាក់ទងមកកាន់ USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូន បន្តរបស់សហព័ន្ធតាមរយៈលេខ (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។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ បែបបទស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 632-9992។ ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ ឬលិខិតដែលបានបំពេញចររបស់អ្នកទៅកាន់ USDA ដោយ៖ (1) តាមប្រៃសណីយ៍៖ U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 (2) តាមទូរសារ៖ (202) 690-7442 ឬ (3) អ៊ីមែល៖ program.intake@usda.gov។ USDA គឺជា អ្នកផ្តល់សេវា និយោជក និងអ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី ដែលផ្តល់ឱកាសស្នើគ្នាដល់មនុស្សគ្រប់រូប។

ដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.) ផ្នែកទី 504 នៃច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទា ឆ្នាំ 1973 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម (29 U.S.C. 794) ច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិកនៃឆ្នាំ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) និងចំណងជើងទី IX នៃ វិសោធនកម្មការអប់រំឆ្នាំ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.) ច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 (អតីតច្បាប់បណ្តុំចំណីអាហារ) ច្បាប់ស្តីពី ការរើសអើងអាយុឆ្នាំ 1975 ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកសម្រាប់ការអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិ (45 C.F.R. ផ្នែកទី 80 និង 84) និងបទប្បញ្ញត្តិអនុវត្តរបស់ក្រសួងអប់រំសហរដ្ឋអាមេរិក (34 C.F.R. ផ្នែកទី 104 និង 106) និងក្រសួងកសិកម្ម អាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ របស់សហរដ្ឋអាមេរិក (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 ក្នុង ការអប់រំ និងសកម្មភាពកម្មវិធីផ្សេងទៀត។ ស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ជាធរមាន EOHHS និង DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំ នោរផ្លូវភេទ 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 ឬទូរ សព្ទទៅលេខមួយក្នុងចំណោមលេខឥតគិតថ្លៃទាំងនេះ៖ TTY: 1-800-745-5555 សំឡេង៖ 1-800-745-6575។ មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកទំនាក់ ទំនងសហគមន៍គឺជាអ្នកសម្របសម្រួលសម្រាប់ការអនុវត្តចំណងជើងទី VI អ្នកគ្រប់គ្រងការិយាល័យសេវានីតិសម្បទា (Office of Rehabilitation Services, ORS) ឬមន្ត្រីចាត់តាំងរបស់គាត់/នាង គឺជាអ្នកសម្របសម្រួលសម្រាប់ការអនុវត្តចំណងជើងទី IX ផ្នែកទី 504 និង ADA។ នាយកក្រសួង DHS ឬមន្ត្រីចាត់តាំងរបស់គាត់/នាងមានទំនួលខុសត្រូវរួមសម្រាប់ការអនុលោមតាមសិទ្ធិស៊ីវិលសម្រាប់រាល់កម្មវិធីទី ភ្នាក់ងារទាំងអស់។ លេខាធិការការិយាល័យ EOHHS ទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហារើសអើងដែលទាក់ទងនឹង Medicaid ហើយនឹងបញ្ជូនពាក្យប ណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធតាមតម្រូវការ។



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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល 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 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 nìà ke dyédé gbo: ɔ jù ké nì [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jù ní, ní, à wudù kà kò dò po-poò bɛ́n m̀ gbo kpáa. Dá 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: (711 TTY).

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (EOHHS) និងក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (DHS) មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ពិការភាព សាសនា ជំនឿនយោបាយ អាយុ ឬវ័យនៃខ្លួន ក្នុងការទទួលបាន ឬការផ្តល់សេវា ការងារ ឬការព្យាបាល ក្នុងការអប់រំ និងសកម្មភាពកម្មវិធីផ្សេងទៀត។ ស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ជាធរមាន EOHHS/DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់ស្តីពីការមិនរើសអើងបទប្បញ្ញត្តិ និងនីតិវិធីបណ្តឹងសម្រាប់ការដោះស្រាយបណ្តឹងអំពីការរើសអើងទាំងនេះ ចូរទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈអាសយដ្ឋាន 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 លេខទូរស័ព្ទ (401) 462-2971 (សម្រាប់អ្នកច្រើន/ស្តាប់មិនសូវឮ 1-800-745-6575 ជាសំឡេង TTY 711)។

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

