



HSGDIHRFP XRBVZZLVS
31 Vjzb St, 19 GPSG st
Cumberland, RI 02864

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

ការបន្តកម្មវិធីទូទាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ MEDICARE (MEDICARE PREMIUM PAYMENT PROGRAM, MPPP)

ត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលយើងមាននៅលើឯកសារសម្រាប់អ្នក

មនុស្សដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោមនឹងត្រូវបានបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ការគ្របដណ្តប់លើការទូទាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare (Medicare Premium Payment, MPP)

ឈ្មោះកម្មវិធី	ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទដែលអត្ថប្រយោជន៍បច្ចុប្បន្ននឹងបន្ត
Medicare Premium Payments	HSGDIHRFP XRBVZZLVS	06/01/2023

តើខ្ញុំបន្តការធានារ៉ាប់រង MPP ដោយរបៀបណា?

ទម្រង់បែបបទនេះមានព័ត៌មានអំពីត្រួតពិនិត្យសម្រាប់អ្នក ដែលយើងធ្លាប់បានប្រើដើម្បីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ សូមពិនិត្យមើលទម្រង់បែបបទទាំងស្រុងដើម្បីប្រាកដថាព័ត៌មាននៅតែត្រឹមត្រូវ។

- **ប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរទេ មិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់៖** ប្រសិនបើព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះនៅតែដដែល ការធានារ៉ាប់រង MPP របស់អ្នកនឹងត្រូវបានបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំទៀត។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកដឹងថា ការធានារ៉ាប់រង MPP របស់អ្នកត្រូវបានបន្តមុនកាលបរិច្ឆេទបន្ត។
- **ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរ ចូររាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ៖** ប្រសិនបើអ្នករាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ ហើយសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកមានសិទ្ធិបន្តការធានារ៉ាប់រង MPP របស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតទៅអ្នក ដើម្បីជម្រាបឱ្យអ្នកដឹងពីអ្វីដែលយើងសម្រេចចិត្ត ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀតមុនកាលបរិច្ឆេទបន្ត។
- **ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់ឯកសារបន្ថែម ឬអ្នកបានរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ** យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ ហើយសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកមានសិទ្ធិបន្តការធានារ៉ាប់រង MPP របស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតទៅអ្នកដើម្បីជម្រាបឱ្យអ្នកដឹងពីអ្វីដែលយើងសម្រេចចិត្ត ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀតមុនកាលបរិច្ឆេទបន្ត។

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



តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះ?

- **ប្រាក់ចំណូល:** ការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPP និងប្តីប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលត្រូវបានពិចារណានៅពេលកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។
- **ធនធាន:** ការផ្លាស់ប្តូរធនធានរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPP និងប្តីប្រពន្ធ/អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ដែលរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។
- **អាសយដ្ឋាន និងស្ថានភាពលំនៅឋាន:** ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPP និងប្តីប្រពន្ធ/អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកបានផ្លាស់ប្តូរ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន ចូលរួម ឬចាកចេញពីលំនៅឋានជំនួយ មណ្ឌលថែទាំ ឬផ្ទះជាក្រុម ឬស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពលំនៅឋានរួមគ្នា។
- **ស្ថានភាពគ្រួសារ និងផ្ទះ:** ប្រសិនបើប្តីប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPPP បានទទួលមរណភាព បានទទួលការលែងលះ បានរៀបការជាមួយអ្នកដទៃ ឬបានផ្លាស់ចូលទៅផ្ទះ ឬចេញពីផ្ទះដែលមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាធនធាន។

តើខ្ញុំអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរបានដោយរបៀបណា?

មានវិធីជាច្រើនក្នុងការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។ សូមអានការណែនាំខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់។

- **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 "User Account" (គណនីអ្នកប្រើ) របស់អ្នកនៅលើ <https://healthyrhode.ri.gov> ហើយធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផងដែរ។

មើលគណនីរបស់អ្នកអនឡាញ

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក៏អាចរកបានដោយការចូលទៅក្នុងគណនីរបស់អ្នកនៅ <https://healthyrhode.ri.gov/>។ អ្នកអាចចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដោយប្រើឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ **joyce1949**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចាំពាក្យសម្ងាត់របស់អ្នកទេ អ្នកអាចទាញយកវាដោយចុច LOG IN (ឡូកចូល) បន្ទាប់មកចុច Forgot Username/Password? (ភ្លេចឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់/ពាក្យសម្ងាត់?) តាមរយៈ <https://healthyrhode.ri.gov/>។ តាមរយៈគណនីរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំ និងបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។

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



ទម្រង់បែបបទនៃការបន្ត MPP

ការណែនាំ: សូមអានទម្រង់បែបបទនេះ ហើយសរសេរព័ត៌មានផ្លាស់ប្តូរអំពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ចូល។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ត្រូវប្រាកដថា ទម្រង់បែបបទបន្តទាំងស្រុងត្រូវបានបំពេញរួមទាំងទំព័រនេះផងដែរ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍

	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ទំនាក់ទំនងចម្បង និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	HSGDIHRFP XRBVZZLVS Self	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	-	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
អាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ MPPP កំពុងរស់នៅបច្ចុប្បន្ននេះ	-	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
លេខទូរសព្ទ	593-461-4349	
អ៊ីមែល	TUGNVHQB@gmail.com	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត		

1. ប្រាក់ចំណូល:

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលដែរឬទេ? យើងត្រូវដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ និងឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តី/ប្រពន្ធ/អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលយើងត្រូវពិចារណានៅពេលកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើប្រអប់នៅទំនេរ សូមផ្តល់ព័ត៌មាននេះ។

ប្រសិនបើប្រអប់ត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរគូសខ្សែព័ត៌មានដែលខុស ហើយផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវក្នុងជួរដេកដែលទំនេរខាងក្រោម។ បន្ថែមឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកថ្មី។

ផ្ញើស្តុកនៃចំនួនប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬបានកែតម្រូវរួចជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងប្រាក់ចំណូលដើម្បីរាយការណ៍ទេ

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



ឈ្មោះ:	SSN	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	ប្រាក់ចំណូល / ប្រភេទ
HSGDIHRFP XRBVZZLVS	XXX-XX-2444	08/11/1949	Self	\$ 998.00 / RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)
HSGDIHRFP XRBVZZLVS	XXX-XX-2444	08/11/1949	Self	\$ 257.30/ Employment

2. ធនធាន

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ MPPP បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តជាថ្មីចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរធនធានដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ និងប្តីឬប្រពន្ធរបស់គាត់មាន រួមទាំងការកើនឡើង ឬថយចុះដែរឬទេ? ប្រសិនបើធនធានរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ MPP បានផ្លាស់ប្តូរ ចូររៀបរាប់ធនធានទាំងនោះខាងក្រោម នៅក្នុងព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន។ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរកាត់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវណាមួយចេញ ហើយផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពត្រឹមត្រូវនៅក្នុងប្រអប់នៅផ្នែកខាងស្តាំ។

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

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងធនធានដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ឈ្មោះម្ចាស់	ធនធាន	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
	គណនីចរន្ត/សន្សំ	-	
	ភាគហ៊ុន/បណ្ណបំណុល	-	
	វិញ្ញាបនបត្រនៃប្រាក់បញ្ញើ	-	
	គណនីទីផ្សារប្រាក់	-	
	កម្មសិទ្ធិអាជីវកម្ម	-	
	ប្រាក់ដែលត្រូវបង់ប្រចាំឆ្នាំ	-	
	IRA, 401K, 403B គណនី Keogh	-	
	កិច្ចសន្យាបញ្ចុះសព ឬគណនី	-	
	ផ្សេងទៀត	-	

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



2a. បរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ MPPP ឬនរណាម្នាក់ដែលដើរតួនាទីអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានបង្កើតឡើង ឬផ្ទេរទំនិញនៃ តម្លៃណាមួយដូចជា មរតក អចលនទ្រព្យ ការទូទាត់ធានារ៉ាប់រង ការចែកចាយ IRA កិច្ចសន្យាការបញ្ចុះសព ផលប័ត្រភាគហ៊ុន មូលនិធិក្នុង ការគ្រប់គ្រង ផែនការធានារ៉ាប់រងប្រចាំឆ្នាំ គណនីទិញលក់ភាគហ៊ុន ការទូទាត់ធានារ៉ាប់រង ឬឯកសារស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការគ្រប់គ្រងក្នុងរយៈ ពេលហុកសិប (60) ខែចុងក្រោយ ចូរចុះក្រោយប្រអប់ខាងក្រោម ហើយផ្ញើស្តីតាមមកយើងខ្ញុំ។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានសកម្មភាពដែលត្រូវឱ្យជឿជាក់ដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ពិពណ៌នាអំពីធាតុ	កាលបរិច្ឆេទនៃសម្មភាព	តម្លៃ/ចំនួននៃធាតុដែលបានដាក់ក្នុងការគ្រប់គ្រង

3. ការគ្រប់គ្រងដល់ការធានារ៉ាប់រង

ផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ និងថ្មីបំផុតអំពីរាល់ទម្រង់បែបបទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់ ដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់អ្នកទទួលបានអត្ថ ប្រយោជន៍ដោយការបំពេញចន្លោះ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពជាមុននៅក្នុងប្រអប់ទំនេរក្នុងជួរដៃខាងក្រោម។ រួមបញ្ចូលនិយោជក និរត្តជន និងគម្រោងសុខភាពឯកជនផ្សេងទៀត ដូចជាគម្រោងសុខភាពធូញ សុខភាពភ្នែក និងគម្រោងបន្ថែមផ្សេងទៀត និងគម្រោង Medicare, Tricare និងគម្រោងរបស់រដ្ឋាភិបាលស្រដៀងគ្នា។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងធនធានដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខអ្នកកាន់គោលនយោបាយ	លេខគោលការណ៍	ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ
MEDICARE CLAIMS DEPT._2	HSGDIHRFP XRBVZZLVS	-	\$ 0.00

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



<p>ការព្រមានអំពីការពិន័យ</p> <p>"ក្រោមការពិន័យនៃការភូតកុហក ខ្ញុំសូមស្បថថា ខ្ញុំបានពិនិត្យ ឬបានស្តាប់ការអានអំពីទម្រង់បែបបទនៃការបន្តនេះ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ អ្វីគ្រប់យ៉ាងគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំក្នុងនាមអ្នកផ្សេង ខ្ញុំសន្យាថាខ្ញុំបានពិនិត្យពាក្យសុំនេះជាមួយបុគ្គលនោះ ឬបានអានឱ្យគាត់ស្តាប់ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់គាត់/នាង អ្វីគ្រប់យ៉ាងគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។"</p> <p>ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចមើលការបោះពុម្ពផ្សាយ 1010 របស់ DHS រឿងសំខាន់ៗអំពីកម្មវិធី និងសេវាកម្ម មាននៅ www.dhs.ri.gov ។</p> <p>ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំបានអាន ឬបានស្តាប់ការអានអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះ។ នៅក្រោមការពិន័យនៃការភូតកុហក ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ចម្លើយទាំងអស់របស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានអំពីសញ្ជាតិ និងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ និងអត្តសញ្ញាណរបស់កុមារអនីតិជនដែលមានឈ្មោះក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំបំពានច្បាប់ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុសដោយចេតនា ហើយអាចត្រូវផ្តន្ទាទោសតាមច្បាប់សហព័ន្ធ ច្បាប់រដ្ឋ ឬទាំងពីរ។</p>		
<p>ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតកាលបរិច្ឆេទ៖</p>		
<p>ហត្ថលេខារបស់ប្តីឬប្រពន្ធ ឬ ឪពុកឬម្តាយកាលបរិច្ឆេទ៖</p>		
<p>ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាល/អ្នកអភិរក្ស/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់កាលបរិច្ឆេទ៖</p>		<p>ហត្ថលេខារបស់សាក្សីពីផ្នែកកាលបរិច្ឆេទ៖</p>
<p>លេខទូរសព្ទ</p>		<p>()</p>

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



ការយល់ព្រមរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន

យើងអាចជួយអ្នកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ប្រសិនបើយើងអាចធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារ និងអ្នកជំនាញផ្សេងទៀតដែលស្គាល់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។ តាមរយៈការដឹកប្រអប់ "I Agree" (ខ្ញុំយល់ស្រប) អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នកពីប្រភពផ្សេងៗគ្នា រួមមានក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលនៃរដ្ឋ Rhode Island (R.I. Department of Labor and Training, DLT) ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិនៃរដ្ឋ 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 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 ត្រូវបានគេហៅថា HIPAA) 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។ ព័ត៌មាននឹងត្រូវបានចែករំលែកដោយការផ្ទេរទិន្នន័យតាមកុំព្យូទ័រ។

តាមរយៈការគូសដឹកប្រអប់ទីមួយខាងក្រោម ខ្ញុំយល់ព្រមក្នុងការទទួលបាន និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល ឬកម្មវិធីដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈគេហទំព័រនេះ រៀបចំផែនការ ផ្តល់ និងសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងការបង់ប្រាក់។

- ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន
- ខ្ញុំមិនផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំទេ ហើយយល់ថាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីនិងការគាំទ្រមួយចំនួននឹងទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយសេចក្តីសម្រេចនេះ។

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



អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការប្រព្រឹត្តិចំពោះដោយមិនការរើសអើង។ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (U.S. Department of Agriculture, USDA) ក្រសួង USDA ទីភ្នាក់ងាររបស់ក្រសួងការិយាល័យ 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។

អ្នកដែលមានពិការភាពដែលត្រូវការបញ្ជូនទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្លាប់សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ជាសំឡេង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) តាមរយៈលេខ (202)720-2600 (សំឡេង និង TTY) ឬទាក់ទងមកកាន់ USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធតាមរយៈលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់ AD-302 ដែលរកឃើញលើអនឡាញតាមរយៈ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> និងនៅការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬសរសេរសំបុត្រផ្ញើទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំក្នុងទម្រង់នោះ។ 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 និយោជក និងអ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី

ដែលផ្តល់ឱកាសស្នើសុំដល់មនុស្សគ្រប់រូប។ ដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.) ផ្នែកទី 504 នៃច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ដែលបានធ្វើរើសាធនកម្ម (29 U.S.C. 794) ច្បាប់ស្តីពីជនពិការភាពអាមេរិកនៃឆ្នាំ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) និងចំណងជើងទី IX នៃរើសាធនកម្មការអប់រំឆ្នាំ 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 ក្នុងការទទួលបាន 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/នាងមានទំនួលខុសត្រូវសម្រាប់ការអនុលោមតាមសិទ្ធិស៊ីវិលសម្រាប់រាល់កម្មវិធីទីភ្នាក់ងារទាំងអស់។ 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 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, 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 m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ 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 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) និងក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ពិការភាពសាសនា ជំនឿនយោបាយ អាយុ ឬភេទ ក្នុងការទទួលយក ឬការផ្តល់សេវា ការងារ ឬការព្យាបាល ក្នុងការអប់រំ និងសកម្មភាពកម្មវិធីផ្សេងទៀត។ ស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ជាធរមាន EOHHS/DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់ស្តីពីការមិនរើសអើងទាំងនេះ បទប្បញ្ញត្តិ និងនីតិវិធីបណ្តឹង ឯកសារសម្រាប់ការដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈអាសយដ្ឋាន 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 លេខទូរសព្ទ (401) 462-2971 (សម្រាប់មនុស្សច្រំ/ស្តាប់មិនសូវ 1-800-745-6575 ជាសំឡេង TTY 711)។

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

