



ឈ្មោះ:	យើងត្រូវការព័ត៌មានអំពី៖	ព័ត៌មានផុតកំណត់ត្រឹម៖	ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងដែលអាចទទួលយកបាន (ឧទាហរណ៍នៃភស្តុតាងដែលអាចទទួលយកបាន) ៖
MEDICAID RECIPIENT	ប្រាក់ចំណូលដែលមិនទទួលបានពីការងារ (រួមទាំងការធានារ៉ាប់រងពិការភាពបណ្តោះអាសន្ន ឬ ការចូលនិវត្តន៍ ជនរងគ្រោះ ការធានារ៉ាប់រងលើពិការភាព)	05/01/2023	<p>បង្កាន់ដៃមូលប្បទានប្រគល់ប្រាក់ប្រចាំខែ លិខិត ឬឯកសារពីបុគ្គល/ភ្នាក់ងារធ្វើការទូទាត់ប្រាក់</p> <p>ឯកសារកំណត់ត្រាតុលាការ ឬឯកសារផ្លូវច្បាប់ផ្សេងទៀត</p> <p>កំណត់ត្រាមេធាវី</p> <p>លិខិតពីកុលសម្ព័ន្ធ</p> <p>សេចក្តីថ្លែងការណ៍អ្នកផ្តល់ប្រាក់កម្ចី</p> <p>លិខិតផ្តល់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ឬរបាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុពីធនាគារផ្សេងទៀត</p> <p>AP-91</p> <p>កិច្ចសន្យាខ្ចីប្រាក់</p> <p>ដីកាបង្គាប់ពីតុលាការទាមទារសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់កុមារពីឪពុកឬម្តាយដែលផ្តល់កិច្ចព្រមព្រៀងអំពីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុក្នុងការថែទាំ</p>

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែបញ្ជូនត្រឹមថ្ងៃទី 05/01/2023។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខាត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនោះសិទ្ធិទទួលបាន MPP របស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបន្តទេ ហើយអ្នកនឹងបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងនៅថ្ងៃទី 05/31/2023។

**តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះ?**

- **ប្រាក់ចំណូល៖** ការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPP និងប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលត្រូវបានពិចារណានៅពេលកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។
- **ធនធាន៖** ការផ្លាស់ប្តូរធនធានរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPP និងប្តីឬប្រពន្ធ/អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ដែលរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។
- **អាសយដ្ឋាន និងស្ថានភាពលំនៅឋាន៖** ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPP និងប្តីឬប្រពន្ធ/អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកបានផ្លាស់ប្តូរ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន ចូលរួម ឬចាកចេញពីលំនៅឋានជំនួយ មណ្ឌលថែទាំ ឬផ្ទះជួល ឬស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពលំនៅឋានរួមគ្នា។
- **ស្ថានភាពគ្រួសារ និងផ្ទះ៖** ប្រសិនបើប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ MPP បានទទួលមរណភាព បានទទួលការលែងលះ បានរៀបការជាមួយអ្នកដទៃ ឬបានផ្លាស់ចូលទៅផ្ទះ ឬចេញពីផ្ទះដែលមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាធនធាន។

**តើខ្ញុំអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរបានដោយរបៀបណា?**

មានវិធីជាច្រើនក្នុងការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។ សូមអានការណែនាំខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់។

- **តាមប្រៃសណីយ៍៖** ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសឆ្លើយតបតាមប្រៃសណីយ៍ សូមសរសេរព័ត៌មានដែលបានផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជួរឈរនៃ "Updated Information" (ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នភាព) នៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើមិនមានព័ត៌មានណាមួយត្រូវបានបោះពុម្ពទេ ហើយអ្នកកំពុងត្រលប់មកវិញនូវទម្រង់បែបបទនេះ សូមបំពេញក្នុងប្រអប់ជាមួយ "CURRENT INFORMATION" (ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន)។ សូមប្រាកដថាចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ទម្រង់បែបបទនេះអាចត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងលើនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
- **ប្រគល់នៅការិយាល័យ OHS៖** ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសប្រគល់ទម្រង់បែបបទនៅការិយាល័យ OHS សូមធ្វើតាមការណែនាំដែលបានរៀបរាប់ខាងលើសម្រាប់ផ្ញើមកតាមប្រៃសណីយ៍។ សម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យ [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ឬ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)។

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

**លេខករណី៖ 501006277**

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

**មើលគណនីរបស់អ្នកអនឡាញ**

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក៏អាចរកបានដោយការចូលទៅក្នុងគណនីរបស់អ្នកនៅ <https://healthyrhode.ri.gov/> ។  
អ្នកអាចចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដោយប្រើឈ្មោះអ្នកប្រើ ប្រសិនបើ [REDACTED] មិនចាំពាក្យសម្ងាត់របស់អ្នកទេ អ្នកអាចយកវាមកវិញដោយ ចុច LOG IN (ឡើងចូល) រួចចុច Forgot Username/Password? (ភ្លេចឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់/ពាក្យសម្ងាត់?)  
តាមរយៈ <https://healthyrhode.ri.gov/> ។ តាមរយៈគណនីរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំ និងបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។

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



**ទម្រង់បែបបទនៃការបន្ត MPP**

**ការណែនាំ៖** សូមអានទម្រង់បែបបទនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយសរសេរពេញព័ត៌មានដែលបានផ្លាស់ប្តូរអំពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍។ ត្រូវប្រាកដថាចុះហត្ថលេខា **ហើយបញ្ជូនទម្រង់បែបបទការបន្តនេះត្រឡប់មកវិញ** រួមទាំងទំព័រនេះ ទោះបីជាអ្នកមិនមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរដើម្បីរាយការណ៍ក៏ដោយ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍

	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ទំនាក់ទំនងចម្បង និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	Self	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	1, Pawtucket, RI 02860	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
អាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ MPPP កំពុងរស់នៅបច្ចុប្បន្ននេះ	et, RI 02860	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
លេខទូរសព្ទ	774	
អ៊ីមែល	@gmail.com	
	ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន	ព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត		

**1. ប្រាក់ចំណូល៖**

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលដែរឬទេ? យើងត្រូវដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ និងឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីឬប្រពន្ធអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលយើងត្រូវពិចារណានៅពេលកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើប្រអប់នៅទំនេរ សូមផ្តល់ព័ត៌មាននេះ

ប្រសិនបើប្រអប់ត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរគូសខ្សែព័ត៌មានដែលខុស ហើយផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវក្នុងជួរដេកដែលទំនេរខាងក្រោម។ បន្ថែមឈ្មោះ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកថ្មី។

ផ្ញើភស្តុតាងនៃចំនួនប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬបានកែតម្រូវរួចជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងប្រាក់ចំណូលដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ឈ្មោះ	SSN	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	ប្រាក់ចំណូល / ប្រភេទ
			Self	\$ 977.00 / RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

**2. ធនធាន**

ចាប់តាំងពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ MPPP បានអនុវត្តដំបូង ឬត្រូវបានបន្តជាថ្មីចុងក្រោយ តើមានការផ្លាស់ប្តូរធនធានដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្មីប្រពន្ធរបស់គាត់មាន រួមទាំងការកើនឡើង ឬថយចុះដែរឬទេ? ប្រសិនបើធនធានរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ MPP សូមសរសេរពួកវាខាងក្រោមនៅក្នុងព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន។ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបោះពុម្ពជាមុន ចូរខ្វែងព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវណាមួយចេញ ហើយផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពត្រឹមត្រូវនៅក្នុងប្រអប់នៅផ្នែកខាងស្តាំ។

**ចំណាំ:** ធនធានរួមមានសាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ គណនីសន្សំ និងគណនីចរន្ត វិញ្ញាបនបត្រនៃប្រាក់បញ្ញើ ភាគហ៊ុន បណ្ណបំណុល គណនីសម្រាប់ការសម្រេចបានបទពិសោធន៍ជីវិតកាន់តែប្រសើរ (ABLE ACCOUNTS) មូលនិធិបរិច្ចាគ កម្មសិទ្ធិអាជីវកម្ម។ល។

គួសឆឹកប្រសិនបើ ប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងធនធានដែលត្រូវរាយការណ៍ទេ។

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

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

**2a. បរិច្ឆេទ**

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ MPPP ឬនរណាម្នាក់ដែលដើរតួនាទីសម្រាប់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានបង្កើតឡើង ឬផ្ទេរទំនិញនៃ តម្លៃណាមួយដូចជា មរតក អចលនទ្រព្យ ការទូទាត់ធានារ៉ាប់រង ការចែកចាយ IRA កិច្ចសន្យាការបញ្ចុះសព ផលប័ត្រភាគហ៊ុន មូលនិធិក្នុងការ: គ្រប់គ្រង ផែនការធានារ៉ាប់រងប្រចាំឆ្នាំ គណនីទិញលក់ភាគហ៊ុន ការទូទាត់ធានារ៉ាប់រង ឬឯកសារស្រដៀងគ្នាទៅនឹងការ: គ្រប់គ្រងក្នុងរយៈពេល ហុកសិប (60) ខែចុងក្រោយ ចូរបំពេញក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ហើយផ្ញើស្តីតាមមកយើងខ្ញុំ។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានសកម្មភាពទាក់ទងនឹងបរិច្ឆេទដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ពិពណ៌នាអំពីធាតុ	កាលបរិច្ឆេទនៃសម្មភាព	តម្លៃ/ចំនួននៃធាតុដែលបាន ដាក់ក្នុងមូលនិធិបរិច្ឆេទ

**3. ការគ្របដណ្តប់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព**

ផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ និងថ្មីបំផុតអំពីរាល់ទម្រង់បែបបទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងអស់ ដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដោយការបំពេញចន្លោះ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពជាមុននៅក្នុងប្រអប់ទំនេរក្នុងជួរដៃខាងក្រោម។ រួមបញ្ចូលនិយោជក និវត្តជន និងគម្រោងសុខភាពឯកជនផ្សេងទៀត ដូចជាគម្រោងសុខភាពពេញ សុខភាពភ្នែក និងគម្រោងបន្ថែមផ្សេងទៀត និងគម្រោង Medicare, Tricare និងគម្រោងរបស់រដ្ឋាភិបាលស្រដៀងគ្នា។

គូសផឹកប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងធនធានដើម្បីរាយការណ៍ទេ។

ធានារ៉ាប់រងសុខភាព	ឈ្មោះអ្នកកាន់គោលនយោបាយ	លេខគោលការណ៍	ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ

ការព្រមានអំពីការពិន័យ

"ក្រោមការពិន័យនៃការភូតកុហក ខ្ញុំសូមស្បថថា ខ្ញុំបានពិនិត្យ ឬបានស្តាប់ការអានអំពីទម្រង់បែបបទនៃការបន្តនេះ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ អ្វីគ្រប់យ៉ាងគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំក្នុងនាមអ្នកផ្សេង ខ្ញុំសន្យាថាខ្ញុំបានពិនិត្យពាក្យសុំនេះជាមួយបុគ្គលនោះ ឬបានអានឱ្យគាត់ស្តាប់ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់គាត់/នាង អ្វីគ្រប់យ៉ាងគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។"

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចមើលការបោះពុម្ពផ្សាយ 1010 របស់ DHS រឿងសំខាន់ៗអំពីកម្មវិធី និងសេវាកម្ម មាននៅ [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ។ ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំបានអាន ឬបានស្តាប់ការអានអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយពាក្យស្នើសុំនេះ។ នៅក្រោមការពិន័យនៃការភូតកុហក ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ចម្លើយទាំងអស់របស់ខ្ញុំនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានអំពីសញ្ជាតិ និងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ និងអត្តសញ្ញាណរបស់កុមារអនីតិជនដែលមានឈ្មោះក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំបំពានច្បាប់ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុសដោយចេតនា ហើយអាចត្រូវផ្ដន្ទាទោសតាមច្បាប់សហព័ន្ធ ច្បាប់រដ្ឋ ឬទាំងពីរ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតកាលបរិច្ឆេទ៖	ហត្ថលេខារបស់សាក្សីពីផ្នែកកាលបរិច្ឆេទ៖
ហត្ថលេខារបស់ប្តីឬប្រពន្ធ ឬ ឪពុកឬម្តាយកាលបរិច្ឆេទ៖	
ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាល/អ្នកអភិរក្ស/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់កាលបរិច្ឆេទ៖	
លេខទូរស័ព្ទ	(      )

ការយល់ព្រមរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន

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

យើងនឹងមិនបដិសេធអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ ឬការចូលប្រើកម្មវិធីណាមួយដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទេ ដោយសារតែអ្នកមិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងទទួលបាន ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់។ ប៉ុន្តែ បើគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នកទេ យើងមិនអាចជួយអ្នកក្នុងការចូលប្រើកម្មវិធី និងជំនួយមួយចំនួនដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានទេ។ ទាមទារឱ្យមានការយល់ព្រមពីអ្នកដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

អ្នកអាចបន្តទៅទិញទំនិញ និងទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយមិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទការយល់ព្រមនេះ ដោយទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774) ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុណាមួយសម្រាប់ការទិញការធានារ៉ាប់រង មិនថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ឬអត់នោះទេ វានឹងចាំបាច់សម្រាប់អ្នកក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទការយល់ព្រមនេះ។

ការចែករំលែក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងផ្តល់អនុញ្ញាតតាមរយៈការគូសដឹកប្រអប់ "I Agree" (ខ្ញុំយល់ស្រប) នឹងត្រូវធ្វើឡើងដោយអនុលោមតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដែលការពារភាពឯកជនរបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍៖ ច្បាប់ស្តីពីការចល័ត និងគណនេយ្យនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 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 និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន សម្ងាត់អំពីខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ការចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាល ឬកម្មវិធីដែលបានផ្តល់មូលនិធិដោយរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈគេហទំព័រនេះ រៀបចំផែនការ ផ្តល់ និងសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងការបង់ប្រាក់។

- ខ្ញុំ ផ្តល់ ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែកទិន្នន័យសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន
- ខ្ញុំ មិនផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំទេ ហើយយល់ថាសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីនិងការគាំទ្រមួយចំនួននឹងទទួលរងផលប៉ះពាល់ដោយសេចក្តីសម្រេចនេះ។

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



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 អក្សរស្នាមសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ជាសំឡេង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) តាមរយៈលេខ (202)720-2600 (សំឡេង និង TTY) ឬទាក់ទងមកកាន់ USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធតាមរយៈលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី សូមបំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី 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) 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](mailto:program.intake@usda.gov)។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា និងយោជក 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) មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពណ៌សម្បុរ 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។

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 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, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, 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 dè nià ke dyédé gbo: Ɔ jù ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jù ní, níí, à wuḍu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáá. 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: (TTY 711).

**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 និងនីតិវិធីបណ្តឹងសម្រាប់ការដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានៃការរើសអើង សូមទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈអាសយដ្ឋាន 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 លេខទូរសព្ទ (401) 462-2971 (សម្រាប់មនុស្សច្រើន/ស្តាប់មិនសូវឮ 1-800-745-6575 ជាសំឡេង TTY 711)។

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

