



MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR
82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

កាលបរិច្ឆេទ ៖ 05/13/2023
លេខគណនី ៖
ប្រភេទនៃការជូនដំណឹង ៖ ME



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

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

សម្រាប់សំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពដែលមានតម្លៃ
សមរម្យ ឬកម្មវិធីសេវាមនុស្សជាតិ ចូរទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវា
មនុស្សជាតិ (Department of Human Services) តាមរយៈលេខ
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិរបស់អ្នក។ ទំព័រនេះប្រាប់អ្នកពីសេចក្តីសម្រេចរបស់
យើងលើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកនឹងរកឃើញព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមនៅទំព័របន្ទាប់។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទង
មកយើង។

សេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍

កម្មវិធី	សេចក្តីសម្រេច
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព	កំពុងតែបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះទេ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅ
ចុងបញ្ចប់នៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

មើលគណនីរបស់អ្នកតាមអនឡាញ ឬនៅលើកម្មវិធីទូរសព្ទ

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក៏អាចរកបានដោយការឡើយចូលទៅក្នុងគណនីរបស់អ្នកតាមរយៈ <https://healthvrhode.ri.gov> ឬតាមរយៈការទាញយក
កម្មវិធីទូរសព្ទល័តរបស់ HealthyRhode នៅលើទូរសព្ទស្មាតហ្វូនរបស់អ្នក។
អ្នកអាចចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដោយប្រើឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ [REDACTED]។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចាំពាក្យសម្ងាត់របស់អ្នកទេ អ្នកអាចទាញយកវាដោយ
ចុច LOG IN (ឡើយចូល) បន្ទាប់មកចុច Forgot Username/Password? (ភ្លេចឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់/ពាក្យសម្ងាត់?) តាមរយៈ <https://healthvrhode.ri.gov/>
តាមរយៈគណនីរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំ និងបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។



លេខគណនី:

ព័ត៌មានលំអិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក

ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានដែលយើងមាននៅលើឯកសារ ឬព័ត៌មានដែលយើងបានទទួលពីអ្នក ឬប្រភពខាងក្រៅ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 05/13/2023 មានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ មើលព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

ឈ្មោះបុគ្គល:	Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: 12/1978
--------------	-------------------------------	---------------------------

រយៈពេលមានប្រសិទ្ធភាព / ប្រភេទជំនួយ ឬការធានារ៉ាប់រង សេចក្តីសម្រេច និងព័ត៌មានបន្ថែម
កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព

06/01/2023 to 05/31/2024 MAGI Medicaid Approved

ដែនកំណត់ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកគឺ:

មនុស្សពេញវ័យដែលគ្មានកូន:	\$20,120.40
ឪពុកម្តាយ:	\$20,557.80
កូន:	\$38,782.80
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ:	\$37,616.40

ព័ត៌មានអំពីលេខសម្គាល់ Medicaid របស់អ្នក:

លេខសម្គាល់ Medicaid របស់អ្នកគឺជាលេខអត្តសញ្ញាណតែមួយគត់ដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នក ដែលអ្នកអាចមើលឃើញនៅលើប័ណ្ណ Medicaid Anchor ពណ៌សរបស់អ្នក និងតាមរយៈគណនីអនឡាញរបស់អ្នក។ ប័ណ្ណ Medicaid Anchor ពណ៌ស នឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានម្នាក់ៗ នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ បង្ហាញប័ណ្ណ Medicaid Anchor ពណ៌សរបស់អ្នក និងប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម។ ប័ណ្ណ Medicaid Anchor ពណ៌ស គឺជាមធ្យោបាយអចិន្ត្រៃយ៍ក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធី Medicaid។ សូមរក្សាទុកប័ណ្ណនេះនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។

ព័ត៌មានលំអិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព Medicaid សម្រាប់:

Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR

Medicaid: ការបន្តប្រចាំឆ្នាំ

សូមមើលខាងក្រោមសម្រាប់កាលបរិច្ឆេទបន្តសម្រាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក:

ឈ្មោះបុគ្គល	កាលបរិច្ឆេទបន្ត
Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	05/31/2024

សិទ្ធិទទួលបានត្រូវបានបន្តនៅលើមូលដ្ឋានជាប្រចាំឆ្នាំ។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកអំពីសិទ្ធិទទួលបាននៃសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទបន្តប្រចាំឆ្នាំ។

ការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicaid សម្រាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកដែលបានរៀបរាប់ខាងលើត្រូវបានបន្ត។

សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ត្រឹមថ្ងៃទី 06/01/2023។



លេខគណនី៖

ការចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicaid

1. កាលវិភាគចុះឈ្មោះ

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicaid ទេ អ្នកមានពេលចំនួន 19 ថ្ងៃ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

2. តើខ្ញុំជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពដោយរបៀបណា?

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព Medicaid ទេ សូមទុកចូលទៅក្នុងគណនីរបស់អ្នកនៅ HealthSource RI ហើយចូលមើលផ្ទាំងគ្រប់គ្រងរបស់អ្នកសម្រាប់ជំហានបន្ទាប់ ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-840-4774 ដើម្បីធ្វើការជ្រើសរើស។

នៅពេលជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែរាយបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកផ្តល់សេវាទាំងនោះទទួលបានយកគម្រោងសុខភាពដែលអ្នកកំពុងជ្រើសរើស។

3. ត្រូវការជំនួយក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោងមែនទេ?

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកប្រឹក្សាអំពីជម្រើសតាមលេខ 1-855-840-4774។ ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសគម្រោងក្នុងរយៈពេល 19 ថ្ងៃទេ អ្នកនឹងមិនអាចជ្រើសរើសគម្រោងមួយបានទេ ហើយគម្រោងនឹងត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់អ្នក។

4. ចូរប្រាប់យើងឱ្យបានដឹងថាតើនរណាជាគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នក

បន្ទាប់ពីអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព អ្នកក៏នឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវានៅពេលនេះទេ អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់នឹងត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់អ្នក។

5. បន្ទាប់ពីអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព

អ្នកនឹងទទួលបានកញ្ចប់ស្វាគមន៍ និងបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនពីគម្រោងថ្មីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្ម មុនពេលអ្នកទទួលបានបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចប្រើបណ្ណ Medicaid Anchor របស់អ្នក។ បណ្ណ Medicaid Anchor គួរតែត្រូវបានប្រើប្រាស់ដល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

6. វិធីដែលអាចមានដើម្បីធ្វើការជ្រើសរើសគម្រោង

អ្នកអាចជ្រើសរើស និងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង៖
តាមអនឡាញ. ចូលមើល <https://healthvrhode.ri.gov>
តាមរយៈទូរសព្ទ. ទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-840-4774

ដែនកំណត់ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកគឺ៖

មនុស្សពេញវ័យដែលគ្មានកូន៖	\$20,120.40
ឪពុកម្តាយ៖	\$20,557.80
កូន៖	\$38,782.80
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ៖	\$37,616.40



លេខគណនី៖

ចុះបើខ្ញុំមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ?

មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដូច្នោះអ្នកគួរតែអនុវត្តឱ្យបានឆាប់រហ័ស។ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុសក្នុងការកំណត់ទំហំគ្រួសារ ប្រាក់ចំណូល ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ ប្រសិនបើមាន។ អ្នកក៏អាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវាសុខភាពដែលអ្នកទទួលបានផងដែរ។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺគ្រាន់តែជាវិធីនៃការស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញនូវ សេចក្តីសម្រេចណាមួយដែលយើងធ្វើចុះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន និង/ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកតាមរយៈសវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋបាល។ មានព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការនៅពេលក្រោយនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។



លេខគណនី៖

ផ្លាស់ប្តូរលក្ខខណ្ឌរាយការណ៍

អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍អំពីរាល់ការផ្លាស់ប្តូរនៅខាងក្រោម ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន និងការចុះឈ្មោះរបស់នរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ៖

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

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការប្រព្រឹត្តិចំពោះដោយមិនការរើសអើង។ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (U.S. Department of Agriculture, USDA) ក្រសួង USDA ទីភ្នាក់ងាររបស់ក្រសួង ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួមក្នុង ឬគ្រប់គ្រង កម្មវិធីរបស់ក្រសួង USDA ត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យរើសអើងដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ សាសនា ភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ (រួមទាំងការបញ្ចេញ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) ទំនោរផ្លូវភេទ ពិការភាព អាយុ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ស្ថានភាពគ្រួសារ/ស្ថានភាពឪពុកម្តាយ ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ជំនឿ នយោបាយ ឬធ្វើការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពិមុន នៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើឡើង ឬផ្តល់មូលនិធិដោយក្រសួង USDA (មិនមែនរាល់មូលដ្ឋានទាំង អស់សុទ្ធតែអនុវត្តចំពោះកម្មវិធីទាំងអស់ទេ)។ ដំណោះស្រាយ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យបណ្តឹងប្រែប្រួលទៅតាមកម្មវិធី ឬឧប្បត្តិហេតុ។

អ្នកដែលមានពិការភាពដែលត្រូវការបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្លាប់សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ខ្សែអាត់ដាស់ទៀង ភាសាសញ្ញារបស់អាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌល TARGET របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (United States Department of Agriculture, USDA) តាមរយៈលេខ (202)720-2600 (សំឡេង និង TTY) ឬទាក់ទងមកកាន់ USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធតាមរយៈលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានកម្មវិធី អាចនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី សូមបំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើង របស់កម្មវិធី 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។ ដាក់បញ្ជូន ទម្រង់បែបបទ 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 ដែលផ្តល់ឱកាសស្នើគ្នាដល់មនុស្សគ្រប់រូប។

ដោយអនុលោមតាមចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.) ផ្នែកទី 504 នៃច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម (29 U.S.C. 794) ច្បាប់ស្តីពីជនពិការភាពអាមេរិកឆ្នាំ 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.) និងចំណងជើងទី IX នៃវិសោធនកម្មការអប់រំឆ្នាំ 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.) ច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 (អតីតច្បាប់បណ្តឹងណាអាហារ) 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) មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពណ៌សាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ពិការភាព សាសនា ជំនឿនយោបាយ អាយុ ឬភេទ ក្នុងការទទួលយក ឬការផ្តល់សេវា ការងារ ឬការព្យាបាល ក្នុងការ អប់រំ និងសកម្មភាពកម្មវិធីផ្សេងទៀត។ ស្ថិតក្រោមបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ជាធរមាន EOHHS និង DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រឡើយ។ 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។ មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកទំនាក់ទំនងសហគមន៍គឺជាអ្នកសម្របសម្រួល សម្រាប់ការអនុវត្តចំណងជើងទី VI អ្នកគ្រប់គ្រងការិយាល័យសេវាស្តារនីតិសម្បទា (Office of Rehabilitation Services, ORS) ឬមន្ត្រីចាត់តាំងរបស់គាត់/នាង គឺជាអ្នកសម្របសម្រួលសម្រាប់ការ អនុវត្តចំណងជើងទី IX ផ្នែកទី 504 និង ADA។ នាយកក្រសួង DHS ឬមន្ត្រីចាត់តាំងរបស់គាត់/នាងមានទំនួលខុសត្រូវរួមសម្រាប់ការអនុលោមតាមសិទ្ធិស៊ីវិលសម្រាប់រាល់កម្មវិធីទីភ្នាក់ងារ ទាំងអស់។ លេខាធិការការិយាល័យ EOHHS ទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហារើសអើងដែលទាក់ទងនឹង Medicaid ហើយនឹងបញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធតាមតម្រូវការ។

លេខគណនី៖

សិទ្ធិរបស់អ្នក

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រង និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

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

អ្នកអាចមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងមានសវនាការយុត្តិធម៌ផ្នែករដ្ឋបាល ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ អ្នកអាច៖

- ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីពិភាក្សាអំពីសេចក្តីសម្រេចលើអត្ថប្រយោជន៍។**
ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រទីមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ត្រូវប្រាកដថាមានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ និងលេខករណី/កំណត់អត្តសញ្ញាណនៅនឹងដៃ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋបាល។**
បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសំណើផ្លូវការដែលស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋបាល។ សូមអានបន្តសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើអ្វីទៅជាសវនាការយុត្តិធម៌?

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

កាលកំណត់សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងស្នើសុំឱ្យសវនាការយុត្តិធម៌

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

កម្មវិធី	អ្នកត្រូវដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្នុង៖	តើអត្ថប្រយោជន៍និងបន្តប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការជូនដំណឹង (“Aid Pending”) ឬទេ?
Medicaid	30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងបូកនឹងប្រាំថ្ងៃបន្ថែមទៀតសម្រាប់ពេលវេលាផ្ញើសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍និងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
SNAP	90 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍និងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
CCAP	30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	អត្ថប្រយោជន៍អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយរហូតដល់សេចក្តីសម្រេចលើសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង។
GPA	10 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស ប៉ុន្តែសំណើត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្ម	30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងបូកនឹងប្រាំថ្ងៃបន្ថែមទៀតសម្រាប់ពេលវេលាផ្ញើសំបុត្រ	អ្នកត្រូវតែទូរសព្ទទៅ HealthSource RI ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការជូនដំណឹង ដើម្បីស្នើសុំ Aid-Pending។
កម្មវិធីផ្សេងទៀតទាំងអស់	30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស

លេខគណនី៖

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺន

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺន ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការភ្លាមៗសម្រាប់សេវាសុខភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ហើយការរង់ចាំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារអាចប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមត្ថភាពក្នុងការសម្រេចបាន រក្សា ឬទទួលបានមុខងារអតិបរមាឡើងវិញ។ យើងត្រូវសម្រេចចិត្តពន្លឺនការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើបាន ដោយផ្អែកលើកាលៈទេសៈ។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺន យើងត្រូវជូនដំណឹងអ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយយើងត្រូវតែដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការស្តង់ដាររបស់យើង។

សិទ្ធិក្នុងការបន្តអត្ថប្រយោជន៍ ខណៈពេលដែលកំពុងរង់ចាំសវនាការ

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

ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicaid ហើយអ្នកទទួលបាន Aid-Pending ហើយបន្ទាប់មកអ្នកបាត់បង់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក រដ្ឋអាចឱ្យអ្នកសងថ្លៃចំណាយវិញសម្រាប់ការរ៉ាប់រងអ្នកក្នុងអំឡុងពេល Aid-Pending។ សម្រាប់ HealthSource RI, Aid-Pending អាចប្រើបានលុះត្រាតែអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញដែលបានកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយសំណើត្រូវបានធ្វើឡើងតាមទូរសព្ទទៅកាន់ HealthSource RI តាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774)។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានឥណទាននៃពន្ធដើម្បីជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកទទួលបាន Aid-Pending ហើយបន្ទាប់មកអ្នកបាត់បង់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះអ្នកអាចនឹងជំពាក់ប្រាក់បន្ថែមនៅក្នុងពន្ធសហព័ន្ធរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ អ្នកនៅតែត្រូវបង់ក្នុងអំឡុងពេល Aid-Pending។

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

សិទ្ធិធ្វើជាអ្នកតំណាងខ្លួនឯង និងសិទ្ធិទទួលបានអ្នកតំណាង

អ្នកមានសិទ្ធិតំណាងឱ្យខ្លួនអ្នកនៅក្នុងសវនាការ ឬជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ដើម្បីតំណាងឱ្យអ្នក រួមទាំងមេធាវី អ្នកតស៊ូមតិ មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ។ ដំបូន្មានផ្នែកច្បាប់អាចរកបានពី Rhode Island Legal Services, Inc. តាមរយៈលេខ 274-2652 ឬ 1-800-662-5034។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសតំណាងផ្នែកច្បាប់ អ្នកតំណាងត្រូវតែដាក់លិខិតចូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមួយការិយាល័យសវនាការនៅ ឬមុនសវនាការ។ ការចូលខ្លួនដើរតួជាការចេញផ្សាយព័ត៌មានសម្ងាត់ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់អាចចូលទៅកាន់កំណត់ត្រាករណីរបស់ទីភ្នាក់ងារ។ វាក៏ចាំបាច់ផងដែរសម្រាប់ការិយាល័យសវនាការដើម្បីបញ្ជាក់តំណាងសម្រាប់គោលបំណងនៃការតាមដាន ពិនិត្យ សំណើសុំបន្ត។ល។

សិទ្ធិទទួលបាននៃសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតអាចនឹងរងផលប៉ះពាល់

ការសម្រេចចិត្តប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងអាចបណ្តាលឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសិទ្ធិទទួលបានសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគ្រួសាររបស់អ្នក។

ចូលទៅកាន់កំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិមើលកំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក រួមទាំងភស្តុតាងដែលរដ្ឋនឹងប្រើនៅក្នុងសវនាការរបស់អ្នក។ ដើម្បីមើលកំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក ចូរទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសកម្មភាពដែលធ្វើឡើងដោយ HealthSource RI អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅ៖ 1-855-840-HSRI (4774)។

ដំណោះស្រាយក្រៅផ្លូវការ

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

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការរក្សាការសម្ងាត់។ នៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋ ភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងកម្មវិធីទាំងអស់ត្រូវបានចងក្លាប់ដោយច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានអំពីអ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគ្រួសាររបស់អ្នកសម្រាប់តែគោលបំណងដែលទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី និងអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីភាពចល័ត និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ស្តង់ដារសម្រាប់ភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពដែល

លេខគណនី៖

អាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបុគ្គល។ ការដាក់កំហិត HIPAA រារាំងយើងខ្ញុំពីការពិភាក្សាអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាមួយនរណាម្នាក់ រួមទាំងអ្នកតំណាងដែលគ្មានការអនុញ្ញាត លុះត្រាតែបុគ្គលនោះមានអ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ ឬអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនៃការយល់ព្រមដែលអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត មេរោគអេដស៍ ជំងឺអេដស៍ លទ្ធផលតេស្ត ឬការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ និងសេវាពឹងផ្អែកលើសារធាតុគីមី។

ការិយាល័យ EOHHS និងក្រសួង DHS មិនបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីអ្នក ឬសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគ្រួសាររបស់អ្នកដោយគ្មានការយល់ព្រមពីអ្នកទេ លើកលែងតែមានចែងនៅក្នុងច្បាប់ទូទៅរបស់រដ្ឋ Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 និង 42-7.2-5(13) បទប្បញ្ញត្តិដែលមានចែងក្នុងក្រមរដ្ឋបាល DHS និងក្រមនៃច្បាប់រដ្ឋបាលរបស់ Medicaid ។ ជនណាម្នាក់ដែលត្រូវបានរកឃើញថាមានពិរុទ្ធពីបទរំលោភលើបទប្បញ្ញត្តិនៃច្បាប់ទូទៅ 40-6-12 នៃរដ្ឋ Rhode Island នឹងត្រូវចាត់ទុកថាមានទោសពីបទមជ្ឈិម។ ជនរំលោភបំពានអាចត្រូវបានពិន័យជាអតិបរមាពីរយដុល្លារ (\$200) ឬជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ប្រាំមួយ (6) ខែ ឬទាំងពីរ។

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

អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។ អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត គឺជាបុគ្គលដែលត្រូវបានចាត់តាំងដោយមេត្រូសារ ឬ ប្តី ឬប្រពន្ធ ឬសមាជិកដែលទទួលខុសត្រូវផ្សេងទៀតនៃគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមគ្រួសារក្នុងការស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍អាច ឬមិនមែនជាបុគ្គលតែមួយដែលត្រូវបានចាត់តាំងជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់ដំណើរការដាក់ពាក្យសុំ ឬសម្រាប់ការបំពេញតម្រូវការរាយការណ៍។ ការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យរបស់ Medicaid** EOHHS ទាមទារថា នាយកដ្ឋានត្រូវតែ៖
- ផ្តល់ឱ្យអ្នករយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការដើម្បីពិនិត្យមើលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានមកយើងខ្ញុំ ឬស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែមទេ យើងអាចបដិសេធ បញ្ឈប់ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពរបស់អ្នក។
 - ជូនដំណឹងដល់អ្នក ក្នុងករណីភាគច្រើន យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេលដប់ (10) ថ្ងៃមុនពេលយើងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពរបស់អ្នក។
 - ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងករណីភាគច្រើន ក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព និងករណីពិការភាពមួយចំនួនអាចចំណាយពេលវេលាសែសិបប្រាំ (45) ថ្ងៃ ទៅកៅសិប (90) ថ្ងៃ។
 - បន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់ Rhode Island Medicaid ខណៈពេលដែលយើងសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានក្រោមកម្មវិធីមួយផ្សេងទៀតឬទេ។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រង និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីប្រាក់ចំណូល ធនធាន និងស្ថានភាពលំនៅឋានរបស់អ្នកនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (ឬកស្តុតាងដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំលេខមួយ) សម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាលក្ខខណ្ឌនៃសិទ្ធិទទួលបាន។ ការប្រមូលព័ត៌មាននៅលើពាក្យស្នើសុំ ក៏ដូចជាលេខរបបសន្តិសុខសង្គមនៃសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអ្នកទទួលបានជំនួយត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 (អតីតច្បាប់បណ្តុំចំណីអាហារ) ដូចដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម 7 U.S.C. 2011-2036 និងក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (45 CFR 155.305 និង 42 CFR 435.910)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ថាតើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបន្តមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP និង/ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មជាមួយនឹងជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុឬអត់។ ក្រសួងនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈការផ្គត់ផ្គង់កុំព្យូទ័រជាមួយក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាល (Department of Labor and Training, DLT) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration, SSA) សេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) សេវាអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ (Food and Nutrition Service, FNS) និងអង្គភាពរដ្ឋាភិបាល និងមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ បទប្បញ្ញត្តិ ឬកិច្ចសន្យាហើយពួកគេនឹងត្រូវឆ្លងកាត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមន្ត្រីមូលដ្ឋាន។ ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងសិទ្ធិទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារទាំងនេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន និងទទួលបានចំនួនត្រឹមត្រូវនៃអត្ថប្រយោជន៍ SNAP, GPA ការថែទាំកុមារ RIW, Medicaid និងធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មដោយមានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ ព័ត៌មាននេះក៏នឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីតាមដានការអនុលោមតាមបទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធីសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ក៏ដូចជាដើម្បីការពារការរំលោភបំពាន និងផ្ទៀងផ្ទាត់ការទាមទារការថែទាំសុខភាព។

លេខគណនី៖

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការពិនិត្យជាផ្លូវការ និងដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ក្នុងគោលបំណងចាប់ផ្តើម ភៀសខ្លួនដែលរត់គេចពីច្បាប់។ ប្រសិនបើការទាមទារកើតឡើងប្រឆាំងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់នៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក រួមទាំង SSN ទាំងអស់អាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ក៏ដូចជាភ្នាក់ងារប្រមូលផ្តុំការទាមទារឯកជនសម្រាប់សកម្មភាពប្រមូលការទាមទារ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការផ្តល់ SSN នឹងនាំឱ្យមានការបដិសេធអត្តប្រយោជន៍ ចំពោះបុគ្គលណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ SSN ណាមួយដែលបានផ្តល់នឹងត្រូវបានប្រើ និងបង្ហាញក្នុងលក្ខណៈដូចគ្នាទៅនឹង SSN នៃសមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិ។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលធ្វើការត្រួតពិនិត្យគុណភាព។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការសហការជាមួយការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន RI Works ជំនួយ Child Care ឬ Medicaid។ អ្នកត្រូវតែជួយបង្កើត កែប្រែ ឬអនុវត្តការគាំពារកុមារសម្រាប់កុមារក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក និងបង្កើតភាពជាឪពុក (ប្រសិនបើចាំបាច់)។ ប្រសិនបើអ្នក អាចបង្ហាញថាអ្នកមានហេតុផលល្អក្នុងការជឿថាការសហការជាមួយការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារធ្វើឱ្យអ្នក កូនរបស់អ្នក ឬកូនៗរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងការ មើលថែទាំរបស់អ្នកប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ពីឪពុកម្តាយដែលមិនមែនជាអាណាព្យាបាល អ្នកអាចមានហេតុផលត្រឹមត្រូវក្នុងការមិនសហការ។

កាតព្វកិច្ច និងការចាត់ចែងសម្រាប់កម្មវិធីការងារ MEDICAID ជំនួយ CHILD CARE និងជំនួយសាធារណៈទូទៅរបស់រដ្ឋ RHODE ISLAND

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

a. ទាក់ទងនឹងការគាំពារកុមារ និងការបង្កើតភាពជាឪពុក

ខ្ញុំបានប្រគល់សិទ្ធិណាមួយ និងទាំងអស់ដែលខ្ញុំអាចមានសម្រាប់ និងក្នុងនាមខ្លួនខ្ញុំ និងសម្រាប់ និងក្នុងនាមកូន ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ទៅក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) មិនថាធ្វើសកម្មភាពដោយខ្លួនឯង ឬជាភ្នាក់ងារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៃការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ប្រឆាំងនឹងបុគ្គលណាម្នាក់ដែលខកខានក្នុងការផ្តល់ការគាំទ្រ ការថែទាំ និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និងកូនតូចរបស់ខ្ញុំ ឬកូនៗដែលជំនួយត្រូវបានបង់ដោយភ្នាក់ងារណាមួយ ឬទាំងពីរ។ ក្នុងសមត្ថភាពនេះ DHS ត្រូវបាន អនុញ្ញាតឱ្យបង្កើតយុត្តិធម៌ដើម្បីបង្កើតភាពជាឪពុក និង/ឬដើម្បីប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ឬកូនៗដែលបានទទួល ឬទទួលបានជំនួយពី DHS និង/ឬ EOHHS។ ប្រសិនបើខ្ញុំឈប់ទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬ Medicaid ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះ ពាល់ដល់ការគាំទ្រកុមារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាប្រសិនបើកូនរបស់ខ្ញុំរើចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ឬមានការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ។

b. ទាក់ទងនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានពីភាគីទីបី

ខ្ញុំបានប្រគល់សិទ្ធិទាំងអស់ដល់ DHS ឬ EOHHS សម្រាប់ និងក្នុងនាមខ្លួនខ្ញុំ និងបុគ្គលណាម្នាក់ដែលខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យតំណាងដោយស្របច្បាប់ សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានមកវិញពីភាគីទីបីស្មើនឹងចំនួនជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និង Medicaid ដែលបានផ្តល់ជាលទ្ធផលនៃគ្រោះថ្នាក់ រហូស ឬជំងឺ។

c. ទាក់ទងនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានពីសំណងកម្មករ

ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) និង/ឬការិយាល័យប្រតិបត្តិសុខភាព និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ស្ម័គ្រចិត្តដាក់សិទ្ធិឃាត់ទុកលើរង្វាន់ ការបញ្ជាទិញ ឬការទូទាត់ដែលមិនទាន់សម្រេចណាមួយ ដែលខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិ ក្រោមបទប្បញ្ញត្តិនៃច្បាប់ស្តីពីសំណងសម្រាប់កម្មករ Rhode Island ជំពូកទី 28-29 តាមរយៈ 28-38 នៃច្បាប់ទូទៅ Rhode Island។ គោលបំណងនៃ កាតព្វកិច្ចនេះគឺដើម្បីធានាការទូទាត់សងដល់រដ្ឋសម្រាប់ការទូទាត់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និង Medicaid ដែលធ្វើឡើងចំពោះខ្ញុំ ឬក្នុងនាមខ្ញុំសម្រាប់រយៈ ពេលដែលការផ្តល់សំណង ការបញ្ជាទិញ ឬការទូទាត់របស់កម្មករត្រូវបានធ្វើឡើង។

d. ទាក់ទងនឹងកាតព្វកិច្ច លើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលបានដែលបានទទួលមរណភាពសម្រាប់សំណង Medicaid

អនុលោមតាម R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS អាចដាក់កាតព្វកិច្ចលើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលបាន Medicaid ដែលមានអាយុហាសិបប្រាំ (55) ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ នៅពេលស្លាប់។ សម្រាប់គោលបំណងនៃផ្នែកនេះ ពាក្យថា "estate" (អចលនទ្រព្យ) ទាក់ទងនឹងបុគ្គលដែលបានទទួលមរណភាពត្រូវរាប់បញ្ចូលទាំងទ្រព្យ សម្បត្តិពិត និងផ្ទាល់ខ្លួន និងទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀតដែលរួមបញ្ចូល ឬអាចរាប់បញ្ចូលបានក្នុងអចលនទ្រព្យនៃមរណជនរបស់បុគ្គលនោះ។ ផលបូកសរុបនៃ Medicaid ដែលបានបង់ក្នុងនាមអ្នកទទួលបាន Medicaid ដែលមានអាយុហាសិបប្រាំ (55) ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះនៅពេលទទួលបានគឺជាបំណុលត្រូវសងរដ្ឋ ហើយបង្កើតបានជាកាតព្វកិច្ចលើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលបានសម្រាប់ជាអត្ថប្រយោជន៍របស់ EOHHS។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ កាតព្វកិច្ចនេះមាន ប្រសិទ្ធភាព និងមិនអនុវត្តចំពោះទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកទទួលបានដែលនៅរស់មានជីវិតដោយប្តីប្រពន្ធ ឬកូនដែលមានអាយុក្រោមម្ភៃមួយ (21) ឬកូនដែល ពិការភ្នែក ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍ និងពិការទាំងស្រុងដូច កំណត់ក្នុងចំណងជើងទី XVI (SSI) នៃច្បាប់របស់សន្តិសុខសង្គម។ ដីកូលសម្ព័ន្ធ និងទ្រព្យសម្បត្តិមួយចំនួន ដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិក និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា ប្រហែលជាត្រូវបានលើកលែងពីការស្តារឡើងវិញ។

លេខគណនី៖

យល់ថាការសុំរបស់អ្នកនឹងបម្រើជាការអនុញ្ញាតដល់ក្រសួងសេវាមនុស្ស ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹងអ្នក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលរួមបញ្ចូលក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក ដរាបណាករណីនេះនៅតែបើក។ យល់ និងព្រមព្រៀងថាការិយាល័យ DHS អាចទាក់ទងបុគ្គល ឬអង្គការផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានភស្តុតាងចាំបាច់នៃសិទ្ធិទទួលបាន និងកម្រិតនៃ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

ខ្ញុំក៏យល់ថា EOHHS និង DHS អាចប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅលើកម្មវិធីរបស់ខ្ញុំ និងក្នុងគណនីឯកជនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីណាមួយដែលខ្ញុំបានដាក់ពាក្យ និង/ឬអាចផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវអត្ថប្រយោជន៍ស្របតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ កិច្ចសន្យា និងបទប្បញ្ញត្តិ។ EOHHS និង DHS អាចបញ្ចេញព័ត៌មានមិនកំណត់អត្តសញ្ញាណសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវ។ ការចេញផ្សាយព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណត្រូវ តែធ្វើឡើងដោយអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

Medicaid៖ ការបញ្ចប់ដោយអ្នក

សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកខាងក្រោមមានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicaid៖

ឈ្មោះ:
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

អ្នកអាចបញ្ចប់ការរ៉ាប់រងលើសុខភាព Medicaid របស់សមាជិកគ្រួសារអ្នកបានគ្រប់ពេល។ យើងផ្តល់ជូននូវវិធីជាច្រើនដើម្បីដំណើរការសំណើក្នុង ការបញ្ចប់របស់អ្នក៖

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

Medicaid៖ ការបញ្ចប់ដោយរដ្ឋ

សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកខាងក្រោមមានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicaid៖

ឈ្មោះ:
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកនៅក្នុង Medicaid អាចត្រូវបានលុបចោលលុះត្រាតែមានរឿងដូចខាង ក្រោមកើតឡើង៖

- ប្រសិនបើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃសមរម្យទៀតហើយ
- ប្រសិនបើអ្នក ឬការធានារ៉ាប់រងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ ដោយសារព័ត៌មានក្លែងបន្លំនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស

អ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មបន្ថែមតាមរយៈ Medicaid ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ អ្នកមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស។

- តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានពិការភាពទេ?
- តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវការការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬសេវាថែទាំរយៈពេលវែងផ្សេងទៀតដែរទេ?
- តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានវិក្កយបត្រថ្លៃព្យាបាលខ្ពស់ ឬញឹកញាប់ទេ?

បើដូច្នោះមែន រកមើលថាតើពួកគេមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយផ្អែកលើតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេសដែរឬទេ។ ទូរសព្ទទៅលេខ (855) 712-9158 ឬចូលមើល www.HealthSourceRI.com សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។



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

សិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងមានសវនាការយុត្តិធម៌ផ្នែករដ្ឋបាល ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ អ្នកអាច៖

- ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីពិភាក្សាអំពីសេចក្តីសម្រេចលើអត្ថប្រយោជន៍។**
ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រទីមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ត្រូវប្រាកដថាមានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ និងលេខករណី/កំណត់អត្តសញ្ញាណនៅនឹងដៃ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋបាល។**
បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសំណើផ្លូវការដែលស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋបាល។ សូមអានបន្តសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើអ្វីទៅជាសវនាការយុត្តិធម៌?

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

កាលកំណត់សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងស្នើសុំឱ្យសវនាការយុត្តិធម៌

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

កម្មវិធី	អ្នកត្រូវដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្នុង៖	តើអត្ថប្រយោជន៍និងបន្តប្រសិនបើបណ្តឹង ក៏ឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការជូនដំណឹង (“Aid Pending”) ឬទេ?
Medicaid	30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងបូកនឹងប្រាំថ្ងៃបន្ថែម ទៀតសម្រាប់ពេលវេលាផ្ញើសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍និងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
SNAP	90 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍និងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
CCAP	30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	អត្ថប្រយោជន៍អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយរហូតដល់សេចក្តីសម្រេចលើសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង។
GPA	10 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស ប៉ុន្តែសំណើត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្ម	30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងបូកនឹងប្រាំថ្ងៃបន្ថែម ទៀតសម្រាប់ពេលវេលាផ្ញើសំបុត្រ	អ្នកត្រូវតែទូរសព្ទទៅ HealthSource RI ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃការជូនដំណឹង ដើម្បីស្នើសុំ Aid-Pending។
កម្មវិធីផ្សេងទៀតទាំងអស់	30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស





បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺ

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការភ្លាមៗសម្រាប់សេវាសុខភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ហើយការរង់ចាំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារអាចប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមត្ថភាពក្នុងការសម្រេចបាន រក្សា ឬទទួលបានមុខងារអតិបរមាឡើងវិញ។ យើងត្រូវសម្រេចចិត្តពន្លឺការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើបាន ដោយផ្អែកលើកាលៈទេសៈ។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺ យើងត្រូវជូនដំណឹងអ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយយើងត្រូវតែដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការស្តង់ដាររបស់យើង។

សិទ្ធិក្នុងការបន្តអត្ថប្រយោជន៍ ខណៈពេលដែលកំពុងរង់ចាំសវនាការ

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

ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicaid ហើយអ្នកទទួលបាន Aid-Pending ហើយបន្ទាប់មកអ្នកបាត់បង់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក រដ្ឋអាចឱ្យអ្នកសងថ្លៃចំណាយវិញសម្រាប់ការរ៉ាប់រងអ្នកក្នុងអំឡុងពេល Aid-Pending។ សម្រាប់ HealthSource RI, Aid-Pending អាចប្រើបានលុះត្រាតែអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការកំណត់សិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញដែលបានកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយសំណើត្រូវបានធ្វើឡើងតាមទូរសព្ទទៅកាន់ HealthSource RI តាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774)។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានឥណទាននៃពន្ធដើម្បីជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកទទួលបាន Aid-Pending ហើយបន្ទាប់មកអ្នកបាត់បង់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះអ្នកអាចនឹងជំពាក់ប្រាក់បន្ថែមនៅក្នុងពន្ធសហព័ន្ធរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ អ្នកនៅតែត្រូវបង់ក្នុងអំឡុងពេល Aid-Pending។

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

សិទ្ធិធ្វើជាអ្នកតំណាងខ្លួនឯង និងសិទ្ធិទទួលបានអ្នកតំណាង

អ្នកមានសិទ្ធិតំណាងឱ្យខ្លួនអ្នកនៅក្នុងសវនាការ ឬជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ដើម្បីតំណាងឱ្យអ្នក រួមទាំងមេធាវី អ្នកតស៊ូមតិ មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ។ ដំបូន្មានផ្នែកច្បាប់អាចរកបានពី Rhode Island Legal Services, Inc. តាមរយៈលេខ 274-2652 ឬ 1-800-662-5034។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសតំណាងផ្នែកច្បាប់ អ្នកតំណាងត្រូវតែដាក់លិខិតចូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមួយការិយាល័យសវនាការនៅ ឬមុនសវនាការ។ ការចូលខ្លួនដើរតួជាការចេញផ្សាយពីគំនិតសម្ងាត់ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់អាចចូលទៅកាន់កំណត់ត្រាករណីរបស់ទីភ្នាក់ងារ។ វាក៏ចាំបាច់ផងដែរសម្រាប់ការិយាល័យសវនាការដើម្បីបញ្ជាក់តំណាងសម្រាប់គោលបំណងនៃការតាមដាន ពិនិត្យ សំណើសុំបន្ត។ល។

សិទ្ធិទទួលបាននៃសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតអាចនឹងរងផលប៉ះពាល់

ការសម្រេចចិត្តប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងអាចបណ្តាលឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសិទ្ធិទទួលបានសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគ្រួសាររបស់អ្នក។

ចូលទៅកាន់កំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិមើលកំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក រួមទាំងភស្តុតាងដែលរដ្ឋនឹងប្រើនៅក្នុងសវនាការរបស់អ្នក។ ដើម្បីមើលកំណត់ត្រាករណីរបស់អ្នក ចូរទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសកម្មភាពដែលធ្វើឡើងដោយ HealthSource RI អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅ៖ 1-855-840-HSRI (4774)។

ដំណោះស្រាយក្រៅផ្លូវការ

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



លេខគណនី៖

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍



ដំណើរការស្នើសុំប្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈការអនុវត្តចំណុចមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ រដ្ឋនឹងបំពេញការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នក ដើម្បីព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហា។

- **តាមអនឡាញ.** ទ្រុកចូលគណនីរបស់អ្នកតាមរយៈ: <https://healthyrhode.ri.gov> ហើយចុចលើ "file an appeal" (ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍)។
- **តាមរយៈទូរសព្ទ.** អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicaid និង Purchased Health តាមរយៈ HealthSource RI ដោយការទូរសព្ទទៅ HealthSource RI តាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774)។ សម្រាប់សំណួរអំពីការដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់កម្មវិធីសេវាមនុស្សជាតិដូចជា SNAP, RIW, Child Care, GPA ឬ SSP ចូរទូរសព្ទទៅលេខ ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ តាមរយៈលេខ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)។
- ដោយផ្ទាល់។ សម្រាប់ជំនួយផ្ទាល់មុខ សូមចូលមើល www.dhs.ri.gov ដើម្បីមើលទីតាំងការិយាល័យ។
- តាមរយៈប្រៃសណីយ៍. បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ រួចហើយផ្ញើទៅកាន់ ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

ឈ្មោះ (ទាមទារ)៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ទាមទារ)៖ _____

លេខគណនី (ដូចបានបង្ហាញនៅផ្នែកខាងលើនៃសេចក្តីជូនដំណឹង)៖ _____

អាសយដ្ឋាន (ទាមទារ)៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____

អ៊ីមែល៖ _____

តើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីនិយាយ អាន ឬសរសេរជាភាសាអង់គ្លេសឬទេ? បាទឬចាស ទេ

ប្រសិនបើ បាទឬចាស តើភាសាចម្បងរបស់អ្នកជាភាសាអ្វី? _____

មធ្យោបាយទំនាក់ទំនងដែលពេញចិត្ត (គូសរង្វង់ជុំវិញមួយ)៖ អ៊ីមែល / សំបុត្រជាក្រដាស

អ្នកត្រូវតែគូសដឹកហេតុផលសម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖	សេវាមនុស្សជាតិ៖	
_____ Medicaid	_____ SNAP	_____ GPA
_____ បានទិញគម្រោងតាមរយៈ HSRI	_____ RIW	_____ CHILD CARE
_____ ទាំងពីរ/មិនប្រាកដ	_____ SSP	
_____ ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់) _____		



លេខគណនី៖

សូមពន្យល់អំពីហេតុផលសម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

តើអ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពសំខាន់ៗ ឬអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ភ្លាមៗឬទេ? បើដូច្នោះ តើអ្នកចង់ឱ្យមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿនដែរឬទេ?

បាទឬចាស ទេ

ប្រសិនបើ បាទឬចាស សូមពន្យល់៖

**ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចលើសវនាការមិនស្ថិតក្នុងការចង់បានរបស់ខ្ញុំទេ ខ្ញុំយល់ ថា ខ្ញុំត្រូវតែសង
សំណងនូវរាល់ជំនួយ និង/ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលខ្ញុំកំណត់ថាមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន**

គួសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នឹងជួយអ្នកក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬតំណាងឱ្យអ្នកក្នុងអំឡុងពេលនៃដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នេះអាចជា
មេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ ផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់បុគ្គលនេះ៖

ឈ្មោះ៖ _____

ទូរសព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

អ៊ីមែល៖ _____

តើអ្នកចង់ឱ្យការរ៉ាប់រង និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកបន្តមិនផ្លាស់ប្តូរខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចលើសវនាការឬទេ? បាទឬចាស ទេ

ហត្ថលេខា _____
(អ្នកទទួល)

កាលបរិច្ឆេទ _____

ត្រូវបំពេញដោយទីភ្នាក់ងារតែប៉ុណ្ណោះ៖

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺអំពី៖ _____ RIW _____ MEDICAID _____ GPA
_____ SNAP _____ គម្រោងសុខភាពដែលបានទិញ _____ CHILD CARE
_____ ផ្សេងទៀត

បង្ហាញសេចក្តីយោងជាសៀវភៅណែនាំអំពីគោលការណ៍ជាក់លាក់៖ ផ្នែក _____

ទីភ្នាក់ងារឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍/ការពន្យល់៖ _____

អ្នកតំណាងទីភ្នាក់ងារ (ហត្ថលេខា) _____ អ្នកគ្រប់គ្រង (ហត្ថលេខា) _____

(ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរធំ) _____ (ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរធំ) _____

ការិយាល័យក្នុងតំបន់ _____



កាលបរិច្ឆេទ ៖ 05/13/2023

លេខគណនី ៖

សូមអាន - វាអាចជួយអ្នកសន្សំសំចៃប្រាក់លើវិក្កយបត្រអគ្គិសនីរបស់អ្នកបាន

National Grid កំពុងផ្តល់អត្រាពិសេសដល់អតិថិជនដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប DHS របស់ពួកគេ ដែលអាចជួយអ្នកសន្សំសំចៃប្រាក់លើវិក្កយបត្រអគ្គិសនីរបស់អ្នក។ វិក្កយបត្រត្រូវតែស្ថិតក្រោមឈ្មោះរបស់អ្នក។

ដើម្បីស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃលើអគ្គិសនីនេះ ចូរបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទខាងក្រោម ហើយផ្ញើទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនអគ្គិសនីរបស់អ្នក។

National Grid
Attn: Customer Service
PO Box 960
Northborough, MA 01532-0960

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈលេខ 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347)។

(កាត់ត្រង់គំនូសបន្ទាត់ខាងក្រោម)

82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

រដ្ឋ RHODE ISLAND
ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ
ទម្រង់បែបបទនៃវិញ្ញាបនសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយ LIFELINE

លេខគណនី DHS៖ _____ កម្មវិធី DHS _____

លេខទូរស័ព្ទ (____) _____ - _____ (ប្រសិនបើមាន)

លេខគណនីសេវាកម្មទូរស័ព្ទ _____



លេខគណនី៖

សូមអាន - វាអាចជួយអ្នកសន្សំសំចៃប្រាក់លើវិក្កយបត្រទូរសព្ទរបស់អ្នកបាន

កម្មវិធីជំនួយ LIFELINE

Verizon និង Cox Communication កំពុងផ្តល់ជូនអតិថិជនដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប DHS នូវការបញ្ចុះតម្លៃប្រចាំខែលើ
វិក្កយបត្រទូរសព្ទរបស់អ្នក។ វិក្កយបត្រត្រូវតែស្ថិតក្រោមឈ្មោះរបស់អ្នក

កម្មវិធី LINK-UP-AMERICA

ដើម្បីស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃលើទូរសព្ទ និង/ឬជំនួយ Lifeline ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទខាងក្រោម ហើយផ្ញើទៅកាន់៖

COX Communications, Inc
Attention: Lifeline Services
6301 Waterford Blvd. Suite 200
Oklahoma City, OK 73118
ទូរសារ៖ 1-877-873-9077

Verizon Lifeline Services
PO Box 4848
Trenton, NJ 08650-4848

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈលេខ 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)។

(កាត់ត្រង់គំនូសបន្ទាត់ខាងក្រោម)

82 Hpkj St
Pawtucket, RI 02860

រដ្ឋ RHODE ISLAND

ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ

ទម្រង់បែបបទនៃវិញ្ញាបនសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយ LIFELINE

លេខគណនី DHS៖ XXXXXXXXXX កម្មវិធី DHS៖ _____

លេខទូរសព្ទ (_____) _____ - _____ (ប្រសិនបើមាន)

គណនីសេវាកម្មទូរសព្ទ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកទទួលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន

កាលបរិច្ឆេទ



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 ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ 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 dɛ nià kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-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: (TTY 711).

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

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/DHS មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬការបញ្ចេញអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់ស្តីពីការមិនរើសអើងទាំងនេះ បទប្បញ្ញត្តិ និងនីតិវិធីបណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់ការដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមទាក់ទងទៅ DHS តាមរយៈអាសយដ្ឋាន 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 លេខទូរស័ព្ទ (401) 462-2971 (សម្រាប់មនុស្សច្រើន/ស្តាប់មិនសូវឮ 1-800-745-6575 ជាសំឡេង TTY 711)។

