

សិទ្ធិរបស់អ្នក

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រង និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

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

អ្នកអាចមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងមានសវនាការយុត្តិធម៌ផ្នែករដ្ឋបាល (Administrative Fair Hearing) ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ អ្នកអាច៖

1. ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីពិភាក្សាអំពីសេចក្តីសម្រេចលើអត្ថប្រយោជន៍។ ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រទីមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ត្រូវប្រាកដថាមានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ និងលេខករណី/កំណត់អត្តសញ្ញាណនៅនឹងដៃ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។
2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋបាល។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសំណើផ្លូវការដែលស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋបាល។ សូមអានបន្តសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើអ្វីទៅជាសវនាការយុត្តិធម៌?

សវនាការយុត្តិធម៌គឺជាឱកាសសម្រាប់អ្នកដើម្បីប្រាប់មន្ត្រីសវនាការរដ្ឋបាលថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ទីភ្នាក់ងារអំពីសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬប្លែងចំណាយណាមួយដែលអ្នកត្រូវបង់។ 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៖	តើអត្ថប្រយោជន៍នឹងបន្តប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 10 នៃសេចក្តីជូនដំណឹង ("Aid Pending") ឬទេ?
Medicaid	30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងបូកនឹងប្រាំថ្ងៃបន្ថែមទៀតសម្រាប់ពេលវេលាផ្ញើសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍នឹងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
SNAP	90 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍នឹងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
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៖ [REDACTED]

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។ លុះត្រាតែអ្នកអាចបង្ហាញប្រើមិនដូច្នោះទេ 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។

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) ស្តង់ដារសម្រាប់ភាពឯក

លេខគណនី៖ [REDACTED]

ជននៃព័ត៌មានសុខភាពដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបុគ្គល។ ការដាក់កំហិត HIPAA រារាំងយើងខ្ញុំពីការពិភាក្សាអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាមួយនរណាម្នាក់ រួមទាំងអ្នកតំណាងដែលគ្មានការអនុញ្ញាត លុះត្រាតែបុគ្គលនោះមានអ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ ឬអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនៃការយល់ព្រមដែលអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការបញ្ជាក់ព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្ត 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 គឺជាបុគ្គលដែលត្រូវបានចាត់តាំងដោយមេគ្រួសារ ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬសមាជិកដែលទទួលខុសត្រូវផ្សេងទៀតនៃគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមគ្រួសារក្នុងការស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍អាច ឬមិនមែនជាបុគ្គលតែមួយដែលត្រូវបានចាត់តាំងជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់ដំណើរការដាក់ពាក្យសុំ ឬសម្រាប់ការបំពេញតម្រូវការរាយការណ៍។ ការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រង និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីប្រាក់ចំណូល ធនធាន និងស្ថានភាពលំនៅឋានរបស់អ្នកនៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ។

ព័ត៌មានឥណទាននៃពន្ធលើផ្ទៃធានារ៉ាប់រង

អ្នកអាចជ្រើសរើសពន្ធពិន័យឥណទាននៃពន្ធលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមួយចំនួនរបស់អ្នក ហើយទទួលបានសមតុល្យនៅពេលអ្នកបង់ពន្ធរបស់អ្នកទៅសហព័ន្ធ។ អ្នកអាចនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងឥណទានពន្ធនៅពេលបង់ពន្ធរបស់អ្នកទៅសហព័ន្ធ ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកអនុវត្តចំពោះថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកលើសពីចំនួនដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសរុបរបស់អ្នក។

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទាននៃពន្ធលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព អ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- បង់ពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំដែលអ្នកកំពុងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- បង់ពន្ធសម្រាប់ឆ្នាំដែលអ្នកកំពុងរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកតាមតម្រូវការខាងលើ។

ព័ត៌មានអំពីការកាត់បន្ថយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ

ដោយផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក អ្នកអាចទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង។ ការកាត់បន្ថយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយបន្ថយចំនួនដែលអ្នកត្រូវចំណាយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកចេញពីហោប៉ៅ (និយាយម្យ៉ាងទៀតសម្រាប់ថ្នាំនៅហាងឱសថ ឬសម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួមនៅការិយាល័យជេដបណ្ឌិត)។ ជាឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកធ្លាក់ចុះ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នក ឬប្រាក់កាត់កងរបស់អ្នកអាចនឹងធ្លាក់ចុះ។ កម្រិតនៃការកាត់បន្ថយអាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ ការបង់ប្រាក់រួមនិងប្រាក់កាត់កងរបស់អ្នកក៏អាចផ្លាស់ប្តូរផងដែរ។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (ឬក៏ស្តាប់ដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំលេខមួយ) សម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក ជាលក្ខខណ្ឌនៃសិទ្ធិទទួលបាន។ ការប្រមូលព័ត៌មាននៅលើពាក្យស្នើសុំ ក៏ដូចជាលេខរបបសន្តិសុខសង្គមនៃសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអ្នកទទួលបានជំនួយត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 (អតីតច្បាប់បណ្តុំចំណីអាហារ) ដូចដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម 7 U.S.C. 2011-2036 និងក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (45 CFR 155.305 និង 42 CFR 435.910)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ថាគេត្រូវបានសម្រាប់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបន្តមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP និង/ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មជាមួយនឹងជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុប្រចាំ។ ក្រសួងនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈការផ្គត់ផ្គង់កុំព្យូទ័រជាមួយក្រសួងការងារ និងបណ្តុះបណ្តាល (Department of Labor and Training, DLT) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration, SSA) សេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS)

លេខគណនី៖ [REDACTED]

សេវាអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ (Food and Nutrition Service, FNS) និងអង្គការរដ្ឋាភិបាល និងមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត ដោយច្បាប់ បទប្បញ្ញត្តិ ឬកិច្ចសន្យា ហើយពួកគេនឹងត្រូវឆ្លងកាត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមន្ត្រីមូលដ្ឋាន។ ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងសិទ្ធិ ទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារទាំងនេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន និងទទួលបានចំនួនត្រឹមត្រូវនៃអត្ថប្រយោជន៍ SNAP, GPA ការថែទាំកុមារ RIW, Medicaid និងធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មដោយមានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ ព័ត៌មាននេះក៏នឹងត្រូវបានប្រើដើម្បី តាមដានការអនុលោមតាមបទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធី សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី ក៏ដូចជាដើម្បីការពារការកែប្រែបន្ត និងផ្ទៀងផ្ទាត់ការទាមទារការថែទាំសុខភាព។

ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការពិនិត្យជាផ្លូវការ និងដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ក្នុងគោលបំណងចាប់ ជនភៀសខ្លួនដែលរត់គេចពីច្បាប់។ ប្រសិនបើមានការទាមទារកើតឡើងប្រឆាំងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់នៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក រួមទាំង SSN ទាំងអស់អាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ក៏ដូចជាទីភ្នាក់ងារប្រមូលផ្តុំការទាមទារឯកជនសម្រាប់សកម្មភាពប្រមូល ការទាមទារ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការផ្តល់ SSN នឹងនាំឱ្យមានការបដិសេធ អត្ថប្រយោជន៍ចំពោះបុគ្គលណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ SSN ណាមួយដែលបានផ្តល់នឹងត្រូវបានប្រើ និងបង្ហាញក្នុងលក្ខណៈដូចគ្នា ទៅនឹង SSN នៃសមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិ។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលធ្វើការត្រួតពិនិត្យគុណភាព។

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការសហការជាមួយការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន RI Works ជំនួយ Child Care ឬ Medicaid។ អ្នកត្រូវតែជួយបង្កើត កែប្រែ ឬអនុវត្តការគាំពារកុមារសម្រាប់កុមារក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក និងបង្កើតភាពជាឪពុក (ប្រសិនបើចាំបាច់)។ ប្រសិនបើអ្នកអាច បង្ហាញថាអ្នកមានហេតុផលល្អក្នុងការជឿថាការសហការជាមួយការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារធ្វើឱ្យអ្នក កូនរបស់អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងការមើល ថែទាំរបស់អ្នកប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ពីឪពុកម្តាយដែលមិនមែនជាអាណាព្យាបាល 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, EOHS) ប្រឆាំងនឹងបុគ្គលណាម្នាក់ដែលខកខានក្នុងការផ្តល់ការគាំទ្រ ការថែទាំ និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និងកូនតូចរបស់ខ្ញុំ ឬកូនដែលជំនួយត្រូវបានបង់ដោយភ្នាក់ងារណាមួយ ឬទាំងពីរ។ ក្នុងសមត្ថភាពនេះ DHS ត្រូវ បានអនុញ្ញាតឱ្យបង្កើតឈុតមួយដើម្បីបង្កើតភាពជាឪពុក និង/ឬដើម្បីប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ឬកូនដែលបានទទួល ឬទទួលបាន ជំនួយពី DHS និង/ឬ EOHS។ ប្រសិនបើខ្ញុំឈប់ទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ឬ Medicaid ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ការិយាល័យសេវាគាំពារកុមារអំពីការផ្លាស់ប្តូរណា មួយដែលប៉ះពាល់ដល់ការគាំទ្រកុមារ/ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាប្រសិនបើកូនរបស់ខ្ញុំរើចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ឬមានការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ។

b.) ទាក់ទងនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានពីភាគីទីបី

ខ្ញុំបានប្រគល់សិទ្ធិទាំងអស់ដល់ DHS ឬ EOHS សម្រាប់ និងក្នុងនាមខ្លួនខ្ញុំ និងបុគ្គលណាម្នាក់ដែលខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យតំណាងដោយស្របច្បាប់ សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានមកវិញពីភាគីទីបីស្មើនឹងចំនួនជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ និង Medicaid ដែលបានផ្តល់ជាលទ្ធផលនៃគ្រោះថ្នាក់ រលូស ឬជំងឺ។

c.) ទាក់ទងនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចទទួលបានពីសំណងកម្មករ

ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) និង/ឬការិយាល័យប្រតិបត្តិសុខភាព និងសេវាមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services, EOHS) សុំអាចដាក់សិទ្ធិឃាត់ទុកលើរង្វាន់ ការបញ្ជាទិញ ឬការទូទាត់ដែលមិនទាន់សម្រេចណាមួយ ដែលខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិក្រោមបទប្បញ្ញត្តិ នៃច្បាប់ស្តីពីសំណងសម្រាប់កម្មករ Rhode Island ជំពូកទី 28-29 តាមរយៈ 28-38 នៃច្បាប់ទូទៅ Rhode Island។ គោលបំណងនៃកាតព្វកិច្ចនេះគឺដើម្បី ធានាការទូទាត់សងដល់រដ្ឋសម្រាប់ការទូទាត់ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និង Medicaid ដែលធ្វើឡើងចំពោះខ្ញុំ ឬក្នុងនាមខ្ញុំសម្រាប់រយៈពេលដែលការផ្តល់សំណង ការ បញ្ជាទិញ ឬការទូទាត់របស់កម្មករត្រូវបានធ្វើឡើង។



លេខគណនី៖ [REDACTED]

d.) ទាក់ទងនឹងកាតព្វកិច្ច លើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលដែលបានទទួលមរណភាពសម្រាប់សំណង Medicaid

អនុលោមតាម R.I.G.L. 40-8-15, EOHHS អាចដាក់កាតព្វកិច្ចលើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួល Medicaid ដែលមានអាយុហាសិបប្រាំ (55) ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះនៅពេលស្លាប់។ សម្រាប់គោលបំណងនៃផ្នែកនេះ ពាក្យថា "estate" (អចលនទ្រព្យ) ទាក់ទងនឹងបុគ្គលដែលបានទទួលមរណភាពត្រូវរាប់បញ្ចូលទាំងទ្រព្យសម្បត្តិពិត និងផ្ទាល់ខ្លួន និងទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀតដែលរួមបញ្ចូល ឬអាចរាប់បញ្ចូលបានក្នុងអចលនទ្រព្យនៃមរណជនរបស់បុគ្គលនោះ។ ផលបូកសរុបនៃ Medicaid ដែលបានបង់ក្នុងនាមអ្នកទទួល Medicaid ដែលមានអាយុហាសិបប្រាំ (55) ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះនៅពេលទទួលបានគឺជាបំណុលត្រូវសងរដ្ឋ ហើយបង្កើតបានជាកាតព្វកិច្ចលើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកទទួលសម្រាប់ជាអត្ថប្រយោជន៍របស់ EOHHS។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ កាតព្វកិច្ចនេះមានប្រសិទ្ធភាព និងមិនអនុវត្តចំពោះទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកទទួលដែលនៅរស់រានមានជីវិតដោយប្តីប្រពន្ធ ឬកូនដែលមានអាយុក្រោមម្ភៃមួយ (21) ឬកូនដែលពិការភ្នែក ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍ និងពិការទាំងស្រុងដូច កំណត់ក្នុងចំណងជើងទី XVI (SSI) នៃច្បាប់របបសន្តិសុខសង្គម។ ដីកុលសម្ព័ន្ធ និងទ្រព្យសម្បត្តិមួយចំនួនដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិក និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា ប្រហែលជាត្រូវបានលើកលែងពីការស្តារឡើងវិញ។

យល់ថាពាក្យសុំរបស់អ្នកនឹងបម្រើជាការអនុញ្ញាតដល់ក្រសួងសេវាមនុស្ស ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹងអ្នក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលរួមបញ្ចូលក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក ដរាបណាករណីនេះនៅតែបើក។ យល់ និងព្រមព្រៀងថាការិយាល័យ DHS អាចទាក់ទងបុគ្គល ឬអង្គការផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានភស្តុតាងចាំបាច់នៃសិទ្ធិទទួលបាន និងកម្រិតនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

ខ្ញុំក៏យល់ថា EOHHS និង DHS អាចប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅលើកម្មវិធីរបស់ខ្ញុំ និងក្នុងគណនីឯកជនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីណាមួយដែលខ្ញុំបានដាក់ពាក្យ និង/ឬអាចផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវអត្ថប្រយោជន៍ស្របតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ កិច្ចសន្យា និងបទប្បញ្ញត្តិ។ EOHHS និង DHS អាចបញ្ជាក់ព័ត៌មានមិនកំណត់អត្តសញ្ញាណសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវ។ ការចេញផ្សាយព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណត្រូវតែធ្វើឡើងដោយអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

គម្រោងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្ម៖ ការបញ្ចប់ដោយអ្នក

អ្នកអាចបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់សមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកបានគ្រប់ពេល។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកគេនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលអ្នកដាក់បញ្ជូនសំណើរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 17 ខែឧសភា ថ្ងៃចុងក្រោយនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកគឺថ្ងៃទី 31 ខែឧសភា។ សូមកត់ចំណាំ៖ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ពិន័យ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

គម្រោងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្ម៖ បញ្ចប់ដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋាភិបាល
សមាជិកខាងក្រោមនៃគ្រួសាររបស់អ្នកអាចត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្ម៖

ឈ្មោះ
[REDACTED]

ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាណិជ្ជកម្មអាចត្រូវបានលុបចោលលុះត្រាតែមានរឿងដូចខាងក្រោមកើតឡើង៖

- ប្រសិនបើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបានការរ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃសមរម្យតាមរយៈ Medicaid ឬ HealthSource RI
- ប្រសិនបើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកមិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ហើយរយៈពេលអនុគ្រោះរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់ (45 CFR § 155.430(b)(2)(ii))
- ប្រសិនបើអ្នក ឬការធានារ៉ាប់រងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ ដោយសារព័ត៌មានក្លែងបន្លំនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក
- ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកធានារបស់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកឈប់ធ្វើអាជីវកម្ម បាត់បង់អាជ្ញាប័ណ្ណ ឬវិញ្ញាបនបត្រនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ និង
- ប្រសិនបើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោងមួយផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ជូននៅលើ HealthSource RI ក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ ឬពិសេស។



លេខគណនី៖ [REDACTED]

ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស

អ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មបន្ថែមតាមរយៈ Medicaid ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស។

- 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៖

1. ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីពិភាក្សាអំពីសេចក្តីសម្រេចលើអត្ថប្រយោជន៍។ ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រទីមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ត្រូវប្រាកដថាមានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ និងលេខករណី/កំណត់អត្តសញ្ញាណនៅនឹងដៃ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។
2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់សវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋបាល។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសំណើផ្លូវការដែលស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋបាល។ សូមអានបន្តសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើអ្វីទៅជាសវនាការយុត្តិធម៌?

សវនាការយុត្តិធម៌គឺជាឱកាសសម្រាប់អ្នកដើម្បីប្រាប់មន្ត្រីសវនាការរដ្ឋបាលថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ទីភ្នាក់ងារអំពីសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬប្តូរចំណាយណាមួយដែលអ្នកត្រូវបង់។ 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 នៃសេចក្តីជូនដំណឹង ("Aid Pending") ឬទេ?
Medicaid	30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងបូកនឹងប្រាំថ្ងៃបន្ថែមទៀតសម្រាប់ពេលវេលាផ្ញើសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍និងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
SNAP	90 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹងតាមសំបុត្រ	បាទឬចាស អត្ថប្រយោជន៍និងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីវិធីផ្សេង
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



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។ លុះត្រាតែអ្នកអាចបង្ហាញប្រព័ន្ធជូនដំណឹងទេ 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) ដូច្នេះយើងអាចពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកក្រៅផ្លូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសកម្មភាពដែលធ្វើឡើងដោយ HealthSource RI អ្នកអាចទាក់ទង HealthSource RI តាមរយៈលេខ 1-855-840-HSRI (4774) ដើម្បីស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្រៅផ្លូវការ។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកក្នុងកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងមួយដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្រៅផ្លូវការ។ សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងសវនាការនឹងមិនត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយការខិតខំប្រឹងប្រែងដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកក្រៅផ្លូវការនោះទេ។



ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍



ដំណើរការស្នើសុំប្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈការអនុវត្តចំណុចមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ រដ្ឋនឹងបំពេញការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នក ដើម្បីព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហា។

- **តាមអនឡាញ.** ឡូកចូលគណនីរបស់អ្នកតាមរយៈ: <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)។ សម្រាប់សំណួរអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់កម្មវិធីសេវាមនុស្សជាតិដូចជា 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

អ្នកត្រូវតែគូសផែកហេតុផលសម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

<u>ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖</u>	<u>សេវាមនុស្សជាតិ៖</u>	
_____ 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 ខ្ញុំត្រូវតែសងសំណងនូវរាល់ជំនួយ និង/
ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលខ្ញុំកំណត់ថាមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន**

គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើមានរណាម្នាក់នឹងជួយអ្នកក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬតំណាងឱ្យអ្នកក្នុងអំឡុងពេលនៃដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នេះអាចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ ផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់បុគ្គលនេះ៖

ឈ្មោះ៖ _____

ទូរសព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

អ៊ីមែល៖ _____

តើអ្នកចង់ឱ្យការរ៉ាប់រង និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកបន្តមិនផ្លាស់ប្តូរខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចលើសវនាការឬទេ? បាទឬចាស ទេ

ហត្ថលេខា _____
(អ្នកទទួល)

កាលបរិច្ឆេទ _____

ត្រូវបំពេញដោយទីភ្នាក់ងារតែប៉ុណ្ណោះ៖

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺអំពី៖ _____ RIW _____ MEDICAID _____ GPA
_____ SNAP _____ PURCHASED HEALTH _____ CHILD CARE
_____ ផ្សេងទៀត

បង្ហាញសេចក្តីយោងជាសៀវភៅណែនាំអំពីគោលការណ៍ដាក់លាក់៖ ផ្នែក _____

ទីភ្នាក់ងារឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍/ការពន្យល់៖ _____

អ្នកតំណាងទីភ្នាក់ងារ (ហត្ថលេខា) _____ អ្នកគ្រប់គ្រង (ហត្ថលេខា) _____

(ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរធំ) _____ (ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរធំ) _____

ការិយាល័យក្នុងតំបន់ _____

