

ទម្រង់បន្ថែមរបស់ CALFRESH សម្រាប់ការកាត់បន្ថយខាងពេទ្យពិសេស

ឈ្មោះសំណុំរឿង: _____ ឈ្មោះសំណុំរឿង: _____

ទម្រង់នេះគឺសម្រាប់ការកាត់បន្ថយខាងពេទ្យពិសេសសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ CalFresh ណាដែលចាស់ជរាឬពិការ។ សូមមើលផ្នែកម្ខាងទៀតនៃទម្រង់នេះសម្រាប់និយមន័យអំពីពាក្យថា "ចាស់ជរាឬពិការ"។

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយ ជាមនុស្សចាស់ជរា (60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ) ឬពិការ ដែលមានការចំណាយខាងពេទ្យចេញពីហោប៉ៅណាដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** សូមគូសប្រអប់ទាំងអស់នៃប្រភេទការចំណាយខាងពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធពីឧទាហរណ៍ទាំងនេះដែលដាក់ខាងក្រោម (អាចមានផ្សេងទៀតដែលមិនដាក់នៅទីនេះ)។ សូមរាយការចំណាយដែលអ្នករំពឹងថាមាន ក្នុងរយៈពេលបញ្ជាក់។ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ហើយភ្ជាប់ជាមួយវិក័យប័ត្រ បង្កាន់ដៃឬកត់ត្រាការចំណាយ។

ចំណាំ: កុំដាក់ប្តីប្រពន្ធ ឬកូនៗដែលទទួលបានការបង់ថ្លៃការពឹងពាក់ពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (SSA) រដ្ឋបាលអតីតយុទ្ធជន (VA) ។ល។ ការចំណាយខាងពេទ្យដែលអនុញ្ញាតមាន:

- ការថែទាំខាងពេទ្យ ឬធូញ
- ថ្នាំដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាទិញនៅតាមហាង
- ធូញពាក់ ឧបករណ៍ជំនួយខាងស្តាប់ និងគ្រឿងជំនួស
- វ៉ែនតាដែលចេញវេជ្ជបញ្ជា កែវស្នែងភ្នែក
- ថែទាំអ្នកចូលរួម ចាំបាច់ ដោយសារអាយុជម្ងឺ ឬ ភាពទន់ខ្សោយ
- ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការមកព្យាបាលនៅពេទ្យ/ការព្យាបាលថែទាំ
- ថ្លៃបង់ការធានារ៉ាប់រង សុខភាព និងការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សម្ភារៈ និងឧបករណ៍ពេទ្យដែលចេញវេជ្ជបញ្ជា
- ថ្លៃធ្វើដំណើរ (ចំនួនម៉ែល ឬថ្លៃឈ្នួល) ការព្យាបាល ឬសេវាកម្ម
- ចំនួន និងថ្លៃអាហារដែលផ្តល់ដល់អ្នកចូលរួម
- ថ្នាំពេទ្យដែលចេញវេជ្ជបញ្ជា
- ថ្លៃបង់ Medicare (ចំណែកថ្លៃចេញ Medi-Cal ។ល។)
- ការចំណាយលើសត្វជួយសេវា (ដូចជា ភ្នែកមើល ឬឆ្នែស្តាប់) (វិក័យប័ត្រមូលហេតុ និងពេទ្យសត្វ ។ល។)
- ថ្លៃស្នាក់នៅដើម្បីទទួលបានការថែទាំរដ្ឋសាស្ត្រ និងការព្យាបាល ឬសេវានានា ។
- ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)

ឈ្មោះមនុស្សចាស់ជរា ឬពិការ	តើប្រភេទការចំណាយអ្វី? (ការចេញវេជ្ជបញ្ជា ធូញពាក់ ចំនួនមូលហេតុសម្រាប់អ្នកចូលរួម ។ល។)	ទឹកប្រាក់ចំនួនការចំណាយ?	តើបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំខែ ប្រចាំអាទិត្យ ផ្សេងៗ)	តើគ្រួសារនឹងត្រូវសងវិញសម្រាប់ការចំណាយខាងពេទ្យណាឬទេ? (ដោយ Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រង ។ល។)
		\$		ប្រសិនបើបាទ/ចាស ដោយនរណាគេ: ថ្លៃប៉ុន្មាន \$
		\$		ប្រសិនបើបាទ/ចាស ដោយនរណាគេ: ថ្លៃប៉ុន្មាន \$
		\$		ប្រសិនបើបាទ/ចាស ដោយនរណាគេ: ថ្លៃប៉ុន្មាន \$
		\$		ប្រសិនបើបាទ/ចាស ដោយនរណាគេ: ថ្លៃប៉ុន្មាន \$
		\$		ប្រសិនបើបាទ/ចាស ដោយនរណាគេ: ថ្លៃប៉ុន្មាន \$

ទម្រង់នេះគឺសម្រាប់ការកាត់បន្ថយខាងពេទ្យពិសេសសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ CalFresh ណាដែលចាស់ជរាឬពិការ។

នៅពេលយើងនិយាយថា "ចាស់ជរា" យើងមានន័យថានរណាដែលមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ។

នៅពេលយើងនិយាយថា "ពិការ" យើងមានន័យថានរណាដែលកំពុងទទួលៈ

- 1) ការបង់ឲ្យពិការភាពពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (SSA) (ជាជាងប្រាក់ចំណូលសុវត្ថិភាពបំពេញបន្ថែម/កម្មវិធី បំពេញបន្ថែមរបស់រដ្ឋ (SSI/SSP)) ឬ រដ្ឋបាលអតីតយុទ្ធជន (VA) ឬ
- 2) ផលប្រយោជន៍ចូលនិវត្តពិការភាពពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬក្នុងតំបន់ ឬក្រុមប្រឹក្សាភិបាលចូលនិវត្តផ្តល់ថវិកា ឬ
- 3) សេវា Medi-Cal ដោយសារតែពិការភាព ឬ
- 4) ជំនួយបណ្តោះអាសន្ន/ការសម្រាលទូទៅពេលអាសន្ន ពេលរង់ចាំទទួល SSI/SSP ដោយសារតែពិការភាព **អនុម័តឲ្យ** ដោយរដ្ឋបាលសុវត្ថិភាពសង្គម។

ឧទាហរណ៍នៃការផ្ទៀងផ្ទាត់:

- វិក័យប័ត្រ ឬបង្កាន់ដៃពេទ្យ
- វិក័យប័ត្រ ឬបង្កាន់ដៃធ្វើដំណើរខាងពេទ្យ
- ការធានារ៉ាប់រង ឬថ្លៃរ៉ាប់រងសុខភាពឬធ្មេញ
- ប័ណ្ណ Medicare (សម្រាប់តែ Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)
- ការថ្លែងរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬការរកឃើញពិការភាពដោយភ្នាក់ងារ (SSA/SDI/VA ។ល។)
- ទម្រង់បញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រ (CW61)