

ຄ່າອາຫານ ໃບສະໝັກເພີ່ມເຕີມຂໍ້ຫັກລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາພິເສດ

ຄຳແນະນຳ – ໃບສະໝັກນີ້ແມ່ນເພື່ອຂໍ້ຫັກລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາພິເສດ ສຳຫຼັບ ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຮັບຄ່າອາຫານໃດໜຶ່ງ ທີ່ເປັນຜູ້ເຖົ້າ ຫຼື ຜູ້ພິການ. ເບິ່ງດ້ານຫຼັງຂອງໜ້ານີ້ ກ່ຽວກັບ ຄວາມໝາຍຂອງ ຄຳວ່າ “ຜູ້ເຖົ້າ ຫຼື ຜູ້ພິການ.” ບໍ່ໃຫ້ ລະບຸ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ລູກ ທີ່ກຳລັງຮັບເງິນຜູ້ຕິດຕາມຈາກສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ (Social Security Administration: SSA), ສຳນັກງານ ທະຫານຜານເສິກ (Veterans Administration: VA), ແລະ ອື່ນໆ.

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ
CASE NAME

1	ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ປະເພດສະຫວັດດີການທີ່ຮັບ (ເຊັ່ນ SSA, VA, ການລົດໄຟ ແລະ ອື່ນໆ.)	ບັນຫາສຸຂະພາບ ຫຼື ສະພາບທີ່ຕ້ອງການການດູແລ
		/ /		
		/ /		
		/ /		

2 ລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາ
ໃຫ້ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ ສຳຫຼັບ ແຕ່ ບຸກຄົນທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງ. ລະບຸລາຍຈ່າຍທັງໝົດ ທີ່ທ່ານຄາດວ່າຈະມີ ໃນໄລຍະຍັງຍືນ. ການຄາດຄະເນຂອງທ່ານ ໃຫ້ອີງຕາມລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາໃນປະຈຸບັນ. ຄັດຕິດບິນ ຫຼື ຫຼັກຖານສະແດງລາຍຈ່າຍ ທີ່ທ່ານມີ ສຳຫຼັບ ສະມາຊິກຄອບຄົວ ທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງ.

ລາຍການລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາ	ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຮັບບໍລິການ	ລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາລວມ	ລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາ ລາຍເດືອນລວມ	ຈະມີການຈ່າຍຈາກແຫຼ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນຂອງຄອບຄົວບໍ່? (ໝາຍເຖິງ MEDI-CAL, ປະກັນໄພ ແລະ ອື່ນໆ.)
a. ຄ່າຮັກສາ ຫຼື ປົວແຂວ ທີ່ໃຫ້ບໍລິການໂດຍ ໝໍທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
b. ການຮັກສາໃນໂຮງພະຍາບານ ຫຼື ຜູ້ປ່ວຍນອກ ແລະ ຄ່າພະຍາບານ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
c. ຢາປິວຕາມໃບສັ່ງແພດ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
d. ຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຮັກສາພະຍາບານ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
e. ຄ່າທຳນຽມເມດີແຄ: ສ່ວນແບ່ງ Medi-Cal ຂອງລາຍຈ່າຍ ແລະ/ຫຼື ລາຍຈ່າຍຜ່ອນ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
f. ແຂ້ວປອມ, ຫຸງຟັງ ແລະ ອົງຄະທຽມ. ອຸປະກອນ ແລະ ເຄື່ອງມືການແພດຕາມ ໃບສັ່ງແພດ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
g. ລາຍຈ່າຍສັດນຳທາງ (ໝາຍເຖິງ ໝານຳທາງ ຊ່ວຍເບິ່ງ ຫຼື ຊ່ວຍຟັງ), ລວມທັງ ລາຍຈ່າຍຄ່າອາຫານ ແລະ ບິນສັດຕະວະແພດ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
h. ແວ່ນຕາ ແລະ ຄອນແທັກເລັ້ນ ຕາມໃບສັ່ງແພດ ຂອງທ່ານໝໍ ຫຼື ໝໍຕາ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
i. ລາຍຈ່າຍການເດີນທາງ ແລະ ທີ່ພັກ ເພື່ອຮັບການຮັກສາ ຫຼື ບໍລິການ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
j. ມີຜູ້ປະຈຳພະຍາບານທີ່ຈຳເປັນ ເນື່ອງຈາກແກ່ອາຍຸ, ເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ບໍ່ແຂງແຮງ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
k. ຈຳນວນ ແລະ ຄ່າອາຫານຂອງ ຜູ້ປະຈຳພະຍາບານ.				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
l. ອື່ນໆ (ໂປດລະບຸ).				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ຄຳເຕືອນກ່ຽວກັບບົດລົງໂທດ

ທ່ານ ຫຼື ບາງຄົນໃນຄອບຄົວ ຜູ້ທີ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດໂດຍຈິງໃຈ ສາມາດຖືກດຳເນີນຄະດີ ດ້ວຍບົດລົງໂທດ ເປັນການປັບໄພ, ຈຳຄຸກ, ຫຼື ທັງສອງກໍລະນີ. ບົດລົງໂທດ ສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການຕັດສິດຈາກໂຄງການ, ປັບໄພສູງສຸດເຖິງ \$250,000 ຫຼື ຖືກຈຳຄຸກ ສູງສຸດເຖິງ 20 ປີ. ບົດລົງໂທດໃນການຕັດສິດ ແມ່ນ 12 ເດືອນ ສຳຫຼັບການຜ່າຜົນຄັ້ງທຳອິດ, 24 ເດືອນ ສຳຫຼັບ ຄັ້ງທີສອງ, ແລະ ຕັດສິດຖ່ວຍນ ສຳຫຼັບ ຄັ້ງທີສາມ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢືນຢັນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຄຳຖາມໃນແບບຟອມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າ ຍັງເຂົ້າໃຈວ່າ (1) ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ ຈະຖືກກວດສອບໂດຍ ເຈົ້າໜ້າທີ່ ເຂດ, ລັດ, ແລະ ລັດຖະບານກາງ; (2) ຄອບຄົວ, ສະມາຊິກຜູ້ໃຫຍ່ ໃດໜຶ່ງ (ເຖິງແມ່ນວ່າ ເຂົາເຈົ້າຍ້າຍອອກ), ຜູ້ຄຸ້ມປະກັນສະມາຊິກຄອບຄົວ ທີ່ເປັນຄົນຕາງດ້ວ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າ ທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ຂອງຜູ້ອາໄສໃນສະຖາບັນ ຕາມເງື່ອນໄຂ ອາດຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄືນ ສະຫວັດດີການເບິກເກິນສ່ວນທີ່ຄອບຄົວ ບໍ່ຄວນໄດ້ຮັບ ເຖິງແມ່ນວ່າ ເປັນຄວາມຜິດ ຂອງເທດສະບານ; ແລະ (3) ວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າ ຈະໃຫ້ຫຼັກຖານລາຍຈ່າຍ ຫຼື ຊື່ຄົນ ຫຼື ອົງການ ທີ່ເທດສະບານ ອາດຕິດຕໍ່ ເພື່ອເອົາຫຼັກຖານ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ບໍ່ສາມາດເອົາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຍັງຍືນ ພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງກົດໝາຍ ຂອງສະຫະລັດອະເມລິກາ ແລະ ລັດແຄລິຟໍເນຍ ວ່າ ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກນີ້ ເປັນ ຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນ.

ລາຍເຊັນ (ສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ)	ວັນທີ
ພະຍານ, ຖ້າທ່ານກາໝາຍ X	ວັນທີ
ລາຍເຊັນເຈົ້າໜ້າທີ່ສຳພາດ	ວັນທີ

ໃບສະໝັກຂໍ້ກຳລາຍຈ່າຍຄ່າຮັກສາພິເສດນີ້ ແມ່ນສໍາຫຼັບສະມາຊິກຄອບຄົວ ຮັບຄ່າອາຫານໃດໜຶ່ງ ທີ່ເປັນຜູ້ເຖົ້າ ຫຼື ຜູ້ພິການ.

ຄຳວ່າ “ຜູ້ເຖົ້າ” ໝາຍເຖິງ ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ທີ່ມີອາຍຸ 60 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ.

ຄຳວ່າ “ຜູ້ພິການ” ໝາຍເຖິງ ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ທີ່ກຳລັງຮັບ:

- (1) ເງິນຈ່າຍຄົນພິການ ຈາກສໍານັກງານປະກັນສັງຄົມ (SSA) (ນອກເໜືອຈາກ ລາຍຮັບປະກັນສັງຄົມເພີ່ມເຕີມ/ ໂຄງການເພີ່ມເຕີມລັດ (Supplemental Security Income/State Supplementary Program: SSI/ SSP)) ຫຼື ສໍານັກງານ ທະຫານຜ່ານເສິກ (VA); ຫຼື
- (2) ສະຫວັດດີການບໍານານຄົນພິການ ຈາກໜ່ວຍງານລັດ ຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ຫຼື ເຂດ ຫຼື ສະພາບໍານານ ການລົດໄຟ (Railroad Retirement Board); ຫຼື
- (3) ບໍລິການ Medi-Cal ເນື່ອງຈາກພິການ; ຫຼື
- (4) ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຊົ່ວຄາວ/ບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປສຸກເສີນ ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າຮັບ SSI/SSP ເນື່ອງຈາກພິການ ຕາມການ **ອະນຸມັດ** ຂອງສໍານັກງານປະກັນສັງຄົມ.