

ពាក្យសុំបន្ថែមនៃប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ការកាត់ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រពិសេស

សេចក្តីណែនាំ - ពាក្យសុំនេះគឺសម្រាប់ការកាត់ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រពិសេសសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទទួលបានប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភណាមួយដែលមានវ័យចាស់ ឬ ពិការ ។ សូមមើលទំព័រខាងក្រោយសម្រាប់អ្វីដែលយើងមានន័យនៅពេលយើងនិយាយថា "មានវ័យចាស់ ឬ ពិការ" ។ ចូរកុំភ្លេចប្រព្រឹត្តិ ឬ កូន ដែលទទួលបានការបង់ប្រាក់ពីដៃកែច្នៃសុវត្ថិភាពសង្គម (SSA), រដ្ឋបាលហិរញ្ញវត្ថុ (VA) -ល- ។

សម្រាប់ស្រុកប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ
CASE NAME

Table with 4 columns: 1. ឈ្មោះ, 2. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត, 3. ប្រភេទផលប្រយោជន៍ដែលបានទទួល (ដូចជា SSA, VA, RAILROAD, -ល-), 4. បញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ស្ថានភាពដែលត្រូវការការថែទាំ

2 ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកដែលបានរាយខាងលើប័ណ្ណនេះ ។ សូមរាយការចំណាយទាំងអស់ដែលលោកអ្នករំពឹងថាមាននៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការបញ្ជាក់ ។ ផ្អែកលើការប៉ាន់ស្មានរបស់លោកអ្នកលើការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រថ្មីៗ ។ សូមភ្ជាប់វិក័យបត្រ ឬ ភស្តុតាងនៃការចំណាយដែលលោកអ្នកធ្លាប់មានសម្រាប់សមាជិកនៃគ្រួសារដែលបានរាយខាងលើ ។

Table with 5 columns: បញ្ជីនៃការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ, សមាជិកគ្រួសារដែលទទួលបានសេវាកម្ម, ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រសរុប, ការចំណាយប្រចាំខែសរុប, តើប្រភពមិនមែននៅក្នុងគ្រួសារនឹងទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការចំណាយ? (ដូចជា MEDI-CAL, ការធានារ៉ាប់រង-ល-)

ប្រយ័ត្នការពិនិត្យ

លោកអ្នក ឬ ណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារដែលផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវដោយចេតនា អាចទទួលបានការផ្តន្ទាទោសជាមួយនិងការពិន័យជាប្រាក់, ជាប់ពន្ធនាគារ ឬ ទាំងពីរ ។ ការពិន័យអាចមានលទ្ធផលជាការបាត់បង់ សិទ្ធិកម្មវិធី, ពិន័យដល់ទៅ ២៥០.០០០ ដុល្លារ ឬ ជាប់ពន្ធនាគារដល់ទៅ ២០ ឆ្នាំ ។ ការពិន័យជាការបាត់បង់សិទ្ធិ ១២ ខែ សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើកទីមួយ, ២៤ ខែ សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើកទីពីរ និង ការបាត់បង់សិទ្ធិជារៀងរហូត សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើកទីបី ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំយល់សំណួរលើពាក្យសុំនេះ ។ ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា (១) ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ និង បញ្ជាក់ដោយបុគ្គលិកក្នុងតំបន់, រដ្ឋ និង សហព័ទ្ធ : (២) គ្រួសារ, សមាជិកពេញវ័យ ណាមួយ (សូមមើលពួកគេបានរាយនាមនៅក្នុងប័ណ្ណ) អ្នកឧបត្ថម្ភនៃសមាជិកគ្រួសារជាជនបរទេស ឬ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកស្នាក់នៅដែលទទួលបានសិទ្ធិនៅក្នុងស្ថាប័នទទួលបានសិទ្ធិ អាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យស្រង់ផលប្រយោជន៍លើស ដែលគ្រួសារមិនគួរទទួលបាន សូមមើលព័ត៌មានបន្ថែមលើសម្រាប់ : និង (៣) ខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនស្រុកនូវភស្តុតាងនៃការចំណាយរបស់ខ្ញុំ ឬ ឈ្មោះបុគ្គល ឬ អង្គការដែលស្រុកអាចទាក់ទងដើម្បីទទួលបានភស្តុតាង ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចទទួលបានវាដោយខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់ ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្តន្ទាទោសនៃការភូតភូកក្រោមច្បាប់នៃសហរដ្ឋអាមេរិក និង រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថា ព័ត៌មានដែលមាននៅលើពាក្យសុំនេះគឺពិត, ត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ ។

Table with 2 columns: ហត្ថលេខា (សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យ ឬ អ្នកតំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិ) / សាក្សី ប្រសិនបើលោកអ្នកបានចុះហត្ថលេខាជាមួយនឹង X, កាលបរិច្ឆេទ, ហត្ថលេខានៃបុគ្គលិកដែលជាអ្នកសម្ភាសន៍, កាលបរិច្ឆេទ

ពាក្យសុំសម្រាប់ការកាត់ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រពិសេស គឺសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទទួល ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដែលមានវ័យចាស់ ឬ ពិការ ។

នៅពេលដែលយើងនិយាយ "មានវ័យចាស់" យើងមានន័យថា នណាម្នាក់ដែលមានអាយុ ៦០ ឬ ចាស់ជាងនេះ ។

នៅពេលដែលយើងនិយាយ "ពិការ" យើងមានន័យថា នណាម្នាក់ដែលទទួលបាន :

- (1) ការបង់ប្រាក់ពិការភាពពីរដ្ឋបាលសុវត្ថិភាពសង្គម (SSA) (ជាជាងកម្មវិធីចំណូលសុវត្ថិភាពបន្ថែម/ចំណាយបន្ថែមរបស់រដ្ឋ (SSI/SSP)) ឬ រដ្ឋបាលទាហានជើងចាស់ (VA) ឬ
- (2) ផលប្រយោជន៍ចូលនិវត្តន៍ពិការភាពពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ, រដ្ឋ ឬ ក្នុងតំបន់ ឬ ក្រុមប្រឹក្សានៃការចូលនិវត្តន៍របស់កម្មករធ្វើផ្លូវថ្នល់ ឬ
- (3) សេវាកម្ម Medi-Cal ដោយសារពិការភាព ឬ
- (4) ជំនួយក្នុងចន្លោះពេល/ជំនួយទូទៅបន្ទាន់ នៅពេលរងចាំទទួល SSI/SSP ដោយសារពិការភាពដែលយល់ព្រម ដោយរដ្ឋបាលសុវត្ថិភាពសង្គម ។