

ទម្រង់បែបបទសំណើសុំចុះឈ្មោះបុគ្គល ដើម្បីចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង MEDICARE ADVANTAGE PLAN (ផ្នែក C)

តើនរណាអាចប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះបាន?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Plan

ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយ អ្នកត្រូវតែ៖

- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់រស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោង

សារៈសំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Plan អ្នកក៏ត្រូវតែមានកម្មវិធីទាំងពីរផងដែរ៖

- Medicare ផ្នែក A (ធានារ៉ាប់រងឆ្នាំពេទ្យ)
- Medicare ផ្នែក B (ធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយបាន៖

- នៅចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ រៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការរ៉ាប់រងដែលចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីទទួលបាន Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់មួយចំនួន នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យចូលរួម ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

ចូលទៅកាន់ Medicare.gov ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមថាតើពេលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងណាមួយបាន។

តើខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- ចំនួនលេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើប័ណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវ)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរស័ព្ទ

សម្គាល់៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញរាល់ចំណុចទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែក 1 ។ ចំណុចនៅក្នុងផ្នែក 2 ជាជម្រើសបន្ទាប់បន្សំ — អ្នកមិនអាចត្រូវបានគេបដិសេធការរ៉ាប់រងដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញចំណុចទាំងអស់នេះទេ។

ការក្រើនរំពឹង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងណាមួយនៅអំឡុងពេលបើកដំណើរការចុះឈ្មោះនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា – ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងនោះត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកនៅត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឲ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រទូទាត់មួយច្បាប់សម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះចូលដើម្បីឲ្យការបង់ប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់កងចេញពីគណនីធនាគារ ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់ស្ថិតិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬ Railroad Retirement Board (ក្រុមប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងបុគ្គលិកអយស្ស័យយានចូលនិវត្តន៍))។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?

ផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនិងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖
L.A. Care Health Plan តាមរយៈ៖ ផ្នែកលក់ផលិតផល / ការចុះឈ្មោះរបស់ភ្នាក់ងារ 1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles, CA 90017

នៅពេលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួមកម្មវិធី ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលជំនួយទៅលើទម្រង់បែបបទនេះបានដោយរបៀបណា?

ទូរស័ព្ទទៅកាន់ L.A. Care Health Plan តាមរយៈលេខ 1-833-592-3767។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 711 ។ ឬ ទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

En español: Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

បុគ្គលដែលជួបប្រទះបញ្ហាគ្មានទីជម្រក

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងមួយ ប៉ុន្តែមិនមានលំនៅដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ នោះគេអាចចាត់ទុកថា ប្រអប់ការិយាល័យប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានទីជម្រកឬគ្លីនិក ឬ អាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ (ឧ.ទា. មូលប្បទានបត្ររបស់ស្ថិតិសុខសង្គម) ជាអាសយដ្ឋានលំនៅដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

អនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយក្រដាសស្នាម (Paperwork Reduction Act) ឆ្នាំ 1995 មិនតម្រូវឱ្យជនណាម្នាក់ឆ្លើយតបចំពោះការប្រមូលព័ត៌មានឡើយ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខគ្រប់គ្រងរបស់ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងថវិកា (Office of Management and Budget, OMB) ដែលមានសុពលភាព។ លេខគ្រប់គ្រង OMB មានសុពលភាពសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលតម្រូវឲ្យបំពេញការប្រមូលព័ត៌មាននេះ ត្រូវបានប៉ាន់ស្មានថាមានរយៈពេល 20 នាទីជាមធ្យមក្នុងការឆ្លើយតបមួយលើក រួមទាំងពេលវេលាដែលត្រូវត្រួតពិនិត្យការណែនាំ ស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យតាមការចាំបាច់ និងបំពេញនិងត្រួតពិនិត្យការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ពាក់ព័ន្ធនឹងសុក្រិតភាពនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការស្នើសុំការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard តាមរយៈ៖ PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850។

សារៈសំខាន់

មិនត្រូវផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬចំណុចណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារសំណង ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ។ល។) ទៅកាន់ការិយាល័យជម្រះបញ្ជីរបាយការណ៍ផ្នែកច្បាប់កាត់បន្ថយលិខិតស្នាម (Paperwork Reduction Act, PRA) ឡើយ។ វត្តមានមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងរបៀបកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬបន្តកម្រិតព័ត៌មាននោះទេ (ដូចមានចែងនៅក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបានបញ្ជាញចោល។ គេមិនរក្សាទុក ពិនិត្យ ឬបញ្ជូនបន្តណាមួយទៅកាន់គម្រោងនោះឡើយ។ មើល “តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់?” នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីបញ្ជូនទម្រង់បែបបទដែលអ្នកបំពេញទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែក 1 - រាល់ចន្លោះព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះគឺចាំបាច់ត្រូវបំពេញ (លើកលែងដែលមានសញ្ញាសម្គាល់ថា បំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖
 L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – \$0 ក្នុងមួយខែ

នាមត្រកូល៖ _____ នាមខ្លួន៖ _____ [បំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន៖ នាមកណ្តាល៖ _____]

កាលបរិច្ឆេទកំណើត៖ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) (/ /)	ភេទ៖ [] ប្រុស [] ស្រី	លេខទូរស័ព្ទ៖ ()	ប្រភេទលេខទូរស័ព្ទ៖ [] តាមផ្ទះ [] ចល័ត
---	----------------------------	------------------------	--

អាសយដ្ឋានផ្លូវកន្លែងស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍)៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ [បំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន៖ ខោនធី]៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ ហ្សឺប៊ីកូដ៖ _____

អាសយដ្ឋានប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (អនុញ្ញាតឱ្យមានប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍)៖ _____
 អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ _____ ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ ហ្សឺប៊ីកូដ៖ _____

ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖

លេខ Medicare៖ _____ - _____

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

តើអ្នកនឹងមានការរ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជាការរ៉ាប់រងរបស់និយោជក, VA, TRICARE) បន្ថែមលើគម្រោង L.A. Care Medicare Plus Plan ដែរឬទេ?
 [] បាទ/ចាស [] ទេ

ឈ្មោះការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖ _____ លេខសមាជិកសម្រាប់ការរ៉ាប់រងនេះ៖ _____ លេខក្រុមសម្រាប់ការរ៉ាប់រងនេះ៖ _____

តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ? [] បាទ/ចាស [] ទេ	ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" សូមផ្តល់លេខ Medi-Cal របស់អ្នក៖ _____
---	---

សំខាន់៖ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទុកទាំងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និង Medical (ផ្នែក B) ឱ្យស្ថិតនៅក្នុង L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) ដដែល។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា L.A. Care Medicare Plus នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅដល់ Medicare ដែលជាអ្នកអាចប្រើប្រាស់វាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការទូទាត់ និងសម្រាប់គោលបំណងដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលអនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រមូលព័ត៌មាននេះ (មើលសេចក្តីបញ្ជាក់នៃច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពនៅខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ប៉ុន្តែ ការមិនឆ្លើយតប អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង MA បានតែមួយប៉ុណ្ណោះ – ហើយថាការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ដោយស្វ័យប្រវត្តិការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ការលើកលែងមានអនុវត្តចំពោះសេវាឯកជនឥតគិតថ្លៃរបស់ Medicare Advantage (Medicare Advantage Private Fee-For-Service, MA PFFS) គម្រោងគណនីសន្សំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Medicare Advantage (Medicare Advantage Medical Saving Account, MA MSA)។
- ខ្ញុំដឹងច្បាស់ថា នៅពេលណាការរ៉ាប់រង L.A. Care Medicare Plus របស់ខ្ញុំចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានរាល់អត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពី L.A. Care Medicare Plus។ អត្ថប្រយោជន៍និងសេវាដែលបានផ្តល់ជូនដោយ L.A. Care Medicare Plus នឹងដែលមានចែងនៅក្នុងឯកសារ “ភស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រង” របស់ L.A. Care Medicare Plus (ហៅផងដែរថា កិច្ចសន្យារបស់សមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជំរកម្មវិធី) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និង L.A. Care Medicare Plus គ្មានគម្រោងណាមួយបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ប្រសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះទេ។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទការចុះឈ្មោះនេះ គឺត្រឹមត្រូវទៅតាមដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយដោយចេតនានៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពីផែនការ។
- ខ្ញុំដឹងច្បាស់ថា ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមផ្លូវច្បាប់ឱ្យបំពេញតួនាទីជំនួសមុខខ្ញុំ) នៅលើពាក្យសុំនេះ មានន័យថា ខ្ញុំបានអាននិងយល់ច្បាស់អំពីខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត (ដូចដែលបានពណ៌នាខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាត នៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ ហើយ
 2) សំណុំឯកសារការប្រគល់សិទ្ធិនេះ អាចមានផ្តល់ជូនទៅតាមការស្នើសុំរបស់ Medicare។

ហត្ថលេខា៖ _____	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____
------------------------	----------------------------------

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ និងបំពេញចន្លោះបំពេញព័ត៌មានទាំងនេះ៖

ឈ្មោះ៖ _____	អាសយដ្ឋាន៖ _____
លេខទូរស័ព្ទ៖ _____	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ផ្នែក 2 - ចំហទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះ គឺតាមចិត្ត

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ គេមិនអាចបដិសេធអ្នកមិនឲ្យទទួលបានការរ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញវានោះទេ។

តើអ្នកមានកំណើតជាជនជាតិដើមអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬជនជាតិអេស្ប៉ាញដែរឬទេ? ជ្រើសយករាល់ចម្លើយទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ទេ មិនមែនមានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬជនជាតិអេស្ប៉ាញនោះទេ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជនជាតិមិកសិក ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតមិកសិក ឈឺកាណូ |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជាជនជាតិព័រតូរីកូ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជនជាតិគុយបា |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស មានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬជនជាតិអេស្ប៉ាញ | |
| <input type="checkbox"/> ខ្ញុំជម្រើសរើសមិនឆ្លើយ។ | |

តើអ្នកមានពូជសាសន៍អ្វី? ជ្រើសយករាល់ចម្លើយទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬ ជនជាតិដើមអាឡាស្កា | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក |
| ជនជាតិអាស៊ី៖ | ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក៖ |
| <input type="checkbox"/> ឥណ្ឌាអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្គោម ឬចាម៉្លឺ |
| <input type="checkbox"/> ចិន | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ |
| <input type="checkbox"/> ហ្វីលីពីន | <input type="checkbox"/> សាម៉ូន |
| <input type="checkbox"/> ជប៉ុន | <input type="checkbox"/> អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត |
| <input type="checkbox"/> កូរ៉េ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស |
| <input type="checkbox"/> វៀតណាម | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំជម្រើសរើសមិនឆ្លើយ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត | |

តើលោកអ្នកមានយេនឌ័រអ្វី? ជ្រើសមួយ។

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ស្រ្តី | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំប្រើពាក្យផ្សេង៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> បុរស | _____ |
| <input type="checkbox"/> ខ្ចីយ | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំជម្រើសរើសមិនឆ្លើយ។ |

តើមួយណាខាងក្រោមនេះ បង្ហាញឱ្យឃើញ ថាអ្នកគិតពីខ្លួនអ្នកយ៉ាងណាបំផុត? ជ្រើសមួយ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> អ្នកស្រលាញ់ស្រ្តីដូចគ្នា ឬអ្នកស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំប្រើពាក្យផ្សេង៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> អ្នកស្រលាញ់ភេទផ្ទុយគ្នា ដែលមានន័យថា មិនមែនអ្នកស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ឬអ្នកស្រលាញ់ស្រ្តីដូចគ្នា | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង |
| <input type="checkbox"/> អ្នកស្រឡាញ់ពីរភេទ | <input type="checkbox"/> ខ្ញុំជម្រើសរើសមិនឆ្លើយ។ |

ជ្រើសរើសការនិយមប្រើភាសានិយាយរបស់អ្នក ប្រសិនបើប្រើភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- អេស្ប៉ាញ ចិនកុកដឺ ចិនកាតាំង កូរ៉េ អាមេនី រុស្ស៊ី អាវ៉ាប់
 តាហ្គាឡុក វៀតណាម ហ្វាស៊ី ខ្មែរ/កម្ពុជា

ជ្រើសរើសភាសាណាមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្ញើព័ត៌មានជូនអ្នកជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- អេស្ប៉ាញ ចិន កូរ៉េ អាមេនី រុស្ស៊ី អាវ៉ាប់ តាហ្គាឡុក
 វៀតណាម ហ្វាស៊ី ខ្មែរ/កម្ពុជា

ជ្រើសយកមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅអ្នកជាមួយផ្សេងទៀតដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។

- អក្សរពុម្ពធំ ស៊ីឌីសំឡេង ស៊ីឌីទិន្នន័យ អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក

សូមទាក់ទងទៅកាន់គម្រោង L.A. Care Health Plan តាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានជាមួយផ្សេងទៀតដែលអាចប្រើប្រាស់បានផ្សេងពីអ្វីដែលបានរៀបរាប់នៅខាងលើ។ យើងបើកដំណើរការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 711។

តើអ្នកធ្វើការដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ តើសហព័ទ្ធរបស់អ្នកធ្វើការដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

រៀបរាប់គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (Primary Care Physician, PCP) របស់អ្នក៖		
លេខទូរស័ព្ទ PCP៖ ()	អាសយដ្ឋាន PCP៖	
លេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវា L.A. Care (មានរៀបរាប់នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា)៖	ក្រុមពេទ្យ / IPA៖	តើអ្នកបច្ចុប្បន្នជាអ្នកជំរើរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតនេះមែនទេ? [] បាទ/ចាស [] ទេ
លេខទូរស័ព្ទទីពីរ របស់អ្នក៖ ()	ប្រភេទលេខទូរស័ព្ទ៖ [] តាមផ្ទះ [] ចល័ត	
[] តាមរយៈការគូសផឹកលើប្រអប់ទាំងនេះ អ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យ L.A. Care ទំនាក់ទំនង និងប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នក រួមទាំងតាមរយៈ ការហៅទូរស័ព្ទ ឬផ្ញើសារជាអក្សរផងដែរ។ អ្នកអាចនឹងកែប្រែការយល់ព្រមនេះបានគ្រប់ពេល ដោយទាក់ទងទៅកាន់ L.A. Care។		
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖		
[] តាមរយៈការគូសផឹកលើប្រអប់ទាំងនេះ អ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យ L.A. Care ទំនាក់ទំនង និងប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកតាមអ៊ីមែល។ អ្នកនឹងបន្តទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសំខាន់ៗតាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍។ អ្នកអាចនឹងកែប្រែការយល់ព្រមនេះបានគ្រប់ពេល ដោយទាក់ទងទៅកាន់ L.A. Care Medicare Plus តាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 TTY 711។		

ឈ្មោះពេញនៃបុគ្គលទំនាក់ទំនងក្នុងពេលមានអាសន្ន៖	លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនងក្នុងពេលមានអាសន្ន៖ ()
អ៊ីមែលទំនាក់ទំនងក្នុងពេលមានអាសន្ន៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួលបានផល៖

សម្រាប់បុគ្គល ដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះ ក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ	
បំពេញផ្នែកនេះ បើអ្នកជាបុគ្គល (ឧទាហរណ៍ ភ្នាក់ងារ ឈ្មួញកណ្តាល អ្នកប្រឹក្សា SHIP សមាជិកគ្រួសារ ឬភាគីផ្សេងទៀត) ដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។	
ឈ្មោះ៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖
ហត្ថលេខា៖	លេខអ្នកផលិតជាតិ (ភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល តែប៉ុណ្ណោះ)៖
លេខទូរស័ព្ទ៖	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖
កាលបរិច្ឆេទទទួល៖	កាលបរិច្ឆេទប្រសិទ្ធិភាព ដែលបានស្នើឡើង៖

សេចក្តីបញ្ជាក់អំពីច្បាប់ឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលបានផលនៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែក 1851 នៃច្បាប់របបសន្តិសុខសង្គម និងក្រមច្បាប់បទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ (Code of Federal Regulation, CFR) 42 ផ្នែក 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចនឹងប្រើប្រាស់ ផ្សព្វផ្សាយ និងដោះដូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបានផល Medicare ដូចមានចែងនៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃការជូនដំណឹងអំពីកំណត់ត្រា (System of Records Notice, SORN) “ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់គម្រោង Medicare Advantage (MARx)” ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ប៉ុន្តែ ការមិនឆ្លើយតប អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងនេះ។