

# ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងសាទុក្ខ

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ហើយត្រឡប់ទៅអាស័យដ្ឋានបុរសែណីយ៉ងលែបានបង្ហាញខាងលើ តាមការងាយស្រួលរបស់អ្នក។ លិខិតទទួលទម្រង់បែបបទពីអ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ជូនជាក់ស្តែងរយៈពេលប្រាំថ្ងៃធ្វើការ។ រាល់បណ្តឹងសាទុក្ខទាំងអស់នឹងត្រូវបានដោះស្រាយនៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃពេលវេលាអាចធ្វើទៅបាន។ ប្រសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ឬក្នុងករណីអាសន្ន សូមទូរស័ព្ទទៅគម្រោងដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-855-388-6257, TTY/TDD 711 សម្រាប់ខ្មែរនៅ Los Angeles ឬ 1-833-479-1984, TTY/TDD 711 សម្រាប់ខ្មែរនៅ Sacramento សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញភ្នាក់ងារ។ សមាជិកដៃគូពាក់ព័ន្ធបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងគម្រោងនឹងមិនត្រូវបានរើសអើង ឬសងសឹកតាមវិធីណាមួយឡើយ។

## ព័ត៌មានរបស់សមាជិក

ឈ្មោះរបស់សមាជិក: \_\_\_\_\_

លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណសមាជិក: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះរបស់អ្នកជាំ (ប្រសិនបើខុសពីខាងលើ): \_\_\_\_\_

លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកជាំ (ប្រសិនបើខុសពីខាងលើ): \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច: \_\_\_\_\_

## ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខ

សូមប្រើផ្នែកខាងក្រោយនៃទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីពិពណ៌នាអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកយ៉ាងលម្អិត។ បណ្តឹងសាទុក្ខនេះកំពុងត្រូវបានដាក់ទល់នឹង (សូមគូសដឹកប្រអប់ដៃលើសមស្រប):

- មណ្ឌលថែទាំ
- របស់គម្រោង
- បុគ្គលិករបស់មណ្ឌលថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទនៃបណ្តឹងសាទុក្ខបានកើតឡើង: \_\_\_\_\_

## ព័ត៌មានអំពីមណ្ឌលថែទាំ

ឈ្មោះរបស់មណ្ឌលថែទាំ: \_\_\_\_\_ លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់មណ្ឌលថែទាំ: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋានរបស់មណ្ឌលថែទាំ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាដល់មណ្ឌលថែទាំ: \_\_\_\_\_

សូមរាយឈ្មោះបុគ្គលិករបស់មណ្ឌលថែទាំដែលអ្នកបាននិយាយជាមួយអំពីបញ្ហានេះ: \_\_\_\_\_

## និយមន័យសម្រាប់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខ

- “បណ្តឹងសាទុក្ខ” មានន័យថាការបង្ហាញជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬផ្ទាល់មាត់ពីការមិនពេញចិត្តទាក់ទងនឹងគម្រោង និង/ឬអ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការព្យាយាមមកពីគុណភាពនៃការថែទាំ ហើយត្រូវរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យបណ្តឹង និង ការស្នើសុំឱ្យពិចារណាឡើងវិញ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដល់ការធ្វើឡើងដោយអ្នកចុះឈ្មោះ ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ។
- “បណ្តឹងតវ៉ា” គឺដូចគ្នានឹង “បណ្តឹងសាទុក្ខ” ដែរ។
- “អ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” គឺដូចគ្នាទៅនឹង “អ្នកដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ” ហើយមានន័យថាបុគ្គលដែលបានដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខរួមទាំងអ្នកចុះឈ្មោះ អ្នកតំណាងដល់ត្រូវបានចាត់តាំងដោយអ្នកចុះឈ្មោះ ឬបុគ្គលផ្តល់សេវាជូនដល់មនុស្សម្នាក់ដែលមានសិទ្ធិអំណាចដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកចុះឈ្មោះ។
- “បានដោះស្រាយ” មានន័យថាបណ្តឹងសាទុក្ខបានឈានដល់ការសន្តិសុខដ្ឋានចុងក្រោយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខដែលបានដាក់ជូនរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ ហើយមិនមានការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកចុះឈ្មោះដល់ការសម្រេចនៅក្នុងរយៈពេលបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងនោះទេ រួមទាំងអង្គការដែលមានសិទ្ធិអំណាចផ្តល់សិទ្ធិ។
- “រង់ចាំការសម្រេច” បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលបានបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ផ្នែកបណ្តឹងតវ៉ារបស់ក្រុមស្តង់ ឬប្រព័ន្ធពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្រុមស្តង់។



# ការលុបចោលទម្រង់បែបទបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព



## ព័ត៌មានរបស់សមាជិក

ឈ្មោះរបស់សមាជិក: \_\_\_\_\_ ភេទ:  បុរស  ស៊ី  ផ្សេងទៀត

ឈ្មោះរបស់មាតាឬបិតា/អាណាព្យាបាល (បុរសិសបរិបត្តិការសម្រាប់កុមារអនីតិជន): \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់សមាជិក: \_\_\_\_\_ លេខសមាជិកភាព: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់សមាជិក: \_\_\_\_\_

កូដតំបន់ រដ្ឋ ទីក្រុងរបស់សមាជិក: \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទទេសភ្នំ: \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទទេសភ្នំលេខ៤: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: \_\_\_\_\_

និយោជក (បុរសិសបរិបត្តិការ): \_\_\_\_\_

ឈ្មោះរបស់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ដែលបានរងការប៉ះពាល់: \_\_\_\_\_

លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ដែលបានរងការប៉ះពាល់: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះគម្រោងសុខភាព: \_\_\_\_\_

លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណនៃ Medi-Cal (បុរសិសបរិបត្តិការ): \_\_\_\_\_

លេខសម្គាល់ (ID) Medicare ឬ Medicare Advantage (បុរសិសបរិបត្តិការ): \_\_\_\_\_

កុមារផ្ទេរសាស្ត្រ (បុរសិសបរិបត្តិការ): \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

## ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខ

### បុរសិសបរិបត្តិការ:

កាលបរិច្ឆេទដែលសមាជិកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងថាការធានារ៉ាប់រង ឬនឹងបញ្ចប់: \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទដែលសមាជិកបានដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយអង្គការកុរោច DMHC: \_\_\_\_\_

### បុរសិសបរិបត្តិការ សូមផ្តល់:

- ចុះហត្ថលេខាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីគម្រោង និងការផ្តល់វិញ្ញាបនបត្រដែលបានទទួល បុរសិសបរិបត្តិការ
- ចុះហត្ថលេខាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្តល់វិញ្ញាបនបត្រដែលបានផ្តល់ឱ្យសមាជិក
- ចុះហត្ថលេខាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបង់បុរសិសបរិបត្តិការ: ពេលធានារ៉ាប់រងដែលបានបង់បុរសិសបរិបត្តិការ



## ទម្រង់បែបបទជំនួយការដល់មានការអនុញ្ញាត

បុរសិសប្រើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្សេងទៀតដើម្បីជួយអ្នកជាមួយនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក សូមបំពេញផ្នែក A និង B ខាងក្រោម។

បុរសិសប្រើអ្នកជាមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលសរុបច្បាប់ដល់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះសម្រាប់កុមារអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ នោះអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទនេះទេ។

បុរសិសប្រើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខនេះសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះមិនអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ពីព្រោះអ្នកចុះឈ្មោះគឺអសមត្ថភាពដោយសម្បជញ្ញៈ ឬអសមត្ថភាពផ្លូវកាយហើយអ្នកមានសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់ដើម្បីផ្តល់សេចក្តីសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះនេះ សូមបំពេញផ្នែក B ប៉ុណ្ណោះ។ សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃសិទ្ធិកំណត់ផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ការសម្រេចលើការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដល់និយាយថាអ្នកអាចផ្តល់ការសម្រេចឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះ។

### ផ្នែក A: សមាជិក

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលដល់មានឈ្មោះខាងក្រោមនៃក្រុនផ្នែក B ដើម្បីជួយខ្ញុំនៃក្រុនបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្ញុំដែលបានដាក់មក DMHC។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិក DMHC ចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសុខភាពសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងការថែទាំជាមួយបុគ្គលដល់មានឈ្មោះខាងក្រោម។ ព័ត៌មាននេះអាចរួមបញ្ចូលការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាល ឬការផ្តល់សេវាគ្រួសារដើម្បីការព្យាបាលដោយគ្រឿងស្បៀង ឬគ្រឿងញៀន ឬព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។

យល់ថា មានតែព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្ញុំប៉ុណ្ណោះនឹងត្រូវបានចែករំលែក។

ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះជំនួយនេះគឺស្មើគ្នាទៅនឹងការយល់ព្រមចំពោះជំនួយនេះ។ បុរសិសប្រើខ្ញុំចង់បញ្ចប់ ខ្ញុំត្រូវផ្តល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ឈ្មោះរបស់សមាជិក (សរសេរជាអក្សរធំ): \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

### ផ្នែក B: បុគ្គលដល់ជួយសមាជិក

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលដល់មានឈ្មោះខាងក្រោមនៃក្រុនផ្នែក B ដើម្បីជួយខ្ញុំនៃក្រុនបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្ញុំដែលបានដាក់មក DMHC។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិក DMHC ចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសុខភាពសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងការថែទាំជាមួយបុគ្គលដល់មានឈ្មោះខាងក្រោម។ ព័ត៌មាននេះអាចរួមបញ្ចូលការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាល ឬការផ្តល់សេវាគ្រួសារដើម្បីការព្យាបាលដោយគ្រឿងស្បៀង ឬគ្រឿងញៀន ឬព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ជំនួយ (សរសេរជាអក្សរធំ): \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដល់ជួយ: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋានផ្លូវ: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង រដ្ឋ កូដតំបន់: \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទទេសច្រក: \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទទេសលុះដាច់: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋានអ៊ីមលែ: \_\_\_\_\_

សិទ្ធិកំណត់ផ្លូវច្បាប់របស់ខ្ញុំចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារសរុបច្បាប់ផ្សេងទៀតត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយ។ (សូមពិនិត្យមើល បុរសិសប្រើមាន)

# សន្ទនីកព័ត៌មានអំពីការណែនាំសម្រាប់ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា/បណ្តឹងសាទុក្ខ

បុរសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយតាមរយៈលេខ 1-888-466-2219 ឬ TDD តាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។

## របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹង:

1. ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមអនឡាញតាមអាសយដ្ឋាន [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) (នេះគឺជាវិធីលឿនបំផុត)។  
ឬ  
ចូរបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការលុបចោលការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
2. បុរសិនបើអ្នកចង់ឱ្យនរណាម្នាក់ជួយអ្នកជាមួយនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក សូមបំពេញទម្រង់បែបបទសម្រាប់ជំនួយការដល់មានការអនុញ្ញាត។
3. រួមបញ្ចូលឯកសារដែលបានសុន្ទិស្តុន្ទីលើទម្រង់បែបបទបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការលុបចោលការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជាការជូនដំណឹងពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ហាយការណ៍ចេញវិក័យប័ត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់។
4. បុរសិនបើអ្នកមិនដាក់សុន្ទិស្តុន្ទីតាមរយៈបុរសិនបើអនឡាញ សូមមេត្តាផ្ញើទម្រង់បែបបទ និងឯកសារគាំទ្រនានារបស់លោកអ្នកតាមរយៈបុរសែណីយ៍ ឬទូរសារមកកាន់៖

Department of Managed Health Care Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
ទូរសារ៖ 916-255-5241

## តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់នោះ?

មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកដើម្បីប្រាប់អ្នកថាតើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក ត្រូវបានទទួលយកដរាបឬទេ។ បុរសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកត្រូវបានទទួលយក សេចក្តីសម្រេចអំពីបញ្ហារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានផ្ញើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីសេចក្តីសម្រេចនេះ។

# សេចក្តីជូនដំណឹងនេះត្រូវបានរៀបចំដោយច្បាប់

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ស្តីពីការអនុវត្តព័ត៌មានឆ្នាំ 1977

ច្បាប់ស្តីពីការអនុវត្តព័ត៌មានឆ្នាំ 1977 (ក្រមរដ្ឋប្បវេណីរដ្ឋ California ផ្នែក 1798.17) តម្រូវឱ្យមានការជូនដំណឹងដូចខាងក្រោម។

- ច្បាប់ Knox-Keene របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដល់ DMHC ក្នុងការត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាព និងសិប្បកម្មអង្គការសមាជិកគម្រោងសុខភាព។
- មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដើម្បីសិប្បកម្មបញ្ជីរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។
- អ្នកផ្តល់ព័ត៌មាននេះដល់ DMHC ដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មាននេះទេ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ទេ នោះ DMHC អាចនឹងមិនអាចសិប្បកម្មបញ្ជីសម្រាប់អ្នកបានទេ។
- DMHC អាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកតាមតម្រូវការ ជាមួយគម្រោង និងអ្នកផ្តល់សេវាដើម្បីសិប្បកម្មបញ្ជីសម្រាប់អ្នក។
- DMHC ក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋហាភិហាលផ្សេងទៀតតាមការតម្រូវ ឬអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ផងដែរ។
- អ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ដើម្បីធ្វើដូច្នេះ រដ្ឋមាន សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសំណើសុំកំណត់ត្រារបស់ DMHC ការិយាល័យសេវាផ្តល់ច្បាប់របស់ DMHC នៅអាសយដ្ឋាន 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ 916-322-6727។