

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ពាក្យស្នើសុំសេវាសង្គមកិច្ច

ចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ៖ គ្រប់ផ្នែកទាំងអស់នៃទម្រង់ពាក្យនេះត្រូវតែបំពេញ។ គេត្រូវធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់នូវព័ត៌មានដែលបានផ្តល់លើទម្រង់នេះ។

សម្គាល់៖ រក្សាទុកនូវច្បាប់ចម្លងនៃពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់លោកអ្នក។ ចំពោះលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកមានកាតព្វកិច្ចត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់លោកអ្នក ដូចដែលតម្រូវក្នុងច្បាប់ 42 USC 405 និង MPP Section 30-769.71 ។ ព័ត៌មាននេះនឹងយកមកប្រើ ក្នុងការកំណត់អំពីសិទ្ធិទទួលបាន និងធ្វើការសម្របសម្រួលព័ត៌មានជាមួយទីភ្នាក់ងារសាធារណៈដទៃទៀត។

កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យ៖	លេខករណី (បើបានដឹង)៖
-----------------------	-----------------------

ផ្នែកទី 1 - ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

ឈ្មោះ៖	លេខសន្តិសុខសង្គម៖		
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖		
រដ្ឋ៖	លេខកូដ Zip៖	ទូរស័ព្ទ៖	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	ភេទ៖	ប្រុស	ស្រី

ផ្នែកទី 2 - ព័ត៌មានអំពីអតីតយុទ្ធជន

តើលោកអ្នកជាអតីតយុទ្ធជនឬ? បាទ/ចាស់ ទេ	តើលោកអ្នកជាប្តី/ប្រពន្ធ/កូនរបស់អតីតយុទ្ធជនឬ? បាទ/ចាស់ ទេ
បើ បាទ/ចាស់ សូមប្រាប់ឈ្មោះអតីតយុទ្ធជន និងលេខទាមទារ៖	

ផ្នែកទី 3 - ព័ត៌មានពី SSI/SSP

តើលោកអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SSI/SSP ឬ?	បាទ/ចាស់	ទេ
បើ បាទ/ចាស់ សូមគូសសញ្ញាជើងប្រើសរសេរការរស់នៅរបស់លោកអ្នក របស់រប៖		
រស់នៅដោយឯករាជ្យ	កន្លែងស្នាក់មានការថែទាំ	ផ្ទះអ្នកផ្សេង
សេវា ដែលលោកអ្នកកំពុងស្នើសុំ៖		

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ផ្នែកទី 4 - ព័ត៌មានពី IHSS មុន

តើលោកអ្នកធ្លាប់បានទទួលសេវាគាំពារនៅផ្ទះ (IHSS) ពីមុនដែរឬទេ?		បាទ/ចាស់ទេ
បើ បាទ/ចាស់ សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម។ កាលបរិច្ឆេទ និងខោនធី ដែលលោកអ្នកបានទទួលសេវាកម្មលើកចុងក្រោយ៖		
ចំនួនម៉ោងសរុបប្រចាំខែ៖	ឈ្មោះដែលបានប្រើ (បើខុសពីឈ្មោះខាងលើ)៖	

ផ្នែកទី 5 - ព័ត៌មានពីគ្រួសារ

សូមរាយនាមសមាជិកគ្រួសារ៖

ឈ្មោះ៖	ប្តី/ប្រពន្ធ	ឪពុក/ម្តាយ
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសន្តិសុខសង្គម៖	
ឈ្មោះ៖	កូន	សាច់ញាតិដទៃទៀត
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសន្តិសុខសង្គម៖	
ឈ្មោះ៖	កូន	សាច់ញាតិដទៃទៀត
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសន្តិសុខសង្គម៖	
ឈ្មោះ៖	កូន	សាច់ញាតិដទៃទៀត
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសន្តិសុខសង្គម៖	
ឈ្មោះ៖	កូន	សាច់ញាតិដទៃទៀត
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសន្តិសុខសង្គម៖	

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ផ្នែកទី 6 – ព័ត៌មានពីជាតិពន្ធនិងភាសា

ច្បាប់តម្រូវឱ្យប្រមូលព័ត៌មានអំពីដើមកំណើតជាតិ និងភាសាចម្បង។ បើលោកអ្នកមិនបំពេញផ្នែកនេះទេ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេច។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានសេវារបស់លោកអ្នកឡើយ។

A. ដើមកំណើតជាតិខ្ញុំគឺ៖ សូមជ្រើសយកចម្លើយមួយ (សូមមើលទំព័រ 7 ចំពោះបញ្ជី ជាតិពន្ធនិងលេខកូដ)	B. ខ្ញុំនិយាយ និងយល់ភាសាអង់គ្លេស៖ បាទ/ចាស់ ទេ បើមិនមែនអង់គ្លេស ភាសាចម្បងរបស់ខ្ញុំគឺ៖ សូមជ្រើសយកចម្លើយមួយ (សូមមើលទំព័រ 7 ចំពោះបញ្ជីភាសា និងលេខកូដ)
--	--

ផ្នែកទី 7 - ការសម្រួលចំពោះការប្រាស្រ័យទាក់ទង

ដើម្បីសម្រួលដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលពិការភ្នែក ឬខូចចក្ខុញ្ញាណ ព័ត៌មាន IHSS មានជូនក្នុងទម្រង់ផ្សេងដូចខាងក្រោម។ សូមកំណត់ថាតើ លោកអ្នកចង់បានទម្រង់បែបណា បើអាចធ្វើទៅបាន។ ការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងផ្នែកនេះនឹងមិនប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានសេវារបស់លោកអ្នកឡើយ។

ខ្ញុំពិការភ្នែក៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់
--

បើ បាទ/ចាស់ សូមជ្រើសយកទម្រង់ណាមួយដូចខាងក្រោម សម្រាប់ប្រភេទនីមួយៗនៃឯកសារ DSS ទាំងបីប្រភេទ។

ចំពោះលិខិតជូនដំណឹងស្តីពីវិធានការ <input type="checkbox"/> ពុំត្រូវការការសម្រួលទេ ឯកសារអក្សរអ្នកពិការភ្នែក <input type="checkbox"/> ស៊ីឌីសំឡេង <input type="checkbox"/> ស៊ីឌីទិន្នន័យ <input type="checkbox"/> ជំនួយពីខោនធី (បើត្រូវការ ជំនួយពីខោនធី សូមរៀបរាប់អំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំនោះ)
ចំពោះទម្រង់ IHSS ដែលតម្រូវ៖ <input type="checkbox"/> ពុំត្រូវការការសម្រួលទេ ឯកសារអក្សរអ្នកពិការភ្នែក <input type="checkbox"/> ស៊ីឌីសំឡេង <input type="checkbox"/> ស៊ីឌីទិន្នន័យ <input type="checkbox"/> ជំនួយពីខោនធី (បើត្រូវការ ជំនួយពីខោនធី សូមរៀបរាប់អំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំនោះ)
ចំពោះសន្លឹកម៉ោងធ្វើការ <input type="checkbox"/> ពុំត្រូវការការសម្រួលទេ ប្រព័ន្ធទូរស័ព្ទ (លេខ RAN4 ខ្លះ៖ _____) <input type="checkbox"/> ជំនួយខោនធី (បើត្រូវការ ជំនួយពីខោនធី សូមរៀបរាប់អំពីជំនួយដែលបានស្នើសុំនោះ)

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ខ្ញុំខូចចក្កញ្ញាណ៖ បាទ/ចាស ១៩

បើ បាទ/ចាស សូមជ្រើសយកទម្រង់ណាមួយសម្រាប់ប្រភេទណាមួយនៃឯកសារ DSS ទាំងបីប្រភេទ៖

ចំពោះលិខិតជូនដំណឹងស្តីពីវិធានការ៖ <input type="checkbox"/> ពុំត្រូវការការសម្រួលទេ <input type="checkbox"/> ឯកសារពុម្ពអក្សរទំហំ 18 <input type="checkbox"/> ឌីស៊ីស្កេត <input type="checkbox"/> ស៊ីឌីទិន្នន័យ <input type="checkbox"/> ជំនួយពីខោនធី
(បើត្រូវការជំនួយពីខោនធី សូមរៀបរាប់ពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ)
ចំពោះទម្រង់ IHSS ដែលតម្រូវ៖ 0 ពុំត្រូវការការសម្រួលទេ <input type="checkbox"/> ឯកសារពុម្ពអក្សរទំហំ 18 <input type="checkbox"/> ស៊ីឌីស៊ីស្កេត <input type="checkbox"/> ឌីទិន្នន័យ <input type="checkbox"/> ជំនួយពីខោនធី
(បើត្រូវការជំនួយពីខោនធី សូមរៀបរាប់ពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ)
ចំពោះសន្លឹងម៉ោងធ្វើការ៖ <input type="checkbox"/> ពុំត្រូវការការសម្រួលទេ <input type="checkbox"/> ឯកសារពុម្ពអក្សរទំហំ 18 <input type="checkbox"/> ជំនួយពីខោនធី
(បើត្រូវការជំនួយពីខោនធី សូមរៀបរាប់ពីជំនួយដែលបានស្នើសុំ រួមទាំងសេវាសម្រាប់តែជនពិការភ្នែក)

ផ្នែកទី 8 - ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើគឺពិតប្រាកដ ផ្អែកលើការដឹង និងការជឿជាក់របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ព្រមសហការទាំងស្រុង បើគេត្រូវការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានខាងលើនៅថ្ងៃអនាគត។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹងផងដែរថា ក្នុងនាមជានិយោជកនៃអ្នកផ្តល់សេវា IHSS របស់ខ្ញុំ ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវ៖

- 1) ជួលឱ្យធ្វើការ បណ្តុះបណ្តាល ត្រួតពិនិត្យ កំណត់កាលវិភាគ និងបញ្ឈប់អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំពីការងារ នៅពេលចាំបាច់។
- 2) ធានាថា ចំនួនម៉ោងសរុប ដែលរាយការណ៍ដោយអ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់ ដែលធ្វើការឱ្យខ្ញុំ មិនលើសពីចំនួនម៉ោង IHSS ដែលបានអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំឡើយ ក្នុងខែនីមួយៗ។
- 3) ណែនាំបុគ្គល ដែលខ្ញុំចង់ជួលឱ្យធ្វើការ ឱ្យទៅការិយាល័យ IHSS របស់ខោនធី ដើម្បីបំពេញនូវដំណើរការស្នើសុំសិទ្ធិជាអ្នកផ្តល់សេវា។
- 4) ជូនដំណឹងទៅការិយាល័យ IHSS របស់ខោនធី នៅពេលខ្ញុំជួល ឬបញ្ឈប់អ្នកផ្តល់សេវាពីការងារ។

លើសនេះ ខ្ញុំយល់ដឹង និងយល់ស្របនឹងលក្ខខណ្ឌ និងដែនកំហិត ស្តីពីការបង់ថ្លៃសេវារបស់កម្មវិធី IHSS៖

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY CALIFORNIA
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

- 1) ដើម្បីឲ្យបុគ្គលទទួលបានប្រាក់កម្រៃពីកម្មវិធី IHSS បុគ្គលនោះត្រូវតែទទួលបានការឯកភាពឲ្យធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវា IHSS ដែលមានសិទ្ធិ។
- 2) បើខ្ញុំជ្រើសរើសជួលបុគ្គលណាម្នាក់ឲ្យធ្វើការឲ្យខ្ញុំ ដែលពុំទាន់បានទទួលការឯកភាពឲ្យធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវា IHSS ដែលមានសិទ្ធិ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវបង់ប្រាក់កម្រៃឲ្យបុគ្គលនោះ ប្រសិនបើបុគ្គលនោះពុំទទួលបានការឯកភាព។
- 3) កម្មវិធី IHSS នឹងមិនបង់ប្រាក់កម្រៃចំពោះសេវាដែលបានផ្តល់ឲ្យខ្ញុំ រហូតទាល់តែពាក្យស្នើសុំសេវាត្រូវបានឯកភាពដោយកម្មវិធី ហើយកម្មវិធីនឹងបង់ប្រាក់កម្រៃតែចំពោះសេវាទាំងឡាយណា ដែលកម្មវិធីបានអនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំទទួលប៉ុណ្ណោះ។
- 4) ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវបង់កម្រៃចំពោះសេវាណា ដែលខ្ញុំទទួល ដែលមិនបានបញ្ចូលក្នុងការអនុញ្ញាត IHSS របស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹង និងយល់ព្រមសហការ ដូចខាងក្រោម ដែលជាផ្នែកមួយនៃសិទ្ធិទទួលបានសេវា IHSS របស់ខ្ញុំ៖

ដើម្បីលើកកម្ពស់ភាពត្រឹមត្រូវនៃកម្មវិធី គេអាចចុះមកផ្ទះរបស់ខ្ញុំដោយមិនប្រកាសជាមុន ហើយខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំអាចទទួលបាននូវលិខិត ដែលបញ្ជាក់ពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់កម្មវិធីពីក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់រដ្ឋ (State Department of Health Care Services (DHCS)) ពីក្រសួងសង្គមកិច្ចរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា និង/ឬពិខោនធី ដែលខ្ញុំទទួលសេវា។

ការចុះមក និងលិខិតនោះ មានគោលបំណងធានាថា គេអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់កម្មវិធី ហើយសេវាដែលបានអនុញ្ញាត គឺជាសេវាចាំបាច់សម្រាប់លោកអ្នក ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកមានសុវត្ថិភាពក្នុងផ្ទះរបស់ខ្លួន។ ការចុះមកនោះ ក៏នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ថា តើ សេវាដែលបានអនុវត្ត ត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នក ថា តើគុណភាពនៃសេវាទាំងនោះអាចទទួលយកបាន និងថា តើ សុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នកត្រូវបានការពារឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើគេរកឃើញថា សេវា IHSS មិនមែនជាសេវាដែលត្រូវការ ឬពុំបានផ្តល់ជូនដោយត្រឹមត្រូវលោកអ្នក និង/ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់លោកអ្នក អាចត្រូវតែស៊ើបអង្កេតពីបទបោកប្រាស់ Medi-Cal។ ប្រសិនបើការបោកប្រាស់មានភស្តុតាងត្រឹមត្រូវ នោះលោកអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវកាត់ទោសពីបទបោកប្រាស់។

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY CALIFORNIA
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ផ្នែកទី 9- ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខានៃអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ៖		កាលបរិច្ឆេទ៖
ហត្ថលេខានៃអ្នកតំណាងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ (បើពាក់ព័ន្ធ)៖		កាលបរិច្ឆេទ៖
ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកតំណាងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ (បើពាក់ព័ន្ធ)៖	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកតំណាង (បើពាក់ព័ន្ធ)៖	
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកតំណាង (បើពាក់ព័ន្ធ)៖		

ដើម្បីរាយការណ៍ពីករណីសង្ស័យថា មានការបោកប្រាស់ ឬបំពានក្នុងការផ្តល់ ឬទទួលសេវា IHSS សូមទូរស័ព្ទទៅខ្សែទូរស័ព្ទស្តីពីករណីបោកប្រាស់ លេខ 1-800-822-6222 អ៊ីម៉ែល stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov ឬចូលទៅ <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> .

FOR AGENCY USE ONLY

Income Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Status Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Verification:
Signature of Social Worker or Agency Representative:		Telephone Number:
Recipient Status: <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Cuban/Haitian Entrant <input type="checkbox"/> Neither	Source of Verification for Refugee or Entrant Status (explain):	

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY CALIFORNIA
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

លេខកូដជាតិពន្ធុ

- 1. ស្បែកសរ
- 2. Hispanic.
- 3. ស្បែកខ្មៅ
- 4. អាស៊ី ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- 5. ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា
- 7. ហ្វីលីពីន
- C. ចិន
- H. កម្ពុជា
- J. ជប៉ុន
- K. កូរ៉េ
- M. Samoan.
- N. ឥណ្ឌា
- P. កោះហាវៃ
- R. Guamanian.
- T. ឡាវ
- V. វៀតណាម

លេខកូដភាសា

- 0. ភាសាសញ្ញាអាមេរិក (AMISLAN ឬ ASL).
- 1. អេស្ប៉ាញ - លិខិតជូនដំណឹងស្តីពីវិធានការនឹងចេញជាភាសាអេស្ប៉ាញ។
- 2. ភាសាចិន
- 3. ភាសាជប៉ុន
- 4. ភាសាកូរ៉េ
- 5. ភាសា Tagalog
- 6. ភាសាដទៃដែលមិនមែនជាអង់គ្លេស
- 7. ភាសាអង់គ្លេស
- 9. អេស្ប៉ាញ - លិខិតជូនដំណឹងស្តីពីវិធានការនឹងចេញជាភាសាអង់គ្លេស។
- A. ភាសាសញ្ញាដទៃទៀត
- B. ភាសាចិនកុកឆី
- C. ភាសាចិនដទៃទៀត
- D. ភាសាខ្មែរ
- E. ភាសា Armenian.
- F. ភាសា Ilacano.
- G. ភាសា Mien.
- H. ភាសាម៉ុង
- I. ភាសាឡាវ
- J. ភាសាទូរ៉េតី
- K. ភាសា Hebrew
- L. ភាសាបារាំង
- M. ភាសាប៉ូឡូញ
- N. ភាសារុស្ស៊ី
- P. ភាសាព័រទុយហ្គាល់
- Q. ភាសាអ៊ីតាលី
- R. ភាសាអារ៉ាប់
- S. ភាសា Samoan.
- T. ភាសាថៃ
- U. ភាសា Farsi.
- V. ភាសាវៀតណាម ■ម