

ការរៀបចំការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការរៀបចំសុខភាពផ្សេងទៀត

ប្រើបែបបទនេះដើម្បីអះអាងថាអ្នក ឬកូនចិញ្ចឹមរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសំខាន់អប្បបរមាផ្សេងទៀត ។ ធានារ៉ាប់រងសំខាន់អប្បបរមាគឺជាធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវការដើម្បីបំពេញតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនក្រោមច្បាប់ការថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ ។ វារាប់បញ្ចូលទាំងគោលនយោបាយបាយធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើការងារ សុខភាពអប្បបរមាស៊ីនតោន (Medicaid) គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (CHIP) TRICARE ការថែទាំសុខភាពរដ្ឋបាលរបស់អតីតយុទ្ធជន (VA) ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់ Peace Corps ដែលគ្របដណ្តប់ផលប្រយោជន៍សុខភាពសំខាន់ ។

លេខសម្គាល់ពាក្យសុំ (អត់ក៏បាន មានក៏បាន)	លេខសន្តិសុខសង្គម	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)
--	------------------	--------------------------------------

ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យ/កូនចិញ្ចឹមរបស់អ្នក

ឈ្មោះ:	អក្សរកាត់ឈ្មោះ: កណ្តាល	ត្រកូល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)	លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទងពេលថ្ងៃ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល

បែបបទនេះគឺដើម្បីបញ្ជាក់ថា _____ (សរសេរឈ្មោះអ្នកជាអក្សរពុម្ព ឬឈ្មោះកូនរបស់អ្នក)

មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន (ត្រូវសំខាន់អស់ដែលត្រូវ)៖

- ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើការងារ
 Washington Apple Health (Medicaid)
 ផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ
 TRICARE
 ការថែទាំសុខភាពរដ្ឋបាលរបស់អតីតយុទ្ធជន (VA)
 Peace Corps
 Medicare

ស្របតាមផ្នែក 36B(c)(2)(B) និង (C) នៃក្រមពន្ធសេវាកម្មប្រាក់ចំណេញនៃពេលដែលខ្ញុំកំពុងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពត្រូវបានបញ្ជូនតាមរយៈ Healthplanfinder រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ។

អាន និងចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ

ខ្ញុំទទួលស្គាល់ក្រោមទោសទណ្ឌបំពានសម្បទាថាព័ត៌មានដែលមានក្នុងឯកសារនេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ ហើយការក្លែងបន្លំ ឬការថ្លែងមិនពិតនៃព័ត៌មានដែលបានបង្ហាញជាផ្នែកនៃពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Healthplanfinder អាចបង្កើតមូលដ្ឋានសម្រាប់ការលុបឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)
X	

ហត្ថលេខាឪពុក ឬម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (បើមាន)	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)
X	

ឈ្មោះ និងនាមត្រកូលឪពុក ឬម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព)

- ដោយការគូសប្រអប់នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ខ្ញុំគឺជាឪពុក ឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់កុមារមានមិនទាន់គ្រប់អាយុដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ហើយកំពុងតែចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមពួកគេ។

បញ្ជូនបែបបទទៅ ៖

បង្ហាញបែបបទដែលបំពេញរួចនេះចូលកណ្តិន Healthplanfinder រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនរបស់អ្នក ឬផ្ញើទៅ ៖

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, WA 98507-1757

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋនៃសហព័ន្ធដែលសមរម្យនិងមិនមានការរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។ the Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority មិនត្រូវបដិសេធឬកាត់ទាក់រាប់រកពួកគេផ្ទុយគ្នា ដោយសារពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទនោះឡើយ។ Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ក៏អាចអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃជំនឿ យ៉េនឌ័រ ការសម្តែងពី ឬអត្តសញ្ញាណយ៉េនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ សាសនា ឋានៈអតីតយុទ្ធជន ឬយោធាដែលបានរំសាយដោយកិត្តិយស ឬការប្រើប្រាស់នូវសុខនាំផ្លូវ ឬសត្វបម្រើសេវាដែលមានការហ្វឹកហាត់ដោយបុគ្គលដែលមានពិការភាពឡើយ។

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មនានាដោយមិនគិតល្បួលដល់មនុស្សទូទៅ ដែលគ្មានសមត្ថភាពដើម្បីនិយាយទាក់ទងដោយប្រសិទ្ធិភាពជាមួយយើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាមនុស្សតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតាមទ្រង់ទ្រាយដទៃផ្សេងទៀត (បោះពុម្ពអក្សរធំៗ កាសែតថតសំឡេង ទ្រង់ទ្រាយនៃការប្រើប្រាស់អេឡិចត្រូនិច ទ្រង់ទ្រាយដទៃនានាទៀត)
- ផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួលដល់មនុស្សទូទៅ ដែលភាសាដើមរបស់គេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងភាសាផ្សេងទៀត

បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ ចូរទាក់ទងទៅ 1-855-923-4633

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority មិនបានផ្តល់នូវសេវាកម្មទាំងនេះ ឬរើសអើងក្នុងវិធីមួយផ្សេង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយនឹង៖

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 appeals@wahbexchange.org	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 compliance@hca.wa.gov
--	---

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងអយុត្តិធម៌ដោយផ្ទាល់ឬតាមការផ្ញើតាមប៊ុស្តីសំបុត្រ តាមទូរសារ ឬតាមអ៊ីម៉ែល។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងអយុត្តិធម៌ Washington Health Benefit Exchange Legal Department/Health Care Authority Division of Legal Services គឺអាចមានពេលសំរាប់ជួយអ្នក។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងត្រូវផ្តល់សិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយនឹង U.S. Department of Health and Human Services (ក្រសួងមនុស្សសាស្ត្រនិងសុខភាពនៃសហរដ្ឋអាមេរិក), Office for Civil Rights (ការិយាល័យសំរាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋ), ដាក់បណ្តឹងអេឡិចត្រូនិចតាមរយៈ: Office for Civil Rights Complaint Portal ដែលអាចមានតាមរយៈ: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ឬតាមរយៈប៊ុស្តីសំបុត្រឬតាមទូរស័ព្ទ៖ U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ពាក្យបណ្តឹងការត្រួតពិនិត្យគឺអាចមានតាមរយៈ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອໍດີ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໆ ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).