



ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព និង ជំនួយការបង់ថ្លៃ

Form Approved
OMB No. 0938-1213

➔ ដាក់ពាក្យសុំកាន់តែឆាប់រហ័ស តាមអនឡាញ នៅឯ HealthCare.gov ។



ប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីមើលថាតើការរ៉ាប់រងណា ដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិនឹងទទួលបាន

- គម្រោងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនមានតម្លៃថោកល្មម ដែលផ្តល់នូវ ការរ៉ាប់រងទូលំទូលាយ ដើម្បីជួយអ្នកអោយមានសុខភាពល្អ ។
 - ឥណទានថ្មីមួយ ដែលអាចជួយបង់យ៉ាងរហ័ស ចំពោះការធានាទូលំទូលាយ ចំពោះការរ៉ាប់រងសុខភាព របស់អ្នក ។
 - ការរ៉ាប់រងមិនអស់លុយ ឬមានតម្លៃទាប ពីកម្មវិធីការធានារ៉ាប់រងឈ្មោះ Medicaid ឬ Children's Health Insurance Program (CHIP) ។
- អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់កម្មវិធីមិនអស់លុយ ឬមានតម្លៃទាប ថ្វីបើអ្នកប្រាក់ចំណូល រហូតដល់ចំនួន \$97,200 មួយឆ្នាំ (សម្រាប់គ្រួសារមានមនុស្ស 4 នាក់) ។**



នរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន ?

- សូមប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់នរណាម្នាក់ក្នុង គ្រួសាររបស់អ្នក ។
- ដាក់ពាក្យសុំ ថ្វីបើអ្នកប្តូរស្ថានភាព មានការរ៉ាប់រងសុខភាព រួចហើយក្តី ។ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងមិនអស់លុយ ឬមានតម្លៃទាប ។
- ប្រសិនបើអ្នកនៅលើ អ្នកនឹងអាចប្រើទម្រង់ថ្មីមួយបាន ។ សូមចូលទៅ HealthCare.gov ។
- គ្រួសារអាចរួមមានជនអន្តោប្រវេសន៍អាចដាក់ពាក្យសុំ ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កូនរបស់អ្នក ថ្វីបើអ្នកពុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការរ៉ាប់រងក្តី ។ ការដាក់ពាក្យសុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ឬឱកាសចំពោះការក្លាយទៅជាអ្នកស្រុក ឬ ជនជាតិអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកឡើយ ។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកគប្បីបំពេញសេចក្តីបន្ថែម C ។



អ្វីដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវការដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ

- លេខសន្តិសុខសង្គម (ឬ លេខឯកសារសម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍មានសិទ្ធិ ដែលត្រូវការការរ៉ាប់រង)
- ព័ត៌មាននយោបាយ និង ប្រាក់ចំណូល សម្រាប់សមាជិកគ្រប់រូបក្នុងគ្រួសារអ្នក (ជាឧទាហរណ៍ ពីកន្ទុយសែក ទម្រង់ W-2 ឬប្រាក់ឈ្នួល និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ពន្ធ) ។
- លេខប័ណ្ណសន្យា សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្នណាមួយ ។
- ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាក់ទងនឹងការងារ មានសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក ។



ហេតុអ្វីយើងសួររកព័ត៌មាននេះ ?

យើងសើបសួរអំពីប្រាក់ចំណូល និង ព័ត៌មានដទៃទៀត ដើម្បីចង់អោយអ្នកដឹងថាតើការរ៉ាប់រងណា ដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់អ្វី និងថាអ្នកអាច ទទួលបានជំនួយណាមួយ ដើម្បីនឹងបង់ថ្លៃវា ។ **យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកផ្តល់ដល់យើង ដោយសម្ងាត់និងសន្តិសុខ ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់ ។** ដើម្បីទស្សនាសេចក្តីថ្លែងការណ៍នៃទម្រង់ឯកជន ចូលទៅ HealthCare.gov ឬ មើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ។



តើអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត ?

ធ្វើទម្រង់បែបបទបំពេញរួច និងចុះហត្ថលេខារួចហើយ ទៅកាន់អាសយដ្ឋាន នៅលើទំព័រលេខ 7 ។ **ប្រសិនបើអ្នកពុំមានព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងសួររកទេ ចុះហត្ថលេខា និង ដាក់ទម្រង់បែបបទអ្នកសុំចុះ ។** យើងនឹងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកក្នុងអំឡុង 1-2 សប្តាហ៍ ហើយអ្នកអាចទទួលបានទូរស័ព្ទព័ត៌មាន ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានថែមទៀត ។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតសម្រេចនូវលក្ខណៈសម្បត្តិ នៅក្នុងស្រាមសំបុត្រ បន្ទាប់ពីទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក ត្រូវបាននិយាយរួចហើយ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនព្រមយើងទេ សូមទំនាក់ទំនងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលទូរស័ព្ទទីផ្សារ (Marketplace Call Center) ។ ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ពុំមានន័យថាអ្នកត្រូវតែទិញការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។



ទទួលជំនួយជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ

- **អនឡាញ** ៖ HealthCare.gov ។
- **ទូរស័ព្ទ** ៖ សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។
- **ដោយផ្ទាល់** ៖ ប្រហែលជាមានអ្នកផ្តល់ខ្សែទូរស័ព្ទ នៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ដែលអាចជួយបាន ។ សូមចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។
- **ក្នុងភាសាដទៃទៀត** ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសាណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។

អ្នកមានសិទ្ធិនឹងទទួលបានព័ត៌មាននៅក្នុងផលិតផលនេះ នៅក្នុងទម្រង់មួយផ្សេងទៀត ។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដើម្បីដាក់ពាក្យសារទុក ឬ រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាត្រូវបានគេប្រកាន់ទាស់នឹងអ្នក ។ សូមចូលទៅ www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, ឬទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការលើកបង្ហាញ PRA ៖ អនុលោមតាមទម្រង់ Paperwork Reduction Act of 1995 គ្មានជនណាម្នាក់បានតម្រូវអោយឆ្លើយតប និងការប្រមូលព័ត៌មាន លើកលែងតែវាសំដែងនូវលេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ ។ លេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ព័ត៌មាននេះ សម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មានគឺ 0938-1191 ។ ពេលវេលាបានតម្រូវដើម្បីបញ្ចប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ គឺត្រូវបានប្រមាណថា មានអាជ្ញាធរចំនួន 45 នាទី រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីនឹងពិនិត្យមើលសេចក្តីណែនាំ ស្វែងរកប្រភពទិន្នន័យដែលមានរួចស្រាច់ ប្រមូលទិន្នន័យត្រូវការចាំបាច់ និង បំពេញ និង ពិនិត្យសារឡើងវិញនូវការប្រមូលព័ត៌មាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសេចក្តីអធិប្បាយ ទាក់ទងនឹងភាពត្រូវនៃការប្រមាណពេល ឬ ការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការបង្កើនគុណភាពនៃទម្រង់នេះ សូមសារសេរីទៅ ៖ CMS, 7500 Security Boulevard, ជម្រាបជូន ៖ មន្ត្រីជម្រះរបាយការណ៍ PRA Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 ។



សូមសរសេរឆ្លើយត្រូវការ ដោយប្រើតែប៊ិចណាម៉ាខ្មៅ ឬ ខៀវប៉ុណ្ណោះ
បំពេញក្នុងរង្វង់ (○) ដូចបែបនេះ → ●

ជំហានទី 1: និយាយប្រាប់អំពីរូបអ្នក ។

(យើងត្រូវការនីតិវិធីទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ ដើម្បីធ្វើជាអ្នកទំនាក់ទំនង សម្រាប់ទម្រង់ បែបបទរបស់អ្នក ។)

1. ឈ្មោះហៅ		ឈ្មោះកណ្តាល		ឈ្មោះត្រកូល		អក្សរចុង	
2. អាសយដ្ឋានផ្ទះ (ទុកចន្លោះទទេ ប្រសិនបើអ្នកគ្មានទេ ។)		3. លេខផ្ទះឈ្នួល ឬ លេខបន្ទប់					
4. ទីក្រុង		5. រដ្ឋ		6. លេខស៊ុបកូដ		7. មណ្ឌល, ខណ្ឌ ឬ ឃុំ	
8. អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)		9. លេខផ្ទះឈ្នួល ឬ លេខបន្ទប់					
10. ទីក្រុង		11. រដ្ឋ		12. លេខស៊ុបកូដ		13. មណ្ឌល, ខណ្ឌ ឬ ឃុំ	
14. លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ () - -		15. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច () - -					
16. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីទម្រង់បែបបទនេះ តាមរយៈប្រៃសណីយ៍ទេ ?..... <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> ទេ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល : _____							
17. តើភាសាគាប់ចិត្តនឹងនិយាយរបស់អ្នកគឺជាអ្វី ? តើភាសាគាប់ចិត្តនឹងសរសេររបស់អ្នកគឺជាអ្វី ? _____							

ជំណាក់ការទី 2 : និយាយប្រាប់យើងអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក ។

តើនរណាដែលអ្នកត្រូវការដាក់បញ្ចូលក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ?

បំពេញទំព័រនានានៃជំណាក់ការទី 2 សម្រាប់មនុស្សគ្រប់រូប នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និង ផ្ទះសំបែងរបស់អ្នក ដូចជាមនុស្សនោះ មានការរ៉ាប់រងសុខភាពល្អឬក្តី ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ជួយយើងអោយបញ្ជាក់ថាជនគ្រប់រូប ទទួលបានការរ៉ាប់រងដ៏ល្អបំផុត ដែលគេអាចទទួលបាន ។ ចំនួននៃជំនួយ ឬប្រភេទនៃកម្មវិធីអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិ និងទទួល គឺផ្អែកទៅលើចំនួនមនុស្ស នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និងប្រាក់ចំណូលរបស់គេ ។ ប្រសិនបើអ្នកមានដាក់បញ្ចូលនរណាម្នាក់ ឱ្យបើកគេមានការរ៉ាប់រងសុខភាពល្អឬក្តី លទ្ធផលនៃលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក នឹងត្រូវបានប្រែប្រួល ។

- សម្រាប់នីតិវិធីដែលត្រូវការការរ៉ាប់រង :**
ដាក់បញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះ ឱ្យបើកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់ខ្លួនគេក្តី ៖
- មានប្តី ឬ ប្រពន្ធណាម្នាក់
 - កូនប្រុស ឬកូនស្រីណាម្នាក់ ដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ពួកគេរស់នៅជាមួយ រួមទាំងកូនចុងផងដែរ
 - មនុស្សដទៃទៀតណាម្នាក់ នៅក្នុងការរើលក្ខណៈប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (រួមទាំង កុមារណាម្នាក់មានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំដែលបានទាមទារសងនៅលើការរើលក្ខណៈប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ឬ ម្តាយណាម្នាក់) ។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់សុំពន្ធ ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។
- សម្រាប់កូន ៗមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលត្រូវការការរ៉ាប់រង :**
ដាក់បញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះ ឱ្យបើកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់ខ្លួនគេក្តី ៖
- ឪពុក ឬ ម្តាយណាម្នាក់ (ឬឪពុក ឬម្តាយចុង) ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
 - បងប្អូនណាម្នាក់ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
 - កូនប្រុស ឬកូនស្រីណាម្នាក់ ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ រួមទាំងកូនចុងផងដែរ
 - ជនដទៃណាម្នាក់ទៀត ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងការរើលក្ខណៈប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់សុំពន្ធ ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។

បំពេញជំណាក់ការទី 2 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ ៗ នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ។

ចាប់ផ្តើមជាមួយរូបអ្នក រួចហើយដាក់បញ្ចូលនិមិត្ត និង កូនៗដទៃទៀត ។ ប្រសិនបើអ្នកមានចំនួនមនុស្សលើសពី 2 នាក់ក្នុងគ្រួសារអ្នក អ្នកនឹងត្រូវការ ធ្វើការចែកចំនួន នៃទំព័រនានា ហើយដាក់វាភ្ជាប់ ។

អ្នកមិនត្រូវការផ្តល់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬលេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Number (SSN) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលមិនត្រូវការការរ៉ាប់រង ។ យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលអ្នកផ្តល់ដល់យើង ដោយសម្ងាត់និងសន្តិសុខ ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់ ។ យើងនឹងប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន តែសម្រាប់ធានាថា តើអ្នកមានលក្ខណៈ សម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងឬអត់ ។



ដំណាក់កាលទី 2 ៖ មនុស្សទី 1 (ចាប់ផ្តើមជាមួយរូបអ្នក ។)

បំពេញដំណាក់កាលទី 2 សម្រាប់រូបអ្នក ឬប្តីប្រពន្ធរួមគ្នា និងកូនៗ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬ នរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់សុំ ។ សូមមើលទំព័រលេខ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតើគប្បីដាក់បញ្ចូល ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធទេ សូមចាំថា នៅតែដាក់បញ្ចូល សមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ។

1. ឈ្មោះហៅ	ឈ្មោះកណ្តាល	ឈ្មោះត្រកូល	អក្សរចុង
[Input fields]			
2. ទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សទី 1? រូបអ្នក	3. តើអ្នករៀបការហើយឬនៅ? <input type="radio"/> បាទ/ចាស់ <input type="radio"/> ទេ	4. កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត (mm/dd/yyyy) [Input fields]	5. ភេទ <input type="radio"/> ប្រុស <input type="radio"/> ស្រី

6. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) [Input fields]

★ យើងត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការរ៉ាប់រងសុខភាព និងមាន SSN ឬអាចទទួលបានមួយ ។ យើងប្រើ SSN ដើម្បីត្រួតពិនិត្យប្រាក់ចំណូល ឬព័ត៌មានដទៃទៀត ដែលរកមើលថា តើនរណាមានលក្ខណៈសម្បត្តិ សម្រាប់ជំនួយការរ៉ាប់រងសុខភាព ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទទួលបាន SSN សូមចូលទៅ socialsecurity.gov, ឬទូរស័ព្ទសន្តិសុខសង្គមលេខ 1-800-772-1213 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទលេខ 1-800-325-0778 ។

7. តើអ្នកគ្រោងដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល ឆ្នាំក្រោយឬទេ ? អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ការរ៉ាប់រង ថ្វីបើអ្នកមិនដាក់សុំការវិល ត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធគឺ ។

បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរ a-c ។ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមឡើងទៅសំណួរ c ។

a. តើអ្នកនឹងដាក់សុំរួម ជាមួយប្តី/ ប្រពន្ធឬ ? បាទ/ចាស់ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់ ប្តី/ ប្រពន្ធ ៖ [Input field]

b. តើអ្នកនឹងទាមទារសេវាអនីតិជនពីផ្នែកណាម្នាក់ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធ របស់អ្នកឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ
ប្រសិនបើ ប្តី/ ប្រពន្ធ សូមសរសេរឈ្មោះនៃអនីតិជនពីផ្នែក : [Input field]

c. តើអ្នកនឹងទាមទារសេវាអនីតិជនពីផ្នែកណាម្នាក់ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធ របស់អ្នកឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់ សូមសរសេរឈ្មោះនៃអ្នកដាក់សុំពន្ធ ៖ [Input field] តើអ្នកជាប់ជាសាច់ឈាមជាមួយអ្នកដាក់សុំពន្ធឬទេ ? [Input field]

8. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ a. ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់ តើមានទារកប៉ុន្មាននាក់ ដែលរំពឹងទុកជាមុន ថានឹងមានក្នុងការមានផ្ទៃពោះនេះ ? [Input field]

9. តើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ ? ថ្វីបើអ្នកមានការរ៉ាប់រងក្តី នៅតែអាចមាននូវកម្មវិធី ដែលមានការរ៉ាប់រងល្អប្រសើរ ឬ មានតម្លៃកាន់តែទាបដងដែរ ។

បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់ ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងអស់ នៅខាងក្រោម ។ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមលេងទៅសំណួរអំពីថវិកា នៅលើទំព័រទី 3 ។ សូមទុកសំណួរទាំងអស់នៃទំព័រនេះ នៅទេ ។

10. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងកាយវិការ ឬ ផ្លូវសតិ និងផ្លូវចិត្ត ដែលធ្វើអោយមានកំហិតចំពោះសកម្មភាព (ដូចជាការដូតទឹក ការស្លៀកពាក់ កិច្ចការតូចតាចប្រចាំថ្ងៃ ។ល។) ឬរស់នៅក្នុងបន្ទប់ជួសជុល ឬគេហដ្ឋានរៀបរយឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ

11. តើអ្នកមានសញ្ជាតិអាមេរិក ឬ ជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ

12. តើអ្នកជាជនអនុញ្ញាតអាចចូលជាតិបូទេ ? (ជាទូទៅ នេះមានន័យថា អ្នកបានកើតក្រៅប្រទេសអាមេរិក)

បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ បំពេញ a និង b ។ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមបន្តទៅសំណួរលេខ 13 ។

a. លេខជនបរទេស ៖ [Input field] b. លេខសញ្ជាតិប័ណ្ណ [Input field] បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញ a និង b រួចហើយ សូមលេងទៅសំណួរលេខ 14 ។

13. ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអាមេរិក ឬ មានសញ្ជាតិអាមេរិក តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឬទេ ? បាទ/ចាស់ ។ ដាក់បញ្ចូលប្រភេទឯកសារ និង លេខអត្តសញ្ញាណ ។

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍	ប្រភេទស្ថានភាព (តាមជម្រើស)	សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក ដូចដែលមាននៅលើឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ។
[Input field]	[Input field]	[Input field]

លេខជនបរទេស ឬ I-94	លេខប័ណ្ណ ឬ ប័ណ្ណចម្លងដែន
[Input field]	[Input field]

ប័ណ្ណអត្តសញ្ញាណ SEVIS ឬកាលបរិច្ឆេទស្នាក់នៅ (តាមជម្រើស)	កត្តាដទៃទៀត (លេខក្រុម ឬ ប្រទេសនៃការចេញអោយ)
[Input field]	[Input field]

a. តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ

b. តើអ្នក ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ខ្ញុំ/ពួកគ្នារួមគ្នា ជាអតីតយុទ្ធជន ឬជាសមាជិក កងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិកសកម្មឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ

14. តើអ្នកត្រូវការជំនួយបង់សម្រាប់ប្តី/ ប្រពន្ធឬ កូនៗ ពីអំឡុង 3 ខែមកនេះ ឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ

15. តើអ្នករស់នៅជាមួយនឹងក្មេង យ៉ាងហោចម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ហើយតើអ្នកគឺជាអ្នកចម្បងដែលថែទាំក្មេងនេះ ឬទេ ? (សូមជ្រើស «បាទ/ចាស់» ប្រសិនបើអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធអ្នកថែទាំក្មេងនេះ ។) បាទ/ចាស់ ទេ

16. សូមប្រាប់ឈ្មោះនិងទំនាក់ទំនងនៃក្មេងណាម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ៖

[Input field]

17. តើអ្នកជានិស្សិតពេញម៉ោងឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ 18. តើអ្នកស្ថិតក្នុងការយកថវិកា នៅក្នុងអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ

តាមជម្រើស ៖ (សូមបំពេញទាំងអស់ ដែលជាក់លាក់ទាំង ។)

20. សញ្ជាតិ ៖ ជនជាតិស្បែកស ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក អាមេរិក ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬ អ្នកស្រុកអាទូស្ត ភីលីពីន ជប៉ុន កូរ៉េ ជនជាតិអាស៊ី ស្បែកក្រហម ចិន ដ្យុកណាម ជនជាតិអាស៊ីដទៃទៀត អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ទ្វីប ឆាម៉ឺ សាម៉ូ ជនជាតិកោះចាស់ហ្វីលីពីនដទៃទៀត ជាតិពន្ធដទៃទៀត [Input field]

? ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក ។ ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទយើងលេខ 1-800-318-2596 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសាណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអនីតិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទលេខ 1-855-889-4325 ។



ដំណាក់កាលទី 2 ៖ មនុស្សទី 1 (បន្តជាមួយរូបអ្នក ។)

ការងារបច្ចុប្បន្ន ឬ ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

ត្រូវបានជួលដោយ ៖ ប្រសិនបើអ្នកបច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានជួល សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ។ ចាប់ផ្តើមពីសំណួរទី 21 ។ មានគេជួលទេ ៖ រំលងទៅសំណួរទី 31 ។ ធ្វើការអោយខ្លួនឯង ៖ រំលងទៅសំណួរទី 30 ។

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1 ៖

21. ឈ្មោះរបស់និយោជក
a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក
b. ទីក្រុង c. រដ្ឋ d. លេខស៊ុបកូដ 22. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច
23. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃរៀន (មុននឹងពន្ធ) តាមម៉ោង មួយសប្តាហ៍ រៀនរាល់ 2 សប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ រៀនរាល់ខែ មួយឆ្នាំ
24. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀនរាល់សប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 2 ៖ (ប្រសិនបើអ្នកមានការបន្ថែមទៀត ហើយត្រូវការចន្លោះបន្ថែម សូមដាក់ត ភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាស ។)

25. ឈ្មោះរបស់និយោជក
a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក
b. ទីក្រុង c. រដ្ឋ d. លេខស៊ុបកូដ 26. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច
27. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃរៀន (មុននឹងពន្ធ) តាមម៉ោង មួយសប្តាហ៍ រៀនរាល់ 2 សប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ រៀនរាល់ខែ មួយឆ្នាំ
28. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀនរាល់សប្តាហ៍

29. ឯកសារអ្វីដែលអ្នកបាន ៖ ផ្លាស់ការងារ ឈប់ធ្វើការ ចាប់ផ្តើមធ្វើការពីរបីម៉ោង គ្មានជម្រើសទាំងនេះទេ

30. ប្រសិនបើធ្វើការអោយខ្លួនឯង សូមឆ្លើយ a និង b ៖
a. ប្រភេទនៃការងារ ៖
b. តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធប៉ុន្មាន (ប្រាក់ចំណេញបន្ទាប់ពីការចំណាយខាងពាណិជ្ជកម្មត្រូវបានបង់រួចហើយ) អ្នកនឹងទទួលបានពីការជួលខ្លួនឯងនេះ ខែនេះ? សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។

31. ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត ដែលអ្នកទទួលបាន ខែនេះ ៖ សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើអ្នកបានទទួលមមាញឹកយ៉ាងណាដែរ ។ បំពេញកន្លែងនេះ ប្រសិនបើគ្មានទេ ។ កំណត់សម្គាល់ ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើង អំពីប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង ប្រាក់អតីត យុទ្ធជន ឬប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភសន្តិសុខ (Supplemental Security Income, SSI) ។

ត្រូវបានបញ្ជូនដោយ ៖ គ្មានការងារ ប្រាក់រំលែក ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម គណនេយ្យចូលនិវត្តន៍ លោនអារក្សកិច្ចការទទួល ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីស្រុក/ ការសាត្រី ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីកម្រៃជួល/ កម្រៃអ្នកនិពន្ធ ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត ប្រភេទ ៖

32. ការកាត់បន្ថយអនុមាន សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើអ្នកបានទទួលមមាញឹកយ៉ាងណាដែរ ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វី មួយប្រភេទ ដែលត្រូវបានកាត់បន្ថយ នៅលើការរឹតត្បិត បំពេញប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សូមប្រាប់យើងអំពីអ្វី ៗទាំងនេះ អាចធ្វើអោយការកាត់បន្ថយសុខភាព ការតែចុះទាបខ្លះ ។

កំណត់សម្គាល់ ៖ អ្នកមិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ដែលអ្នកបង់ ឬតម្លៃដែលត្រូវបានគិតបញ្ចូលជាស្រាប់ នៅក្នុងចម្លើយចំពោះការជួលខ្លួនឯង (សំណួរ 30b) ។
បានបង់សោធន៍អារក្សកិច្ច ការកាត់បន្ថយអនុមានដទៃទៀត ប្រភេទ ៖ ការប្រាក់កម្ចីរបស់និស្សិត

33. បំពេញសំណួរនេះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ហាក់ដូចជាអ្នកគ្រាន់តែធ្វើការតែមួយ សម្រាប់ផ្នែកនៃឆ្នាំ ឬ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ សម្រាប់ខែមួយប្រភេទ ។ ប្រសិនបើអ្នករំពឹងទុកជាមុននូវការផ្លាស់ប្តូរចំពោះប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ សូមរំលងទៅមនុស្សបន្ទាប់ទៀត ។

ចំនួនប្រាក់ចំណូលសុទ្ធគ្រាន់ ៖ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធគ្រាន់រាយ (ប្រសិនបើអ្នកគិតថា វាមានចំនួនផ្សេងទៀត)

សូមអរគុណ! នេះគឺជាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងចង់ដឹងអំពីអ្នក ។



ដំណាក់កាលទី 2 ៖ មនុស្ស ទី 2 ៖

កំណត់សារ ៖ ប្រសិនបើមនុស្សនេះមិនត្រូវការការវាស់វែងសុខភាពទេ គ្រាន់តែឆ្លើយនឹង សំណួរ 1-10 នៅលើទំព័រនេះ ។ ធ្វើការចម្លងមួយនៃទំព័រ 4-5 ប្រសិនបើមានលើសពីមនុស្សលើសពី 2 នាក់ នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ។

បំពេញដំណាក់កាលទី 2 សម្រាប់អ្នក ប្តី/ប្រពន្ធ/ដៃគូ និងកូនៗ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬ នរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់សុំ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធទេ សូមចាំថា នៅតែដាក់បញ្ចូលសមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ។ សូមមើលទំព័រលេខ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតើត្រូវដាក់បញ្ចូល ។

1. ឈ្មោះហៅ ឈ្មោះកណ្តាល ឈ្មោះត្រកូល អក្សរចុង

2. ទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សទី 1? សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។ 3. តើមនុស្សទី 2 រៀបការហើយឬនៅ? 4. កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត (mm/dd/yyyy) 5. ភេទ

6. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) យើងត្រូវការនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការវាស់វែងសុខភាព សម្រាប់មនុស្សទី 2 និងមនុស្សទី 2 មាន SSN ។

7. តើមនុស្សទី 2 រស់នៅដោយឯកជនដែរឬទេ ដូចជាមនុស្សទី 2 មាន SSN ។ ប្រសិនបើទេ សរសេររាយការណ៍សង្គម ៖

8. តើមនុស្សទី 2 គ្រាន់ដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល ឆ្នាំក្រោយឬទេ? អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ការវាស់វែង ថ្វីបើមនុស្សទី 2 មិនដាក់សុំការវិល ត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធក្តី ។

9. តើមនុស្សទី 2 មានផ្ទះព្រះបុរេទេ? ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់ តើមានទារកប៉ុន្មាននាក់ ដែលរំពឹងទុកជាមុន ថានឹងមានក្នុងការរដ្ឋបាលនេះ? ។

10. តើមនុស្សទី 2 ត្រូវការវាស់វែងសុខភាពឬទេ? (ថ្វីបើមនុស្សទី 2 មានការវាស់វែងក្តី នៅតែអាចមាននូវកម្មវិធី ដែលមានការវាស់វែងល្អ ប្រសើរ ឬ មានតម្លៃកាន់តែទាបផងដែរ ។)

11. តើមនុស្សទី 2 មានធានារ៉ាប់រងកម្មវិធីសុខភាព ផ្លូវសតិ និងផ្លូវចិត្ត ដែលធ្វើអោយមានកំហិតចំពោះសកម្មភាព (ដូចជាការរដ្ឋធានី ការស្លៀកពាក់ កិច្ចការតូចតាចប្រចាំថ្ងៃ ។ល។) ឬរស់នៅក្នុងបន្ទប់ជួសជុល ឬគ្របដណ្តប់ព្យាបាលឬទេ? ។

12. តើមនុស្សទី 2 មានសញ្ញាភិកាមេរិក ឬ ជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ? ។

13. តើមនុស្សទី 2 ជាជនអនុញ្ញាតអាចចូលជាតិឬទេ? (ជាទូទៅ នេះមានន័យថា ពួកគេបានកើតក្រៅប្រទេសអាមេរិក) បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញ a និង b រួចហើយ សូមមើលទៅសំណួរលេខ 15 ។

14. ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 មិនមែនជាជាតិអាមេរិក ឬ មានសញ្ញាភិកាមេរិកទេ តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឬទេ? ជាតិបញ្ចូលប្រភេទឯកសារ និង លេខអត្តសញ្ញាណ ។ សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។

លេខជនបរទេស ឬ I-94 លេខប័ណ្ណ ឬ ប័ណ្ណចម្លងដែន

ប័ណ្ណអត្តសញ្ញាណ SEVIS ឬកាលបរិច្ឆេទហ្វូសអណត្តិ (តាមជម្រើស) កត្តាដៀក (លេខក្រុម ឬ ប្រទេសនៃការចេញអាយ)

15. តើមនុស្សទី 2 ធ្លាប់បានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? ។ តើមនុស្សទី 2 ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ដៃគូ/ម្តាយរបស់អ្នក ជាអតិថិជន ឬជាសមាជិក កងពលសហរដ្ឋអាមេរិកសកម្មឬទេ? ។

16. តើមនុស្សទី 2 រស់នៅជាមួយនឹងក្មេង យ៉ាងណាម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ហើយតើអ្នកគិតជាអ្នកចម្បងដែលថែទាំក្មេងនេះ ឬទេ? (សូមជ្រើស បាទ/ចាស់- ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 ឬប្តី/ប្រពន្ធខ្លួន ថែទាំក្មេងនេះ ។) ។

17. សូមប្រាប់ឈ្មោះនិងទំនាក់ទំនងនៃក្មេងណាម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក នៅក្នុងផ្ទះសំបែងរបស់អ្នក ៖ (កត្តាទាំងនេះ អាចជាក្មេង ៗដែល ដែលបានសរសេរនៅលើទំព័រទី 2)

18. តើមនុស្សទី 2 ស្ថិតក្នុងការយកមកចិញ្ចឹម នៅក្នុងអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬទេ? ។

19. តើមនុស្សទី 2 មានការធានារ៉ាប់រង តាមរយៈការងារ ហើយ បាត់បង់ ក្នុងអំឡុង 3 ខែកន្លងមកនេះឬទេ? ។

20. តើមនុស្សទី 2 ជានិស្សិតពេញចំណេះទេ? ។

22. សញ្ជាតិ ៖ ជនជាតិស្បែកស ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក អាមេរិក ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬ អ្នកស្រុកអាឡាស្កា កីលីពីន ជប៉ុន កូរ៉េ ជនជាតិអាស៊ី ស្បែកក្រហម ចិន រុស្ស៊ី ជនជាតិអាស៊ីដៀក អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ភ្នំ ឬ ឆាម៉ូ លាម៉ូន ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដៀក ជាតិពន្ធុដៀក

កុំបំពេញឡើយ ។ នេះពុំមែនជាទម្រង់បែបបទទេ ។



ទំព័រលេខ 5 នៃទំព័រលេខ 7

ដំណាក់កាលទី 2 ៖ មនុស្ស ទី 2 ៖

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលណាដែល មនុស្សទី 2 ទទួលបាន ។
បំពេញទំព័រនេះ ថ្ងៃ មនុស្សទី 2 មិនត្រូវការការវាស់វែងសុខភាពទេ ។

ការងារបច្ចុប្បន្ន ឬ ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

ត្រូវបានជួលដោយ ៖ ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 បច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានជួល សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ។ ចាប់ផ្តើមពីសំណួរទី 23 ។
 មានគេជួលទេ ៖ រំលងទៅសំណួរទី 33 ។
 ធ្វើការអោយខ្លួនឯង ៖ រំលងទៅសំណួរទី 32 ។

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1 ៖

23. ឈ្មោះរបស់និយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក

b. ទីក្រុង

c. រដ្ឋ

d. លេខស៊ុបកូដ

24. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច () - - - - -

25. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ) តាមម៉ោង មួយសប្តាហ៍ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍

\$

ពីរដងក្នុងមួយខែ រៀងរាល់ខែ មួយឆ្នាំ

26. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 2 ៖ (ប្រសិនបើ មនុស្សទី 2 មានការងារចម្លែក សូមដាក់តភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសមួយទៀត)

27. ឈ្មោះរបស់និយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក

b. ទីក្រុង

c. រដ្ឋ

d. លេខស៊ុបកូដ

28. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច () - - - - -

29. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ) តាមម៉ោង មួយសប្តាហ៍ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍

\$

ពីរដងក្នុងមួយខែ រៀងរាល់ខែ មួយឆ្នាំ

30. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

31. ក្នុងឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើមនុស្សទី 2 បាន ៖ ផ្លាស់ការងារ ឈប់ធ្វើការ ចាប់ផ្តើមធ្វើការពីរបីម៉ោង គ្មានជម្រើសទាំងនេះទេ

32. ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 បានធ្វើការអោយខ្លួនឯង ឆ្លើយនឹងសំណួរខាងក្រោម ៖

a. ប្រភេទនៃការងារ ៖

b. តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធប៉ុន្មាន (ប្រាក់ចំណេញបន្ទាប់ពីការចំណាយខាងពាណិជ្ជកម្មត្រូវបានបង់រួចហើយ) មនុស្សទី 2 នឹងទទួលបានពីការជួលខ្លួនឯងនេះ ខែនេះ? សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។

\$

33. ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀតដែល មនុស្សទី 2 ទទួលបានខែនេះ ៖ សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើមនុស្សទី 2 បានទទួលមាតិកាយ៉ាងណាដែរ ។ បំពេញកន្លែងនេះ ប្រសិនបើគ្មានទេ ។

កំណត់សម្គាល់ ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើង អំពីប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង ប្រាក់អតីត យុទ្ធជន ឬប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភសន្តិសុខ (Supplemental Security Income, SSI) មនុស្សទី 2 ។

<input type="radio"/> គ្មានការងារ	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?	<input type="radio"/> ធានារ៉ាប់រងសុខភាព	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?
<input type="radio"/> ប្រាក់រ៉ឺម៉ក	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?	<input type="radio"/> ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីស្រុក/ការរកស៊ី	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?
<input type="radio"/> ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?	<input type="radio"/> ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីកម្រៃជួល/កម្រៃអ្នកនិពន្ធ	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?
<input type="radio"/> គណនេយ្យចូលនិវត្តន៍	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?	<input type="radio"/> ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?

34. ការកាត់បន្ថយអនុមាន សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើមនុស្សទី 2 បានទទួលមាតិកាយ៉ាងណាដែរ ។ ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វី ៗមួយប្រភេទ ដែលត្រូវបានកាត់បន្ថយ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សូមប្រាប់យើងអំពីអ្វី ៗទាំងនេះ អាចធ្វើអោយការវាស់វែងសុខភាព កាន់តែចុះទាបខ្លះ ។

កំណត់សម្គាល់ ៖ អ្នកមិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ដែលមនុស្សទី 2 បង់ ឬកម្រៃដែលត្រូវបានគិតបញ្ចូលជាស្រាប់ នៅក្នុងចម្លើយចំពោះការជួលខ្លួនឯង (សំណួរ 32b) ។

<input type="radio"/> បានបង់សោធន៍អារហារកិច្ច	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?	<input type="radio"/> ការកាត់បន្ថយអនុមានដទៃទៀត	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?
<input type="radio"/> ការប្រាក់កម្ចីរបស់និស្សិត	\$	ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?	ប្រភេទ ៖		

35. បំពេញសំណួរនេះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់មនុស្សទី 2 ផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ហាក់ដូចជាអ្នកគ្រាន់តែធ្វើការតែមួយ សម្រាប់ផ្នែកនៃឆ្នាំ ឬ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ សម្រាប់ខែមួយប្រភេទ ។ ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 រំពឹងទុកជាមុននូវការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ សូមរំលងទៅមនុស្សបន្ទាប់ទៀត ។

ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ មនុស្សទី 2 សម្រាប់ឆ្នាំនេះ \$

ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ មនុស្សទី 2 សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ \$

សូមអរគុណ! នេះគឺជាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងចង់ដឹងអំពីមនុស្សទី 2 ។



ដំណាក់កាលទី 3 ៖ ជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬអ្នកស្រុកអាឡាស្កា (AI/AN) សមាជិកគ្រួសារ

1. តើអ្នក ឬ នរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ជាជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬអ្នកស្រុកអាឡាស្កា ?
 ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមបន្តទៅដំណាក់កាលទី 4 ។ បាទ/ចាស ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស បន្តទៅដំណាក់កាលទី 4 រួមទាំងសេចក្តីបន្ថែម B និងដាក់បញ្ចូលជាមួយទម្រង់បែបបទ ។

ដំណាក់កាលទី 4 ៖ ការរ៉ាប់រងសុខភាពគ្រួសាររបស់អ្នក

1. រៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកបានទទួលឥណទានពន្ធទូលំទូលាយ តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធ និង សម្របសម្រួលឥណទានពន្ធទូលំទូលាយណាមួយដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់ឬទេ ?
 បាទ/ចាស ឥណទានពន្ធទូលំទូលាយត្រូវបានសម្របសម្រួលហើយ ។ បំពេញក្នុងរង្វង់ ប្រសិនបើកត្តាទាំងអស់នៃកត្តាទាំងនេះ ទាក់ទងនឹងអ្នក ៖
 • អ្នកបានប្រើការបង់ប្រាក់ទុកជាមុន នៃឥណទានពន្ធទូលំទូលាយ (APTC) ក្នុងឆ្នាំ ឬច្រើនជាងកន្លងមកនេះ ដើម្បីជួយបន្ថយការប្រែប្រួលរបស់អ្នក សម្រាប់ការរ៉ាប់រងទីផ្សារ ។
 • អ្នកដាក់សុំពន្ធសម្រាប់ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក បានដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សម្រាប់រៀងរាល់ឆ្នាំនៃឆ្នាំទាំងនេះ ។
 • អ្នកដាក់សុំពន្ធបានដាក់បញ្ចូលទម្រង់ IRS Form 8962 (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/) ជាមួយការវិលត្រឡប់ពន្ធ ។

2. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ដែលត្រូវបានកម្រិតថ្នាក់នៃសម្បត្តិសម្រាប់ Medicaid ឬ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ Children's Health Insurance Program (CHIP) ក្នុងអំឡុង 90 ថ្ងៃកន្លងមក ឬទេ ? (ជ្រើសយក បាទ/ចាស តែប្រសិនបើនរណាម្នាក់ត្រូវបានកម្រិតថ្នាក់នៃសម្បត្តិសម្រាប់ ការរ៉ាប់រងនេះដោយរដ្ឋរបស់អ្នក មិនមែនដោយទីផ្សារ ទេ ។) បាទ/ចាស ទេ
 នរណា ? _____

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវបានកម្រិតថ្នាក់នៃសម្បត្តិសម្រាប់ Medicaid ឬ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ (CHIP) ដោយព្រះតេស្តានភាពអន្តោប្រវេសន៍សន្ទនា តាំងពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលាឆ្នាំ 2013 ឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ
 នរណា ? _____

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រង ក្នុងអំឡុងពេលបើកទ្វារចុះឈ្មោះទីផ្សារឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ
 នរណា ? _____

3. តើមាននរណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវបានផ្តល់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ពីការងារឬទេ ? សូមគូសយកចិត្តទុកដាក់លើការរ៉ាប់រង គឺមកពីការងាររបស់នរណាម្នាក់ទៀត ដូចជា ឪពុក/ម្តាយ ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ថ្វីបើពួកគេមិនទទួលបានការរ៉ាប់រង ។
 បាទ/ចាស ។ បន្តទៅមុខ រួចហើយ បញ្ចប់សេចក្តីបន្ថែម A ។ តើនេះគឺជាគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍និយោជិករដ្ឋឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ ។

4. តើមាននរណាម្នាក់បានចុះឈ្មោះជាមួយការរ៉ាប់រងសុខភាព ឥឡូវនេះឬទេ ?
 បាទ/ចាស ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមបន្តទៅសំណួរលេខ 6 ។ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅដំណាក់កាលលេខ 5 ។

5. ព័ត៌មានអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្ននេះ ។ (ធ្វើការចម្លងនៃទំព័រនេះ ប្រសិនបើមានមនុស្សលើសពី 2 នាក់មានការរ៉ាប់រង សុខភាពឥឡូវនេះ ។) សូមសរសេរប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ដូចជាការធានារ៉ាប់រងនយោជិក COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋទៀត ។ (សូមប្រាប់យូអេសអិល ។) TRICARE ប្រសិនបើអ្នកមាន Direct Care ឬ Line of Duty ។)

ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព

ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖
 ការធានារ៉ាប់រងនយោជិក COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋទៀត

ប្រសិនបើវាគឺជាការធានារ៉ាប់រងនយោជិក ៖ (អ្នកក៏គប្បីនឹងបំពេញ សេចក្តីបន្ថែម A ។)
 ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____ លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ _____

ប្រសិនបើវាគឺជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ៖ សូមបំពេញការរ៉ាប់រងសុខភាពទីផ្សារនេះឬទេ ?
 ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____ លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ _____

តើវាគឺជាគម្រោងមានអត្ថប្រយោជន៍មានកំហិតមួយ ដូចជាប័ណ្ណសន្យាគ្រោះ ថ្នាក់នៅសាលារៀនមួយឬ ? បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព

ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖
 ការធានារ៉ាប់រងនយោជិក COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋទៀត

ប្រសិនបើវាគឺជាការធានារ៉ាប់រងនយោជិក ៖ (អ្នកក៏គប្បីនឹងបំពេញ សេចក្តីបន្ថែម A ។)
 ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____ លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ _____

ប្រសិនបើវាគឺជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ៖ សូមបំពេញការរ៉ាប់រងសុខភាពទីផ្សារនេះឬទេ ?
 ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព _____ លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ _____

តើវាគឺជាគម្រោងមានអត្ថប្រយោជន៍មានកំហិតមួយ ដូចជាប័ណ្ណសន្យាគ្រោះ ថ្នាក់នៅសាលារៀនមួយឬ ? បាទ/ចាស ទេ



ដំណាក់កាលទី 5 ៖ សេចក្តីយល់ព្រម និង ហត្ថលេខារបស់អ្នក

1. តើអ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតអោយទីផ្សារដើម្បីប្រើទិន្នន័យព័ត៌មាន រួមមានព័ត៌មានការវិលត្រឡប់ពន្ធ សម្រាប់ 5 ឆ្នាំក្រោយមក ឬ ? បាទ/ចាស ទេ

ដើម្បីធ្វើអោយការងាររបស់យើង ដើម្បីសម្របសម្រួលការសម្របសម្រួលសម្រាប់ការងាររបស់អ្នក សម្រាប់ការជួយបង់សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក ក្នុងបណ្តាឆ្នាំអនាគត អ្នកអាចយល់ព្រមដើម្បីអនុញ្ញាតអោយទីផ្សារ ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលទាន់សម័យ រួមមានព័ត៌មានព័ត៌មានវិលត្រឡប់ពន្ធ ។ ទីផ្សារនឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងមួយ និងអនុញ្ញាតអោយអ្នកធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ។ ទីផ្សារនឹងធានាថា អ្នកនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិ និងប្រហែលនឹងស្មារតីអោយផ្តល់ជាការស្តាប់ ថាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនៅតែ មានលក្ខណៈសម្បត្តិ ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសឈ្មោះចេញ ពេលណាក៏បានដែរ ។

ប្រសិនបើជាចម្លើយទេ សូមធ្វើឱ្យព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទាន់សម័យដោយស្វ័យប្រវត្តិ សម្រាប់ ៖

4 ឆ្នាំ 2 ឆ្នាំ សូមកុំប្រើទិន្នន័យពន្ធរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើអោយលក្ខណៈសម្បត្តិមានសុពលភាពម្តងទៀត សម្រាប់ការជួយបង់សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក (ការជ្រើសយកជម្រើសនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នក ដើម្បីនឹងទទួលបានជំនួយសម្រាប់ការងាររបស់អ្នក សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក ក្នុងពេលធ្វើអោយមានសុពលភាពម្តងទៀត ។)

2. តើមាននរណាម្នាក់កំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ធ្លាប់បានជាប់ឃុំ (ជាប់គុក) ឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស ប្រាប់ឈ្មោះមនុស្សនោះដល់យើង ៖ តើឈ្មោះនៃអ្នកជាប់គុកមន្ទីរឃុំគឺ ៖ បំពេញក្នុងកន្លែងនេះ ប្រសិនបើមនុស្សនោះកំពុងតែប្រឈមមុខនឹងទំនោរនៃ ការដាច់ទោស ។

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ មានលក្ខណៈចំពោះ Medicaid ៖

- ខ្ញុំកំពុងតែផ្តល់ដល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid នូវសិទ្ធិរបស់យើង ដើម្បីដឹកកាយ និង ទទួលយកប្រាក់កាសប៊ី ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដំណោះស្រាយខាងច្បាប់ ឬកាតិចីប៊ីនានាទៀត ។ ខ្ញុំកំពុងតែផ្តល់សិទ្ធិដល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid ដើម្បីដឹកកាយ និងទទួលការគាំទ្រខាងវេជ្ជកម្ម ពីថ្មី ឬប្រពន្ធ ឬឪពុកម្តាយ ។
- តើមានកូនណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ មានឪពុក ឬម្តាយកំពុងតែ រស់នៅក្រៅផ្ទះឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ
- ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេស្នើសុំអោយចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ងារ ដែលប្រមូលការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ពីឪពុក ឬម្តាយអវត្តមាន ។ ប្រសិនបើ ខ្ញុំគិតថាការចូលរួមដើម្បីនឹងប្រមូលការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រនឹងប៉ះទង្គិចដល់ខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចប្រាប់ដល់ Medicaid ហើយខ្ញុំនឹងមិនអាច ចូលរួមបានឡើយ ។
- ខ្ញុំកំពុងតែចុះហត្ថលេខាទម្រង់បែបបទនេះ នៅក្រោមការពិន័យនៃការរក្សា ដែលមានន័យថាខ្ញុំបានផ្តល់ចម្លើយពិត ចំពោះសំណួរទាំងអស់នៅលើទម្រង់នេះ យ៉ាងអស់ពីដំរីរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចស្ថិតនៅក្រោមការពិន័យនៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើ ខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ និងមិនពិតដោយចេតនា ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ដល់ទីផ្សារការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងអំឡុង 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ (ប្រសិនបើខុស) ពីអ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរ នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ។ ខ្ញុំអាចចូលទៅ HealthCare.gov ឬទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** ដើម្បីអោយការណែនាំការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ នៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអាចប៉ះពាល់ដល់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ ក៏ដូចជាលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់សមាជិកនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ ខ្ញុំ ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការសម្រេចនឹងត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយផ្អែក ទៅលើសញ្ជាតិ សម្បុរ និងស្រុកកំណើត ភេទ អាយុ ទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណ ភេទ ឬ អសមត្ថភាព ។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យសុំទុក នៃការអើងប្រកាន់ដោយការចូលទៅ www.hhs.gov/ocr/office/file ។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននោះនៅលើទម្រង់នេះ នឹងត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្របសម្រួលលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការងាររបស់អ្នក ជួយបង់សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក (ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើ) និងសម្រាប់គោលបំណងស្របតាមច្បាប់នៃទីផ្សារ និង កម្មវិធីដែលជួយបង់សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក ។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធានាថាមានលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការ ជួយបង់សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសដាក់ពាក្យសុំ ។ យើងនឹងធានាថាទិន្នន័យរបស់អ្នក ដោយការប្រើព័ត៌មាននៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអម្បិចត្រូនិច ពី សេវាប្រាក់ចំណូលពន្ធក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) សន្តិសុខសង្គម ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ និង/ឬ ទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ នៃអ្នកប្រើប្រាស់ ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានមិនស្មើគ្នាទេ យើងនឹងស្នើសុំអ្នកអោយធ្វើការស្តាប់យើង ។

តើខ្ញុំគប្បីធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើខ្ញុំជឿថា លទ្ធផលនៃលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ ថាខុស ?

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងអ្វីដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទេ អ្នកអាចស្នើសុំនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ។ សូមពិនិត្យមើលសេចក្តីជូនដំណឹងនៃលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកឡើងវិញ ដើម្បី នឹងសេចក្តីណែនាំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដាក់លាក់ចំពោះជនម្នាក់ ។ វិធីដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក រួមមានចំនួនថ្ងៃដែលអ្នកមាន ដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ។ នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ដើម្បីពិចារណា នៅពេលស្នើសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ៖

- អ្នកអាចពឹងនរណាម្នាក់ ស្នើសុំ ឬចូលរួមនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចង់ ។ មនុស្សនោះអាចជាមិត្ត ញាតិមិត្ត មេធាវី ឬគ្រូបង់ទៀតម្នាក់ ។ ឬ អ្នកអាចស្នើសុំ និងចូលរួមក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយខ្លួនអ្នក ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកអាចក្លាយជាលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការងាររបស់អ្នក ខណៈពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កំពុងតែមានដំណើរការ ។
- លទ្ធផលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ អាចផ្លាស់ប្តូរលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក ឯទៀតនៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ។

ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះលទ្ធផលលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សូមចូល ទៅ HealthCare.gov/marketplace-appeals/ ។ ឬសូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬប្តឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬប្តឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ចំពោះទីផ្សារការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្ស 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 ។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការទិញការងាររបស់អ្នក តាមរយៈទីផ្សារ អំឡុងពេលការចុះ ឈ្មោះ ឥណទានពន្ធការកាត់បន្ថយដោយការរំលែកការចំណាយ កម្មវិធី Medicaid, និង CHIP ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបដិសេធនូវអ្វី ៗទាំងនេះ ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ឥណទានពន្ធ ឬ ការកាត់បន្ថយដោយការរំលែកការចំណាយ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នូវចំនួនដែលយើង បានសម្រេចថាអ្នកអាចនឹងទទួលបាន ។ ផ្អែកទៅលើរដ្ឋរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈទីផ្សារ ឬអ្នកអាចស្នើសុំនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ជាមួយទីភ្នាក់ងារ Medicaid ឬ CHIP ផ្ទៃ ។

មនុស្សទី 1 ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាត្រង់នេះ ជាបណ្តាមនុស្សទី 1 បានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបន្ថែម C ។

ហេតុលេខា កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា (mm/dd/yyyy)

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែចុះហត្ថលេខាទម្រង់បែបបទនេះ ក្រោមអំឡុងពេល ការបើកទទួលការចុះឈ្មោះ (-សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានានៃជីវិត-) ។

ដំណាក់កាលទី 6 ៖ ធ្វើទម្រង់បែបបទបានបំពេញរួចហើយ



ធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅ ៖
Health Insurance Marketplace
 Dept. of Health and Human Services
 465 Industrial Blvd.
 London, KY 40750-0001



ប្រសិនបើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ចុះឈ្មោះ នៅ www.eac.gov.

? ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក ឬ ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមួយយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការសរសេរណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។

ទទួលជំនួយក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់អ្នកកំពុងតែជួយ មានសំណួរអំពីទីផ្សារការធានា រ៉ាប់រងសុខភាព អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីទទួលជំនួយ និង ព័ត៌មានក្នុងភាសារបស់ អ្នក ដោយមិនអស់លុយឡើយ ។ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** ។

នេះគឺជាបញ្ជីភាសាមានជូន និងសារជំរើងដដែល បានផ្តល់នៅខាងលើ នៅក្នុងភាសាអង់គ្លេស ៖

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

ទទួលជំនួយក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស (បន្តទៀត)

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。



សេចក្តីបន្ថែម A

ការរ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ លើកលែងតែមាននរណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសារ មានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារមួយ ធ្វើបើពួកគេមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងទេ ។
ដាក់ត្រាប្រាប់សំណើនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ការងារនីមួយៗ ដែលផ្តល់នូវការរ៉ាប់រង ។

សូមប្រាប់យើងអំពីការងារដែលផ្តល់នូវការរ៉ាប់រង ។

ធ្វើសំណើនៃទំព័រនេះ ហើយយកវាទៅនយោជក ដែលផ្តល់ការរ៉ាប់រង ដើម្បីជួយ អ្នកឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ ។

ព័ត៌មាននិយោជិត

1. ឈ្មោះនិយោជិត (ឈ្មោះហៅ, ឈ្មោះកណ្តាល, ឈ្មោះត្រកូល)	2. លេខសន្តិសុខសង្គមនិយោជិត (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ព័ត៌មាននយោជក

3. ឈ្មោះរបស់នយោជក/ ក្រុមហ៊ុន	
<input type="text"/>	
4. លេខអត្តសញ្ញាណរបស់នយោជក (Employer Identification Number, EIN)	5. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ឥឡូវនេះ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាននៃជន ឬ ក្រសួង ដែលចាត់ចែងអត្ថប្រយោជន៍ របស់និយោជិត ។ យើងអាចទាក់ទងជននេះ ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ៖

6. ជនឬក្រសួង ដែលយើងអាចទំនាក់ទំនង អំពីការរ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជិត ។		
<input type="text"/>		
7. អាសយដ្ឋាននយោជក (ទីផ្សារប្រហែលនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ទៅកាន់ អាសយដ្ឋាននេះ)		
<input type="text"/>		
8. ទីក្រុង	9. រដ្ឋ	10. លេខស៊ុបកូដ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនបើមាននៅខាងលើ)	12. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ៖	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. តើនិយោជិតកំពុងតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងបានផ្តល់ដោយ នយោជកនេះ ឬតើនិយោជិតនឹងក្លាយទៅជាមានលក្ខណៈសម្បត្តិ ក្នុងអំឡុង 3 ខែទៅមុខឬទេ ?

ប្រសិនបើបាទ/ចាស (បន្តទៅមុខ) ទេ (នយោជក ៖ ឈប់ ហើយបញ្ជូនទម្រង់នេះទៅនិយោជិតវិញ ។)
 និយោជិត ៖ ផ្ញើត្រឡប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក សម្រាប់ការរ៉ាប់រងទីផ្សារ ។)

a. ប្រសិនបើនិយោជិតមានលក្ខណៈសម្បត្តិទូទៅ រួមជាមួយលទ្ធផលនៃពេលវេលារង់ចាំ ឬសាកល្បង នៅពេលនិយោជិតមានលក្ខណៈសម្បត្តិ សំរាប់ការរ៉ាប់រងឬទេ? (mm/dd/yyyy)

b. តើនយោជកផ្តល់គម្រោងសុខភាព ដែលរ៉ាប់រងប្តី ឬ ប្រពន្ធ ឬ អ្នកពឹង ផ្អែកលើនិយោជិតឬទេ ?

បាទ/ចាស ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើជានរណាទៅ? ប្តី/ ប្រពន្ធ អ្នកពឹងផ្អែក ទេ (សូមទៅសំណួរលេខ 14 ។)

បញ្ជីឈ្មោះរបស់អ្នករៀន នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់និយោជិត មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការរ៉ាប់រងពីការងារនេះ ។

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះ:

បន្តទៅទំព័រក្រោយ

កុំបំពេញឡើយ ។ នេះពុំមែនជាទម្រង់បែបបទទេ ។

សូមប្រាប់យើងអំពីគម្រោងសុខភាព ត្រូវបានផ្តល់ដោយ នយោជកនេះ ។

14. តើនយោជកផ្តល់គម្រោងសុខភាព មានលិខិតណាមួយ ទេ? *

- បាទ/ចាស (សូមទៅសំណួរលេខ 15 ។) ទេ (ឈប់ ហើយបញ្ជូនទម្រង់នេះទៅនិយោជកវិញ ។)

15. តើនិយោជកនឹងបង់ប្រាក់ប៉ុណ្ណាសម្រាប់តម្លៃទាបបំផុតនៃគម្រោង ផ្តល់ទៅដល់និយោជិត លើកលែងតែមានលិខិតណាមួយចំពោះបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ទេ* តែប៉ុណ្ណោះ? កុំដាក់បញ្ចូលគម្រោងគ្រួសារឡើយ ។

កំណត់សម្គាល់ : ប្រសិនបើនយោជកផ្តល់កម្មវិធីសុខុមាលភាព សូមជ្រើសយកការរ៉ាប់រងទំលុយដេលនិយោជិតនឹងបង់ ប្រសិនបើនិយោជិតទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃអតិបរមាសម្រាប់ការផ្តាច់កម្មវិធីថ្នាំជក់ ឬមិនទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃដទៃទៀត ផ្អែកទៅលើកម្មវិធីសុខុមាលភាព ។

a. និយោជិតនឹងបង់ការធានាទូលំទូលាយ ៖ \$

កំណត់សម្គាល់ : ដាក់ចូលនូវចំនួនទាបបំផុត ដែលនយោជកអាចបំប្រែសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ។

- b. និយោជិតនឹងបង់ចំនួននេះ ៖ រាល់សប្តាហ៍ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ ម្តងមួយខែ រាល់បីខែ រាល់ឆ្នាំ

(ទៅសំណួរបន្ទាប់) ។

16. តើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះ ដែលនយោជកនឹងធ្វើ ចំពោះគម្រោងឆ្នាំថ្មី ?

នយោជកមិនផ្តល់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ចំនឹងកាលបរិច្ឆេទនេះ ៖ (mm/dd/yyyy)

/ /

ចំនួនគម្រោងទូលំទូលាយនឹងផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់គម្រោងតម្លៃទាបបំផុត ដែលមានលិខិតណាមួយចំពោះបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា* ហើយមានសម្រាប់និយោជិត តែប៉ុណ្ណោះ ។ (ការរ៉ាប់រងទូលំទូលាយនឹងគ្រាន់តែបង្ហាញនូវការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់ការផ្តាច់ កម្មវិធីថ្នាំជក់ប៉ុណ្ណោះ ។ សូមមើលសំណួរទី 15) ។

a. និយោជិតនឹងបង់ការធានាទូលំទូលាយ ៖ \$

- b. ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់សប្តាហ៍ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ ម្តងមួយខែ រាល់បីខែ រាល់ឆ្នាំ

c. កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ ៖ (mm/dd/yyyy)

/ /

ខ្ញុំមិនដឹងថា បើសិននិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរឡើយ ។

នយោជកនឹងមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៃការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ឡើយ ។

* គម្រោងសុខភាពមានលិខិតណាមួយចំពោះបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ប្រសិនបើបង់ប្រាក់យ៉ាងហោចណាស់ 60% នៃតម្លៃសរុបនៃសេវាខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់បទដ្ឋានប្រជាភិវឌ្ឍន៍ និងផ្តល់ការរ៉ាប់រងយ៉ាងធំ ចំពោះសេវាមន្ទីរពេទ្យ និងវេជ្ជបណ្ឌិត ។ គម្រោងមូលដ្ឋានការងារភាគច្រើន មានលិខិតណាមួយចំពោះបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ។



ទម្រង់ត្រូវបានអនុម័ត B



ទម្រង់ត្រូវបានអនុម័ត C

ជំនួយជាមួយការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ

សម្រាប់អ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្ទង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារ បុគ្គលិកសុខាភិបាល និងអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធប្រកាសព័ត៌មានសាធារណៈ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្ទង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារ បុគ្គលិកសុខាភិបាលមានវិញ្ញាប័ណ្ណប្រកាសព័ត៌មានសាធារណៈ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សម្រាប់នរណាម្នាក់ទៀត ។

1. បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្ទង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារ បុគ្គលិកសុខាភិបាលមានវិញ្ញាប័ណ្ណប្រកាសព័ត៌មានសាធារណៈ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សម្រាប់នរណាម្នាក់ទៀត ។ (mm/dd/yyyy)	
<input type="text"/>	
2. ឈ្មោះហៅ ឈ្មោះកណ្តាល និងឈ្មោះត្រកូល និង តួអក្សរចុង	
<input type="text"/>	
3. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន	
<input type="text"/>	
4. លេខអត្តសញ្ញាណ (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ)	5. សម្រាប់ភ្នាក់ងារ/បុគ្គលិកសុខាភិបាល ៖ លេខ NPN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

អ្នកអាចជ្រើសរើសអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិម្នាក់ ។

អ្នកអាចផ្តល់ដល់អ្នកអាចទុកចិត្តបាននូវការអនុញ្ញាត ដើម្បីនិយាយអំពីទម្រង់បែបបទនេះជាមួយយើង មើលព័ត៌មានរបស់អ្នក និងតំណាងអោយអ្នក ចំពោះរឿងរ៉ាវទាក់ទងនឹងទម្រង់បែបបទនេះ រួមមានការទទួលព័ត៌មានអំពី ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក និងការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក ជំនួសអ្នក ។ ជននេះត្រូវបានហៅថា «អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ ។» ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរ ឬដកឈ្មោះតំណាងមានសិទ្ធិរបស់អ្នក សូមទំនាក់ទំនងទីផ្សារ ។ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាអ្នកតំណាងបានចាត់តាំងតាមច្បាប់ សម្រាប់នរណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ សូមដាក់បង្ហាញភស្តុតាងជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ ។

1. ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ (ឈ្មោះហៅ ឈ្មោះកណ្តាល និងឈ្មោះត្រកូល)		
<input type="text"/>		
2. អាសយដ្ឋាន	3. លេខផ្ទះឈ្នួល ឬ លេខបន្ទប់ធំ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. ទីក្រុង	5. រដ្ឋ	6. លេខស៊ុបកូដ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. លេខទូរស័ព្ទ (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន		
<input type="text"/>		
9. លេខអត្តសញ្ញាណ (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ)		
<input type="text"/>		

ដោយការចុះហត្ថលេខា អ្នកអនុញ្ញាតអោយមនុស្សនេះចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ បែបបទអ្នក ទទួលព័ត៌មានផ្លូវការអំពីទម្រង់បែបបទនេះ ហើយតំណាងអោយអ្នក ចំពោះរឿងរ៉ាវទាំងអស់នានាគត ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទម្រង់បែបបទនេះ ។

10. ហត្ថលេខានៃមនុស្សទី 1 ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ	11. កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





សេចក្តីបន្ថែម D

សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃជីវិត

(អ្នកត្រូវតែបំពេញកន្លែងសំណល់ទាំងអស់នៃទម្រង់បែបបទនេះ រួមជាមួយនឹង ទំព័រនេះ ១ សូមកុំដាក់បញ្ចូលតែទំព័រនេះតែឯកឯកឡើយ ១)

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់មានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ បានមានបទពិសោធន៍ នូវការផ្លាស់ប្តូរដាក់ច្បាប់មួយប្រភេទ ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃ សូមបំពេញសំណួរដូចតទៅ ១ ការផ្លាស់ប្តូរនៃជីវិតមួយប្រភេទអនុញ្ញាតអោយការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក តាមរយៈ ទីផ្សារ ដើម្បីចាប់ផ្តើមមួយរំពេច ។ អ្នកក៏អាចផ្តល់អនុសាសន៍ចំពោះចម្លើយរបស់អ្នកចំពោះសំណួរទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ បន្ទាប់ពីអំឡុងពេលបើកទទួលការចុះ ឈ្មោះចប់ ហើយមុននឹងអំឡុងពេលការបើកទទួលការចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ ចាប់ផ្តើមឡើង ។

សំណួរទាំងនេះគឺស្របតាមជម្រើស ។ ប្រសិនបើការលះខ្វះខាតនៃជីវិតរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចទុកចម្លើយ នានានៅទេ ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid និង កម្មវិធីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (CHIP) ពេលណាក៏បានក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ថ្មីបើអ្នកគ្មានបទពិសោធន៍នូវ ការផ្លាស់ប្តូរនៃជីវិតនោះទេ ។ សមាជិកនៃអ្នកចូលរួមជាគោលសម្ព័ន្ធទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ និងអ្នកស្រុកអាឡាស្កា អាចចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងតាមរយៈទីផ្សារ ពេលណាក៏បាន ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ។

ប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានា នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ។

1. តើមាននរណាម្នាក់បានបាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិការរ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះ ឬរំពឹងទុកជាមុនថា បាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិការរ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនាអនាគតឬទេ ?

ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទនៃការរ៉ាប់រងបានចប់ ឬនឹងចប់ (mm/dd/yyyy)
 / /

សូមគូសកន្លែងនេះ ប្រសិនបើការរ៉ាប់រងបានចប់ ដោយព្រោះមិនបង់តម្លៃ ការរ៉ាប់រងទូលំទូលាយ ។

2. តើមាននរណាម្នាក់បានរៀបការក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
 / /

3. តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានដោះចេញពីការជាប់ឃុំ (ពន្ធនាគារ ឬគុក) ក្នុង អំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
 / /

4. តើមាននរណាម្នាក់មានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
 / /

5. តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានយកមកចិញ្ចឹម ឬដាក់អោយយកទៅចិញ្ចឹម ឬបានដាក់ក្នុងការថែទាំចិញ្ចឹមក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
 / /

6. តើមាននរណាម្នាក់បានក្លាយទៅជាពិការភ្នែក ដោយព្រោះតែការចិញ្ចឹមកូន ឬបទបញ្ជាគុណភាព 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
 / /

7. តើមាននរណាម្នាក់ផ្លាស់ប្តូរទីកន្លែងរស់នៅចម្បងរបស់ខ្លួន 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទនៃការរើចេញ (mm/dd/yyyy)
 / /

តើលេខស៊ីបកូដ នៃអាសយដ្ឋានមុនរបស់អ្នកគឺជាអ្វី ? សូមបំពេញកន្លែងនេះ ប្រសិនបើអ្នកបានរើចូលមកពីប្រទេសក្រៅ ឬ តំបន់ត្រួតត្រាសហរដ្ឋអាមេរិក

a. តើមាននរណាម្នាក់នៃមនុស្សទាំងនេះ មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការរ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងពេលណាមួយ 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ? បាទ/ចាស់ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមដាក់ឈ្មោះរបស់គេ នៅខាងក្រោម ៖

ឈ្មោះ: