

**ទម្រង់ពាក្យដាក់ស្នើសុំសវនាការពីការបដិសេធមិនព្រមផ្តល់ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង**  
**(FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A MANAGED CARE DENIAL)**

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋមួយតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ៖ **1-800-743-8525**។ អ្នកប្រើ TDD ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-952-8349**។  
អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការតាមវិធីខាងក្រោម៖

- អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការតាម **អនឡាញ** នៅគេហទំព័រ **WWW.CDSS.CA.GOV**
- អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ពាក្យនេះ ហើយផ្ញើតាមទូរសារ មកកាន់សវនាការរដ្ឋតាមលេខ **916-309-3487** ឬតាមលេខឥតគិតថ្លៃ **1-833-281-0903**
- អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ពាក្យនេះ ហើយ **អ៊ីមែល** វាទៅ **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- (កត់សំគាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើវាតាមអ៊ីមែល សូមយល់ថា មានហានិភ័យដែលថា ជនដទៃផ្សេងក្រៅពី *State Hearings Division* អាចលួចមើលអ៊ីមែលរបស់អ្នក។ សូមពិចារណាប្រើប្រាស់វិធីដទៃដែលមានសុវត្ថិភាព ជាងនេះ ដើម្បីផ្ញើសំណើរបស់អ្នក។)

State of California – Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

- អ្នកក៏អាចធ្វើតាមប្រែសណីយ៍  
នូវសំណើសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនេះ ទៅកាន់៖

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, MS 9-17-433  
Sacramento, CA 94244-2430

សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ពាក្យនេះដោយមិនមាន  
ថ្លៃសេវា ចូរទូរស័ព្ទទៅលេខជំនួយខាងផ្លូវច្បាប់  
ដែលមានចុះក្នុងបញ្ជីនៃឯកសារភ្ជាប់ឈ្មោះថា  
សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី "សិទ្ធិរបស់អ្នក" ("Your Rights'  
Notice)

ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាព  
របស់ខ្ញុំនោះទេ។ លើកឡើងអំពីការព្យាបាល ឱសថ  
ឧបករណ៍ ឬសេវាកម្មដែលគ្រូពេទ្យបានស្នើសុំ។  
ខ្ញុំមិនយល់ស្របព្រោះ៖

---

---

---

---

---

---

---

---

State of California – Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

(ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែម  
ប្រើក្រដាសមួយសន្លឹកផ្សេងទៀត  
ហើយភ្ជាប់វាមកជាមួយឯកសារនេះ)។

**សូមផ្តល់ព័ត៌មាននេះអំពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍  
(នេះគឺជាបុគ្គលដែលត្រូវបានគម្រោងបដិសេធមិនផ្តល់អត្ថ  
ប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ)**

**ឈ្មោះ:** \_\_\_\_\_

**ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:**  
\_\_\_\_\_

**អាសយដ្ឋាន (កន្លែងដែលអ្នកទទួលសំបុត្រ):**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**លេខទូរស័ព្ទ:**  
\_\_\_\_\_

តើយើងខ្ញុំទទួលបានការអនុញ្ញាតពីអ្នកដើម្បីប្រាស្រ័យទា  
ក់ទងទៅអ្នកតាមអ៊ីមែលដែរឬទេ?

[ ] បាទ/ចាស [ ] ទេ

State of California – Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើ អាសយដ្ឋានអ្វីមែល  
របស់អ្នកគឺអ្វីដែរ៖

---

សូមផ្តល់ឱ្យលេខកាត **Medi-Cal BIC**  
និង/ឬលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកមាន៖

---

តើអ្នកមាន Medi-Cal (**Fee for Service**) ធម្មតាឬ  
ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង (**Managed Care**) ដែរឬទេ?

---

ប្រសិនបើអ្នកមានការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង  
តើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមានឈ្មោះអ្វីដែរ៖

---

សូមស្នើយល់សំណួរដែលទាក់ទងទៅនឹងអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍

គ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំបានស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនេះនៅ  
កាលបរិច្ឆេទនេះ៖

---

State of California – Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

គម្រោងសុខភាពបានបដិសេធមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនេះនៅកាលបរិច្ឆេទនេះ៖

ខ្ញុំបានដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីករណីនេះទៅកាន់គម្រោងសុខភាព៖

បាន/ចាស [ ] នៅកាលបរិច្ឆេទណាដែរ? \_\_\_\_\_ ទេ [ ]

គម្រោងសុខភាពបានផ្តល់ចម្លើយទៅដល់ការប្តឹងតវ៉ា៖

បាន/ចាស [ ] នៅកាលបរិច្ឆេទណាដែរ? \_\_\_\_\_ ទេ [ ]

តើអ្នកបានស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាឆាប់រហ័ស (72 ម៉ោង)

ពីគម្រោងសុខភាពដែរឬទេ? [ ] បាន/ចាស [ ] ទេ

តើគម្រោងសុខភាពបានសម្រេចបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល

72 ម៉ោងដែរឬទេ? [ ] បាន/ចាស [ ] ទេ

**ខ្ញុំត្រូវការអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះសម្រាប់សវនាការរបស់ខ្ញុំ**

**(គូសផឹកប្រអប់ទាំងនេះប្រសិនបើចំណុចទាំងនេះអាចអនុវត្តបានចំពោះអ្នក)៖**

**ខ្ញុំត្រូវការសវនាការឆាប់រហ័សព្រោះស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំមាន**

**ភាពបន្ទាន់។** ករណីរបស់ខ្ញុំត្រូវតែ

សម្រេចឱ្យបានយ៉ាងឆាប់រហ័ស

ហើយខ្ញុំមិនអាចចាំរហូតដល់ទៅ 90 ថ្ងៃនោះទេ។

State of California – Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

នេះជាអ្វីដែលនឹងកើតឡើងពេលមិនមានការសម្រេច  
ឆាប់រហ័ស៖

---

---

---

---

---

---

ចូលពន្យល់អំពីហេតុផលដែលអ្នកមិនអាចរង់ចាំ  
ដល់ទៅ 90 ថ្ងៃបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនពន្យល់ទេនោះ  
ករណីរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានពន្លឿនឡើយ  
ហើយវានឹងត្រូវបានកំណត់ពេលវេលាទៅតាមប្រតិទិន  
ធម្មតា។ អ្នកអាចបញ្ជូនសំបុត្រពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក  
ឬពិតប្រាកដដើម្បីបង្ហាញអំពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអា  
ចរង់ចាំបាន។

- សេវាកម្មបន្ត / ជំនួយការរង់ចាំបង់ប្រាក់៖  
សូមបន្តការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំរហូតទាល់តែ  
ចៅក្រមធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើករណីរបស់ខ្ញុំ។  
(ពិពណ៌នាការព្យាបាលដែលអ្នកចង់បន្តមាន  
និងនិយាយអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលគម្រោងបានបញ្ឈប់  
វា ឬនឹងបញ្ឈប់វា)

---

---

---

State of California – Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

---

ខ្ញុំចង់បានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលឥតគិតថ្លៃម្នាក់។  
ភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖

---

ខ្ញុំមានពិការភាព  
ហើយចង់ទទួលបានការសម្របសម្រួលយ៉ាងសមហេតុ  
ផលដើម្បីជួយខ្ញុំ ឱ្យចូលរួមនៅក្នុងសវនាការរបស់ខ្ញុំ។  
ការសម្របសម្រួលដែលខ្ញុំចង់បានគឺ៖

---

---

---

---

ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកណាម្នាក់និយាយជំនួសខ្ញុំ (តំណាងឱ្យរូបខ្ញុំ)  
នៅសវនាការ។ ជននោះអាច  
មើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ  
ដែលទាក់ទងទៅនឹងសវនាការនេះ  
ហើយមកកាន់សវនាការនេះ។  
ជនដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសឱ្យនិយាយជំនួសខ្ញុំគឺ៖

ឈ្មោះ៖

---

State of California – Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services

លេខទូរស័ព្ទ៖

---

អាសយដ្ឋាន៖

---

---

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ៖

---

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖

---

**ធ្វើទម្រង់ពាក្យនេះជាមួយនឹងច្បាប់ចម្លងនៃសំបុត្រ**  
**(ការជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយ**  
**បណ្តឹងតវ៉ា) ដែលអ្នកបានទទួលព័ត៌មានរូបសម្បែងរបស់អ្នក**  
**ប្រសិនបើអ្នកមានវា។ (ប្រសិនបើអ្នកចង់បាន**  
**ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ពាក្យនេះសម្រាប់ខ្លួនអ្នក**  
**ចូរថតចម្លងវាទុកមុនពេលអ្នកផ្ញើវា។)**