

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។ សូមពិចារណាប្រើប្រាស់វិធីដទៃដែលមានសុវត្ថិភាពជាងនេះ ដើម្បីផ្ញើសំណើរបស់អ្នក។)
- អ្នកក៏អាចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ នូវសំណើសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនេះ ទៅកាន់៖

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

សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ពាក្យនេះដោយមិនមានថ្លៃសេវា ចូរទូរស័ព្ទទៅលេខជំនួយខាងផ្លូវច្បាប់ ដែលមានចុះក្នុងបញ្ជីនៃឯកសារភ្ជាប់ឈ្មោះថា សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី "សិទ្ធិរបស់អ្នក" ("Your Rights" Notice)

ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំនោះទេ។ លើកឡើងអំពីការព្យាបាល ឱសថ ឧបករណ៍ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យបានស្នើសុំ។ ខ្ញុំមិនយល់ស្របព្រោះ៖

(ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែម ប្រើក្រដាសមួយសន្លឹកផ្សេងទៀត ហើយភ្ជាប់វាមកជាមួយឯកសារនេះ)។

សូមផ្តល់ព័ត៌មាននេះអំពីអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ (នេះគឺជាបុគ្គលដែលត្រូវបានគម្រោងបដិសេធមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ)

ឈ្មោះ៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

អាសយដ្ឋាន (កន្លែងដែលអ្នកទទួលសំបុត្រ)៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____

តើយើងខ្ញុំទទួលបានការអនុញ្ញាតពីអ្នកដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងទៅអ្នកតាមអ៊ីមែលដែរឬទេ? []
បាទ/ចាស [] ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល របស់អ្នកគឺអ្វីដែរ៖ _____

សូមផ្តល់ឱ្យលេខកាត Medi-Cal BIC និង/ឬលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកមាន៖ _____

តើអ្នកមាន Medi-Cal (Fee for Service) ធម្មតា ឬ ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង (Managed Care) ដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកមានការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង តើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមានឈ្មោះអ្វីដែរ៖ _____

សូមឆ្លើយរាល់សំណួរដែលទាក់ទងទៅនឹងអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍

ត្រូវពេទ្យរបស់ខ្ញុំបានស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនេះនៅកាលបរិច្ឆេទនេះ៖ _____

គម្រោងសុខភាពបានបដិសេធមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនេះនៅកាលបរិច្ឆេទនេះ៖ _____

ខ្ញុំបានដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីករណីនេះទៅកាន់គម្រោងសុខភាព៖
បាទ/ចាស [] នៅកាលបរិច្ឆេទណាដែរ? _____ ទេ []

គម្រោងសុខភាពបានផ្តល់ចម្លើយទៅដល់ការប្តឹងតវ៉ា៖
បាទ/ចាស [] នៅកាលបរិច្ឆេទណាដែរ? _____ ទេ []

តើអ្នកបានស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាឆាប់រហ័ស (72 ម៉ោង) ពីគម្រោងសុខភាពដែរឬទេ? [] បាទ/ចាស []
] ទេ

តើគម្រោងសុខភាពបានសម្រេចបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងដែរឬទេ? [] បាទ/ចាស []
ទេ

ខ្ញុំត្រូវការអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះសម្រាប់សវនការរបស់ខ្ញុំ
(គ្រួសារប្រអប់ទាំងនេះប្រសិនបើចំណុចទាំងនេះអាចអនុវត្តបានចំពោះអ្នក)៖

ខ្ញុំត្រូវការសវនាការឆាប់រហ័សព្រោះស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំមានភាពបន្ទាន់។ ករណីរបស់ខ្ញុំត្រូវតែ
សម្រេចឱ្យបានយ៉ាងឆាប់រហ័ស ហើយខ្ញុំមិនអាចចាំរហូតដល់ទៅ 90 ថ្ងៃនោះទេ។
នេះជាអ្វីដែលនឹងកើតឡើងពេលមិនមានការសម្រេចឆាប់រហ័ស៖

ចូលពន្យល់អំពីហេតុផលដែលអ្នកមិនអាចរង់ចាំ ដល់ទៅ 90 ថ្ងៃបាន។
ប្រសិនបើអ្នកមិនពន្យល់ទេនោះ ករណីរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានពន្លឿនឡើយ

ហើយវានឹងត្រូវបានកំណត់ពេលវេលាទៅតាមប្រតិទិនធម្មតា។
អ្នកអាចបញ្ជូនសំបុត្រពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក
ឬពិគ្រោះដើម្បីបង្ហាញអំពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចរង់ចាំបាន។

សេវាកម្មបន្ត / ជំនួយការរង់ចាំបង់ប្រាក់៖ សម្របសម្រួលការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ រហូតទាល់តែ
ចៅក្រមធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើករណីរបស់ខ្ញុំ។ (ពិពណ៌នាការព្យាបាលដែលអ្នកចង់បន្តមាន
និងនិយាយអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលគម្រោងបានបញ្ឈប់វា ឬនឹងបញ្ឈប់វា)

ខ្ញុំចង់បានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលឥតគិតថ្លៃម្នាក់។ ភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

ខ្ញុំមានពិការភាព ហើយចង់ទទួលបានការសម្របសម្រួលយ៉ាងសមហេតុផលដើម្បីជួយខ្ញុំ
ឱ្យចូលរួមនៅក្នុងសវនាការរបស់ខ្ញុំ។ ការសម្របសម្រួលដែលខ្ញុំចង់បានគឺ៖

ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកណាម្នាក់និយាយជំនួសខ្ញុំ (តំណាងឱ្យខ្ញុំ) នៅសវនាការ។ ជននោះអាច
មើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ _____ ដែលទាក់ទងទៅនឹងសវនាការនេះ
ហើយមកកាន់សវនាការនេះ។ ជនដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសឱ្យនិយាយជំនួសខ្ញុំគឺ៖

ឈ្មោះ៖ _____ លេខទូរស័ព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

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