



ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព និងជំនួយការបង់ថ្លៃ

➡ ដាក់ពាក្យសុំកាន់តែឆាប់រហ័ស តាមអនឡាញ នៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



ប្រើកម្មវិធីនេះដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ

- ផែនការទីផ្សារដែលផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងដ៏ទូលំទូលាយដើម្បីជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អប្រសើរ។
- ឥណទានពន្ធដែលអាចជួយបញ្ចុះថ្លៃរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកភ្លាមៗ។ រ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃឬចំណាយទាបតាមរយៈកម្មវិធី។
- Medicaid ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ (Children's Health Insurance Program, CHIP)។ **កម្រិតប្រាក់ចំណូលមួយចំនួនអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីឥតគិតថ្លៃឬចំណាយតិច។**



នរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ បាន ?

- ប្រើសំណុំនេះដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់នរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។
- ដាក់ពាក្យសុំថ្មីឬអ្នក ប្តីឬប្រពន្ធអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក មានរ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយក្តី។ អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការរ៉ាប់រងដោយមិនអស់លុយ ឬតម្លៃថ្នាក់។
- ប្រសិនបើអ្នកនៅលីវ អ្នកនឹងអាចប្រើទម្រង់ខ្លីមួយបាន ។ សូមចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)។
- គ្រួសារដែលរួមបញ្ចូលទាំងជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិអាចដាក់ពាក្យសុំ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំឱ្យកូនអ្នក ទោះបីអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានរ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យសុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ឬឱកាសនៃការក្លាយជាអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ប្រពលរដ្ឋឡើយ។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកគប្បីបំពេញសេចក្តីបន្ថែម C ។



អ្វីដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវការ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ

- លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Number, SSN) (ឬលេខឯកសារ សម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិដែលត្រូវការរ៉ាប់រង) ។
- ព័ត៌មាននយោបាយ និង ប្រាក់ចំណូល សម្រាប់សមាជិកគ្រប់រូបក្នុងគ្រួសារអ្នក (ដូចជាពីប្រាក់ ឈ្នួលទម្រង់បែបបទ W-2 ឬរបាយការណ៍ប្រាក់ឈ្នួលនិងពន្ធ) ។
- លេខប័ណ្ណសន្យា សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្នណាមួយ ។
- ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាក់ទង នឹងការងារដែលមានសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក។



ហេតុអ្វីយើងសួររកព័ត៌មាននេះ ?

យើងស្នើសុំអំពីប្រាក់ចំណូល និង ព័ត៌មានដទៃទៀត ដើម្បីចង់ដឹងថា តើការរ៉ាប់រងណា ដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់អ្វី និងថាអ្នកអាច ទទួលបានជំនួយណាមួយ ដើម្បីនឹងបង់ថ្លៃ។ **យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកផ្តល់ដល់យើង ដោយសម្ងាត់និងសន្តិសុខ ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់ ។** សម្រាប់សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ច្បាប់ឯកជនភាព សូមចូលមើលនៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ឬ ពិនិត្យមើលការណែនាំ។



តើអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត ?

ចម្លងមួយច្បាប់ដើម្បីរក្សាទុក បន្ទាប់បញ្ជូនទម្រង់ពាក្យដែលបានចុះហត្ថលេខា និងបំពេញហើយមកអោយដ្ឋានដែលមាននៅទំព័រទី 10។ **ប្រសិនបើអ្នកមានព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងសួររក ចុះហត្ថលេខា និង ដាក់ទម្រង់បែបបទអ្នកសុំចុះ ។** យើងនឹងតាមដានជាមួយអ្នកក្នុងរយៈពេល 1-2 សប្តាហ៍ ហើយអ្នកអាចទទួលបានទំនាក់ទំនងពីផ្សារប្រើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងសិទ្ធិទទួលបានក្នុងសំបុត្រ ក្រោយពី យើងដំណើរការ ពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទំនាក់ទំនងពីយើង រយៈពេលមួយខែ ឬមួយខែ ទៅផ្សារ។ ការបំពេញពាក្យសុំនេះមិនមានន័យថាអ្នកត្រូវឱ្យការរ៉ាប់រងសុខភាពទេ។



ទទួលជំនួយ ជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ

- **អនឡាញ ៖** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)។
- **ទូរស័ព្ទ ៖** សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325** ។
- **ដោយផ្ទាល់ ៖** ប្រហែលជាមានអ្នកផ្តល់ឱវាទ នៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ដែលអាចជួយបាន ។ សូមចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ឬទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។
- **ក្នុងភាសាដទៃទៀត ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសាណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកក្នុងទម្រង់ដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ដូចជាព័ត៌មានអក្សរធំ ជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬ ជាសំឡេង។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកត្រូវបានគេរើសអើងមកលើខ្លួន។ ចូលមើលនៅ [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596**។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325**។

This product was produced at U.S. taxpayer expense.
Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



[HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



សរសេរឱកាសអក្សរធំៗ ដោយប្រើតែទឹកបិទពណ៌ខ្មៅឬ ខៀវងងឹត ប៉ុណ្ណោះ។
បំពេញក្នុងរង្វង់ (○) ដូចបែបនេះ → ●.

ជំហានទី 1: និយាយប្រាប់អំពីរូបអ្នក ។

(យើងត្រូវការមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ក្នុងគ្រួសារដើម្បីធ្វើជាអ្នកទំនាក់ទំនងសម្រាប់ពាក្យសុំរបស់អ្នក)

1. ឈ្មោះសេរី		ឈ្មោះកណ្តាល		ឈ្មោះត្រកូល		អក្សរចុង	
2. អាសយដ្ឋានផ្ទះ (ទុកចន្លោះទទេ ប្រសិនបើអ្នកគ្មានទេ ។)						3. អាសយដ្ឋានផ្ទះ 2	
4. ទីក្រុង		5. រដ្ឋ		6. លេខស៊ុបកូដ		7. មណ្ឌល	
8. អាសយដ្ឋានប្រសិនបើ (ប្រសិនបើអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ)						9. អាសយដ្ឋានប្រសិនបើ 2	
10. ទីក្រុង		11. រដ្ឋ		12. លេខស៊ុបកូដ		13. មណ្ឌល	
14. លេខទូរស័ព្ទ				15. លេខទូរស័ព្ទទីពីរ			
16. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីទម្រង់បែបបទនេះ តាមរយៈប្រសិនបើឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ							
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល :							
17. ភាសានិយមប្រើ:		ភាសាសរសេរ			ភាសានិយាយ		

ដំណាក់កាលទី 2 ៖ សូមប្រាប់យើងអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក។

តើនរណាដែលអ្នកត្រូវការដាក់បញ្ចូលក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ?

បំពេញទំព័រជំហានទី ២ សំរាប់មនុស្សម្នាក់ៗក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទោះបីមនុស្សនោះមានការរ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយ។ ព័ត៌មានក្នុងសំណុំបែបបទនេះជួយយើងឲ្យបញ្ជាក់ថាជនគ្រប់រូបទទួលបានការរ៉ាប់រងយ៉ាងល្អបំផុត។ ចំនួនជំនួយបុរេប្រភេទនៃកម្មវិធីដែលអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់គឺផ្អែកលើចំនួនមនុស្សក្នុងគ្រួសារនិងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរាប់បញ្ចូលនរណាម្នាក់ ទោះបីជាពួកគេមានការរ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយលទ្ធផលនៃសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកអាចរងផលប៉ះពាល់។

សម្រាប់នីតិជនដែលត្រូវការការរ៉ាប់រង ៖

ដាក់បញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះ ថ្វីបើពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់ខ្លួនគេក្តី ៖

- មានប្តី ឬ ប្រពន្ធណាម្នាក់
- កូនប្រុសកូនស្រីណាម្នាក់អាយុក្រោម 21 ឆ្នាំដែលពួកគេរស់នៅរួមទាំងកូនប្រុស ផង
- មនុស្សដទៃទៀតណាម្នាក់ នៅក្នុងការរើសត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (រួមទាំង កុមារណាម្នាក់មានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំដែលបានទាមទារសំណើការរើសត្រឡប់ ពន្ធរបស់ឪពុក ឬ ម្តាយណាម្នាក់) ។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់សុំពន្ធ ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។

សម្រាប់កូន ឬមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលត្រូវការការរ៉ាប់រង ៖

ដាក់បញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះ ថ្វីបើពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់ខ្លួនគេក្តី ៖

- ឪពុក ឬ ម្តាយណាម្នាក់ (ឬឪពុក ឬម្តាយចុង) ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
- បងប្អូនណាម្នាក់ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
- កូនប្រុស ឬកូនស្រីណាម្នាក់ ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ រួមទាំងកូនចុងផងដែរ
- ប្តីប្រពន្ធដែលគេរស់នៅជាមួយ
- ជនដទៃណាម្នាក់ទៀត ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងការរើសត្រឡប់ពន្ធសហព័ន្ធ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់សុំពន្ធ ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។

បំពានជំហានទី 2 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗក្នុងគ្រួសារអ្នក។

ចាប់ផ្តើមជាមួយខ្លួនអ្នកបន្ទាប់មកបន្ថែមមនុស្សពេញវ័យនិងកុមារដទៃទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានមនុស្សច្រើនជាង 2 នាក់ក្នុងគ្រួសារអ្នកត្រូវចុះចម្លង ទំព័រហើយ ភ្ជាប់វា។

អ្នកមិនត្រូវការផ្តល់ព័ត៌មានស្ថានភាពអន្តរប្រវេសន៍ ឬ SSN សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ អ្នកមិនត្រូវការការគ្របដណ្តប់សុខភាពឡើយ ។ យើងនឹងរក្សាទុករាល់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជូនជាឯកជននិងមានសុវត្ថិភាពដូចដែលបានចែងក្នុងច្បាប់។ ប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដើម្បីពិនិត្យថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។



ដំណាក់កាលទី 2 ៖ មនុស្សទី 1 (ចាប់ផ្តើមជាមួយរូបអ្នក ។)

បំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់អ្នកប្តីប្រពន្ធ / ដៃគូនិងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក ដែលរស់នៅជាមួយអ្នកនិង / ឬនាងណាម្នាក់ដែលនៅលើលិខិតបញ្ជាក់ពន្ធ លើប្រាក់ ចំណូលសហព័ន្ធដូចគ្នាប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ សូមមើលទំព័រ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកដែលត្រូវដាក់បញ្ចូល។ ប្រសិនបើអ្នក មិនដាក់ពាក្យសុំពន្ធទេចនៅតែបន្ថែមមនុស្សក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

1. ឈ្មោះប្រពន្ធ		ឈ្មោះកូនក្រមុំ	ឈ្មោះត្រកូល	អក្សរចុង
2. ទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សទី 1?		3. តើអ្នករៀបការហើយឬនៅ?		4. កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត (mm/dd/yyyy)
☐ ប្រពន្ធ		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
5. ភេទ				
☐ ស្រី ☐ ប្រុស				
6. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)				
★ យើងត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការបង់ប្រាក់សុខភាព និងមាន SSN ឬអាចទទួលបានមួយ ។ យើងប្រើ SSN ដើម្បីធានាថាប្រាក់ចំណូល ឬព័ត៌មានដទៃទៀត ដែលអ្នកផ្តល់ ត្រឹមត្រូវតាមការពិនិត្យ។ សម្រាប់ជំនួយការបង់ការបង់ប្រាក់សុខភាព ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបាន SSN, សូមចូលទៅ SSA.gov ឬទូរស័ព្ទទៅ Social Security លេខ 1-800-772-1213។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទ ទៅលេខ 1-800-325-0778។				
7. តើអ្នកគ្រោងដាក់សុំការពិនិត្យប្រាក់ចំណូល ឬក្រោយឬទេ? អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ ថ្វីបើអ្នកមិនដាក់សុំការពិនិត្យប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធត្រឹក្សា ។				
☐ បាទ/ចាស។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស ឆ្លើយនឹងកម្មវត្ថុ a រហូតដល់ c ☐ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅកម្មវត្ថុ c។				
a. តើអ្នកនឹងដាក់សុំរួម ជាមួយប្តី/ប្រពន្ធឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមសរសេរឈ្មោះរបស់ ប្តី/ប្រពន្ធ ៖				
b. តើអ្នកនឹងទាមទារសំណើអតិថិជនពីផ្នែកណាម្នាក់ នៅលើការពិនិត្យប្រាក់ចំណូល របស់អ្នកឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
ប្រសិនបើ ប្តី/ប្រពន្ធ សូមសរសេរឈ្មោះនៃអតិថិជនពីផ្នែកណាម្នាក់ ៖				
c. តើអ្នកនឹងទាមទារសំណើអតិថិជនពីផ្នែកណាម្នាក់ នៅលើការពិនិត្យប្រាក់ចំណូល របស់អ្នកឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកបំពេញពន្ធ ៖ តើអ្នកជាប់ជាសាច់ឈាមជាមួយអ្នកដាក់សុំពន្ធឬទេ?				
8. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ a. ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើមានទារកប៉ុន្មាននាក់ ដែលរំពឹងទុកជាមុន ថានឹងមានក្នុងការមានផ្ទៃពោះនេះ?				
9. តើអ្នកត្រូវការការបង់ប្រាក់សុខភាពឬទេ? ថ្វីបើអ្នកមានការបង់ប្រាក់ នៅតែអាចមាននូវកម្មវិធី ដែលមានការបង់ប្រាក់សុខភាព ឬ មានតម្លៃកាន់តែទាបជាងដែរ ។				
☐ បាទ/ចាស ។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងអស់ នៅខាងក្រោម ។ ☐ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរអំពីថវិកា នៅលើទំព័រទី 3 ។ សូមទុកសំណួរទាំងអស់នៃទំព័រនេះ នៅទេ ។				
10. តើអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយផ្លូវចិត្ត ឬផ្លូវអារម្មណ៍ដែលបង្កឱ្យមានកម្រិតក្នុងសកម្មភាព (ដូចជាការងូតទឹកការស្លៀកពាក់ការងារប្រចាំថ្ងៃ ។ល។ តម្រូវការការថែទាំសុខភាពពិសេស ឬរស់នៅក្នុងមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ជរាឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
11. តើអ្នកមានសញ្ញាតិអាមេរិក ឬ ជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
12. តើអ្នកជាជនអនុញ្ញាតឆ្លងព្រំដែនជាតិឬទេ? (ជាទូទៅ នេះមានន័យថា អ្នកបានកើតក្រៅប្រទេសអាមេរិក)				
☐ បាទ/ចាស ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស បំពេញ a និង b ។ ☐ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមបន្តទៅសំណួរលេខ 13 ។				
a. លេខជនបរទេស ៖ b. លេខសញ្ញាប័ណ្ណ បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញ a និង b រួចហើយ សូមរំលងទៅសំណួរលេខ 14 ។				
13. ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាជាតិអាមេរិក ឬ មានសញ្ញាតិអាមេរិកទេ តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះស្ថានភាពអន្តរប្រវេសន៍ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ។ ដាក់បញ្ចូលប្រភេទឯកសារ និង លេខអត្តសញ្ញាណ ។				
ទៅកាន់ការណែនាំ។				
ប្រភេទឯកសារអន្តរប្រវេសន៍		ប្រភេទស្ថានភាព (តាមជម្រើស)	សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក ដូចដែលមាននៅលើឯកសារអន្តរប្រវេសន៍របស់អ្នក ។	
លេខជនបរទេស ឬ I-94		លេខប័ណ្ណ ឬ ប័ណ្ណចម្លងដែន		
ប័ណ្ណអត្តសញ្ញាណ SEVIS ឬកាលបរិច្ឆេទហ្វែសអណត្តិ (តាមជម្រើស)		កត្តាដទៃទៀត (លេខក្រុម ឬ ប្រទេសនៃការចេញអាយ)		
a. តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
b. តើអ្នក ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ឪពុក/ម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬជាសមាជិក កងពលសហរដ្ឋអាមេរិកសកម្មឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
14. តើអ្នកត្រូវការជំនួយបង់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ពីអំឡុង 3 ខែមកនេះ ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
15. តើអ្នករស់នៅជាមួយនឹងគ្រូ យ៉ាងហោចម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ហើយតើអ្នកគឺជាអ្នកចម្បងដែលថែទាំគ្រូនេះ ឬទេ? (សូមជ្រើស «បាទ/ចាស» ប្រសិនបើអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធអ្នកថែទាំគ្រូនេះ) ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
សូមរាយឈ្មោះនិងទំនាក់ទំនងរបស់កុមារអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំដែលរស់នៅជាមួយអ្នកក្នុងគ្រួសារ៖				
16. តើអ្នកជាសិក្សាពេញម៉ោងឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
17. តើអ្នកស្ថិតក្នុងការយកមកចិញ្ចឹម នៅក្នុងអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				

បន្តទៅទំព័រក្រោយ



តាមជម្រើស ៖ (ការផ្តល់ជូនព័ត៌មាននេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន ជម្រើសគម្រោង ឬ ថ្លៃចំណាយនោះទេ។)

សូមបំពេញទាំងអស់ ដែលជាប់ទាក់ទង ។

19. សញ្ជាតិ ៖

- ☐ ជនជាតិស្បែកស ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក អាមេរិក ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬ អ្នកស្រុកអាឡាស្កា ☐ កីប៊ីរីន ☐ ជប៉ុន ☐ កូរ៉េ ☐ ជនជាតិអាស៊ី ស្បែកក្រហម ☐ ចិន ☐ វៀតណាម ☐ ជនជាតិអាស៊ីខ្មៅ ☐ អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ☐ គ្នា ឬ ឆាម៉ូ ☐ សាម៉ូ ☐ ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិកខ្មៅ ☐ ជាតិព័ន្ធក្រហម ☐ ផ្សេងៗទៀត

ជម្រើសរើសចម្លើយមួយ។

20. តើទំនាក់ទំនង (អាចរកឃើញនៅលើសំបុត្រកំណត់របស់អ្នក) ៖

- ☐ ស្រី ☐ ប្រុស ☐ ផ្សេងៗទៀត ☐ មិនដឹង ☐ សុំមិនឆ្លើយ

21. តើទំនាក់ទំនង ៖

- ☐ ស្រី ☐ ប្រុស ☐ ស្រីប្តូរភេទ ☐ ប្រុសប្តូរភេទ ☐ ហៅដោយពាក្យផ្សេងទៀត ☐ មិនដឹង ☐ សុំមិនឆ្លើយ

22. ទំនាក់ទំនង ៖

- ☐ អ្នកស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា ☐ ស្រីស្រឡាញ់ស្រីដូចគ្នា ឬប្រុសស្រឡាញ់ប្រុសដូចគ្នា ☐ ស្រីស្រឡាញ់ភេទផ្សេង (មិនមែនស្រីស្រឡាញ់ស្រី ក៏មិនមែនប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស) ☐ ហៅដោយពាក្យផ្សេងទៀត ☐ មិនដឹង ☐ សុំមិនឆ្លើយ

ដំណាក់កាលទី 2 ៖ មនុស្សទី 1 (បន្តជាមួយរូបអ្នក ។)

ការងារបច្ចុប្បន្ន ឬ ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

- ☐ ត្រូវបានផ្តល់ដោយ ៖ ប្រសិនបើអ្នកបច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានផ្តល់ សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយកម្មវត្ថុ 23។ ☐ មានគម្រោង ៖ រំលងទៅកម្មវត្ថុ 33។ ☐ ធ្វើការអោយខ្លួនឯង ៖ រំលងទៅកម្មវត្ថុ 32។

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1 ៖

23. ឈ្មោះរបស់និយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង

c. រដ្ឋ

d. លេខស៊ីបកូដ

24. លេខទូរស័ព្ទពេលស្ងាត់

25. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ)

\$

- ☐ តាមម៉ោង ☐ មួយសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ខែ ☐ រៀងរាល់ឆ្នាំ ☐ មួយឆ្នាំ

26. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 2 ៖ (ប្រសិនបើអ្នកមានការបន្ថែមទៀត ហើយត្រូវការបន្ថែម សូមដាក់ត ភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាស ។)

27. ឈ្មោះរបស់និយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង

c. រដ្ឋ

d. លេខស៊ីបកូដ

28. លេខទូរស័ព្ទពេលស្ងាត់

29. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ)

\$

- ☐ តាមម៉ោង ☐ មួយសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ខែ ☐ មួយឆ្នាំ

30. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

31. ឯកសារណាមួយនេះ តើអ្នកបាន ៖ ☐ ផ្លាស់ការងារ ☐ ឈប់ធ្វើការ ☐ ចាប់ផ្តើមធ្វើការពីរបីម៉ោង ☐ គ្មានជម្រើសទាំងនេះទេ

32. ប្រសិនបើអ្នកអោយខ្លួនឯង សូមឆ្លើយ a និង b ៖

a. ប្រភេទនៃការងារ ៖

b. តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធប៉ុន្មាន (ប្រាក់ចំណេញបន្ទាប់ពីការចំណាយខាងពាណិជ្ជកម្មត្រូវបានបង្វែរហើយ) អ្នកនឹងទទួលបានពីការផ្តល់ខ្លួនឯងនេះ ខែនេះ? ទៅកាន់ការណែនាំ។

\$

បន្តទៅទំព័រក្រោយ



ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកសេវាសុខភាព ឬ ត្រូវការការណែនាំអំពីការស្វែងរកសេវាសុខភាព។ សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325** ។



33. ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត ដែលអ្នកទទួលបាន ខែនេះ ៖ សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងត្រូវបានទទួលមាតិកាយ៉ាងណាដែរ ។ បំពេញកន្លែងនេះ ប្រសិនបើគ្មានទេ ។ ☐ កំណត់សារ ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើង អំពីប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ចិញ្ចឹមក្នុង ប្រាក់អតីត យុទ្ធជន ឬប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភសន្តិសុខ (Supplemental Security Income, SSI) ។

☐ គ្មានការងារ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ សោធនភាពអាហារកិច្ចបានទទួល (ណត់សារ ៖ គ្រាន់តែសម្រាប់ការលះលែងដែលបានសម្រេចមុន 1/1/2019) ប៉ុណ្ណោះ ។ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ ប្រាក់រ៉ែត្រក \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីស្រែ/ការនេសាទ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីកម្រៃជួល/ កម្រៃអ្នកនិពន្ធ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ គណនេយ្យចូលនិវត្តន៍ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀតប្រភេទ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

34. ការកាត់បន្ថយអនុមាន សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងត្រូវបានទទួលមាតិកាយ៉ាងណាដែរ ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វី ៗមួយប្រភេទ ដែលត្រូវបានកាត់បន្ថយ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សូមប្រាប់យើងអំពីអ្វី ៗទាំងនេះ អាចធ្វើអោយការរ៉ាប់រងសុខភាព កាន់តែចុះទាបខ្លះ ។
កុំបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់កូន ដែលអ្នកបង់ ឬ ថ្លៃចំណាយ ដែលបានយកមកពិចារណាចេញពីក្នុងថវិកាប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកការងារធ្វើឱ្យខ្លួនឯងសរុប (សំណួរ 32b)។

☐ បានបង់សោធនភាពអាហារកិច្ច (ណត់សារ ៖ គ្រាន់តែសម្រាប់ការលះលែងដែលបានសម្រេចមុន 1/1/2019) ប៉ុណ្ណោះ ។ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ការកាត់បន្ថយអនុមានដទៃទៀតប្រភេទ ៖ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ ការប្រាក់កម្ចីរបស់សិស្ស \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	

35. បំពេញសំណួរនេះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរក្នុងឆ្នាំ ដូចជា អ្នកធ្វើការក្នុងការងារមួយសម្រាប់តែពេលខ្លះក្នុងឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ ឬ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ខែជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នករំពឹងទុកជាមុននូវការផ្លាស់ប្តូរចំពោះប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ សូមលេងទៅមនុស្សបន្ទាប់ទៀត ។

ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុបឆ្នាំនេះ \$	ប្រាក់ចំណូលសរុបឆ្នាំក្រោយ (ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវាខុសគ្នា) \$ ☐ បំពេញប្រសិនបើអ្នកគិតថាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនឹងពិបាកទាយ។
---	---

សូមអរគុណ! នេះគឺជាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងចង់ដឹងអំពីអ្នក ។

ជំណាក់ការទី ២ ៖ មនុស្ស ទី ២ ៖

កំណត់សារ ៖ ប្រសិនបើមនុស្សនេះមិនត្រូវការការងារបង្កើនសុខភាពទេ គ្រាន់តែឆ្លើយនឹង សំណួរ 1-10 នៅលើទំព័រនេះ ។
 ធ្វើការចម្លងមួយនៃទំព័រ 5-7 ប្រសិនបើមានលើសពីមនុស្សលើសពី 2 នាក់ នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ។

បំពេញនិណ្ឌកាកាមី 2 សម្រាប់រូបអ្នក ប្តីប្រពន្ធដែគ្ន និងកូនៗ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និងប្អូន នរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅលើកាសិក្រឡប់ពន្ធដើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់សុំ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានធ្វើពន្ធ សូមចាំថានៅតែអាចដាក់បញ្ចូលសមាជិកក្នុងផ្ទះ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ។ សូមមើលទំព័រលេខ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតើគម្រឹះដាក់បញ្ចូល ។

បន្តតទៅទំព័រក្រោយ

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់វិបបទបសវណ្ណអ្នក? ។ ចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.HealthCare.gov), ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសាណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកកំណត់សម្គាល់អតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325** ។



តាមជម្រើស ៖ (ការផ្តល់ជូនព័ត៌មាននេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន ជម្រើសគម្រោង ឬ ថ្លៃចំណាយនោះទេ។)

សូមបំពេញទាំងអស់ ដែលជាប់ទាក់ទង ។

21. សញ្ជាតិ ៖

- ☐ ជនជាតិស្បែកស ឬ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក អាមេរិក ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬ អ្នកស្រុកអាឡាស្កា ☐ កីប៊ីរីន ☐ ជប៉ុន ☐ កូរ៉េ ☐ ជនជាតិអាស៊ី ស្បែកក្រហម ☐ ចិន ☐ វៀតណាម ☐ ជនជាតិអាស៊ីខ្មៅ ☐ អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ☐ គ្នា ឬ ឆាម៉ូ ☐ សាម៉ូ ☐ ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិកខៀវ ☐ ជាតិព័ន្ធខៀវ ☐

ជម្រើសសេចក្តីយម្មយ៖

22. ភេទពិតណាស់ (អាចក្រយាបប្រែប្រួលបានប្រសិនបើលើសពី១០ឆ្នាំមុនមនុស្សទី 2) ៖

- ☐ ស្រី ☐ ប្រុស ☐ ផ្សេងៗទៀត៖ ☐ មិនដឹង ☐ សុំមិនឆ្លើយ

23. ភេទបច្ចុប្បន្ន៖

- ☐ ស្រី ☐ ប្រុស ☐ ស្រ្តីប្តូរភេទ ☐ ប្រុសប្តូរភេទ ☐ ហៅដោយពាក្យផ្សេងទៀត៖ ☐ មិនដឹង ☐ សុំមិនឆ្លើយ

24. ទំនោរផ្លូវភេទ៖

- ☐ អ្នកស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា ☐ ស្រីស្រឡាញ់ស្រីដូចគ្នា ឬប្រុសស្រឡាញ់ប្រុសដូចគ្នា ☐ ស្រឡាញ់ភេទផ្សេង (មិនមែនស្រីស្រឡាញ់ស្រី ក៏មិនមែនប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស) ☐ ហៅដោយពាក្យផ្សេងទៀត៖ ☐ មិនដឹង ☐ សុំមិនឆ្លើយ

ដំណាក់កាលទី 2 ៖ មនុស្ស ទី 2 ៖

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលណាដែល មនុស្សទី 2 ទទួលបាន ។
បំពេញទំព័រនេះ ថ្វីបើ មនុស្សទី 2 មិនត្រូវការការរ៉ាប់រងសុខភាពទេ ។

ការងារបច្ចុប្បន្ន ឬ ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

- ☐ ត្រូវបានផ្តល់ដោយ ៖ ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 បច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានផ្តល់ សូមប្រាប់យើងអំពី ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយកម្មវត្ថុ 25។ ☐ មានគេផ្តល់ទេ ៖ រំលងទៅកម្មវត្ថុ 35។ ☐ ធ្វើការងារខ្លួនឯង ៖ រំលងទៅកម្មវត្ថុ 34។

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1 ៖

25. ឈ្មោះរបស់និយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង

c. រដ្ឋ

d. លេខសិបកូដ

26. លេខទូរស័ព្ទពេលស្ងាច

27. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ)

☐ តាមម៉ោង

☐ មួយសប្តាហ៍

☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍

\$

☐ ពីដងក្នុងមួយខែ

☐ រៀងរាល់ខែ

☐ មួយឆ្នាំ

28. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 2 ៖ (ប្រសិនបើ មនុស្សទី 2 មានការងារចម្លែក សូមដាក់ត្រង់សញ្ញាក្នុងតារាងមួយទៀត)

29. ឈ្មោះរបស់និយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់និយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង

c. រដ្ឋ

d. លេខសិបកូដ

30. លេខទូរស័ព្ទពេលស្ងាច

31. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ)

☐ តាមម៉ោង

☐ មួយសប្តាហ៍

☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍

\$

☐ ពីដងក្នុងមួយខែ

☐ រៀងរាល់ខែ

☐ មួយឆ្នាំ

32. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

33. ក្នុងឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើមនុស្សទី 2 បាន ៖ ☐ ផ្លាស់ការងារ ☐ ឈប់ធ្វើការ ☐ ចាប់ផ្តើមធ្វើការពីបីម៉ោង ☐ គ្មានជម្រើសទាំងនេះទេ

34. ប្រសិនបើជនទី 2 ធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង សូមបំពេញកម្មវត្ថុ a និង b៖

a. ប្រភេទនៃការងារ ៖

b. តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធប៉ុន្មាន (ប្រាក់ចំណេញបន្ទាប់ពីការចំណាយខាងពាណិជ្ជកម្មត្រូវបានបង្វែរហើយ) មនុស្សទី 2 នឹងទទួលបានពីការជួលខ្លួនឯងនេះ ខែនេះ? ទៅកាន់ការណែនាំ។

\$

បន្តទៅទំព័រក្រោយ



ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញកម្មវត្ថុនេះ។ ក្រៅពីការណែនាំសុំមនុស្សទី 2 លេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវកាលកំណត់សម្រាប់ការបំពេញកម្មវត្ថុនេះ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325** ។

សូមកុំបំពេញ ។ នេះគឺគ្រាន់តែសម្រាប់គោលបំណងព័ត៌មានប៉ុណ្ណោះ ។



ទំព័រលេខ 7 នៃទំព័រលេខ 11

35. ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀតដែល មនុស្សទី 2 ទទួលបាននេះ ៖ សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើមនុស្សទី 2 បានទទួលមាតិកាយ៉ាងណាដែរ ។ បំពេញកន្លែងនេះ ប្រសិនបើគ្មានទេ ។ ☐ ណាត់សារ ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើង អំពីប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង ប្រាក់អតីត យុទ្ធជន ឬប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភសន្តិសុខ (Supplemental Security Income, SSI) មនុស្សទី 2 ។

☐ គ្មានការងារ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ សោធនភាពអាហារកិច្ចបានទទួល (ណាត់សារ ៖ គ្រាន់តែសម្រាប់ការលះលែងដែលបានសម្រេចមុន 1/1/2019) ប៉ុណ្ណោះ ។ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ ប្រាក់រំលឹក \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីស្រែ/ការនេសាទ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីកម្រៃជួល/ កម្រៃអ្នកនិពន្ធ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ គណនេយ្យចូលនិវត្តន៍ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀតប្រភេទ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

36. ការកាត់បន្ថយអនុមាន សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើមនុស្សទី 2 បានទទួលមាតិកាយ៉ាងណាដែរ ។ ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វី មួយឬប្រភេទ ដែលត្រូវបានកាត់បន្ថយ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សូមប្រាប់យើងអំពីអ្វី ៗទាំងនេះ អាចធ្វើអោយការរាប់រងសុខភាព កាន់តែចុះទាបខ្លះ ។ កុំបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់កូន ដែល មនុស្សទី 2 បង់ ឬ ថ្លៃចំណាយ ដែលបានយកមកពិចារណាចេញពីការប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្ទះទៅផ្នែកការងារធ្វើឱ្យខ្លួនឯងសរុប (សំណួរ 34b)។

☐ បានបង់សោធនភាពអាហារកិច្ច (ណាត់សារ ៖ គ្រាន់តែសម្រាប់ការលះលែងដែលបានសម្រេចមុន 1/1/2019) ប៉ុណ្ណោះ ។ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	☐ ការកាត់បន្ថយអនុមានដទៃទៀតប្រភេទ ៖ \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?
☐ ការប្រាក់កម្ចីរប សនិស្សិត \$ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?	

37. បំពេញសំណួរនេះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់មនុស្សទី 2 ផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងអំឡុងពេល ១ ឆ្នាំមុន ហាក់ដូចជាអ្នកគ្រាន់តែធ្វើការតែមួយ សម្រាប់ផ្នែកនៃឆ្នាំ ឬ ទទួលបានប្រយោជន៍ សម្រាប់ខែមួយឬប្រភេទ ។ ប្រសិនបើ មនុស្សទី 2 មិនរំពឹងថា មានការផ្លាស់ប្តូរទេចំពោះប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់ពួកគេ ចូររំលងទៅមនុស្សបន្ទាប់។ ➡

ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ មនុស្សទី 2 សម្រាប់ឆ្នាំនេះ \$	ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ មនុស្សទី 2 សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ \$	☐ បំពេញប្រសិនបើអ្នកគិតថាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនឹងពិបាកទាយ។
---	---	---

សូមអរគុណ! នេះគឺជាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងចង់ដឹងអំពីមនុស្សទី 2 ។



ដំណាក់កាលទី 3 ៖ សមាជិកគ្រួសារជនជាតិដើមអាមេរិកាំងណាបូជនជាតិដើមអាឡាស្កា (AI/AN)

1. តើអ្នកឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំងឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា?

- ☐ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមបន្តទៅដំណាក់កាលទី 4 ។ ☐ បាទ/ចាស ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស បន្តទៅដំណាក់កាលទី 4 រួមទាំងសេចក្តីបន្ថែម B និងដាក់បញ្ចូលជាមួយទម្រង់បែបបទ ។

ដំណាក់កាលទី 4 ៖ ការរ៉ាប់រងសុខភាពនៃគ្រួសាររបស់អ្នក

1. តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ដែលត្រូវបានកម្រិតថ្នាក់នៃការចំណាយសម្បត្តិសម្រាប់ Medicaid ឬ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ Children's Health Insurance Program (CHIP) ក្នុងអំឡុង 90 ថ្ងៃ កន្លងមក ឬទេ ? (ជ្រើសយក បាទ/ចាស តែប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានកម្រិតថ្នាក់នៃការចំណាយសម្បត្តិសម្រាប់ ការរ៉ាប់រងនេះដោយរដ្ឋរបស់អ្នក មិនមែនដោយទីផ្សារ ទេ ។)..... ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

នរណា ? កាលបរិច្ឆេទ៖

ឬ តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះក្នុងទម្រង់បែបបទ ត្រូវបានគេប្រាប់ថាគ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicaid ឬ CHIP ដោយគ្រោះថ្នាក់នៃការបាត់បង់សន្ទនា ក្នុងអំឡុង 5 ឆ្នាំកន្លងមកនេះឬទេ ?..... ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

នរណា ?

តើមាននរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រង ក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះបើកផ្ទុក ឬបន្ទាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទេ?..... ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

នរណា ?

2. តើមាននរណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវបានផ្តល់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ពីការងារឬទេ ? សូមគូសយកទ្វីបើការរ៉ាប់រង គឺមកពីការងាររបស់នរណាម្នាក់ទៀត ដូចជា ឪពុក/ម្តាយ ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ទ្វីបើពួកគេមិនទទួលបានការរ៉ាប់រង ។ ពិនិត្យមើលប្រសិនបើមានតែការគ្របដណ្តប់តែមួយបានផ្តល់នោះគឺជា COBRA ។

☐ បាទ/ចាស ។ បន្តទៅមុខ រួចហើយ បញ្ចប់សេចក្តីបន្ថែម A ។ ☐ ទេ ។

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវបានផ្តល់នូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ពីការងារឬទេ ?..... ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះក្នុងពាក្យសុំត្រូវបានផ្តល់នូវការធានារ៉ាប់រងបុគ្គលដែលរៀបចំការទូទាត់សំណងសុខភាព (Health Reimbursement Arrangement, HRA) ឬនិយោជកតូចដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ HRA (Qualified Small Employer, QSEHRA)?..... ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

3. តើមាននរណាម្នាក់បានចុះឈ្មោះជាមួយការរ៉ាប់រងសុខភាព ឥឡូវនេះឬទេ ?

☐ បាទ/ចាស ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមបន្តទៅសំណួរលេខ 4 ។ ☐ ទេ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅដំណាក់កាលទី 5 ។

4. ព័ត៌មានអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្ននេះ ។ (ធ្វើការចម្លងនៃទំព័រនេះ ប្រសិនបើមានមនុស្សលើសពី 2 នាក់មានការរ៉ាប់រង សុខភាពឥឡូវនេះ ។) សូមសរសេរប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ដូចជាការធានារ៉ាប់រងនយោបាយ COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ឬទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត ។ (សូមប្រាប់យ៉ូងអំពី TRICARE ប្រសិនបើអ្នកមាន Direct Care ឬ Line of Duty ។)

មនុស្ស ទី 1 ៖	ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព	
	ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖	☐ ការធានារ៉ាប់រងនយោបាយ ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ☐ ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ☐ ទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត
	ប្រសិនបើគាត់/នាងគាត់ជាអ្នកធានារ៉ាប់រងនយោបាយ ៖ (អ្នកក៏គប្បីនឹងបំពេញ សេចក្តីបន្ថែម A ។)	
	ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ
	ប្រសិនបើគាត់/នាងគាត់ជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ៖ ☐ សូមបំពេញការរ៉ាប់រងសុខភាពទីផ្សារនេះឬទេ ?	
	ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ
	តើគាត់/នាងគាត់ជាអ្នកធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជាប័ណ្ណសន្យាគ្រោះ ថ្នាក់នៅសាលារៀនមួយឬ ?.....	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

មនុស្ស ទី 2 ៖	ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព	
	ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖	☐ ការធានារ៉ាប់រងនយោបាយ ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ☐ ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ☐ ទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត
	ប្រសិនបើគាត់/នាងគាត់ជាអ្នកធានារ៉ាប់រងនយោបាយ ៖ (អ្នកក៏គប្បីនឹងបំពេញ សេចក្តីបន្ថែម A ។)	
	ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ
	ប្រសិនបើគាត់/នាងគាត់ជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ៖ ☐ សូមបំពេញការរ៉ាប់រងសុខភាពទីផ្សារនេះឬទេ ?	
	ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខប័ណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ
	តើគាត់/នាងគាត់ជាអ្នកធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជាប័ណ្ណសន្យាគ្រោះ ថ្នាក់នៅសាលារៀនមួយឬ ?.....	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

 តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតឬទេ? (ជាជម្រើស)
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនចង់ឆ្លើយ
អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាន កាលបរិច្ឆេទនៃការចុះឈ្មោះ និងស្វែងរកធនធានធានានានាសម្រាប់រដ្ឋរបស់អ្នកនៅលើ [Vote.gov](https://www.vote.gov) ។



ដំណាក់កាលទី 5 ៖ សេចក្តីយល់ព្រម និង ហត្ថលេខារបស់អ្នក

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

ដើម្បីធ្វើអោយការវិលត្រឡប់ពន្ធ ដើម្បីសម្រេចបានលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការជួយបង់សម្រាប់ការវាស់វែង ក្នុងបណ្តាញអនាគត អ្នកអាចយល់ព្រមដើម្បីអនុញ្ញាតអោយទីផ្សារ ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលទាន់សម័យ រួមមានព័ត៌មានពីការវិលត្រឡប់ពន្ធ ។ ទីផ្សារនឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងមួយ និងអនុញ្ញាតអោយអ្នកធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ។ ផ្សារនឹងពិនិត្យមើលដើម្បីប្រាកដថាអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយអាចនឹងត្រូវស្នើសុំឱ្យអ្នកបញ្ជាក់ថាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក នៅតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់។ អ្នកអាចដកខ្លួនចេញពេលណាក៏បានដែរ។

ប្រសិនបើជាចម្លើយទេ សូមធ្វើឱ្យព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទាន់សម័យដោយស្វ័យប្រវត្តិ សម្រាប់ ៖ ☐ 5 ឆ្នាំ ☐ 4 ឆ្នាំ ☐ 3 ឆ្នាំ ☐ 2 ឆ្នាំ ☐ 1 ឆ្នាំ

☐ សូមកុំប្រើទិន្នន័យពន្ធរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើអោយលក្ខណៈសម្បត្តិមានសុពលភាពម្តងទៀត សម្រាប់ការជួយបង់សម្រាប់ការវាស់វែងសុខភាព (ការជ្រើសយកជម្រើសនេះ អាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នក ដើម្បីនឹងទទួលបាននូវការបង់ សម្រាប់ការវាស់វែង ក្នុងពេលធ្វើអោយមានសុពលភាពម្តងទៀត ។)

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

ប្រសិនបើបាទ/ចាស ប្រាប់ឈ្មោះមនុស្សនោះដល់យើង ៖ តើឈ្មោះនៃអ្នកជាប់គុកមន្ត្រីឃុំគឺ ៖

☐ បំពេញក្នុងកន្លែងនេះ ប្រសិនបើមនុស្សនោះ កំពុងតែប្រឈមមុខនឹងទំនាស់ ការជាប់ទោស ។

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវចុះឈ្មោះក្នុងការវាស់វែងទីផ្សារហើយក្រោយមកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានការវាស់វែងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត (ដូចជា Medicare, Medicaid, ឬ CHIP) នោះ Marketplace នឹងបញ្ចប់ការគ្របដណ្តប់ លើគំរោង Marketplace របស់ពួកគេដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ នេះនឹងជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកណាម្នាក់ដែលត្រូវបានគេរកឃើញថា មានការវាស់វែង ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នឹងមិនចុះឈ្មោះក្នុងការវាស់វែងលើទីផ្សារទេហើយត្រូវបង់ប្រាក់ពេញ។

☐ ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យ Marketplace បញ្ចប់ការវាស់វែងលើ Marketplace របស់ប្រជាជនលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំក្នុងស្ថានភាពនេះ។

☐ ខ្ញុំមិនផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Marketplace ដើម្បីបញ្ចប់ការគ្របដណ្តប់ Marketplace ក្នុងស្ថានភាពនេះទេ។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកដែលរងផលប៉ះពាល់នៅ លើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំនឹងលែងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុហើយត្រូវចំណាយថ្លៃដើមទាំងស្រុងសម្រាប់ផែនការទីផ្សាររបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ មានលក្ខណៈចំពោះ Medicaid ៖

- ខ្ញុំកំពុងតែផ្តល់ដល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid នូវសិទ្ធិរបស់យើង ដើម្បីដឹកកាយ និង ទទួលយកប្រាក់កាសពី ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដំណោះស្រាយខាងច្បាប់ ឬកាតិទីបីនានាទៀត។ ខ្ញុំកំពុងតែផ្តល់សិទ្ធិដល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid ដើម្បីដឹកកាយ និងទទួលយកការគាំទ្រខាងផ្នែកផ្សេងៗ ពីប្តី ឬប្រពន្ធ ឬឪពុកឬម្តាយ។
- តើមានកូនណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ មានឪពុក ឬម្តាយកំពុងតែ រស់នៅក្រៅផ្ទះឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
- ប្រសិនបើមាន ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេស្នើសុំអោយចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ងារ ដែលប្រមូលការគាំទ្រខាងផ្នែកស្រាវជ្រាវ ពីឪពុក ឬម្តាយអត់មាន។ ប្រសិនបើ ខ្ញុំគិតថាការចូលរួមដើម្បីនឹងប្រមូលការគាំទ្រខាងផ្នែកស្រាវជ្រាវ នឹងប៉ះទង្គិចដល់ខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចប្រាប់ដល់ Medicaid ហើយខ្ញុំនឹងមិនអាច ចូលរួមបានឡើយ។
- ខ្ញុំកំពុងតែចុះហត្ថលេខាទម្រង់បែបបទនេះ នៅក្រោមការពិនិត្យនៃការរក្សា ដែលមានន័យថាខ្ញុំបានផ្តល់ចម្លើយពិត ចំពោះសំណួរទាំងអស់នៅលើទម្រង់នេះ យ៉ាងអស់ពីដំរីរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចស្ថិតនៅក្រោមការពិនិត្យនៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើ ខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ និងមិនពិតដោយចេតនា។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ដល់ទីផ្សារការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងអំឡុង 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ (ប្រសិនបើខុស) ពីអ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរ នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ខ្ញុំអាចចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ឬទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 ដើម្បីរាយការណ៍នូវការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរមួយ នៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអាចប៉ះពាល់ដល់លក្ខណៈ សម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ ក៏ដូចជាលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់សមាជិក នៃក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការសម្រេចនឹងត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយផ្អែក ទៅលើសញ្ជាតិ សម្បុរ និងស្រុកកំណើត ភេទ អាយុ ទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណ ភេទ ឬ អសមត្ថភាព។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យសារទុក្ខ នៃការរើងប្រកាន់ ដោយការចូលទៅ [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint)។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននោះនៅលើទម្រង់នេះ នឹងត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការវាស់វែងសុខភាព ជួយបង់សម្រាប់ការវាស់វែង (ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើ) និងសម្រាប់គោលបំណងស្របតាមច្បាប់ នៃទីផ្សារនិង កម្មវិធីដែលជួយបង់សម្រាប់ការវាស់វែង។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីឆែកមើលលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការ ជួយបង់សម្រាប់ការវាស់វែងសុខភាព ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសដាក់ពាក្យសុំ។ យើងនឹងឆែកមើលចម្លើយរបស់អ្នក ដោយការប្រើព័ត៌មាននៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិច ពី សេវាការចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) សន្តិសុខសង្គម ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ និង/ឬ ទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ នៃអ្នកប្រើប្រាស់។ ប្រសិនបើព័ត៌មានស៊ីនីងគ្នាទេ យើងអាចប្រាប់អ្នកឲ្យធ្វើព័ត៌មានមកយើង។

តើខ្ញុំគួរធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាការជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំមិនត្រឹមត្រូវ?

អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិទទួលបាន តាមប្រសព្វរយៈពេល បន្ទាប់ពីយើងដំណើរការទម្រង់ពាក្យសុំរបស់អ្នកហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងអ្វីដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទេ អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ។ ពិនិត្យមើលការជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងរកការណែនាំអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាក់លាក់ ចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗ ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំការគ្របដណ្តប់ រួមទាំងរយៈពេលប៉ុន្មានថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ដើម្បីពិចារណា នៅពេលស្នើសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ៖

- អ្នកអាចពឹងនរណាម្នាក់ ស្នើសុំ ឬចូលរួមនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចង់។ មនុស្សនោះអាចជាមិត្ត ញាតិមិត្ត មេធាវី ឬបុគ្គលដទៃទៀតម្នាក់ៗ ឬ អ្នកអាចស្នើសុំ និងចូលរួមក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយខ្លួនអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកអាចរក្សាលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការវាស់វែង ខណៈពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កំពុងតែមានដំណើរការ។
- លទ្ធផលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ អាចផ្លាស់ប្តូរនូវលក្ខណៈសម្បត្តិនៃសមាជិក ដទៃទៀតនៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក។

ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះលទ្ធផលលក្ខណៈសម្បត្តិទីផ្សាររបស់អ្នក សូមចូល ទៅ [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/)។ ឬសូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ 1-800-318-2596។ អ្នកប្រើប្រាស់ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-889-4325។ អ្នកក៏អាចធ្វើទម្រង់សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬប្រើឱ្យគ្របសំបុត្រផ្ទាល់ ស្នើសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ចំពោះ **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការទិញការវាស់វែងសុខភាព តាមរយៈទីផ្សារ អំឡុងពេលការចុះ ឈ្មោះ ឥណទានពន្ធ ការកាត់បន្ថយដោយការរំលែកការចំណាយ កម្មវិធី Medicaid, និង CHIP ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបដិសេធនូវ ទាំងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ឥណទានពន្ធ ឬ ការកាត់បន្ថយដោយការរំលែកការចំណាយ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នូវចំនួនដែលយើង បានសម្រេចថាអ្នកអាចនឹងទទួលបាន។ ផ្អែកទៅលើជួបរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈទីផ្សារ ឬអ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ជាមួយទីភ្នាក់ងារ Medicaid or CHIP ផ្ទៃ។

មនុស្សទី 1 ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាត្រង់នេះ ដរាបណាមនុស្សទី 1 បានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបន្ថែម C។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា (mm/dd/yyyy)

ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងតែចុះឈ្មោះលើទម្រង់បែបបទនេះ ក្នុងពេលបើកទ្វារសម្រាប់ការចុះឈ្មោះ (រវាងថ្ងៃទី 1 ខែវិច្ឆិកា និង ថ្ងៃទី 15 ខែមករា) សូមលោកអ្នកពិនិត្យលើកឡើងវិញត្រង់សេចក្តីបន្ថែម D («សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរជីវិត»)

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក ឬ ចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ 1-800-318-2596 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកការណែនាំ ក្រៅពីការសរសេរគ្រួសារ សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-318-2596 និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវកាលាដែលអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-889-4325។



ដំណាក់កាលទី 6 ៖ ធ្វើទម្រង់បែបបទបានបំពេញរួចហើយ



ធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅ ៖

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

ទទួលជំនួយក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស

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

នេះគឺជាបញ្ជីភាសាមានជូន និងសាងសង់ដដែល បានផ្តល់នៅខាងលើ នៅក្នុងភាសាអង់គ្លេស ៖

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, 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)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên 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 entèprete 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.

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការបំបាត់ការងារ PRA ៖ អនុលោមតាមទង្វើ Paperwork Reduction Act of 1995 គ្មានជនណាម្នាក់បានតម្រូវឱ្យអោយឆ្លើយតប និងការប្រមូលព័ត៌មាន លើកលែងតែវាសំដែងនូវលេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ ។ លេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ព័ត៌មាននេះ សម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មានគឺ 0938-1191 ។ ពេលវេលាបានតម្រូវដើម្បីបញ្ចប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ គឺត្រូវបានប្រមាណថា មានអាត្រាចំនួន 45 នាទី រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីនឹងពិនិត្យមើលសេចក្តីណែនាំ ស្វែងរកប្រភពទិន្នន័យដែលមានរួចរាល់ ប្រមូលទិន្នន័យត្រូវការចាំបាច់ និង បំពេញ និង ពិនិត្យសារឡើងវិញនូវការប្រមូលព័ត៌មាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសេចក្តី អធិប្បាយទាក់ទងនឹងភាពត្រូវនៃការប្រមាណពេល ឬ ការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការបង្កើនគុណភាពនៃទម្រង់នេះ សូមសរសេរទៅ ៖ CMS, 7500 Security Boulevard, ជម្រាបជូន ៖ មន្ត្រីជម្រះរបាយការណ៍ PRA Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 ។



ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសាណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325** ។

ទទួលជំនួយក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស (បន្តទៀត)

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.

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)

તમાને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૌલ 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。

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការបំបាត់ការងារ PRA ៖ អនុលោមតាមទង្វើ Paperwork Reduction Act of 1995 គ្មានជនណាម្នាក់បានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតប និងការប្រមូលព័ត៌មាន លើកលែងតែវាសំដែងនូវលេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ ។ លេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ព័ត៌មាននេះ សម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មានគឺ 0938-1191 ។ ពេលវេលាបានតម្រូវដើម្បីបញ្ចប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ គឺត្រូវបានប្រមាណថា មានអាត្រាចំនួន 45 នាទី រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីនឹងពិនិត្យមើលសេចក្តីណែនាំ ស្វែងរកប្រភពទិន្នន័យដែលមានរួចរាល់ ប្រមូលទិន្នន័យត្រូវការចាំបាច់ និង បំពេញ និង ពិនិត្យសារឡើងវិញនូវការប្រមូលព័ត៌មាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសេចក្តី អធិប្បាយទាក់ទងនឹងភាពត្រូវនៃការប្រមាណពេល ឬ ការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការបង្កើនគុណភាពនៃទម្រង់នេះ សូមសរសេរទៅ ៖ CMS, 7500 Security Boulevard, ជម្រាបជូន ៖ មន្ត្រីជម្រះរបាយការណ៍ PRA Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 ។



សេចក្តីបន្ថែម A: ការរ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ បើកលែងតែមាននរណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសារ មានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារមួយ ធ្វើបើកធុរកិច្ចទទួលបានការរ៉ាប់រងទេ ។ អ្នកក៏មិនត្រូវការឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ ប្រសិនបើការគ្របដណ្តប់សម្រាប់នរណាម្នាក់ ដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យនោះជា COBRA នោះឡើយ ។ ដាក់ត្រាបសំណើនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ការងារនីមួយៗ ដែលផ្តល់នូវការរ៉ាប់រង ។

សូមប្រាប់យើងអំពីការងារដែលផ្តល់នូវការរ៉ាប់រង ។

ធ្វើសំណើនៃទំព័រនេះ ហើយយកវាទៅនាយកដ្ឋាន ដែលផ្តល់ការរ៉ាប់រង ដើម្បីជួយ អ្នកឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ ។

ព័ត៌មាននិយោជិត

1. ឈ្មោះនិយោជិត (ឈ្មោះហៅ, ឈ្មោះកណ្តាល, ឈ្មោះត្រកូល)	2. លេខសន្តិសុខសង្គមនិយោជិត (SSN)

ព័ត៌មាននយោជក

3. ឈ្មោះរបស់នយោជក/ ក្រុមហ៊ុន	
4. លេខអត្តសញ្ញាណរបស់នយោជក (Employer Identification Number, EIN)	5. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក

ឥឡូវនេះ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាននៃជន ឬ ក្រសួង ដែលចាត់ចែងអត្ថប្រយោជន៍ របស់និយោជក ។ យើងអាចទាក់ទងជននេះ ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ៖

6. ជនឬក្រសួង ដែលយើងអាចទំនាក់ទំនង អំពីការរ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជិត ។		
7. អាសយដ្ឋាននយោជក (ទីផ្សារប្រហែលនឹងឆ្លើយសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ទៅកាន់ អាសយដ្ឋាននេះ)		
8. ទីក្រុង	9. រដ្ឋ	10. លេខស៊ីបកូដ
11. លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនបើមាននៅខាងលើ)	12. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ៖	

13. តើនិយោជិតត្រូវបានផ្តល់ការគ្របដណ្តប់សុខភាពដោយនយោជកនេះឬទេ ? សូមជ្រើសយក "ត្រូវបាន" ប្រសិនបើពួកគេនឹងមាននូវការផ្តល់នៃការគ្របដណ្តប់ ក្នុងដើមនៃខែបន្ទាប់ ឬចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប្រសិនបើកំពុងដាក់ពាក្យសុំក្នុងកំឡុងពេលបើកពេលវេលាចុះឈ្មោះ (ថ្ងៃទី 1 ខែវិច្ឆិកា - ថ្ងៃទី 15 ខែមករា) ។

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

តើនយោជកផ្តល់ការគ្របដណ្តប់សុខភាព ដែលរ៉ាប់រងថ្មី ឬ ប្រពន្ធ ឬ អ្នកពឹងផ្អែករបស់និយោជិតឬទេ ?

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

បញ្ជីឈ្មោះរបស់អ្នកទៀត នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់និយោជិត មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការរ៉ាប់រងពីការងារនេះ ។

ឈ្មោះ

ឈ្មោះ

ឈ្មោះ

បន្តទៅទំព័រក្រោយ





សូមប្រាប់យើងអំពីគម្រោងសុខភាព ត្រូវបានផ្តល់ដោយ នយោជកនេះ ។

14. តើនិយោជកផ្តល់គម្រោងសុខភាព មានលិខិត បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ទេ* ?

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

15. តើនិយោជកនឹងបង់ប្រាក់ប៉ុណ្ណាសម្រាប់តម្លៃទាបបំផុតនៃគម្រោង ផ្តល់ទៅដល់និយោជិត លើកលែងតែមានលិខិតចំពោះបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ទេ* តែប៉ុណ្ណោះ ? កុំដាក់បញ្ចូលគម្រោងត្រួសារឡើយ ។

a. និយោជិតនឹងបង់ការធានាទូលំទូលាយ ៖ \$

កំណត់សារ៖ ដាក់ចូលនូវចំនួនទាបបំផុត ដែលនិយោជកអាចបង់សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ។

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

16. ប្រសិនបើសមាជិកគ្រួសារមានឈ្មោះសម្រាប់សំណួរទី 13 តើនិយោជិតនឹងចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ផែនការតម្លៃទាបបំផុត ដែលគ្របដណ្តប់លើបុគ្គលិក និងសមាជិកគ្រួសារដែលបានរាយក្នុងសំណួរទី 13? ប្រសិនបើនិយោជកផ្តល់កម្មវិធីសុខភាព សូមបញ្ចូលបុព្វលាភដែលនិយោជិតនឹងបង់ ប្រសិនបើនិយោជិតទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធីឈប់ជក់បារី ហើយមិនទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើកម្មវិធីសុខភាព។

a. និយោជិតនឹងបង់ការធានាទូលំទូលាយ ៖ \$

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

* គម្រោងសុខភាពមានលិខិតចំពោះបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ប្រសិនបើបង់ប្រាក់យ៉ាងហោចណាស់ 60% នៃតម្លៃសរុបនៃសេវាខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់បទដ្ឋានប្រជាភិវឌ្ឍន៍ និងផ្តល់ការរ៉ាប់រងយ៉ាងធំ ចំពោះសេវាមន្ទីរពេទ្យ និងវេជ្ជបណ្ឌិត ។ គម្រោងមូលដ្ឋានការងារភាគច្រើន មានលិខិតនឹងបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ។





ទម្រង់ត្រូវបានអនុម័ត B



ទម្រង់ត្រូវបានអនុម័ត C: ជំនួយក្នុងការបំពេញសំណុំបែបបទនេះ

សម្រាប់អ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្ទង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារ និងឈ្មួញកណ្តាល ទម្រង់បែបបទមានវិញ្ញាប័ណ្ណបត្រកែប៉ុណ្ណោះ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្ទង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារឬឈ្មួញកណ្តាលមានវិញ្ញាប័ណ្ណបត្រម្នាក់ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សម្រាប់នរណាម្នាក់ទៀត ។

1. បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្ទង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារឬឈ្មួញកណ្តាលមានវិញ្ញាប័ណ្ណបត្រម្នាក់ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សម្រាប់នរណាម្នាក់ទៀត ។ (mm/dd/yyyy)	
2. ឈ្មោះហៅ ឈ្មោះកណ្តាល និងឈ្មោះត្រកូល និង តួអក្សរចុង	
3. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន	
4. លេខអត្តសញ្ញាណ (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ)	5. សម្រាប់តែភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាលប៉ុណ្ណោះ ៖ លេខ NPN

អ្នកអាចជ្រើសរើសអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិម្នាក់ ។

អ្នកអាចផ្តល់ដល់អ្នកអាចទុកចិត្តបាននូវការអនុញ្ញាត ដើម្បីនិយាយអំពីទម្រង់បែបបទនេះជាមួយយើង មើលព័ត៌មានរបស់អ្នក និងតំណាងអោយអ្នក ចំពោះរឿងរ៉ាវទាក់ទងនឹងទម្រង់បែបបទនេះ រួមមានការទទួលព័ត៌មានអំពីទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក និងការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក ជំនួសអ្នក ។ ជននេះត្រូវបានហៅថា «អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ ។» ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរ ឬដកឈ្មោះតំណាងមានសិទ្ធិរបស់អ្នក សូមទំនាក់ទំនងទីផ្សារ ។ ឬប្រសិនបើអ្នកគឺជាអ្នកតំណាងបានចាត់តាំងតាមច្បាប់ សម្រាប់នរណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ សូមដាក់បង្ហាញកស្តីតាងជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ ។

1. ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ (ឈ្មោះហៅ ឈ្មោះកណ្តាល និងឈ្មោះត្រកូល)		
2. អាសយដ្ឋាន	3. អាសយដ្ឋានផ្ទះ 2	
4. ទីក្រុង	5. រដ្ឋ	6. លេខស៊ីបកូដ
7. លេខទូរស័ព្ទ		
8. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន		
9. លេខអត្តសញ្ញាណ (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ)		

ដោយការចុះហត្ថលេខា អ្នកអនុញ្ញាតអោយមនុស្សនេះចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ បែបបទអ្នក ទទួលព័ត៌មានផ្លូវការអំពីទម្រង់បែបបទនេះ ហើយតំណាងអោយអ្នក ចំពោះរឿងរ៉ាវទាក់ទងនឹងអស់នានាគត ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទម្រង់បែបបទនេះ ។

10. ហត្ថលេខានៃមនុស្សទី 1 ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ	11. កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា (mm/dd/yyyy)





សេចក្តីបន្ថែម D: សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃជីវិត

(អ្នកត្រូវតែបំពេញកន្លែងសំណល់ទាំងអស់នៃទម្រង់បែបបទនេះ រួមជាមួយនឹង ទំព័រនេះ ។ សូមកុំដាក់បញ្ចូលតែទំព័រនេះតែឯកឯកឡើយ ។)

ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់នៅលើកម្មវិធីនេះមានបទពិសោធន៍ផ្លាស់ប្តូរជីវិតមួយចំនួន – ដូចជាការបាត់បង់ការគ្របដណ្តប់សុខភាព ការរៀបការ ឬមានកូន - ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃចុងក្រោយ (ឬរំពឹងថានឹងក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់) សូមបំពេញទំព័រនេះ ដើម្បីបញ្ចូលវាជាមួយនឹងការបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក ដែលបានចុះហត្ថលេខា ។ ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនក្នុងជីវិតធ្វើឲ្យការគ្របដណ្តប់របស់អ្នកតាមរយៈទីផ្សារចាស់មួយៗ ។ យើងក៏សូមណែនាំឱ្យអ្នកឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំនៅក្រៅ រយៈពេលចុះឈ្មោះចូលរៀនប្រចាំឆ្នាំ (ថ្ងៃទី 1 ខែវិច្ឆិកា - ថ្ងៃទី 15 ខែមករា)។

សំណួរទាំងនេះគឺស្របតាមជម្រើស ។ ប្រសិនបើកាលៈទេសៈនៃជីវិតរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចទុកចម្លើយ នានានៅទីនេះ ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid និង កម្មវិធីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (CHIP) ពេលណាក៏បានក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ថ្មីបើអ្នកគ្មានបទពិសោធន៍នូវ ការផ្លាស់ប្តូរនៃជីវិតនោះទេ ។ សមាជិកនៃអ្នកចូលរួមជាគោលសម្ព័ន្ធទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ និងអ្នកស្រុកអាឡាស្កា អាចចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងតាមរយៈទីផ្សារពេលណាក៏បាន ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ។

ប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានា នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ។

1. តើមាននរណាម្នាក់បានបាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិការរ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះ ឬរំពឹងទុកជាមុនថា បាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិការរ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនាអនាគតឬទេ ?

ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទនៃការរ៉ាប់រងបានចប់ ឬនឹងចប់ (mm/dd/yyyy)

2. តើមាននរណាម្នាក់បានរៀបការក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)

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

ប្រសិនបើមាន សូមចុះឈ្មោះរបស់គេក្នុងកន្លែងនេះ:

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 ឬបទបញ្ជាគុណការ 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?

ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)

7. តើមាននរណាម្នាក់ចូលរួមក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃឬទេ?

ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទនៃការរើចេញ (mm/dd/yyyy)

a. តើលេខស៊ីបកូដ នៃអាសយដ្ឋានមុនរបស់អ្នកគឺជាអ្វី ? ☐ បំពេញនៅទីនេះ ប្រសិនបើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរពីបទស ឬទឹកដីសហរដ្ឋអាមេរិក។

b. តើមាននរណាម្នាក់នៃមនុស្សទាំងនេះ មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការរ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងពេលណាមួយ 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមដាក់ឈ្មោះរបស់គេ នៅខាងក្រោម ៖

ឈ្មោះ: