Health Insurance Marketplace

កុំបំពេញឡើយ ។ នេះពុំមែនជាទម្រង់បែបបទទេ ។

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2022

ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ការ៉ាប់រងសុខភាព និង ជំនួយការបង់ថ្លៃ

➡ ដាក់ពាក្យសុំកាន់តែឆាប់រហ័ស តាមអនឡាញ នៅ HealthCare.gov ។

ប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីមើលថាតើការ៉ាប់រងណា ដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិនឹងទទួលបាន

- ផែនការទីផ្សារដែលផ្តល់នូវការ៉ាប់រងដ៏ទូលំទូលាយដើម្បីជួយអ្នកឲ្យមានសុខភាពល្អប្រសើរ។
- គណនានពន្ធដែលអាចជួយបញ្ចុះថ្លៃរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកភ្លាមៗ។ រ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃឬចំណាយទាបតាមរយៈកម្មវិធី។
- Medicaid ឬកម្មវិធីធានារ៉ាបរងសុខភាពរបស់កុមារ (Children's Health Insurance Program, CHIP)។

កម្រិតប្រាក់ចំណូលមួយចំនួនអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីឥតគិតថ្លៃឬចំណាយតិច។

នរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន ?

- ប្រើសំណុំនេះដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់នរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។
- **ដាក់ពាក្យសុំថ្វីបើអ្នក ប្តីឬប្រពន្ធអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក មានរ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយក្តី។ អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការ៉ាប់រងដោយមិនអស់លុយ ឬតម្លៃថោក។**
- ប្រសិនបើអ្នកនៅលីវ អ្នកនឹងអាចប្រើទម្រង់ខ្លីមួយបាន ។ សូមចូលទៅ HealthCare.gov.
- គ្រួសារដែលរួមបញ្ចូលទាំងជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិអាចដាក់ពាក្យសុំ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំឲ្យកូនអ្នក ទោះបីអ្នក មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ការដាក់ពាក្យសុំនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ឬឱកាសនៃការក្លាយជាអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ឬពលរដ្ឋឡើយ។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកគប្បីបំពេញសេចក្តីបន្ថែម C ។

អ្វីដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវការ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ

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

ហេតុអ្វីយើងសួររកព័ត៌មាននេះ ?

យើងសើ្បសួរអំពីប្រាក់ចំណូល និង ព័ត៌មានដទៀត ដើម្បីចង់ឆ្លើយអ្នកដឹងថាតើការ៉ាប់រងណា ដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់អ្វី និងថាអ្នកអាច ទទួលបានជំនួយណាមួយ ដើម្បីនឹងបង់ថ្លៃវា ។ **យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកផ្តល់ជូនយើង ដោយសម្ងាត់និងសន្តិសុខ ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់ ។** ដើម្បីទស្សនាសេចក្តីថ្លែងការណ៍នៃទង្វើឯកជន ចូលទៅ HealthCare.gov ឬ មើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ។

តើអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត ?

ផ្ញើរទម្រង់បែបបទបំពេញរួច និងចុះហត្ថលេខារួចហើយ ទៅកាន់អាសយដ្ឋាន នៅលើទំព័រលេខ 7 ។ **ប្រសិនបើអ្នកពុំមានព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងសួររកទេ ចុះហត្ថលេខា និង ដាក់ទម្រង់បែបបទអ្នកសុំចុះ ។** យើងនឹងតាមដានជាមួយអ្នកក្នុងរយៈពេល 1-2 សប្តាហ៍ **ហើយអ្នកអាចទទួលបានទំនាក់ទំនងពីផ្សារបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម**។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិទទួលបា នៅក្នុងសំបុត្រ បន្ទាប់ពីពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានដំណើរការ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទំនាក់ទំនងពីយើងទេ សូមទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលហៅទូរស័ព្ទ ទៅផ្សារ។ ការបំពេញពាក្យសុំនេះមិនមានន័យថាអ្នកត្រូវទិញការ៉ាប់រងសុខភាពទេ។

ទទួលជំនួយ ជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ

- **អនឡាញ ៖** HealthCare.gov.
- **ទូរស័ព្ទ ៖** សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325** ។
- **ដោយផ្ទាល់ ៖** ប្រហែលជាមានអ្នកផ្តល់ឱ្យវាទ នៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ដែលអាចជួយបាន ។ សូមចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។
- **ក្នុងភាសាដទៀត ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីទីផ្សារ ទំរង់ដែលអាចចូលដំណើរការបានដូចជាការបោះពុម្ពធំ បោះពុម្ពសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬ អូឌីយ៉ូ។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងដែរប្រសិនបើអ្នកយល់ថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង។ សូមចូលទៅ CMS.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, ឬទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សារលេខ **1-800-318-2596** អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325** ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការបើកបង្ហាញ PRA ៖ អនុលោមតាមទង្វើ Paperwork Reduction Act of 1995 គ្មានជនណាម្នាក់បានតម្រូវអោយឆ្លើយតប និងការប្រមូលព័ត៌មាន លើកលែងតែវាសំដែងនូវលេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ ។ លេខ គ្រប់គ្រងឈ្មោះ OMB ត្រឹមត្រូវប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ព័ត៌មាននេះ សម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មានគឺ 0938-1191 ។ ពេលវេលាបានតម្រូវដើម្បីបញ្ចប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ គឺត្រូវបានប្រមាណថា មានអាត្រាចំនួន 45 នាទី រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីនឹងពិនិត្យមើលសេចក្តីណែនាំ ស្វែងរកប្រភពទិន្នន័យដែលមានរួចស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យត្រូវការចាំបាច់ និង បំពេញ និង ពិនិត្យសារឡើងវិញនូវការប្រមូលព័ត៌មាន ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសេចក្តីអធិប្បាយទាក់ទងនឹងភាពត្រូវនៃការប្រមាណពេល ឬ ការផ្តល់យោបលសម្រាប់ការបង្កើនគុណភាពនៃទម្រង់នេះ សូមសរសេរទៅ ៖ CMS, 7500 Security **Boulevard,** ជម្រាបជូន ៖ មន្ត្រីជម្រះបាយការណ៍ PRA Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 ។

កុំបំពេញឡើយ ។ នេះពុំមែនជាទម្រង់បែបបទទេ ។

សូមសរសេរផ្ទិតក្នុងអក្សរធំ ដោយប្រើតែប៊ិចពណ៌ខ្មៅ ឬ ខៀវប៉ុណ្ណោះ
បំពេញក្នុងរង្វង់ (○) ដូចតំបន៖ → ●.

ជំហានទី 1: និយាយប្រាប់អំពីរូបអ្នក ។

(យើងត្រូវការនីតិជន្នាក់ក្នុងគ្រួសារ ដើម្បីធ្វើជាអ្នកទំនាក់ទំនង សម្រាប់ទម្រង់ បែបបទរបស់អ្នក ។)

1. ឈ្មោះហៅ	ឈ្មោះកណ្តាល	ឈ្មោះត្រកូល	អក្សរចុង

2. អាសយដ្ឋានផ្ទះ (ទុកចន្លោះទទេ ប្រសិនបើអ្នកគ្មានទេ ។)	3. អាសយដ្ឋានផ្ទះ 2

4. ទីក្រុង	5. រដ្ឋ	6. លេខស៊ីបកូដ	7. មណ្ឌល

8. អាសយដ្ឋានប្រៃសនីយ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)	9. អាស័យដ្ឋានប្រៃសនីយ៍ 2

10. ទីក្រុង	11. រដ្ឋ	12. លេខស៊ីបកូដ	13. មណ្ឌល

14. លេខទូរស័ព្ទ	15. លេខទូរស័ព្ទទីពីរ
( ) -	( ) -

16. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីទម្រង់បែបបទនេះ តាមរយៈប្រៃសនីយ៍ឬទេ ? ..... ○ បាទ/ចាស់ ○ ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ៖

17. ភាសានិយមប្រើ:	ភាសាសរសេរ	ភាសានិយាយ

ជំណាក់ការទី 2 ៖ សូមប្រាប់យើងអំពីគ្រួសាររបស់អ្នក។

តើនរណាដែលអ្នកត្រូវការដាក់បញ្ចូលក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ?

បំពេញទំព័រជំហ៊ានទី ២ សំរាប់មនុស្សម្នាក់ៗក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកទោះបីមនុស្សនោះមានការរ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយ។ ព័ត៌មានក្នុងសំណុំបែបបទនេះជួយយើងឲ្យបញ្ជាក់ថាជនគ្រប់រូបទទួលបានការរ៉ាប់រងយ៉ាងល្អបំផុត។ ចំនួនជំនួយ ឬប្រភេទនៃកម្មវិធីដែលអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់គឺផ្អែកលើចំនួនមនុស្សក្នុងគ្រួសារនិងប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរាប់បញ្ចូលនរណាម្នាក់ ទោះបីជាពួកគេមានការរ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយលទ្ធផលនៃសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកអាចរងផលប៉ះពាល់។

សម្រាប់នីតិជនដែលត្រូវការការរ៉ាប់រង ៖

ដាក់បញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះ ថ្វីបើពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់ខ្លួនគេក្តី ៖

- មានប្តី ឬ ប្រពន្ធណាម្នាក់
- កូនប្រុសកូនស្រីណាម្នាក់អាយុក្រោម 21 ឆ្នាំដែលពួកគេរស់នៅរួមទាំងកូនប្រសារ ផង
- មនុស្សដទៃទៀតណាម្នាក់ នៅក្នុងការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (រួមទាំង កុមារណាម្នាក់មានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំដែលបានទាមទាសងនៅលើការវិលត្រឡប់ ពន្ធរបស់ឪពុក ឬ ម្តាយណាម្នាក់) ។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់សុំពន្ធ ដើម្បីទទួលការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។

សម្រាប់កូន ៗមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលត្រូវការការរ៉ាប់រង ៖

ដាក់បញ្ចូលមនុស្សទាំងនេះ ថ្វីបើពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់ខ្លួនគេក្តី ៖

- ឪពុក ឬ ម្តាយណាម្នាក់ (ឬឪពុក ឬម្តាយចុង) ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
- បងប្អូនណាម្នាក់ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
- កូនប្រុស ឬកូនស្រីណាម្នាក់ ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ រួមទាំងកូនចុងផងដែរ
- ប្តីឬប្រពន្ធដែលគេរស់នៅជាមួយ
- ជនដទៃណាម្នាក់ទៀត ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងការវិលត្រឡប់ពន្ធសហព័ន្ធ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់សុំពន្ធ ដើម្បីទទួលការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ ។

បំពានជំហានទី 2 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗក្នុងគ្រួសារអ្នក។

ចាប់ផ្តើមជាមួយខ្លួនអ្នកបន្ទាប់មកបន្ថែមមនុស្សពេញវ័យនិងកុមារដទៃទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានមនុស្សច្រើនជាង 2 នាក់ក្នុងគ្រួសារអ្នកត្រូវថតចម្លង ទំព័រហើយ ភ្ជាប់វា។

អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬអេសអេសអេសសម្រាប់សមាជិក គ្រួសារដែលមិនត្រូវការការ៉ាប់រងសុខភាព។ យើងនឹងរក្សាទុករាល់ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជូនជាឯកជននិងមានសុវត្ថិភាព ដូចដែលបានចែងក្នុងច្បាប់។ ប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដើម្បីពិនិត្យថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល បានការ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ។

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គឺប្តីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។

ដំណាក់ការទី 2 ៖ មនុស្សទី 1 (ចាប់ផ្តើមជាមួយរូបអ្នក ។)

បំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់ខ្លួនអ្នកប្តីប្រពន្ធ / ដៃគូនិងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក ដែលរស់នៅជាមួយអ្នកនិង / ឬនរណាម្នាក់ដែលនៅលើលិខិតបញ្ជាក់ពន្ធ លើប្រាក់ ចំណូលសហព័ន្ធដូចគ្នាប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ សូមមើលទំព័រ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកដែលត្រូវដាក់បញ្ចូល។ ប្រសិនបើអ្នក មិនដាក់ពាក្យសុំពន្ធទេចាំនៅតែបន្ថែមមនុស្សក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

1. ឈ្មោះហៅ | ឈ្មោះកណ្តាល | ឈ្មោះត្រកូល | អក្សរចុង

2. ទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សទី 1? **រូបអ្នក**

3. តើអ្នករៀបការហើយឬនៅ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

4. កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត (mm/dd/yyyy) __ / __ / ____

5. ភេទ ◯ ស្រី ◯ ប្រុស

6. **លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)** ___ - __ - ____

យើងត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការព្យាបាលសុខភាព និងមាន SSN ឬអាចទទួលបានមួយ ។ យើងប្រើ SSN ដើម្បីឆែកមើលប្រាក់ចំណូល ឬព័ត៌មានដទៀត ដែលរកមើលថាតើនរណាមានលក្ខណៈសម្បត្តិ សម្រាប់ជំនួយការបង់ការព្យាបាលសុខភាព ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបាន SSN, សូមចូលទៅ **socialsecurity.gov**, ឬទូរស័ព្ទទៅ Social Security លេខ 1-800-772-1213។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរស័ព្ទ ទៅលេខ 1-800-325-0778។

7. **តើអ្នកត្រូវគ្រាងជាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល ឆ្នាំក្រោយឬទេ ?** អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ការព្យាបាល ថ្វីបើអ្នកមិនដាក់សុំការវិល ត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធក្តី ។

◯ **បាទ/ចាស់។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់** ឆ្លើយនឹងកម្មវត្ថុ a រហូតដល់ c ◯ **ទេ ។ ប្រសិនបើទេ** សូមរំលងទៅកម្មវត្ថុ c។

a. តើអ្នកនឹងដាក់សុំរួម ជាមួយប្តី/ ប្រពន្ធឬ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់ ប្តី/ ប្រពន្ធ ៖

b. តើអ្នកនឹងទាមទារសងអនីតិជនពឹងផ្អែកណាម្នាក់ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធ របស់អ្នកឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើ ប្តី/ ប្រពន្ធ សូមសរសេររាយឈ្មោះនៃអនីតិជនពឹងផ្អែក ៖

c. តើអ្នកនឹងទាមទារសងអតិជនពឹងផ្អែកណាម្នាក់ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធ របស់អ្នកឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់ សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកបំពេញពន្ធ ៖

តើអ្នកជាប់ជាសាច់ឈាមជាមួយអ្នកដាក់សុំពន្ធឬទេ ?

8. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ a. **ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់** តើមានទារុកប៉ុន្មាននាក់ ដែលកំពឹងទុកជាមុន ថានឹងមានក្នុងការមានផ្ទៃពោះនេះ ? ☐

9. **តើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលសុខភាពឬទេ ?** ថ្វីបើអ្នកមានការព្យាបាលក្តី នៅតែអាចមាននូវកម្មវិធី ដែលមានការព្យាបាលល្អប្រសើរ ឬ មានតម្លៃកាន់តែទាបផងដែរ ។

◯ **បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់** ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងអស់ នៅខាងក្រោម ។ ◯ **ទេ ។ ប្រសិនបើទេ** សូមរំលងទៅសំណួរអំពីថវិកា នៅលើទំព័រទី 3 ។ សូមទុកសំណួរទាំងអស់នៃទំព័រនេះ នៅទទេ ។

10. តើអ្នកមានតម្រូវការថែរក្សាសុខភាពពិសេស ឬស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយផ្លូវចិត្ត ឬផ្លូវអារម្មណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យមានកម្រិតក្នុងសកម្មភាព (ដូចជាងូតទឹកស្លៀកពាក់ សំលៀកបំពាក់ប្រចាំថ្ងៃជាដើម) ឬរស់នៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពឬផ្ទះថែទាំ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

11. តើអ្នកមានសញ្ជាតិអាមេរិក ឬ ជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

12. តើអ្នកជាជនអនុញ្ញាតអោចចូលជាតិឬទេ ? (ជាទូទៅ នេះមានន័យថា អ្នកបានកើតក្រៅប្រទេសអាមេរិក)

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

a. លេខជនបរទេស ៖

b. លេខសញ្ញាបំណ្ណ

បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញ a និង b រួចហើយ សូមរំលងទៅសំណួរលេខ 14 ។

13. **ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាជាតិអាមេរិក ឬ មានសញ្ជាតិអាមេរិកទេ** តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឬទេ ? ◯ **បាទ/ចាស់ ។** ដាក់បញ្ចូលប្រភេទឯកសារ និង លេខអត្តសញ្ញាណ ។ សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ | ប្រភេទស្ថានភាព (តាមជម្រើស) | សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក ដូចដែលមាននៅលើឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ។

លេខជនបរទេស ឬ I-94

លេខប័ណ្ណ ឬ ប័ណ្ណចម្លងដែន

ប័ណ្ណអត្តសញ្ញាណ SEVIS ឬកាលបរិច្ឆេទហួសអណត្តិ (តាមជម្រើស)

កត្តាដទៀត (លេខក្រម ឬ ប្រភេទនៃការចេញអោយ)

a. តើអ្នកធ្លាប់បានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

b. តើអ្នក ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬឪពុក/ម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬជាសមាជិក កងពលសហរដ្ឋអាមេរិកសកម្មឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

14. តើអ្នកត្រូវការជំនួយបង់សម្រាប់ថ្លៃកំ្ចយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ពីអ៊ីឡុង 3 ខែមកនេះ ឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

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

សូមរាយឈ្មោះនិងទំនាក់ទំនងរបស់កុមារអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំដែលរស់នៅជាមួយអ្នកក្នុងគ្រួសារ ៖

16. តើអ្នកជានិសិត្សពេញម៉ោងឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

17. តើអ្នកស្ថិតក្នុងការយកមកចិញ្ចឹម នៅក្នុងអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

តាមជម្រើស ៖ (សូមបំពេញទាំងអស់ ដែលជាប់ទាក់ទង ។)

18. សញ្ជាតិ ៖ ◯ ជនជាតិស្បែកស ◯ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក អាមេរិក ◯ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬ អ្នកស្រុកអាឡាស្កា ◯ ភីលីពីន ◯ ជប៉ុន ◯ កូរ ◯ ជនជាតិអាស៊ី ស្បែកក្រហម ◯ ចិន ◯ វៀតណម ◯ ជនជាតិអាស៊ីផងទៀត ◯ អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ◯ ហ្គាំ ឬ សាម៉ូ ◯ សាម៉ូន ◯ ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីফিកផងទៀត ◯ ជាតិពីន្ធផងទៀត _____

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គឃ្លីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។

ដំណាក់ការទី 2 ៖ មនុស្សទី 1 (បន្តជាមួយរូបអ្នក ។)

ការងារបច្ចុប្បន្ន ឬ ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

◯ **ត្រូវបានជួលដោយ ៖** ប្រសិនបើអ្នកបច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានជួល សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយកម្មវត្ថុ 21។

◯ **មានគេជួលទេ ៖** រំលងទៅកម្មវត្ថុ 31។

◯ **ធ្វើការងារអាយខ្លួនឯង ៖** រំលងទៅកម្មវត្ថុ 30។

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1 ៖

21. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខសុំបកូដ | 22. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច ( ) -

23. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ) $

◯ តាមម៉ោង ◯ ពីរដងក្នុងមួយខែ ◯ មួយសប្តាហ៍ ◯ រៀងរាល់ខែ ◯ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ◯ មួយឆ្នាំ

24. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 2 ៖ (ប្រសិនបើអ្នកមានការងារន្ថែមទៀត ហើយត្រូវការចន្លោះបន្ថែម សូមដាក់ឯកសារ ។)

25. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខសុំបកូដ | 26. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច ( ) -

27. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ) $

◯ តាមម៉ោង ◯ ពីរដងក្នុងមួយខែ ◯ មួយសប្តាហ៍ ◯ រៀងរាល់ខែ ◯ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ◯ មួយឆ្នាំ

28. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

29. **ឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកបាន ៖** ◯ ផ្លាស់ការងារ ◯ ឈប់ធ្វើការ ◯ ចាប់ផ្តើមធ្វើការពីរបីម៉ោង ◯ គ្មានជម្រើសទាំងនេះទេ

30. **ប្រសិនបើធ្វើការងារអាយខ្លួនឯង សូមឆ្លើយ a និង b ៖**

a. ប្រភេទនៃការងារ ៖

b. តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធប៉ុន្មាន (ប្រាក់ចំណេញបន្ទាប់ពីការចំណាយខាងពាណិជ្ជកម្មត្រូវបានបង់រួចហើយ) អ្នកនឹងទទួលពីការជួលខ្លួនឯងនេះ ខែនេះ? សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។ $

31. **ប្រាក់ចំណូលដទៀត ដែលអ្នកទទួលបាន ខែនេះ ៖** សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើអ្នកបានទទួលមមាញឹកយ៉ាងណាដែរ ។ បំពេញកន្លែងនេះ ប្រសិនបើគ្មានទេ ។ ◯
កំណត់សារ ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើង អំពីប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង ប្រាក់អតីត យុទ្ធជន ឬប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភសន្តិសុខ (Supplemental Security Income, SSI)។

◯ គ្មានការងារ	$	◯ សោធនអាហារកិច្ចបានទទួល	$
◯ ប្រាក់រ៉ៃត្រត	$	◯ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីស្រែ/ ការនេសាត្រី	$
◯ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម	$	◯ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីកម្រៃជួល/ ការជ្រកអ្នកនិពន្ធ	$
◯ គណនេយ្យចូលនិវត្តន៍	$	◯ ប្រាក់ចំណូលដទៀត ប្រភេទ ៖	$

ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

32. **ការកាត់បន្ថយអនុមាន** សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើអ្នកបានទទួលមមាញឹកយ៉ាងណាដែរ ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វី ៦មួយប្រភេទ ដែលត្រូវបានកត់បន្ថយ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សូមប្រាប់យើងអំពីអ្វី ៦ទាំងនេះ អាចធ្វើអោយការរ៉ាប់រងសុខភាព កាន់តែចុះទាបខ្លះ ។
កំណត់សារ ៖ អ្នកមិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ដែលអ្នកបង់ ឬតម្លៃដែលត្រូវបានគិតបញ្ចូលជាស្រាប់ នៅក្នុងចម្លើយចំពោះការជួលខ្លួនឯង (សំណួរ 30b) ។

◯ បានបង់សោធនអាហារកិច្ច	$	◯ ការកាត់បន្ថយអនុមានដទៀត ប្រភេទ ៖	$
◯ ការប្រាក់កម្ចីរៀនសិក្សាត	$		

ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

33. បំពេញសំណួរនេះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ហាក់ដូចជាអ្នកគ្រាន់តែធ្វើការតែមួយ សម្រាប់ផ្នែកនៃឆ្នាំ ឬ ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ សម្រាប់ខែមួយប្រភេទ ។ ប្រសិនបើអ្នកពឹងទុកជាមុននូវការផ្លាស់ប្តូរចំពោះប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ សូមរំលងទៅមនុស្សបន្ទាប់ទៀត ។

ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុប**ឆ្នាំនេះ** $	ប្រាក់ចំណូលសរុប**ឆ្នាំក្រោយ** (ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវាខុសគ្នា) $ ◯ បំពេញប្រសិនបើអ្នកគិតថាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនឹងពិបាកទាយ។

សូមអរគុណ! នេះគឺជាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងចង់ដឹងអំពីអ្នក ។

កុំបំពេញឡើយ ។ នេះពុំមែនជាទម្រង់បែបបទទេ ។

ដំណាក់ការទី 2 ៖ មនុស្ស ទី 2 ៖

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

បំពេញដំណាក់ការទី 2 សម្រាប់រូបអ្នក ប្តីឬប្រពន្ធ/ដៃគូ និងកូនៗ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬ នរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់សុំ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធទេ សូមចាំថា នៅតែដាក់បញ្ចូ សមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ។ សូមមើលទំព័រលេខ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតើគប្បីដាក់បញ្ចូល ។

1. ឈ្មោះបៅ | ឈ្មោះកណ្តាល | ឈ្មោះត្រកូល | អក្សរចុង

2. ទំនាក់ទំនងជាមួយមនុស្សទី 1? សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។

3. តើមនុស្សទី 2 រៀបការហើយឬនៅ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

4. កាលបរិច្ឆេទនៃកំណើត (mm/dd/yyyy) __ / __ / ____

5. ភេទ ◯ ស្រី ◯ ប្រុស

6. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ___ - __ - ____

យើងក្រវ៉ាការនេះ ៖ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់មនុស្សទី 2 និងមនុស្សទី 2 មាន SSN. ។

7. តើមនុស្សទី 2 រស់នៅឯអាសយដ្ឋានដដែល ដូចជាមនុស្សទី 2 មាន SSN ។ ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើទេ សរសេររាយអាសយដ្ឋាន ៖

8. **តើមនុស្សទី 2 ត្រូវការការ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ ?** អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ការ៉ាប់រង ថ្វីបើមនុស្សទី 2 មិនដាក់សុំការវិល ត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធក្តី ។

◯ **បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់** ឆ្លើយនឹងកម្មវត្ថុ a រហូតដល់ c ◯ **ទេ ។ ប្រសិនបើទេ** សូមរំលងទៅកម្មវត្ថុ c ។

a. តើមនុស្សទី 2 នឹងដាក់សំរួម ជាមួយប្តី/ ប្រពន្ធឬ ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់ ប្តី/ ប្រពន្ធ ៖

b. តើមនុស្សទី 2 នឹងទាមទាសងអនីតិជនពឹងផ្អែកណាម្នាក់ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធ របស់ខ្លួន ឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើ ប្តី/ ប្រពន្ធ សូមសរសេររាយឈ្មោះនៃអនីតិជនពឹងផ្អែក ៖

c. តើមនុស្សទី 2 នឹងទាមទាសងអតិជនពឹងផ្អែកណាម្នាក់ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធ របស់អ្នកឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់ សូមសរសេររាយឈ្មោះនៃអ្នកដាក់សុំពន្ធ ៖

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់ សូមសរសេររាយឈ្មោះនៃអ្នកដាក់សុំពន្ធ ៖

9. តើមនុស្សទី 2 មានផ្ទៃពោះឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ a. **ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់** តើមានទារុកប៉ុន្មាននាក់ ដែលរំពឹងទុកជាមុន ថានឹងមានក្នុងការមានផ្ទៃពោះនេះ ? ☐

10. **តើមនុស្សទី 2 ត្រូវការការ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ ?** (ថ្វីបើមនុស្សទី 2 មានការ៉ាប់រងក្តី នៅតែអាចមាននូវកម្មវិធី ដែលមានការ៉ាប់រងល្អ ប្រសើរ ឬ មានតម្លៃកាន់តែទាបផងដែរ ។)

◯ **បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់** ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងអស់ នៅខាងក្រោម ។ ◯ **ទេ ។ ប្រសិនបើទេ** សូមរំលងទៅសំណួរអំពីថវិកា នៅលើទំព័រទី 5 ។ សូមទុកសំណួរទាំងអស់នៃទំព័រនេះ នៅទទេ ។

11. តើបុគ្គលិកទី 2 មានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយផ្លូវចិត្តឬផ្លូវអារម្មណ៍ដែលបណ្តាល ឱ្យមានដែនកំណត់ក្នុងសកម្មភាព (ដូចជាងូតទឹកស្លៀកពាក់សំលៀកបំពាក់ប្រចាំ ថ្ងៃជាដើម) តម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេសឬរស់នៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពឬមណ្ឌល ថែទាំ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

12. តើមនុស្សទី 2 មានសញ្ជាតិអាមេរិក ឬ ជាជនជាតិអាមេរិកឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

13. តើមនុស្សទី 2 ជាជនអនុញ្ញាតអោយចូលជាតិឬទេ ? (ជាទូទៅ នេះមានន័យថា ពួកគេបានកើតក្រៅប្រទេសអាមេរិក)

◯ **បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់** បំពេញ a និង b ។ ◯ **ទេ ។ ប្រសិនបើទេ** សូមបន្តទៅសំណួរលេខ 14 ។

a. ទីជនបរទេស

b. លេខសញ្ញាប័ណ្ណ

បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញ a និង b រួចហើយ សូមរំលងទៅសំណួរលេខ 15 ។

14. **ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 មិនមែនជាជាតិអាមេរិក ឬ មានសញ្ជាតិអាមេរិកទេ តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះ**ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឬទេ ? ◯ **បាទ/ចាស់ ។** ដាក់បញ្ចូលប្រភេទឯកសារ និង លេខអត្តសញ្ញាណ ។ សូមមើលសេចក្តីណែនាំ ។

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ ៖ | ប្រភេទស្ថានភាព (តាមជម្រើស) ៖ | សូមសរសេរឈ្មោះរបស់មនុស្សទី 2 ដូចដែលមាននៅលើឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ។

លេខជនបរទេស ឬ I-94

លេខប័ណ្ណ ឬ ប័ណ្ណចម្លងដែន

បំណុលអត្តសញ្ញាណ SEVIS ឬកាលបរិច្ឆេទហួសអណត្តិ (តាមជម្រើស)

កត្តាដទៀត (លេខក្រម ឬ ប្រទេសនៃការចេញអាយ)

a. តើមនុស្សទី 2 ធ្លាប់បានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

b. តើមនុស្សទី 2 ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ឬឪពុក/ម្តាយរបស់អ្នក ជាអតីតយុទ្ធជន ឬជាសមាជិក កងពលសហរដ្ឋអាមេរិកសកម្មឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

15. តើមនុស្សទី 2 ត្រូវការជំនួយបង់សម្រាប់រ៉ាក៏យបត្រវជ្ជសាស្ត្រ ពីអំឡុង 3 ខែមកនេះ ឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

16. តើមនុស្សទី 2 រស់នៅជាមួយនឹងក្មេង យ៉ាងហោចម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ហើយតើអ្នកគឺជាអ្នកចម្បងដែលថែទាំក្មេងនេះ ឬទេ?(បំពេញ- បាទ/ចាស- ប្រសិនបើបុគ្គលិក 2 នាក់ឬប្តី / ប្រពន្ធរបស់ពួកគេមើលថែ ក្មេងនេះ។) ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

17. សូមប្រាប់ឈ្មោះនិងទំនាក់ទំនងនៃក្មេងណាម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក នៅក្នុងផ្ទះសំបែងរបស់អ្នក ៖ (កត្តាទាំងនេះ អាចជាក្មេង ១ដងដែល ដែលបានសរសេររាយនៅលើទំព័រទី 2)

18. តើមនុស្សទី 2 ស្ថិតក្នុងការយកមកចិញ្ចឹម នៅក្នុងអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

សូមឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 មានអាយុ 22 ឆ្នាំ ឬក្រុង ជាង ៖

19. តើមនុស្សទី 2 មានការធានារ៉ាប់រង តាមរយៈការងារ ហើយ ចាត់បង់វា ក្នុងអំឡុង 3 ខែកន្លងមកនេះឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

a. **ប្រសិនបើបាទ/ ចាស់** កាលបរិច្ឆេទចប់ ៖: __ / __ / ____

b. មូលហេតុការធានារ៉ាប់រងបានបញ្ចប់ ៖

20. តើមនុស្សទី 2 ជានិស្សិតពេញម៉ោងឬទេ ? ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

តាមជម្រើស ៖ (សូមបំពេញទាំងអស់ ដែលជាប់ទាក់ទង ។

21. **សញ្ជាតិ ៖** ◯ ជនជាតិស្បែកស ◯ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក អាមេរិក ◯ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬ អ្នកស្រុកអាឡាស្កា ◯ ឥណ្ឌូ ◯ ជប៉ុន ◯ កូរ ◯ ជនជាតិអាស៊ីស្បែកក្រហម ◯ ចិន ◯ ម៉ាឡេណម ◯ ជនជាតិអាស៊ីបន្ថែម ◯ អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ◯ គ្វាំ ឬ ឆាម៉ូរ៉ូ ◯ សាម៉ូន ◯ ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិកឯទៀត ◯ ជាតិព័ន្ធឯទៀត

ក្រវ៉ាការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកកំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។

ទំព័រលេខ 5 នៃទំព័រលេខ 7

ដំណាក់ការទី 2 ៖ មនុស្ស ទី 2 ៖

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលណាដែល មនុស្សទី 2 ទទួលបាន ។ បំពេញទំព័រនេះ ថ្វីបើ មនុស្សទី 2 មិនត្រូវការការ៉ាប់រងសុខភាពទេ ។

ការងារបច្ចុប្បន្ន ឬ ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

◯ **ត្រូវបានជួលដោយ ៖** ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 បច្ចុប្បន្ននេះត្រូវបានជួល សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយកម្មវត្ថុ 23។

◯ **មានគេជួលទេ ៖** រំលងទៅកម្មវត្ថុ 33។

◯ **ធ្វើការអាយខ្លួនឯង ៖** រំលងទៅកម្មវត្ថុ 32។

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1 ៖

23. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខស៊ីបកូដ | 24. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច ( ) -

25. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ) $

◯ តាមម៉ោង ◯ ពីរដងក្នុងមួយខែ ◯ មួយសប្តាហ៍ ◯ រៀងរាល់ខែ ◯ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ◯ មួយឆ្នាំ

26. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្នទី 2 ៖ (ប្រសិនបើ មនុស្សទី 2 មានការងារថែមទៀត សូមដាក់ឥណ្ឌាប់សន្លឹកក្រដាសមួយទៀត)

27. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក (តាមជម្រើស)

b. ទីក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខស៊ីបកូដ | 28. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច ( ) -

29. ប្រាក់ឈ្នួល/ ប្រាក់កំរៃក្រៅ (មុននឹងពន្ធ) $

◯ តាមម៉ោង ◯ ពីរដងក្នុងមួយខែ ◯ មួយសប្តាហ៍ ◯ រៀងរាល់ខែ ◯ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ◯ មួយឆ្នាំ

30. អាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

31. **ក្នុងឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើមនុស្សទី 2 បាន ៖** ◯ ផ្លាស់ការងារ ◯ ឈប់ធ្វើការ ◯ ចាប់ផ្តើមធ្វើការពីរបីម៉ោង ◯ គ្មានជម្រើសទាំងនេះទេ

32. **ប្រសិនបើជនទី 2 ធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង សូមបំពេញកម្មវត្ថុ a និង b ៖**

a. ប្រភេទនៃការងារ ៖

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

33. **ប្រាក់ចំណូលដទៀតដែល មនុស្សទី 2 ទទួលបានខែនេះ ៖** សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើមនុស្សទី 2 បានទទួលមមាញឹកយ៉ាងណាដែរ ។ បំពេញកន្លែងនេះ ប្រសិនបើគ្មានទេ ។ ◯
កំណត់សារ ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើង អំពីប្រាក់ចំណូលពីប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង ប្រាក់អតីត យុទ្ធជន ឬប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភសន្តិសុខ (Supplemental Security Income, SSI) មនុស្សទី 2 ។

◯ គ្មានការងារ $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ ប្រាក់រ៉ៃត្រត $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ គណនេយ្យចូលនិវត្តន៍ $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ សោធនអាហារកិច្ចបានទទួល $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីស្រែ/ ការនេសាត្រី $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ ចំនួនចំណូលសុទ្ធពីកម្រៃជួល/ កម្រៃអ្នកនិពន្ធ $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ ប្រាក់ចំណូលដទៀត ប្រភេទ ៖ $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

34. ការកាត់បន្ថយអនុមាន សូមបំពេញកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង ហើយផ្តល់ចំនួន និងតើមនុស្សទី 2 បានទទួលមមាញឹកយ៉ាងណាដែរ ។ ប្រសិនបើមនុស្សទី 2 បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វី ៦មួយប្រភេទ ដែលត្រូវបានកត់បន្ថយ នៅលើការវិលត្រឡប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សូមប្រាប់យើងអំពីអ្វី ៦ទាំងនេះ អាចធ្វើអោយការ៉ាប់រងសុខភាព កាន់តែចុះទាបខ្លះ ។
កំណត់សារ ៖ អ្នកមិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ដែលមនុស្សទី 2 បង់ ឬតម្លៃដែលត្រូវបានគិតបញ្ចូលជាស្រាប់ នៅក្នុងចម្លើយចំពោះការជួលខ្លួនឯង (សំណួរ 32b) ។

◯ បានបង់សោធនអាហារកិច្ច $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ ការ្ចប្រាក់កម្ចីរបស់និស្សិត $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

◯ ការកាត់បន្ថយអនុមានដទៀត ប្រភេទ ៖ $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ ?

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

ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ មនុស្សទី 2 **សម្រាប់ឆ្នាំនេះ**	ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ មនុស្សទី 2 **សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ**
$	$

សូមអរគុណ! នេះគឺជាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងចង់ដឹងអំពីមនុស្សទី 2 ។

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកកំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គឺប្តីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។

កុំបំពេញឡើយ ។ នេះពុំមែនជាទម្រង់បែបបទទេ ។

ដំណាក់ការទី 3 ៖ សមាជិកគ្រួសារជនជាតិដើមអាមេរិកាំងណ្ណាឌ្យ ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (AI/AN)

1. **តើអ្នកឬនណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំងឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា?**
   ◯ **ទេ ។ ប្រសិនបើទេ** សូមបន្តទៅដំណាក់ការទី 4 ។ ◯ **បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់** បន្តទៅដំណាក់ការទី 4 រួមទាំងសេចក្តីបន្ថែម B និងដាក់បញ្ចូលជាមួយទម្រង់បែបបទ ។

ដំណាក់ការទី 4 ៖ ការរ៉ាប់រងសុខភាពនៃគ្រួសាររបស់អ្នក

1. **រៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកបានទទួលឥណទានពន្ធទូលំទូលាយ តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធ និង សម្រុះសម្រួលឥណទានពន្ធទូលំទូលាយណាមួយដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់ឬទេ ?**
   ◯ **បាទ/ចាស់ ឥណទានពន្ធទូលំទូលាយត្រូវបានសម្រុះសម្រួលរួចហើយ ។ បំពេញក្នុងរង្វង់ ប្រសិនបើកត្តាទាំងអស់នៃកត្តាទាំងនេះ ទាក់ទងនឹងអ្នក ៖**
   - អ្នកបានប្រើការបង់ប្រាក់ទុកជាមុន នៃឥណទានពន្ធទូលំទូលាយ (APTC) ក្នុងឆ្នាំ ឬច្រើនជាងកន្លងមកនេះ ដើម្បីជួយបន្ថយកម្រៃរបស់អ្នក សម្រាប់ការរ៉ាប់រងទីផ្សារ ។
   - អ្នកដាក់សុំពន្ធសម្រាប់ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក បានដាក់សុំការវិលត្រឡប់ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ សម្រាប់រៀងរាល់ឆ្នាំនៃឆ្នាំទាំងនេះ ។
   - អ្នកដាក់សុំពន្ធបានដាក់បញ្ចូលទម្រង់ IRS Form 8962 (HealthCare.gov/taxes-reconciling/) ជាមួយការវិលត្រឡប់ពន្ធ ។

2. **តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ដែលត្រូវបានកត់ឃើញថាគ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ Medicaid ឬ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ Children's Health Insurance Program (CHIP) ក្នុងអំឡុង 90 ថ្ងៃកន្លងមក ឬទេ ?** (ជ្រើសយក បាទ/ចាស់ តែប្រសិនបើនរណាម្នាក់ត្រូវបានកត់ឃើញថាគ្មាន លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ ការរ៉ាប់រងនេះដោយរដ្ឋរបស់អ្នក មិនមែនដោយទីផ្សារ ទេ ។) ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

   នរណា ? _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

   ឬ តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះក្នុងទម្រង់បែបបទ ត្រូវបានគេប្រាប់ថាគ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicade ឬ CHIP ដោយព្រោះតែហានៈអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្លួន ក្នុងអំឡុង 5 ឆ្នាំកន្លងមកនេះឬទេ ? ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

   នរណា ? _____

   តើមាននរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រង ក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះបើកផ្សារ ឬបន្ទាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍ជីវិតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទេ? ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

   នរណា ? _____

3. **តើមាននរណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវបានផ្តល់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ពីការងាររឬទេ ?** សូមគូសយកថ្វីបើការរ៉ាប់រង គឺមកពីការងាររបស់នរណាម្នាក់ទៀត ដូចជា ឪពុក/ម្តាយ ឬ ប្តី/ប្រពន្ធ ថ្វីបើពួកគេមិនទទួលការរ៉ាប់រង ។
   ◯ **បាទ/ចាស់ ។** បន្តទៅមុខ រួចហើយ បញ្ចប់សេចក្តីបន្ថែម A ។ តើនេះគឺជាគម្រោងអត្តប្រយោជន៍និយោជិតរដ្ឋឬទេ ? ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ
   ◯ **ទេ ។**

4. **តើមាននរណាម្នាក់បានចុះឈ្មោះជាមួយការរ៉ាប់រងសុខភាព ឥឡូវនេះឬទេ ?**
   ◯ **បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់** សូមបន្តទៅសំណួរលេខ 6 ។ ◯ **ទេ ។ ប្រសិនបើទេ** សូមរំលងទៅដំណាក់ការលេខ 5 ។

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

មនុស្សទី 1 ៖

ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព

ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖
◯ ការធានារ៉ាប់រងនយោជក ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ◯ ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ◯ ទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត

ប្រសិនបើវាគឺជាការធានារ៉ាប់រងនយោជក ៖ (អ្នកក៏គប្បីនឹងបំពេញ សេចក្តីបន្ថែម A ។)

ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខបណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ

ប្រសិនបើវាគឺជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ៖ ◯ សូមបំពេញការរ៉ាប់រងសុខភាពទីផ្សារនេះឬទេ ?

ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខបណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ

តើវាគឺជាគម្រោងមានអត្តប្រយោជន៍មានកំហិតមួយ ដូចជាប័ណ្ណសន្យាគ្រោះ ថ្នាក់នៅសាលារៀនមួយឬ ? ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

មនុស្សទី 2 ៖

ឈ្មោះរបស់មនុស្សដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព

ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ៖
◯ ការធានារ៉ាប់រងនយោជក ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA ◯ ទីភ្នាក់ងារ Peace Corps ◯ ទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត

ប្រសិនបើវាគឺជាការធានារ៉ាប់រងនយោជក ៖ (អ្នកក៏គប្បីនឹងបំពេញ សេចក្តីបន្ថែម A ។)

ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខបណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ

ប្រសិនបើវាគឺជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ៖ ◯ សូមបំពេញការរ៉ាប់រងសុខភាពទីផ្សារនេះឬទេ ?

ឈ្មោះនៃក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព	លេខបណ្ណសន្យា/អត្តសញ្ញាណ

តើវាគឺជាគម្រោងមានអត្តប្រយោជន៍មានកំហិតមួយ ដូចជាប័ណ្ណសន្យាគ្រោះ ថ្នាក់នៅសាលារៀនមួយឬ ? ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ដំណាក់ការទី 5 ៖ សេចក្តីយល់ព្រម និង ហត្ថលេខារបស់អ្នក

1. **តើអ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតអោយទីផ្សារដើម្បីប្រើទិន្នន័យព័ត៌មាន រួមមានព័ត៌មានការវិលត្រឡប់ពន្ធ សម្រាប់ 5 ឆ្នាំក្រោយមកឬ ?** ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ដើម្បីធ្វើអោយវាកាន់តែងាយស្រួល ដើម្បីសម្រេចនូវលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការជួយបង់សម្រាប់ការរ៉ាប់រង ក្នុងបណ្តាឆ្នាំអនាគត អ្នកអាចយល់ព្រមដើម្បីអនុញ្ញាតអោយទីផ្សារ ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលទាន់សម័យ រួមមានព័ត៌មានពីការវិលត្រឡប់ពន្ធ ។ ទីផ្សារនឹងផ្ញើរសេចក្តីជូនដំណឹងមួយ និងអនុញ្ញាតអ្នកអោយអ្នកធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ។ផ្សារនឹងពិនិត្យមើលដើម្បីប្រាកដថាអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយអាចនឹងត្រូវស្នើសុំឱ្យអ្នកបញ្ជាក់ថាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក នៅតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់។ អ្នកអាចដកខ្លួនចេញពេលណាក็បានដែរ។.

ប្រសិនបើជាចម្លើយទេ សូមធ្វើឲ្យព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទាន់សម័យដោយស្វ័យប្រវត្តិ សម្រាប់ ៖

◯ 5 ឆ្នាំ ◯ 3 ឆ្នាំ ◯ 1 ឆ្នាំ ◯ សូមកុំប្រើទិន្នន័យពន្ធរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើអោយលក្ខណៈសម្បត្តិមានសុពលភាពម្តងទៀត សម្រាប់ការជួយបង់សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព

◯ 4 ឆ្នាំ ◯ 2 ឆ្នាំ (ការជ្រើសយកជម្រើសនេះ អាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នក ដើម្បីនឹងទទួលជំនួយនូវការបង់ សម្រាប់ការរ៉ាប់រង ក្នុងពេលធ្វើអោយមានសុពលភាពម្តងទៀត ។)

2. **តើមាននរណាម្នាក់កំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ធ្លាប់បានជាប់ឃុំ (ជាប់គុក) ឬទេ ?** ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ ប្រាប់ឈ្មោះមនុស្សនោះដល់យើង ៖ តើឈ្មោះនៃអ្នកជាប់ក្នុងមន្ទីរឃុំគឺ ៖

◯ បំពេញក្នុងកន្លែងនេះ ប្រសិនបើមនុស្សនេះ កំពុងតែប្រឈមមុខនឹងទំនោរនៃ ការដាំប់ទោស ។

ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងទីផ្សារហើយក្រោយមកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានការរ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត (ដូចជា Medicare, Medicaid, ឬ CHIP) នោះ Marketplace នឹងបញ្ចប់ការគ្របដណ្តប់ លើគំរោង Marketplace របស់ពួកគេដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ នេះនឹងជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកណាម្នាក់ដែលត្រូវបានគេរកឃើញថា មានការរ៉ាប់រង ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នឹងមិនចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងលើទីផ្សារទេហើយត្រូវបង់ប្រាក់ពេញ។

◯ ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យ Marketplace បញ្ចប់ការរ៉ាប់រងលើ Marketplace របស់ប្រជាជនលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំក្នុងស្ថានភាពនេះ។

◯ ខ្ញុំមិនផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Marketplace ដើម្បីបញ្ចប់ការគ្របដណ្តប់ Marketplace ក្នុងស្ថានភាពនេះទេ។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកដែលរងផលប៉ះពាល់នៅ លើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំនឹងលែងមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុហើយត្រូវចំណាយថ្លៃដើមទាំងស្រុងសម្រាប់ផែនការទីផ្សាររបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ មានលក្ខណៈចំពោះ Medicaid ៖

- ខ្ញុំកំពុងតែផ្តល់ដល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid នូវសិទ្ធិរបស់យើង ដើម្បីជឹកកកាយ និង ទទួលយកប្រាក់កាសពី ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដំណោះស្រាយខាងច្បាប់ ឬភាគីទីបីនានាងទៀត ។ ខ្ញុំក็กำពុងតែផ្តល់សិទ្ធិដល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid ដើម្បីជឹកកកាយ និងទទួលការគាំទ្រខាងវេជ្ជកម្ម ពីប្តី ឬប្រពន្ធ ឬឪពុកឬម្តាយ ។
- តើមានកូនណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ មានឪពុក ឬម្តាយកំពុងតែ រស់នៅក្រៅផ្ទះឬទេ ? ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ
- ប្រសើបិនឆ្លើយមាន ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេស្នើសុំអោយចូលរួមជាមួយទីភ្នាក់ងារ ដែលប្រមូលការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ពីឪពុក ឬម្តាយអវត្តមាន ។ ប្រសិនបើ ខ្ញុំគិតថាការចូលរួមដើម្បីនឹងប្រមូលការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ នឹងប៉ះទង្គិចដល់ខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចប្រាប់ដល់ Medicaid ហើយខ្ញុំនឹងមិនអាច ចូលរួមបានឡើយ ។
- ខ្ញុំកំពុងតែចុះហត្ថលេខាទម្រង់បែបបទនេះ នៅក្រោមការពិន័យនៃការក្លែងក ដែលមានន័យថាខ្ញុំបានផ្តល់ចម្លើយពិត ចំពោះសំណួរទាំងអស់នៅលើទម្រង់នេះ យ៉ាងអស់ពីដំរិះរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចស្ថិតនៅក្រោមការពិន័យនៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើ ខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ និងមិនពិតដោយចេតនា ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ដល់ទីផ្សារការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងអំឡុង 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ (ប្រសិនបើខុស) ពីអ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរ នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ។ ខ្ញុំអាចចូលទៅ HealthCare.gov ឬទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** ដើម្បីរាយការណ៍នូវការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរមួយ នៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអាចប៉ះពាល់ដល់លក្ខណៈ សម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ ក็ដូចជាលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់សមាជិកនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ ខ្ញុំ ។
- ខ្ញុំដឹងថានៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ការសម្រេចនឹងត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយផ្អែក ទៅលើសញ្ជាតិ សម្បុរ និងស្រុកកំណើត ភេទ អាយុ ទំនោផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណ ភេទ ឬ អសមត្ថភាព ។ ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យសារទុក្ខ នៃការរើសប្រកាន់ ដោយការចូលទៅ hhs.gov/ocr/office/file ។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននោះនៅលើទម្រងនេះ នឹងត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ជួយបង់សម្រាប់ការរ៉ាប់រង (ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើ) និងសម្រាប់គោលបំណងស្របតាមច្បាប់ នៃទីផ្សារ និង កម្មវិធីដែលជួយបង់សម្រាប់ការរ៉ាប់រង ។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីឆែកមើលលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការ ជួយបង់សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសដាក់ពាក្យសុំ ។ យើងនឹងឆែកមើលចម្លើយរបស់អ្នក ដោយការប្រើព័ត៌មាននៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេម៉ូចត្រូនិច ពី សេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) សន្តិសុខសង្គម ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ និង/ឬ ទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ នៃអ្នកប្រើប្រាស់ ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានស៊ីនឹងគ្នាទេ យើងអាចប្រាប់អ្នកឲ្យផ្ញើរព័ត៌មានមកយើង។

តើខ្ញុំគួរធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំគិតថាការជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំមិនត្រឹមត្រូវ?

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងអ្វីដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទេ អ្នកអាចស្នើសុំនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ។ សូមពិនិត្យមើលសេចក្តីជូនដំណឹងនៃលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកឡើងវិញ ដើម្បី នឹងសេចក្តីណែនាំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាក់លាក់ ចំពោះជនម្នាក់ ។ដែលដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រង រួមមានចំនួនថ្ងៃដែលអ្នកមាន ដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ។ នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ដើម្បីពិចារណា នៅពេលស្នើសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ៖

- អ្នកអាចពឹងនរណាម្នាក់ ស្នើសុំ ឬចូលរួមនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចង់ ។ មនុស្សនោះអាចជាមិត្ត ញាតិមិត្ត មេធាវី ឬបុគ្គលឯទៀតម្នាក់ ។ ឬ អ្នកអាចស្នើរសុំ និងចូលរយក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដោយខ្លួនអ្នក ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកអាចរក្សាលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក សម្រាប់ការរ៉ាប់រង ខណៈពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កំពុងតែមានដំណើរការ ។
- លទ្ធផលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ អាចផ្លាស់ប្តូរនូវលក្ខណៈសម្បត្តិនៃសមាជិក ឯទៀតនៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ។

ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះលទ្ធផលលក្ខណៈសម្បត្តិទីផ្សាររបស់អ្នក សូមចូល ទៅ HealthCare.gov/marketplace-appeals/។ ឬសូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទទីផ្សាររលេខ **1-800-318-2596** ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គឃ្លីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។ អ្នកក็អាចផ្ញើរទម្រង់សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬលិខិត្ររបស់អ្នកផ្ទាល់ ស្នើរសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ចំពោះ **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 ។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការទិញការរ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈទីផ្សារ អំឡុងពេលការចុះ ឈ្មោះ ឥណទានពន្ធ ការកាត់បន្ថយដោយការរំលែកការចំណាយ កម្មវិធី Medicaid, និត CHIP ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបដិសេធនូវអ្វី ៗទាំងនេះ ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ឥណទានពន្ធ ឬការកាត់បន្ថយដោយការរំលែកការចំណាយ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នូវចំនួនដែលយើង បានសម្រេចថាអ្នកអាចនឹងទទួលបាន ។ ផ្អែកទៅលើរដ្ឋរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈទីផ្សារ ឬអ្នកអាចស្នើសុំនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ ជាមួយទីភ្នាក់ងារ Medicaid or CHIP រដ្ឋ ។

មនុស្សទី 1 ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាត្រង់នេះ ដរាបណាមនុស្សទី 1 បានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបន្ថែម C ។

ហេតុលេខា	កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា (mm/dd/yyyy)
→	/ /

ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងតែចុះឈ្មោះលើទម្រង់បែបបទនេះ ក្នុងពេលបើកទ្វារសម្រាប់ការចុះឈ្មោះ (រវាងថ្ងៃទី 1 ខែវិច្ឆិកា និង ថ្ងៃទី 15 ខែធ្នូ) សូមលោកអ្នកពិនិត្យសារឡើងវិញត្រង់សេចក្តីបន្ថែម D («សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរជីវិត»)

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គឃ្លីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។

ដំណាក់ការទី 6 ៖ ផ្ញើរទម្រង់បែបបទបានបំពេញរួចហើយ

ផ្ញើរទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅ ៖

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

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ចុះឈ្មោះ នៅ eac.gov.

ទទួលជំនួយក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស

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

នេះគឺជាបញ្ជីភាសាមានជូន និងសារដំណឹងដដែល 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 مجانا. 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.

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)

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、通訳とお話しください。

សេចក្តីបន្ថែម A

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ការរ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ លើកលែងតែមាននរណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសារ មានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារមួយ ថ្វីបើពួកគេមិនទទួលការរ៉ាប់រងទេ ។ ដាក់តភ្ជាប់សំណៅនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ការងារនីមួយ ៗ ដែលផ្តល់នូវការ៉ាប់រង ។

សូមប្រាប់យើងអំពីការងារដែលផ្តល់នូវការ៉ាប់រង ។

ធ្វើសំណៅនៃទំព័រនេះ ហើយយកវាទៅនយោជក ដែលផ្តល់ការ៉ាប់រង ដើម្បីជួយ អ្នកឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ ។

ព័ត៌មាននិយោជិត

1. ឈ្មោះនិយោជិត (ឈ្មោះហៅ, ឈ្មោះកណ្តាល. ឈ្មោះត្រកូល)	2. លេខសន្តិសុខសង្គមនិយោជិត (SSN)
	___ - __ - ____

ព័ត៌មាននយោជក

3.ឈ្មោះរបស់នយោជក/ ក្រុមហ៊ុន	
4. លេខអត្តសញ្ញារបស់នយោជក(Employer Identification Number, EIN)	5. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក
__ - _____	(___) ___ - ____

ឥឡូវនេះ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាននៃជន ឬ ក្រសួង ដែលចាត់ចែងអត្ថប្រយោជន៍ របស់និយោជិត ។ យើងអាចទាក់ទងជននេះ ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ៖

6. ជនឬក្រសួង ដែលយើងអាចទំនាក់ទំនង អំពីការ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជនិត ។		
7. អាសយដ្ឋាននយោជក (ទីផ្សារប្រហែលនឹងផ្ញើរសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ទៅកាន់ អាសយដ្ឋាននេះ)		
8. ទីក្រុង	9. រដ្ឋ	10. លេខស៊ីបកូដ
11. លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនខុសពីនៅខាងលើ) (___) ___ - ____	12. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ៖	

13.**តើនិយោជិតកំពុងតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការ៉ាប់រងបានផ្តល់ដោយ នយោជកនេះ ឬតើនិយោជិតនឹងក្លាយទៅជាមានលក្ខណៈសម្បត្តិ ក្នុងអំឡុង 3 ខែទៅមុខឬទេ ?**

◯ **ប្រសិនបើបាទ/ចាស់** (បន្តទៅមុខ)

a. **ប្រសិនបើនិយោជិតគ្មានលក្ខណៈសម្បត្តិថ្ងៃនេះ រួមជាមួយលទ្ធផលនៃពេលវេលារង់ចាំ ឬសាកល្បង នៅពេលនិយោជិតមានលក្ខណៈសម្បត្តិ សំរាប់ការ៉ាប់រង់ឬទេ? (mm/dd/yyyy)**

___ / ___ / ____

b. **តើនយោជកផ្តល់គម្រោងសុខភាព ដែលរ៉ាប់រងប្តី ឬ ប្រពន្ធ ឬ អ្នកពឹង ផ្អែកបស់និយោជិតឬទេ ?**

◯ **បាទ/ចាស់ ។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់** តើជានរណាទៅ? ◯ ប្តី/ ប្រពន្ធ ◯ អ្នកពឹងផ្អែក

◯ **ទេ** (សូមទៅសំណួរលេខ 14 ។)

◯ **ទេ** (**នយោជក ៖** ឈប់ ហើយបញ្ជូនទម្រង់នេះទៅនិយោជិតវិញ ។)
និយោជិត ៖ ផ្ញើរត្រឡប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នក សម្រាប់ការ៉ាប់រងទីផ្សារ ។)

បញ្ជីឈ្មោះរបស់អ្នកឯទៀត នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់និយោជិត មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការ៉ាប់រងពីការងារនេះ ។

ឈ្មោះ

ឈ្មោះ

ឈ្មោះ

បន្តទៅទំព័រក្រោយ

សូមប្រាប់យើងអំពីគម្រោងសុខភាព ត្រូវបានផ្តល់ដោយ នយោជកនេះ ។

14. តើនិយោជកផ្តល់គម្រោងសុខភាព មានលិទ្ធភាព បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរិមាឬ ទេ* ?

◯ **បាទ/ចាស់** (សូមទៅសំណួរលេខ 15 ។) ◯ **ទេ** (ឈប់ ហើយបញ្ជូនទម្រង់នេះទៅនិយោជនិតវិញ ។)

15. តើនិយោជិតនឹងបង់ប្រាក់ប៉ុណ្ណាសម្រាប់តម្លៃទាបបំផុតនៃគម្រោង ផ្តល់ទៅដល់និយោជិត លើកលែងតែមានលិទ្ធភាពចំពោះទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរិមាឬ ទេ* តែប៉ុណ្ណោះ ? កុំដាក់បញ្ចូលគម្រោងគ្រួសារឡើយ ។
កំណត់សារ ៖ ប្រសិនបើនយោជកផ្តល់កម្មវិធីសុខុមាលភាព សូមជ្រើសយកការរ៉ាប់រងទំលំទូលាយដេលនិយោជិតនឹងបង់ ប្រសិនបើនិយោជិតទទួលការបញ្ចុះតម្លៃអតិបរិមាសម្រាប់ការផ្តាច់កម្មវិធីថ្នាំជក់ ឬមិនទទួលការបញ្ចុះតម្លៃដទៀត ផ្អែកទៅលើកម្មវិធីសុខុមាលភាព ។

a. និយោជិតនឹងបង់ការធានាទូលំទូលាយ ៖ **$**

កំណត់សារ ៖ ដាក់ចូននូវចំនួនទាបបំផុត ដែលនយោជកអាចប់សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ។

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

កំណត់សារ ៖ ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភត្រលប់មកវិញហើយធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពពាក្យសុំរបស់អ្នក។

* គម្រោងសុខភាពមានលិទ្ធភាពចំពោះបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរិមា ប្រសិនបើបង់ប្រាក់យ៉ាងហោចណាស់ 60% នៃតម្លៃសរុបនៃសេវាខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់បទដ្ឋានប្រជាភិវឌ្ឍន៍ និងផ្តល់ការរ៉ាប់រងយ៉ាងធំ ចំពោះសេវាមន្ទីរពេទ្យ និងវេជ្ជបណ្ឌិត ។ គម្រោងមូលដ្ឋានការងារភាគច្រើន មានលិទ្ធភាពនឹងបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរិមា ។

ទម្រង់ត្រូវបានអនុម័ត B

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ទម្រង់ត្រូវបានអនុម័ត C

Form Approved
OMB No. 0938-1191

ជំនួយក្នុងការបំពេញសំណុំបែបបទនេះ

សម្រាប់អ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្វង់មើលទិសទី ទីភ្នាក់ងារ និងឈ្មួញកណ្តាល ទម្រង់បែបបទមានវិញ្ញាប័ណ្ណបត្រតែប៉ុណ្ណោះ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្វង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារឬឈ្មួញកណ្តាលមានវិញ្ញាប័ណ្ណបត្រម្នាក់ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សម្រាប់នរណាម្នាក់ទៀត ។

1. បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់ឱវាទ អ្នកស្វង់មើលទិសទី ភ្នាក់ងារឬឈ្មួញកណ្តាលមានវិញ្ញាប័ណ្ណបត្រម្នាក់ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សម្រាប់នរណាម្នាក់ទៀត ។ (mm/dd/yyyy)

__ __ / __ __ / __ __ __ __

2. ឈ្មោះហៅ ឈ្មោះកណ្តាល និងឈ្មោះត្រកូល និង តួអក្សរចុង

3. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន

4. លេខអត្តសញ្ញាណ (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ)

5. សម្រាប់តែភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាលប៉ុណ្ណោះ ៖ លេខ NPN

អ្នកអាចជ្រើសអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិម្នាក់ ។

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

1. ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិ (ឈ្មោះហៅ ឈ្មោះកណ្តាល និងឈ្មោះត្រកូល)

2. អាស័យដ្ឋាន

3. អាសយដ្ឋាន 2

4. ទីក្រុង

5. រដ្ឋ

6. លេខស៊ីបកូដ

7. លេខទូរស័ព្ទ

( ) -

8. ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុន

9. លេខអត្តសញ្ញាណ (ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ)

ដោយការចុះហត្ថលេខា អ្នកអនុញ្ញាតអោយមនុស្សនេះចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ បែបបទអ្នក ទទួលព័ត៌មានផ្លូវការអំពីទម្រង់បែបបទនេះ ហើយតំណាងអោយអ្នក ចំពោះរឿងរ៉ាវទាំងអស់នាអនាគត ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទម្រង់បែបបទនេះ ។

10. **ហត្ថលេខានៃមនុស្សទី 1 ដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ**

11. **កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា** (mm/dd/yyyy)

__ __ / __ __ / __ __ __ __

សេចក្តីបន្ថែម D

Form Approved
OMB No. 0938-1191

សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃជីវិត

(អ្នកត្រូវតែបំពេញកន្លែងសំណាល់ទាំងអស់នៃទម្រង់បែបបទនេះ រួមជាមួយនឹង ទំព័រនេះ ។ សូមកុំដាក់បញ្ចូលតែទំព័រនេះតែឯកឯកឡើយ ។)

ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំនេះជួបប្រទះនឹងការផ្លាស់ប្តូរជីវិតមួយចំនួន ដូចជាបាត់បង់ការរ៉ាប់រងសុខភាពរៀបការឬមានកូន - ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃកន្លងមក (ឬរំពឹងថានឹងមានរយៈពេល 60 ថ្ងៃក្រោយ) សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោម។ ការផ្លាស់ប្តូរជីវិតមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យការ៉ាប់រងរបស់អ្នកតាមរយៈផ្សារចាប់ផ្តើមភ្លាមៗ។ យើងក៏សូមណែនាំឱ្យអ្នកឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំនៅក្រៅ រយៈពេលចុះឈ្មោះចូលរៀនប្រចាំឆ្នាំ។

សំណួរទាំងនេះគឺស្របតាមជម្រើស ។ ប្រសិនបើកាលៈទេសៈនៃជីវិតរបស់អ្នកមានបានផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកអាចទុកចន្លើយ នានានៅទទេ ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid និង កម្មវិធីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (CHIP) ពេលណាក៏បានក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ថ្វីបើអ្នកគ្មានបទពិសោធន៍នូវ ការផ្លាស់ប្តូរនៃជីវិតនោះទេ ។ សមាជិកនៃអ្នកចូលរួមជាគោលសម្ព័ន្ធទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ និងអ្នកស្រុកអាឡាស្កា អាចចុះឈ្មោះក្នុងការ៉ាប់រងតាមរយៈទីផ្សារ ពេលណាក៏បាន ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ។

ប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានា នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ។

1. **តើមាននរណាម្នាក់បានបាត់លក្ខណៈសម្បត្តិការ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះ ឬរំពឹងទុកជាមុនថា បាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិការ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនាអនាគតឬទេ ?**

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទនៃការ៉ាប់រងបានចប់ ឬនឹងចប់ (mm/dd/yyyy)
	__ / __ / ____
☐ សូមពិនិត្យនៅទីនេះ ប្រសិនបើការ៉ាប់រងត្រូវបានបញ្ចប់ព្រោះបុព្វលាភមិនបានបង់។	

2. **តើមាននរណាម្នាក់បានរៀបការក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះឬទេ ?**

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
	__ / __ / ____

a. **តើមាននរណាម្នាក់នៃមនុស្សទាំងនេះ: មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងពេលណាមួយ 60 ថ្ងៃកន្លងកានេះឬទេ ?** ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមចុះឈ្មោះរបស់គេត្រង់កន្លែងនេះ:

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

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
	__ / __ / ____

4. **តើមានមាននរណាម្នាក់មានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងកានេះឬទេ ?**

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
	__ / __ / ____

5. **តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានយកមកចិញ្ចឹម ឬដាក់អោយយកទៅចិញ្ចឹម ឬបានដាក់ក្នុងការកំចាំចិញ្ចឹមក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងកានេះឬទេ ?**

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
	__ / __ / ____

6. **តើមាននរណាម្នាក់បានក្លាយទៅជាពឹងផ្អែក ដោយព្រោះតែការចិញ្ចឹមកូន ឬបទបញ្ជាតុលាការ 60 ថ្ងៃកន្លងកានេះឬទេ ?**

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
	__ / __ / ____

7. **តើមាននរណាធីចូលផ្ទះអ្នកក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃឬទេ?**

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទនៃការធីចេញ (mm/dd/yyyy)
	__ / __ / ____

តើលេខស៊ីបកូដ នៃអាសយដ្ឋានមុនរបស់អ្នកគឺជាអ្វី ? ◯ បំពេញនៅទីនេះ ប្រសិនបើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរពីបរទេស ឬទឹកដីសហរដ្ឋអាមេរិក។

_____

a. **តើមាននរណាម្នាក់នៃមនុស្សទាំងនេះ: មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះការ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងពេលណាមួយ 60 ថ្ងៃកន្លងកានេះឬទេ ?** ..... ◯ បាទ/ចាស់ ◯ ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមដាក់ឈ្មោះរបស់គេ នៅខាងក្រោម ៖

ឈ្មោះ

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកឬ ? ចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសារណាមួយ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតលុយដល់អ្នកឡើយ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គឺប្តីទូរស័ព្ទលេខ **1-855-889-4325** ។