

ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីព្យាបាលមហារីកសុដន់ និងកស្បូន ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញ និងយល់ព្រម

សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព

For Office Use Only

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	BCCHP Prime Contractor	Diagnosis Date
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គម		BCCHP Case Manager Name:	
អាសយដ្ឋាន			BCCHP Case Manager Phone: Fax:	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ	BCCHP ID #	Medicaid ID #
លេខទូរស័ព្ទ: យល់ព្រមផ្ញើសារទុកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: ទូរស័ព្ទចល័ត: ទូរស័ព្ទផ្សេងៗ:		Clinic Chart #	Clinic Name

តើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកប៉ុន្មានមុនពេលបង់ពន្ធ? \$ _____ ក្នុង មួយសប្តាហ៍ មួយខែ មួយឆ្នាំ
ចំនួនមនុស្សកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងត្រូវបានគាំទ្រលើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ: _____

តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរទេ? បាទ/ចាស ទេ បើបាទ/ចាស ក្រុមហ៊ុន: _____ គោលនយោបាយ # _____

តើអ្នកមានវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនទាន់បានបង់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមហារីកសុដន់ ឬកស្បូននេះដែរទេ? បាទ/ចាស ទេ
បើបាទ/ចាស: # នៃខែ មុនពេលកាលបរិច្ឆេទរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នកដែលការធ្វើតេស្តបានចាប់ផ្តើម និងមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ BCCHP
ឬធានារ៉ាប់រង: 1 2 3

តើអ្នកជាអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក? បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកបានកើតនៅក្នុងដែនដីសហរដ្ឋអាមេរិក?
បាទ/ចាស ទេ នៅឯណា? _____

តើអ្នកជាអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍នៅសហរដ្ឋអាមេរិក? បាទ/ចាស ទេ មិនអាចអនុវត្តបាន
អ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍តាំងពី: (កាលបរិច្ឆេទលើប័ណ្ណ P.R.) _____ (វាចាំបាច់តែដើម្បីចម្លងប័ណ្ណ PR មួយដងសម្រាប់កម្មវិធីដំបូងប៉ុណ្ណោះ)
មិនមែនសម្រាប់ការបន្តជាថ្មីឡើយ)

ភាសាបឋម? (សូមគូសយកទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក គូសរង្វង់ជុំវិញភាសាមួយដែលអ្នកចូលចិត្តជាងគេ) ភាសាអង់គ្លេស
 ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាវៀតណាម ភាសាចិន ភាសាកូរ៉េ ភាសាខ្មែរ ភាសារុស្ស៊ី ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់: _____)

ខ្ញុំយល់ថា:

- ខ្ញុំកំពុងត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់កម្មវិធី Apple Health Medicaid នៃអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនសម្រាប់ការគ្របដណ្តប់វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការព្យាបាលមហារីកសុដន់ ឬកស្បូន។
- ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវបានចែករំលែកជាមួយសេវាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក និងអន្តោប្រវេសន៍ (USCIS) ឡើយ។
- ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់កម្មវិធីសុខភាពសុដន់ កស្បូន និងពោះវៀនធំ (BCCHP) ឱ្យបញ្ចេញកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការធ្វើជាឯកសារនៃការព្យាបាល។
- ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិដល់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនចំពោះអត្ថប្រយោជន៍គាំទ្រវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ និងចំពោះការទូទាត់ភាគីទីបីណាមួយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

ខ្ញុំបានអាន និងយល់អំពីព័ត៌មានខាងលើនេះ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផាកពិន័យនៃសម្បទាបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់នេះ គឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញតាមចំណេះដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាអតិថិជន: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____
ហត្ថលេខាអ្នកគ្រប់គ្រងករណី: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:

Initial eligibility screening date: _____ Re-verification date: _____ Remains eligible: Yes No (If no, explain in notes)

Requested coverage start date: _____ AEM / ERSO: Yes No BCCHP Consent form current: Yes No

Case Management Notes: _____