

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ

HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមអនឡាញនៅ៖ hcai.ca.gov/HospitalBillHelp ។
- ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជាមួយនឹងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សុខភាព ដោយចូលទៅកាន់ [គេហទំព័រ healthconsumer.org](https://healthconsumer.org) ឬដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ (888) 804-3536។
- កម្មវិធីនេះមិនមានយុត្តាធិការ (សិទ្ធិអំណាច) លើវិវាទទូទៅលើការគិតថ្លៃ និងថ្លៃសេវា តម្លាភាពតម្លៃ ការប៉ាន់ស្មានដោយស្មោះត្រង់ ឬការគិតថ្លៃដោយអ្នកផ្តល់សេវាបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ (ក្រៅពីការគិតថ្លៃសេវានៅមន្ទីរពេទ្យ)។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើឯកសាររបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ សូមដាក់តែច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារប៉ុណ្ណោះ។ កុំផ្ញើឯកសារដើម វានឹងមិនត្រូវបានផ្ញើមកវិញឡើយ។

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

1. ឈ្មោះ, ឈ្មោះកណ្តាល, នាមត្រកូល

2. ឈ្មោះដែលពេញចិត្ត (ស្រេចចិត្ត)
3. ភេទ: ☐ ស្រី ☐ ប្រុស ☐ មិនស្គាល់ ☐ មិនចង់ប្រាប់
4. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ 5. តើអ្នកជំងឺបានស្លាប់ហើយឬនៅ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
6. តើអ្នកជំងឺជាអតីតជនមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
7. ចំពោះអ្នកជំងឺអតីតជន សូមសរសេរឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេ: _____
8. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ, ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខកូដប្រៃសណីយ៍ (5 ខ្ទង់), ឈ្មោះប្រទេស

9. លេខទូរស័ព្ទចម្បង

10. លេខទូរស័ព្ទបន្ទាប់បន្សំ

11. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
12. តើមាននរណាម្នាក់ ក្រៅពី ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នកមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ កំពុងជួយអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញទម្រង់បែបបទគំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតនៅលើទំព័រទី 11។

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានគ្រួសារ (នៅពេលដែលសេវាមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានផ្តល់ជូន)

13. ទំហំគ្រួសារ: _____

ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ក្រុមគ្រួសាររួមមានដូចខាងក្រោម៖ ប្តី/ប្រពន្ធ ដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា និងកូនក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬអាណាមួយប្រសិនបើមានពិការភាព មិនថារស់នៅផ្ទះឬអត់នោះទេ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឬសម្រាប់កុមារដែលមានអាយុពី 18 ទៅ 20 ឆ្នាំ ក្រុមគ្រួសាររួមមានដូចខាងក្រោម៖ ឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិអ្នកថែទាំ និងកូនដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំផ្សេងទៀតរបស់ឪពុកម្តាយ ឬសាច់ញាតិអ្នកថែទាំ ឬអាណាមួយក៏បានប្រសិនបើពិការ។ ប្រសិនបើអាយុបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារច្រើនជាងប្រាំនាក់ សូមបំពេញឯកសារបន្ថែមនៅលើទំព័រទី 10។

លេខ	ឈ្មោះពេញ	អាយុ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ផ្នែកទី 3: ព័ត៌មានមន្ទីរពេទ្យ

14. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ: _____

15. អាសយដ្ឋាន, ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខកូដប្រៃសណីយ៍ (5 ខ្ទង់): _____

16. កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានគិតប្រាក់ដោយមន្ទីរពេទ្យ: _____

សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃវិក្កយបត្រណាមួយ ប្រសិនបើមាន។

17. តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ចំនួនណាមួយសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានលើកឡើងហើយឬនៅ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ឯកសារគាំទ្រ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការទូទាត់ចុងក្រោយ ប្រសិនបើមាន: _____

18. តើអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំការបញ្ឈប់តម្លៃ និង/ឬការថែទាំសប្បុរសធម៌ជាមួយមន្ទីរពេទ្យមុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅផ្នែកទី 4។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស

សូមផ្តល់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកនៅថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវបានគិតប្រាក់ជាលើកដំបូងសម្រាប់សេវាកម្ម ឬក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុនថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវបានគិតប្រាក់ជាលើកដំបូងសម្រាប់សេវាកម្ម។

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺ: _____

☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំពីរសប្តាហ៍ម្តង ☐ ប្រចាំខែ ☐ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ☐ ផ្សេងទៀត: _____

19. កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ: _____

20. តើពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើបាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទនៃការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើមាន: _____

ផ្នែកទី 4: ព័ត៌មានផែនការសុខភាព

21. តើផ្នែកណាមួយនៃសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យដែលគ្របដណ្តប់ដោយសំណងកម្មករ ការធានារ៉ាប់រងរថយន្ត ឬការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលមិនបានរាយខាងលើដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

22. តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការសុខភាព ផែនការធានារ៉ាប់រង

និង/ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាល (ឧ. Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance

។ល។) សម្រាប់កាលបរិច្ឆេទណាមួយនៃសេវាកម្មដែលបានលើកឡើងដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

ប្រសិនបើបាទ/ចាស សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងប្រភេទនីមួយៗ សូមរាយឈ្មោះផែនការ

កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការធានារ៉ាប់រង លេខសម្គាល់សមាជិកភាព

និងផ្នែកប្រអប់សម្រាប់ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងខាងក្រោម ប្រសិនបើមាន។

ការគ្របដណ្តប់បឋម

កាលបរិច្ឆេទនៃការគ្របដណ្តប់

លេខសម្គាល់សមាជិកភាព

☐ ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare

ការគ្របដណ្តប់បន្ទាប់បន្សំ

កាលបរិច្ឆេទនៃការគ្របដណ្តប់

លេខសម្គាល់សមាជិកភាព

☐ ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare

ការគ្របដណ្តប់ផ្សេងទៀត កាលបរិច្ឆេទនៃការគ្របដណ្តប់ លេខសម្គាល់សមាជិកភាព
☐ ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare

ការគ្របដណ្តប់ផ្សេងទៀត កាលបរិច្ឆេទនៃការគ្របដណ្តប់ លេខសម្គាល់សមាជិកភាព
☐ ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare

23. តើផែនការសុខភាព ផែនការធានារ៉ាប់រង និង/ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាលបានដំណើរការ
ការទាមទារណាមួយសម្រាប់សេវាកម្មដែលមន្ទីរពេទ្យគិតថ្លៃដែរឬទេ?
☐ បាទ /ចាស ☐ ទេ ☐ មិនអាចអនុវត្តបាន ☐ មិនស្គាល់

ផ្នែកទី 5: ព័ត៌មានអំពីការប្រមូលបំណុល

24. តើមន្ទីរពេទ្យបានលក់បំណុលវេជ្ជសាស្ត្រនេះទៅឱ្យការប្រមូលបំណុលឬតើអ្នកមានហានិភ័យនៃការត្រូវបាន
បញ្ជូនទៅការប្រមូលបំណុល? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់

25. ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើបំណុលត្រូវបានរាយការណ៍ទៅការិយាល័យឥណទាន ឬវាបានប៉ះពាល់ដល់របាយការណ៍/ពិន្ទុឥណទានរបស់អ្នកដែរឬទេ?
☐ បាទ /ចាស ☐ ទេ ☐ មិនស្គាល់ ☐ មិនអាចអនុវត្តបាន
ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ឥណទានរបស់អ្នក។

26. កាលបរិច្ឆេទដែលបំណុលត្រូវបានលក់ទៅឱ្យការប្រមូលបំណុល ឬកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកត្រូវបានជូនដំណឹង
ថាវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់នៃការបញ្ជូនទៅការប្រមូលបំណុល
ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន និងមាន៖ _____

ផ្នែកទី 6: ព័ត៌មានអំពីពាក្យបណ្តឹង

ការពិពណ៌នាអំពីអ្វីដែលជាពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក៖ _____

ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះគឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវតាមដែលខ្ញុំដឹង។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (សរសេរអក្សរធំ)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់

សូមចំណាំ៖ ទម្រង់បែបបទតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវតែបំពេញ
ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងផ្នែកច្បាប់។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងបញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំទៅក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈរបស់រដ្ឋសម្រាប់បញ្ជាដែលកើតឡើងមុនថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024។ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ផ្នែកទី 7: ការចេញផ្សាយព័ត៌មាន

HCAI-Legal-562 (REV 12/23/2025)

ខ្ញុំ [សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកជំងឺ] _____ សូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់
[សូមសរសេរឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ] _____ ដើម្បីចែករំលែកកំណត់ត្រាសុខភាពពេញលេញ
របស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ វិក្កយបត្រ វេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
វិសហវិទ្យា របាយការណ៍រូបភាពរោគវិនិច្ឆ័យ និងកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងការរៀបចំ
ក្នុងក្របខណ្ឌដែលខ្ញុំបានដាក់ ឬដាក់ក្នុងនាមខ្ញុំ ជាមួយក្រសួងព័ត៌មាន និងសិទ្ធិទទួលបាន
ការថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (HCAI) កម្មវិធីការរៀបចំវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ (HBCP)
សម្រាប់គោលបំណងកំណត់ថា តើមន្ទីរពេទ្យដែលបានដាក់ឈ្មោះនោះអនុលោមតាមច្បាប់វិក្កយ
បត្រយុត្តិធម៌មន្ទីរពេទ្យ និងបទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធឬអត់។

ខ្ញុំយល់ថាកំណត់ត្រាជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើមាន ត្រូវបានការពារក្រោមបទប្បញ្ញត្តិ
សហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងការសម្ងាត់ និងកំណត់ត្រាអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុ
42 CFR ផ្នែកទី 2 និងច្បាប់ស្តីពីការផ្ទេរភាពអាចទទួលយកបាន និងការទទួលខុសត្រូវលើការ
ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 1996 (HIPAA) 45 CFR pts 160 & 164 ហើយមិនអាចបង្ហាញដោយ
គ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីខ្ញុំទេ លុះត្រាតែមានចែងផ្សេងពីនេះដោយបទប្បញ្ញត្តិ។

ការអនុញ្ញាតនេះដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំមានសុពលភាពរហូតដល់ការរៀបចំ
របស់ខ្ញុំនៅ HCAI ត្រូវបានដោះស្រាយ។ ខ្ញុំយល់ថា
ខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះដើម្បីចែករំលែកទិន្នន័យសុខភាពនៅពេល
ណាក៏បាន ហើយខ្ញុំអាចធ្វើដូច្នេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

លុះត្រាតែមានការលុបចោលផ្សេងពីនេះ ការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់ 12 ខែបន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល
ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ឬនៅពេលដែលការរៀបចំរបស់ខ្ញុំត្រូវបានបិទ
អាស្រ័យលើមួយណាកើតឡើងមុន។ ការលុបចោលនឹងចូលជាធរមាននៅពេលដែល HBCP
ទទួលបានសំណើរបស់ខ្ញុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ លើកលែងតែក្នុងកម្រិតដែល HBCP ឬអ្នកផ្សេង
ទៀតបានពឹងផ្អែកលើការយល់ព្រមជាមុនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ។

ខ្ញុំយល់ថាការអនុញ្ញាតឱ្យចេញផ្សាយព័ត៌មានសុខភាពនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ប៉ុន្តែ HBCP
មិនអាចដំណើរការការរៀបចំរបស់ខ្ញុំអំពីការចេញវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យដោយមិនចុះហត្ថលេខា
លើសេចក្តីប្រកាសនេះទេ។

លុះត្រាតែមានតម្រូវការដោយច្បាប់ ច្បាប់រដ្ឋ California ហាមឃាត់ HCAI ពីការបង្ហាញព័ត៌មាន
សុខភាពរបស់ខ្ញុំបន្ថែមទៀត លុះត្រាតែ HCAI ទទួលបានការអនុញ្ញាតផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំយល់ថា
ប្រសិនបើខ្ញុំបានអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅនរណាម្នាក់ដែលមិនត្រូវបាន
តម្រូវដោយច្បាប់ឱ្យរក្សាការសម្ងាត់នោះទេ វាអាចនឹងលែងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការ
សម្ងាត់របស់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធទៀតហើយ។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក: _____

ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញដោយបុគ្គលដែលមានអំណាចផ្លូវច្បាប់ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមបុគ្គលណាមួយ ដូចជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អតិថិជន ឬភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញទម្រង់នេះ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ: _____

សូមពិពណ៌នាខាងក្រោមអំពីរបៀបដែលបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិអំណាចផ្នែកច្បាប់ដើម្បីចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ៖

ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ

សំណួរប្រជាសាស្ត្រខាងក្រោមនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់តែគោលបំណងរាយការណ៍ និងវិភាគប៉ុណ្ណោះ។
**ព័ត៌មាននេះគឺស្រេចចិត្ត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មាននេះទេ វានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលនៃពាក្យ
 បណ្តឹងរបស់អ្នកតាមមធ្យោបាយណាមួយឡើយ។**

1. (KHMER)

ភាសាដែលពេញចិត្តនិយាយ៖ _____

តើអ្នកចង់ឱ្យយើងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជាភាសាដែលអ្នកពេញចិត្តទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

2. ពូជសាសន៍ និង/ឬ ជាតិពន្ធុ

តើជាតិសាសន៍ និង/ឬជាតិពន្ធុរបស់អ្នកគឺជាអ្វី?

ជ្រើសរើសប្រភេទ និងប្រភេទរងទាំងអស់ដែលអនុវត្ត ហើយបញ្ចូលព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមណាមួយនៅក្នុង
 ចន្លោះខាងក្រោម។ ចំណាំ អ្នកអាចរាយការណ៍ច្រើនជាងមួយក្រុម។

ជនជាតិឥណ្ឌូអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ☐

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

☐ ជនជាតិណាវ៉ាហូ ☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

ជនជាតិអាស៊ី ឬ ជនជាតិអាស៊ីអាមេរិក ☐

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

☐ ជនជាតិអាស៊ី ឥណ្ឌូអាមេរិក ☐ ជនជាតិកម្ពុជា ☐ ជនជាតិចិន ☐ ជនជាតិហ្វីលីពីន/ជនជាតិ ឥណ្ឌូអាមេរិក

☐ ជនជាតិម៉ុង ☐ ជនជាតិជប៉ុន ☐ ជនជាតិកូរ៉េ

☐ លាវ ☐ ប៉ាគីស្ថាន ☐ វៀតណាម ☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ ជនជាតិអាហ្វ្រិកអាមេរិក ☐

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

☐ ជនជាតិអាហ្វ្រិកអាមេរិក ☐ ជនជាតិបាហាដូស ☐ ជនជាតិអេស្ប៉ាត ☐ ជនជាតិហ្គាណា ☐ ជនជាតិ ហៃទី

☐ ជនជាតិហ្សាម៉ាអ៊ីក ☐ ជនជាតិកេនយ៉ា

☐ នីហ្សេរីយ៉ា ☐ សូម៉ាលី ☐ អាហ្វ្រិកខាងត្បូង ☐ ស៊ីងង់ ☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

ជនជាតិហ៊ីស្ប៉ាញិក ឬឡាទីណូ/លូ ☐

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

☐ កូឡុំប៊ី ☐ គុយបា ☐ ដូមីនីកេន ☐ អេក្វាដ័រ ☐ ហ្គាតេម៉ាឡា ☐ ហុងឌូរ៉ាស

☐ ម៉ិកស៊ិក ឬ ម៉ិកស៊ិកអាមេរិក ☐ ព័រតូរីកូ ☐ អែលសាល់វ៉ាដ័រ ☐ អេស្ប៉ាញ

☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

មជ្ឈិមបូព៌ា ឬ អាហ្វ្រិកខាងជើង ☐

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

☐ អាហ្វហ្គានីស្ថាន ☐ អាល់ហ្សេរី ☐ អាមេនី ☐ អេហ្ស៊ីប ☐ អ៊ីរ៉ង់ ☐ អ៊ីរ៉ាក់ ☐ អ៊ីស្រាអែល ☐ យី

☐ លីបង់ ☐ ម៉ារ៉ុក ☐ ស៊ីរី ☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ☐

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

☐ ចាម៉ូរ៉ូ ☐ លូកេស ☐ ហ្វីជី ☐ ហ្គាម៉ានី ☐ ម៉ាស្សូល ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ☐ ប៉ាឡាវ

☐ សាម៉ា ☐ តាហ្គីទី ☐ តុងហ្គាន ☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

ពណ៌ស ☐

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

☐ ហូឡង់ ☐ អង់គ្លេស ☐ បារាំង ☐ អាល្លឺម៉ង់ ☐ អៀរឡង់ ☐ អ៊ីតាលី ☐ ន័រវេស ☐ ប៉ូឡូញ

☐ ព័រទុយហ្គាល់ ☐ រុស្ស៊ី ☐ ស្កុតឡេន ☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

3. អត្តសញ្ញាណភេទ

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

- ☐ ស្រី ☐ បុរស ☐ ពីស្រីទៅជាបុរស/អ្នកប្តូរភេទ បុរស/បុរសប្តូរភេទ
☐ ប្តូរភេទពីបុរសទៅស្រី/ប្តូរភេទពីស្រី/ប្តូរភេទពីស្រី
☐ ស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា (ទាំងបុរស និងស្រី) ☐ មិនដឹង/មិនចង់និយាយ
☐ ជម្រើសសរសេរចូល៖ _____

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីច្បាប់អនុវត្តព័ត៌មានឆ្នាំ 1977

ច្បាប់ស្តីពីការអនុវត្តព័ត៌មានឆ្នាំ 1977 (មាត្រា 1798.17 នៃក្រមរដ្ឋប្បវេណីរដ្ឋ California) តម្រូវឱ្យមានការជូនដំណឹងដូចខាងក្រោម៖

- មាត្រា 127436 នៃក្រមសុខភាព និងសុវត្ថិភាព ផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដល់ក្រសួងព័ត៌មាន និងសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសុខភាព (HCAI) ក្នុងការស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងអំពីវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យទាក់ទងនឹងការបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃ និង/ឬគោលនយោបាយថែទាំសម្បូរសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ។
- កម្មវិធីគិតប្រាក់មន្ទីរពេទ្យដោយយុត្តិធម៌របស់ HCAI ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដើម្បីស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងគិតប្រាក់មន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
- អ្នកអាចផ្តល់ព័ត៌មាននេះទៅ HCAI ដោយស្ម័គ្រចិត្ត ទោះបីជាវាមិនត្រូវបានទាមទារក៏ដោយ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទេ HCAI ប្រហែលជាមិនអាចស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបានទេ។
- HCAI អាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក តាមតម្រូវការ ជាមួយមន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដើម្បីស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។
- HCAI ក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតតាមតម្រូវការឬអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។
- អ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានសំណួរអំពីភាពឯកជននៃទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបានដែលរក្សាទុកដោយ HCAI សូមទាក់ទងមន្ត្រីឯកជនភាពតាមរយៈ៖

Department of Health Care Access and Information

Privacy Officer

2020 West El Camino, Suite 800

Sacramento, CA 95833

Privacy.Officer@HCAI.ca.gov

hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យ

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ HCAI ស៊ើបអង្កេតថា តើអ្នកត្រូវបានមន្ទីរពេទ្យបដិសេធដោយខុសច្បាប់មិនឱ្យជួយបង់វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកឬអត់ អ្នកប្រាកដជាបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្មរួចហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានដាក់ពាក្យជាមួយមន្ទីរពេទ្យនៅឡើយទេ អ្នកគួរតែទាក់ទងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដាក់ពាក្យ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅសម្តីអ្នកប្រើប្រាស់សុខភាពតាមរយៈលេខ (888) 804-3536 ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ healthconsumer.org ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

របៀបដាក់ឯកសារ

1. ដាក់ឯកសារតាមអនឡាញនៅ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (នេះជាវិធីដាក់ឯកសារលឿនបំផុត)។
សូមអនុវត្តតាមការណែនាំតាមអនឡាញ ហើយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង។
2. ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមបំពេញ 'ទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត'។
3. សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃការប្រកាសពន្ធដារ ឬស្និតប្រកាសប្រាក់ខែថ្មីរបស់អ្នក។
4. អ្នកអាចរួមបញ្ចូលឯកសារផ្សេងទៀតដែលគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក ដូចជាឯកសារណាមួយដូចខាងក្រោម៖
 - ការប៉ាន់ស្មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមន្ទីរពេទ្យ។
 - ឯកសារណាមួយដែលបង្ហាញពីការទូទាត់ដែលបានធ្វើឡើងចំពោះសេវាកម្មដែលបានគិតប្រាក់។
 - ការទំនាក់ទំនងណាមួយជាមួយផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាលអំពីសេវាកម្មដែលបានគិតប្រាក់។
 - ភស្តុតាងដែលបង្ហាញថាបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានលក់ទៅឱ្យការប្រមូលបំណុល ឬមានហានិភ័យនៃការត្រូវបានបញ្ជូនទៅការប្រមូលបំណុល។
 - ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ឥណទានរបស់អ្នក ប្រសិនបើពិន្ទុឥណទានរបស់អ្នកត្រូវបានបិទបិទ។

សូមចំណាំថា មានតែឯកសារដែលទាក់ទងនឹងកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មដែលបានរាយក្នុងពាក្យបណ្តឹង របស់អ្នកប៉ុណ្ណោះដែលនឹងត្រូវបានពិចារណា។

5. ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមអនឡាញទេ សូមផ្ញើទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង នឹងឯកសារគាំទ្រណាមួយទៅកាន់៖

Department of Health Care Access and Information
Hospital Bill Complaint Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

ឧបសម្ព័ន្ធ ៩ ស្បាប់ស្វាធិកត្រួតពិនិត្យ

HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

សូមបំពេញទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងរាយបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារបន្ថែម។ ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមធ្វើច្បាប់ចម្លងបន្ថែមនៃទំព័រនេះ ដើម្បីដាក់ជូនជាមួយនិងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានគ្រួសារ

ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ក្រុមគ្រួសាររួមមានដូចខាងក្រោម៖ ប្តី/ប្រពន្ធ ដែលគូរសំនេរជាមួយគ្នានឹងកូនក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ឬអាយុណាមួយប្រសិនបើមានពិការភាព មិនថារស់នៅផ្ទះឬអតីតនោះទេ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឬសម្រាប់កុមារដែលមានអាយុពី 18 ទៅ 20 ឆ្នាំ ក្រុមគ្រួសាររួមមានដូចខាងក្រោម៖ ឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិអ្នកថែទាំ និងកូនដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំផ្សេងទៀតរបស់ឪពុកម្តាយ ឬសាច់ញាតិអ្នកថែទាំ ឬអាយុណាមួយក៏បានប្រសិនបើពិការ។

លេខ	ឈ្មោះពេញ	អាយុ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ទម្រង់ បែបបទត ្រងដែល្យាន្យារអន្តរាគ្គ ត

HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដទៃតំណាងឱ្យអ្នក ឬជួយអ្នកជាមួយនឹងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក សូមបំពេញផ្នែក A និង B ខាងក្រោម។
- ប្រសិនបើអ្នកជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែលដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះសម្រាប់កុមារអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទនេះទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះសម្រាប់អ្នកជំងឺ ហើយអ្នកត្រូវបានតែងតាំងដោយច្បាប់ឱ្យធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នកជំងឺ សូមបំពេញតែផ្នែកខប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសិទ្ធិអំណាចផ្នែកច្បាប់ដើម្បីធ្វើជាតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកជំងឺ។

ផ្នែក A: បំពេញដោយអ្នកជំងឺ

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនៅក្នុងផ្នែក B ធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំដែលបានដាក់ទៅក្រសួងទទួលព័ត៌មាន និងទទួលបានការថែទាំសុខភាព (HCAI)។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិក HCAI ចែករំលែកព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងការថែទាំពាក់ព័ន្ធជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម។ ខ្ញុំយល់ និងទទួលស្គាល់ថា កំណត់ត្រាទាំងនេះអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ វិក្កយបត្រ វេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន វីរុសហ៊ីវ របាយការណ៍រូបភាពវិនិច្ឆ័យ និងកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងពាក្យបណ្តឹង។

ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះការតំណាងនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំមានសិទ្ធិបញ្ចប់វា។ ប្រសិនបើខ្ញុំចង់បញ្ចប់វា ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើវាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ | 2. សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកជំងឺ |
| 3. កាលបរិច្ឆេទ: _____ | |

ផ្នែក B: បំពេញដោយអ្នកជួយអ្នកជំងឺ

- | |
|-----------------------------------|
| 4. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____ |
| 5. ឈ្មោះអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ: _____ |
| 6. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ: _____ |

7. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ, ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខកូដប្រៃសណីយ៍ (5 ខ្ទង់), ឈ្មោះប្រទេស

- | | |
|----------------|--------------------|
| 8. លេខទូរស័ព្ទ | 9. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល |
|----------------|--------------------|

- | | |
|--|-----------------|
| 10. ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត | 11. កាលបរិច្ឆេទ |
|--|-----------------|

12. ☐ ឯកសារដែលបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចផ្នែកច្បាប់របស់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើជាតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកជំងឺត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយ។ (សូមជិកប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន)។