

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងលើវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមអនឡាញនៅ៖ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ សម្រាប់ជំនួយភាគតិចថ្លៃជាមួយនឹងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងទៅសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពដោយចូលទៅកាន់ healthconsumer.org, ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ (888) 804-3536។
- ✓ ដើម្បីឱ្យ HCAI ស៊ើបអង្កេតថាតើអ្នកត្រូវបានបដិសេធដោយខុសច្បាប់ដោយមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ជំនួយក្នុងការបង់វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំការបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃ និង/ឬការថែទាំសប្បុរសធម៌ឱ្យរួច មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះ។
- ✓ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើឯកសាររបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍នោះ សូមបញ្ជូលតែច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារតែប៉ុណ្ណោះ។ កុំផ្ញើច្បាប់ដើម ព្រោះឯកសារនោះនឹងមិនត្រូវបានប្រគល់ត្រឡប់មកវិញនោះឡើយ។

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

1. នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល _____
2. ឈ្មោះពេញចិត្ត (ជាជម្រើស) _____
3. ភេទ: ស្រី ប្រុស មិនដឹង សូមមិននិយាយ
4. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____
5. តើអ្នកជំងឺបានទទួលមរណភាពហើយឬនៅ? បាទ/ចាស ទេ
6. តើអ្នកជំងឺជាអនីតិជនមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ
7. សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលជាអនីតិជន សូមសរសេរឈ្មោះឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេជាអក្សរធំ: _____
8. អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់ (5 ខ្ទង់) ឈ្មោះប្រទេស _____
9. លេខទូរសព្ទចម្បង _____
10. លេខទូរសព្ទបន្ទាប់បន្សំ _____
11. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល _____

12. តើមាននរណាម្នាក់ក្រៅពីឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់កុមារអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ដែលជួយអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមបំពេញទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានគ្រួសារ

សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ សូមផ្តល់ឈ្មោះពេញលេញ អាយុ និងទំនាក់ទំនងដូចខាងក្រោម: ប្តី ឬប្រពន្ធ ដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា និងកូនក្នុងបន្តកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ (មិនថារស់នៅ ឬមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនោះទេ)។ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ សូមផ្តល់ឈ្មោះពេញលេញ អាយុ និងទំនាក់ទំនងដូចខាងក្រោម: ឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិអ្នកមើលថែ និងកុមារផ្សេងទៀតដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំរបស់ឪពុកម្តាយ ឬសាច់ញាតិអ្នកមើលថែ។ (ប្រសិនបើចុះបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារច្រើនជាងប្រាំមួយនាក់ សូមបំពេញផ្នែកបន្ថែមនៅទំព័រទី 11។)

ចំនួន	ឈ្មោះពេញ	អាយុ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ផ្នែកទី 3: ព័ត៌មានអំពីមន្ទីរពេទ្យ

13. ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ: _____

14. អាសយដ្ឋាន ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់ (5 ខ្ទង់)

15. កាលបរិច្ឆេទនៃការមកដល់: _____

16. កាលបរិច្ឆេទនៃការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ: _____

17. តើអ្នកបានទទួលការប៉ាន់ស្មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
ប្រសិនបើបាននោះ សូមភ្ជាប់ឯកសារគាំទ្រ ប្រសិនបើមាន។

18. កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ: _____
ប្រសិនបើការចុះឈ្មោះច្រើនជាងមួយ ឬកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មដាច់ដោយឡែកច្រើន

សូមដាក់ពាក្យបណ្តឹងដាច់ដោយឡែកមួយ។

19. តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ណាមួយចំពោះសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ មិនដឹង
ប្រសិនបើបាន សូមផ្តល់ឯកសារគាំទ្រ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់ចុងក្រោយ ប្រសិនបើមាន:

ផ្នែកទី 4: ព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាព

20. តើសេវាមន្ទីរពេទ្យទាក់ទងនឹងការរងរបួសដែលបណ្តាលមកពីភាគីទីបី
(ដូចជាគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍យានជំនិះ ឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬការរងរបួសទាក់ទងនឹងការងារ) ដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ មិនដឹង

21. តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព គម្រោងធានារ៉ាប់រង
និង/ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាល (ឧទាហរណ៍ Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental
Insurance ជាដើម) សម្រាប់កាលបរិច្ឆេទណាមួយនៃសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ មិនដឹង

ប្រសិនបើបាន សម្រាប់ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ សូមរាយឈ្មោះគម្រោង
កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រងដែលមានប្រសិទ្ធភាព លេខសម្គាល់សមាជិកភាព
និងផ្នែកប្រអប់សម្រាប់ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងខាងក្រោម ប្រសិនបើមាន។

ការធានារ៉ាប់រងបឋម	កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រង	លេខសម្គាល់សមាជិកភាព
<input type="checkbox"/> ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance		

ការធានារ៉ាប់រងបន្ទាប់បន្សំ	កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រង	លេខសម្គាល់សមាជិកភាព
<input type="checkbox"/> ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance		

ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រង	លេខសម្គាល់សមាជិកភាព
<input type="checkbox"/> ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance		

ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រង	លេខសម្គាល់សមាជិកភាព
<input type="checkbox"/> ពាណិជ្ជកម្ម/និយោជក	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance		

22. តើគម្រោងសុខភាព គម្រោងធានារ៉ាប់រង និង/ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាលបានដំណើរការការទាមទារណាមួយសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ មិនអាចអនុវត្តបាន មិនដឹង

23. ប្រសិនបើបាន តើអ្នកជំងឺបានដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោងសុខភាព គម្រោងធានារ៉ាប់រង ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាលអំពីការបដិសេធនេះដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ មិនអាចអនុវត្តបាន មិនដឹង

ប្រសិនបើបាន សូមបញ្ចូលច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតសម្រេចចិត្តពីគម្រោងសុខភាព គម្រោងធានារ៉ាប់រង ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាល និងកាលបរិច្ឆេទបណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលត្រូវបានដោះស្រាយប្រសិនបើមាន។

24. កាលបរិច្ឆេទនៃបណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលត្រូវបានដោះស្រាយ ប្រសិនបើមាន និងអាចរកបាន:

ផ្នែកទី 5: ព័ត៌មានអំពីការប្រមូលបំណុល

25. តើមន្ទីរពេទ្យបានបញ្ជូនបំណុលវេជ្ជសាស្ត្រនេះទៅឱ្យខាងផ្នែកប្រមូលបំណុល ឬអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យនៃការបញ្ជូនទៅឱ្យខាងផ្នែកប្រមូលបំណុលដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ មិនដឹង

26. ប្រសិនបើមាន តើបំណុលនោះត្រូវបានរាយការណ៍ទៅការិយាល័យឥណទាន ឬបានប៉ះពាល់ដល់របាយការណ៍ឥណទាន/ពិន្ទុរបស់អ្នកដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ មិនដឹង មិនអាចអនុវត្តបាន

ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ឥណទានរបស់អ្នក។

27. ឈ្មោះអ្នកប្រមូលបំណុល, ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន និងអាចរកបាន: _____

28. កាលបរិច្ឆេទបំណុលត្រូវបានបញ្ជូនទៅឱ្យខាងផ្នែកប្រមូលបំណុល, ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន និងអាចរកបាន: _____

29. លេខគណនី, ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន និងអាចរកបាន: _____

ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះគឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (សរសេរជាអក្សរធំ)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់

សូមចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្ទៃក្នុងរវាងសាស្ត្រ និង/ឬហិរញ្ញវត្ថុ ចង់ឱ្យអ្នកតំណាងជួយក្នុងពាក្យបណ្តឹង ឬសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលបានទទួលមរណភាព សូមបំពេញទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។ ដោយគ្មានហត្ថលេខាដែលមានសុពលភាពពីអ្នកជំងឺ អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវតែផ្តល់ឯកសារនៃសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់ដើម្បីដើរតួជាអ្នកតំណាង ដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកជំងឺ (ឧទាហរណ៍ អំណាចមេធាវី ឯកសារកិច្ចការអភិរក្ស លិខិតតែងតាំងរបស់ប្រតិបត្តិករ ។ល។)

ផ្នែកទី 6: ការចេញផ្សាយព័ត៌មាន

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

ខ្ញុំ, [សរសេរឈ្មោះអ្នកជំងឺជាអក្សរធំ] _____ ផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់
[សរសេរឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យជាអក្សរធំ] _____

ដើម្បីចែករំលែកកំណត់ត្រាសុខភាពពេញលេញរបស់ខ្ញុំ រួមមានជាអាទិ៍ ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
ការចេញវិក្កយបត្រ វេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន មេរោគអេដស៍
របាយការណ៍រូបភាពរោគវិនិច្ឆ័យ

និងកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងពាក្យបណ្តឹងដែលខ្ញុំបានដាក់ ឬដាក់ក្នុងនាមខ្ញុំ
ជាមួយក្រសួង ព័ត៌មាន និងលទ្ធភាពទទួលបានការថែទាំសុខភាព (HCAI)

កម្មវិធីពាក្យបណ្តឹងលើវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ (HBCP)

សម្រាប់គោលបំណងកំណត់ថាតើមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានដាក់ឈ្មោះនេះអនុលោមតាមច្បាប់ស្តី
ពីការចេញវិក្កយបត្រដោយយុត្តិធម៌ពីមន្ទីរពេទ្យ និងបទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធនោះ។

ខ្ញុំយល់ពីកំណត់ត្រាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខ្ញុំ
ត្រូវបានការពារប្រសិនបើមានក្រោមបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងការសម្ងាត់
ប្រសិនបើមាន និងកំណត់ត្រាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នកជំងឺ 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2
និងច្បាប់ស្តីពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័ត និងគណនេយ្យភាពឆ្នាំ 1996 (HIPAA) 45
C.F.R. ផ្នែក 160 និង 164

ហើយមិនអាចត្រូវបានបង្ហាញដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ខ្ញុំ
លុះត្រាតែមានចែងដោយបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀត។

ការអនុញ្ញាតដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំនេះគឺមានសុពលភាពរហូតដល់ពាក្យប
ណ្តឹងរបស់ខ្ញុំនៅ HCAI ត្រូវបានដោះស្រាយ។
ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យដកហូតការអនុញ្ញាតដើម្បីចែករំលែកទិន្នន័យសុខភាពនេះនៅ
ពេលណាក៏បាន ហើយខ្ញុំអាចធ្វើដូច្នោះដោយសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតាមប្រៃសណីយ៍ទៅ៖

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

លុះត្រាតែបានដកហូតមកវិញ នោះការអនុញ្ញាតនេះនឹងផុតកំណត់រយៈពេល 12
ខែបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ
ឬនៅពេលដែលពាក្យបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំត្រូវបានបិទ ណាមួយដែលកើតឡើងមុននោះ។
ការដកហូតវិញនេះនឹងមានប្រសិទ្ធភាពនៅពេលដែល HBCP
ទទួលបានសំណើរបស់ខ្ញុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ លើកលែងតែវិសាលភាព HBCP

ឬអ្នកផ្សេងទៀតបានពឹងផ្អែកលើការយល់ព្រមពីមុនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ។

ខ្ញុំយល់ ថាការអនុញ្ញាតក្នុងការចេញផ្សាយព័ត៌មានសុខភាពនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ប៉ុន្តែ HBCP មិនអាចដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំអំពីការចេញវិក្កយបត្រនៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនចុះហត្ថលេខាលើការចេញផ្សាយនេះទេ។

លុះត្រាតែមានតម្រូវការដោយច្បាប់ ច្បាប់រដ្ឋ California ហាមឃាត់ HCAI ពីការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបន្ថែមទៀត ហើយលុះត្រាតែ HCAI ទទួលបានការអនុញ្ញាតផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំយល់ ថាប្រសិនបើខ្ញុំបានអនុញ្ញាតឱ្យមានការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដល់នរណាម្នាក់ដែល មិនត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ដើម្បីរក្សាការសម្ងាត់ឬទេ នោះព័ត៌មាននេះនឹងមិនអាចត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់របស់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធទៀតទេ។

ខ្ញុំយល់ ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរធំ: _____

ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញដោយបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសបុគ្គលម្នាក់ៗ ដូចជាឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អនីតិជន ឬភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ឈ្មោះបុគ្គលដែលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ: _____

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ: _____

កាលបរិច្ឆេទ: _____

ពិពណ៌នាខាងក្រោមអំពីរបៀបដែលបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ: _____

ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ

សំណួរប្រជាសាស្ត្រខាងក្រោមនឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់គោលបំណងការរាយការណ៍ និងវិភាគតែប៉ុណ្ណោះ។
ព័ត៌មាននេះគឺជាជម្រើស។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មាននេះទេ
វានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលនៃពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមមធ្យោបាយណាមួយឡើយ។

1. ភាសា

ភាសានិយាយដែលពេញចិត្ត: _____

តើអ្នកចង់ឱ្យពួកយើងប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកជាភាសាដែលអ្នកពេញចិត្តដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

2. ពូជសាសន៍ និង/ឬអម្បូរ

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍ និង/ឬអម្បូរអ្វី?

ជ្រើសរើសប្រភេទក្រុម និងប្រភេទក្រុមរងទាំងអស់ដែលមាន

ហើយបញ្ចូលព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមនៅក្នុងចន្លោះខាងក្រោម។ ចំណាំ អ្នកអាចរាយការណ៍លើសពីក្រុមមួយ។

ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

Navajo Nation ជម្រើសសរសេរចូល: _____

អាស៊ី ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាស៊ី

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

ឥណ្ឌាពីអាស៊ី កម្ពុជា ចិន ហ្វីលីពីន ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ

ឡាវ ប៉ាគីស្ថាន វៀតណាម ជម្រើសសរសេរចូល: _____

ស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

អាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក បារបាដូស អេត្យូពី ហ្គាណា ហៃទី ហ្សាម៉ាអ៊ិក កេនយ៉ា

នីហ្សេរីយ៉ា សូម៉ាលី អាហ្វ្រិកខាងត្បូង ស៊ីងង់ ជម្រើសសរសេរចូល: _____

ភាសាកំណើតជាភាសាអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីណូ

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

កូឡុំប៊ី ជនជាតិគុយបា ដូមីនីក អេក្វាដ័រ ហ្គាតេម៉ាឡា ហុងឌូរ៉ាស

មិចស៊ិក ឬមិចស៊ិកអាមេរិក ព័រតូរីកូ សាលវ៉ាដ័រ អេស្ប៉ាញ

ជម្រើសសរសេរចូល: _____

មជ្ឈិមបូព៌ា និងអាហ្វ្រិកខាងជើង

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

ជនជាតិអាហ្គហ្គានីស្ថាន ជនជាតិអាល់ហ្សេរី ជនជាតិអាមេនី ជនជាតិអេហ្ស៊ីប

ជនជាតិអ៊ីរ៉ង់ ជនជាតិអ៊ីរ៉ាក់ ជនជាតិអ៊ីស្រាអែល ជនជាតិយីដ

ជនជាតិលីបង់ ជនជាតិម៉ារ៉ុក ជនជាតិស៊ីរី ជម្រើសសរសេរចូល: _____

ជនជាតិដើមកំណើតហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

- Chamorro Chuukese ហ្វីជី Guamanian ម៉ាសាលីស ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ប៉ាឡាវ៉ាន
- ជនជាតិអាមេរិកមានដំណើតពី Samoa Tahitian តុងហ្គាន ជម្រើសសរសេរចូល: _____

ស្បែកស

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

- Dutch អង់គ្លេស បារាំង អាស្ត្រីម៉ង់ អៀរឡង់ អ៊ីតាលី Norwegian ប៉ូឡូញ
- ព័រទុយហ្គាល់ រុស្ស៊ី ស្កុតឡេន ជម្រើសសរសេរចូល: _____

3. អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ

ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

- ស្រី ប្រុស ប្តូរភេទពីស្រីទៅប្រុស/ប្រុសប្តូរភេទ/ប្រុសប្រែភេទ
- ប្តូរភេទពីប្រុសទៅស្រី/ស្រីប្តូរភេទ/ស្រីប្រែភេទ
- អ្នកស្រឡាញ់ដោយមិនប្រកាន់ភេទ (មិនត្រឹមតែប្រុស ឬស្រី)
- មិនដឹង/សុំមិននិយាយ ជម្រើសសរសេរចូល: _____

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ស្តីពីការអនុវត្តព័ត៌មានឆ្នាំ 1977

ច្បាប់ស្តីពីការអនុវត្តព័ត៌មានឆ្នាំ 1977 (ក្រមរដ្ឋប្បវេណីរដ្ឋ California ផ្នែក 1798.17) តម្រូវឱ្យមានការជូនដំណឹងដូចខាងក្រោម៖

- ផ្នែកទី 127436 នៃក្រមសុខភាព និងសុវត្ថិភាពផ្តល់ឱ្យក្រសួងព័ត៌មាន និងលទ្ធភាពទទួលបានការថែទាំសុខភាព (HCAI) ដើម្បីស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងលើវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យដែលទាក់ទងនឹងការបង់ប្រាក់បញ្ចុះតម្លៃរបស់មន្ទីរពេទ្យ និង/ឬគោលនយោបាយថែទាំសប្បុរសធម៌។
- កម្មវិធីចេញវិក្កយបត្រដោយយុត្តិធម៌ពិមន្ទីរពេទ្យរបស់ HCAI ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដើម្បីស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
- អ្នកអាចផ្តល់ព័ត៌មាននេះទៅ HCAI ដោយស្ម័គ្រចិត្ត ទោះបីជាវាមិនតម្រូវក៏ដោយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទេ HCAI អាចនឹងមិនអាចស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបានទេ។
- HCAI អាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកតាមតម្រូវការ ជាមួយមន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាដើម្បីស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។
- HCAI ក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតតាមការតម្រូវឬអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ផងដែរ។
- អ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានសំណួរអំពីឯកជនភាពនៃទិន្នន័យដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនដែលរក្សាទុកដោយ 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 ធ្វើការស៊ើបអង្កេតថាតើអ្នកត្រូវបានបដិសេធដោយមន្ទីរពេទ្យដោយខុសច្បាប់សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបង់វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្មឱ្យរួចសិន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានដាក់ពាក្យជាមួយមន្ទីរពេទ្យទេ អ្នកគួរតែទាក់ទងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដាក់ពាក្យ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពតាមរយៈលេខ 888-804-3536 ឬចូលទៅកាន់ healthconsumer.org សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

របៀបដាក់ពាក្យ

1. ដាក់ពាក្យតាមអនឡាញនៅ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (នេះគឺជាវិធីសាស្ត្រលឿនបំផុតក្នុងការដាក់ពាក្យ)។ អនុវត្តតាមការណែនាំតាមអនឡាញ ហើយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង។

2. ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមបំពេញ 'ទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត' ។'
3. ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃ W-2 ថ្មី ឬប្រាំមួយខែនៃប្រាក់បៀវត្សរបស់អ្នក។
4. អ្នកអាចរួមបញ្ចូលឯកសារផ្សេងទៀតដែលគាំទ្រសំណើរបស់អ្នកដូចខាងក្រោម៖
 - ការប៉ាន់ស្មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមន្ទីរពេទ្យ ។
 - ឯកសារណាមួយដែលបង្ហាញពីការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងចំពោះសេវាកម្មដែលចេញវិក្កយបត្រ។
 - ការប្រាស្រ័យទាក់ទងណាមួយជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋាភិបាលអំពីសេវាកម្មដែលចេញវិក្កយបត្រ។
 - បំណុលវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានបញ្ជាក់ត្រូវបានបញ្ជូនទៅឱ្យផ្នែកខាងប្រមូលបំណុល ឬស្ថិតក្នុងហានិភ័យនៃការបញ្ជូនទៅឱ្យផ្នែកខាងប្រមូលបំណុល។
 - ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ឥណទានរបស់អ្នក ប្រសិនបើពិន្ទុឥណទានរបស់អ្នកត្រូវបានប៉ះពាល់។

សូមចំណាំថា

មានតែឯកសារដែលទាក់ទងនឹងកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មដែលបានរាយក្នុងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះនឹងត្រូវបានពិចារណា។

5. ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់ពាក្យតាមអនឡាញទេ សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក និងឯកសារគាំទ្រណាមួយទៅកាន់៖

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

កម្មវិធីផ្នែកបន្ថែមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

សូមបំពេញទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានសមាជិកគ្រួសារបន្ថែមដើម្បីបន្ថែម។ ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម សូមធ្វើច្បាប់ចម្លងបន្ថែមនៃទំព័រនេះដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ សូមផ្តល់ឈ្មោះពេញលេញ អាយុ និងទំនាក់ទំនងដូចខាងក្រោម៖ ប្តីឬប្រពន្ធ ដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា និងកូនក្នុងបន្ទុកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ (មិនថារស់នៅ ឬមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនោះទេ)។

សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ សូមផ្តល់ឈ្មោះពេញលេញ អាយុ និងទំនាក់ទំនងដូចខាងក្រោម៖ ឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិអ្នកមើលថែ និងកុមារផ្សេងទៀតដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំរបស់ឪពុកម្តាយ ឬសាច់ញាតិអ្នកមើលថែ។

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

ទម្រង់បែបបទអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដើម្បីតំណាងឱ្យអ្នក ឬជួយអ្នកជាមួយនឹងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក សូមបំពេញផ្នែក A និង B ខាងក្រោម។
- ប្រសិនបើអ្នកជាឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែលដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះសម្រាប់កុមារអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ នោះអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទនេះទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះសម្រាប់អ្នកជំងឺ ហើយអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងដោយច្បាប់ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកជំងឺ សូមបំពេញតែផ្នែក B ប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់ដើម្បីដើរតួជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកជំងឺ។

ផ្នែក A: បំពេញដោយអ្នកជំងឺ

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនៅក្នុងផ្នែក B ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសឱ្យខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំដែលបានដាក់ជាមួយក្រសួងព័ត៌មាននិងលទ្ធភាពទទួលបានការថែទាំសុខភាព (HCAI)។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិក HCAI ចែករំលែកព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងការថែទាំដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម។ ខ្ញុំយល់ និងទទួលស្គាល់ថា កំណត់ត្រាទាំងនេះអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ វិក្កយបត្រ វេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន មេរោគអេដស៍ របាយការណ៍ការឆ្លុះពិនិត្យដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងពាក្យបណ្តឹង។ ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះតំណាងនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំមានសិទ្ធិបញ្ចប់តំណាងនេះ។ បើខ្ញុំចង់បញ្ចប់ខ្ញុំត្រូវធ្វើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

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

ផ្នែក B: បំពេញដោយអ្នកដែលជួយអ្នកជំងឺ

- | | |
|--|--------------------|
| 4. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____ | |
| 5. ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ: _____ | |
| 6. ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ: _____ | |
| 7. អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់ (5 ខ្ទង់) ឈ្មោះប្រទេស | |
| 8. លេខទូរស័ព្ទ | 9. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល |
| 10. ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ | 11. កាលបរិច្ឆេទ |

12. ឯកសាររបស់ខ្ញុំអំពីសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់ដើម្បីដើរតួជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកជំងឺត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយ ។ (ពិនិត្យមើលប្រសិនបើអនុវត្តបាន)។