



ឈ្មោះ: ASAP និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទម្រង់ការយល់ព្រម និងការបង្ហាញរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំគេហដ្ឋាន ក្រោមកម្មវិធីថែទាំគេហដ្ឋានរដ្ឋ Massachusetts (Massachusetts Home Care Program) ចំណុចចូលដំណើរការសេវាកម្មមនុស្សចាស់ (Aging Services Access Point, ASAP) ត្រូវប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងសុខភាព ដើម្បីបង្កើតសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងការសម្របសម្រួលការថែទាំ របស់អ្នក។ សមាជិកគ្រួសារ អ្នកអនុវត្ត និងអង្គការសេវាកម្មសហគមន៍ថែទាំសុខភាព ដែលអាចពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នកក៏អាចត្រូវបានទាក់ទងផងដែរ ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលប្រមូលបាននឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ក្រោមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់ទូទៅនៃរដ្ឋ Massachusetts ។ ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំសមរម្យ និងសមស្រប ភាគីខាងក្រោមអាចទទួលបានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធអំពីអ្នក៖

- បុគ្គលិក/អ្នកម៉ៅការសមស្របពី ASAPs កិច្ចការមនុស្សចាស់ ឬអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់គោលបំណងនៃការផ្តល់ និងគ្របគ្រងសេវាកម្មរបស់អ្នក
- MassHealth ប្រសិនបើវាត្រូវបានបង់ថ្លៃសេវាមួយចំនួនរបស់អ្នក និង
- អ្នកដែលអាចពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នក ដូច្នេះពួកគេអាចយល់ព័ត៌មានការរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានទំនងជានឹងរួម បញ្ចូលឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ ទំនាក់ទំនងសង្គ្រោះបន្ទាន់ សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត លក្ខខណ្ឌសុខភាព សមត្ថភាពក្នុងការបំពេញកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ វិសាលភាពនៃជំនួយគ្រួសារដែលបានផ្តល់ និងប្រភេទជំនួយដែល ត្រូវការ។

ទម្រង់ការយល់ព្រមនេះមិនគ្របដណ្តប់លើការចេញផ្សាយព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ទេ។

ទម្រង់ដាច់ដោយឡែកត្រូវតែប្រើសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍។

សិទ្ធិរបស់អ្នក៖ អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- សួរអំពីកន្លែង និងរបៀបដែលព័ត៌មានត្រូវបានរក្សាទុក;
- ជំទាស់ទៅនឹងព័ត៌មានដែលត្រូវបានប្រមូល និងរក្សាទុក;
- មើល និងថតចម្លង (ដោយចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន) ខ្លឹមសារនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នក;
- ស្នើសុំមិនឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានជាក់លាក់ ទៅស្ថាប័នផ្សេងទៀត និង
- ស្នើសុំមិនឱ្យទាក់ទងទៅសមាជិកគ្រួសារជាក់លាក់មួយចំនួន។

I. ការយល់ព្រម

ការយល់ព្រមក្នុងការទទួល និងរក្សាព័ត៌មាន (ជីកក្នុងប្រអប់សមស្រប)

[] ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ [ASAP] ចែករំលែកព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ សម្រាប់គោលបំណងនៃការសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំជាមួយអ្នកជំនាញ ឬអង្គការសេវាកម្មសហគមន៍ថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែលអាចចូលរួមក្នុងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ។

[] ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ ASAP ចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និង/ឬសុខភាពរបស់ខ្ញុំជាមួយគ្រួសារ អ្នកថែទាំ និង/ឬបុគ្គលដែលបានកំណត់ផ្សេងទៀត ដូចដែលបានកំណត់ខាងក្រោម។

[] ខ្ញុំមិនផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ ASAP ចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ឬសុខភាពរបស់ខ្ញុំជាមួយមនុស្ស ឬអង្គការដូចដែលបានកំណត់ខាងក្រោម។

ការយល់ព្រមចំពោះការចុះឈ្មោះ និងសេវាកម្ម

[] ខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំទៅ [ASAP] សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានរាយក្នុងផែនការសេវាកម្មដំបូង ("សេវាកម្ម") ដែលបានបញ្ចប់ថ្ងៃនេះដោយខ្ញុំ និងបុគ្គលិក [ASAP] ដែលបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។

សេវាកម្មត្រូវបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំ ហើយសំណួររបស់ខ្ញុំត្រូវបានឆ្លើយ។ ខ្ញុំយល់ថាសេវាកម្មទាំងនេះនឹងត្រូវបានពិនិត្យ ត្រូវបានបញ្ជាក់ [ASAP] ហើយអាចត្រូវបានកែប្រែប្រសិនបើចាំបាច់។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកគ្រប់គ្រងថែទាំរបស់ខ្ញុំនឹង ប្រឹក្សាជាមួយខ្ញុំអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលបានស្នើឡើង។

ខ្ញុំនឹងចែករំលែកជាមួយ [ASAP] អំពីសេវាកម្មពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ដែលខ្ញុំទទួលបាន។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចទូរសព្ទទៅ [ASAP] ប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថាបុគ្គលិកនៃ [ASAP] នឹងមកជួបខ្ញុំម្តង ទៀតនៅចន្លោះពេលដែលត្រូវការ ដើម្បីបញ្ជាក់ថាខ្ញុំនៅតែមានសិទ្ធិ ហើយសេវាកម្មកំពុងបំពេញតម្រូវការរបស់ខ្ញុំ។

II. ការទទួលព័ត៌មាន

ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានទាក់ទងនឹងប្រធានបទដែលបានជីកខាងក្រោម។ ខ្ញុំនឹងទូរសព្ទទៅ [ASAP] ប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរ ណាមួយអំពីព័ត៌មាននេះ។

- [] សិទ្ធិ និងទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងនាមអ្នកប្រើប្រាស់ (ASAP)
- [] សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (សេចក្តីជូនដំណឹង HIPAA)
- [] សិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ខ្ញុំចំពោះចំណុចចូលដំណើរការសេវាកម្មមនុស្សចាស់
- [] ព័ត៌មានសុខភាព និងសុវត្ថិភាពក្នុងក្រាហ្វសន្តិសាធារណៈ
- [] ព័ត៌មានកម្មវិធី និងសេវាកម្ម
- [] ផែនការសេវាកម្មដំបូង – ខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខា និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេវាកម្មដំបូង

ផែនការដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយមានការចូលរួមរបស់ខ្ញុំ។

[] ព័ត៌មានផ្សេងទៀត៖ _____

III. ការបង្ហាញព័ត៌មានចំណូល (ធ្វើកម្រងសមស្រប)

[] ក្នុងនាមជាអ្នកទទួល MassHealth ដោយមានការលើកលែង ខ្ញុំនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានអំពី ប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ។ ប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគិតដោយឡែកពីគ្នា។

[] ក្នុងនាមជាអ្នកទទួល MassHealth ដែលមិនមានការលើកលែង ខ្ញុំនឹងតម្រូវឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ក៏ដូចជាប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើមាន ហើយនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការ ចំណាយលើចំណែកនៃការចំណាយដូចដែលបានកំណត់ខាងក្រោម ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលសរុបលើស 300% នៃអត្រាអត្ថប្រយោជន៍សហព័ន្ធជានារ៉ាប់រងសង្គម (SSI FBR)។

[] ក្នុងនាមជាអ្នកទទួលដែលមិនមែនជា MassHealth ខ្ញុំនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល របស់ខ្ញុំ ក៏ដូចជាប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំប្រសិនបើមាន ហើយនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់ ចំណែកនៃការចំណាយដូចដែលបានកំណត់ខាងក្រោម។

[] ខ្ញុំយល់ព្រមថាខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មាននេះពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមដែលខ្ញុំដឹង។ ខ្ញុំយល់ព្រមថាប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ខ្ញុំ ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ ប្តីឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំស្មើនឹង \$ _____ ។ ការទូទាត់ដែលខ្ញុំនឹងត្រូវបានរំពឹងថានឹងធ្វើរៀងរាល់ខែ បើមាន នឹងមិនលើសពី \$ _____ ឬ _____ % ទេ។ ខ្ញុំយល់អំពីព័ត៌មានចំណូលរបស់ខ្ញុំ ក៏ដូចជាប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើមាន នឹងត្រូវប្រមូល នៅពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ឬជាប្រចាំឆ្នាំ។

ខ្ញុំយល់ថាការបង់ប្រាក់របស់ខ្ញុំប្រសិនបើមាន គឺបានមកពីការកំណត់ការចែករំលែកការចំណាយដែលត្រូវបានកែ សម្រួលជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ **ខ្ញុំយល់ថាអត្រាអាចមានការប្រែប្រួលដោយកិច្ចការមនុស្សធាន ហើយថាខ្ញុំនឹងត្រូវ ទទួលបានការជូនដំណឹងសាមសិបថ្ងៃអំពីការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ។**

[] ខ្ញុំយល់ព្រមធ្វើការទូទាត់ប្រចាំខែ ឬប្រាប់ [ASAP] ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើដូច្នោះបាន។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនធ្វើការចែករំលែកតម្លៃតាមការកំណត់ សេវារបស់ខ្ញុំអាចនឹងបញ្ចប់។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិ ទទួលបានការកាត់បន្ថយការចែករំលែកការចំណាយ ប្រសិនបើការចំណាយរបស់ខ្ញុំ បំពេញតាមគោលការណ៍ ណែនាំចាំបាច់ ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញលើការកាត់បន្ថយការចំណាយ ដោយ [ASAP]។

[] ខ្ញុំនឹងផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមពីប្រភពផ្សេងទៀត/នៅពេលក្រោយ។ ខ្ញុំយល់ថាការបន្តនៃសេវាកម្មគ្រួសារ សេវាកម្មគ្រួសារ លើការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលនេះរបស់ខ្ញុំដែលបានផ្តល់ជូន ហើយប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះ ចំណែកនៃការចំណាយដែលត្រូវបានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំប្រសិនបើមាន នោះសេវាកម្មទាំងនោះអាចនឹងបញ្ចប់។

IV. ហត្ថលេខា/កាលបរិច្ឆេទ

ចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យ: តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យ ASAP
ចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងសុខភាពសមស្របអំពីអ្នក។

អ្នកប្រើប្រាស់	កាលបរិច្ឆេទ
អ្នកគំណាង (កំណត់អត្តសញ្ញាណទំនាក់ទំនង)	កាលបរិច្ឆេទ
អ្នកវាយតម្លៃ និងគូនាទី	កាលបរិច្ឆេទ