

បែបបទបញ្ជាក់ព័ត៌មានងារ

បុគ្គលម្នាក់ៗខាងក្រោមបានដាក់ពាក្យសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឥតគិតថ្លៃ ឬតម្លៃទាបតាមរយៈ *Healthplanfinder រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន* ។ ពួកយើងត្រូវការជំនួយរបស់អ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មាន និងប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ។ ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យនឹងរក្សាជាភាសាសម្ងាត់ និងត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពតែប៉ុណ្ណោះ ។

ព័ត៌មាននិយោជិត

ឈ្មោះ:	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល	លេខសន្តិសុខសង្គម (មានក៏បាន អត់ក៏បាន)
---------------	-----------------------------	--------------------------------------

ហត្ថលេខានិយោជិត

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមផ្តល់សិទ្ធិការបញ្ចេញ និង/ឬការបញ្ជាក់នៃព័ត៌មានការងាររបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខានិយោជិត X	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
------------------------------------	--

ផ្នែកនិយោជក

សូមបំពេញតែផ្នែក 1 2 ឬ 3 ដែលផ្អែកលើស្ថានភាព ។

ផ្នែក 1 ៖ បុគ្គលម្នាក់ៗខាងលើកំពុងធ្វើការក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ

កាលបរិច្ឆេទចូលធ្វើការ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	មុខតំណែង	ម៉ោងធ្វើការជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍
---------------------------------------	----------	-----------------------------------

ប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់បៀវត្សបច្ចុប្បន្ន \$	ភាពញឹកញាប់នៃការឲ្យ <input type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ <input type="checkbox"/> ប្រចាំសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖
--	--

ប្រាក់ចំណូលដុលពិតប្រាកដសម្រាប់ខែ និងប្រាក់ចំណូលដុលដែលរំពឹងទុកសម្រាប់ពីរខែបន្ទាប់ ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងថ្លៃទឹកតែ ប្រាក់បន្ថែម និងប្រាក់លើសម៉ោង ។

ខែ 1 ៖ \$	ខែ 2 ៖ \$	ខែ 3 ៖ \$
-----------	-----------	-----------

រាយការឆ្នាំសំបូរដែលរំពឹងទុកជាមុនក្នុងអត្រាប្រាក់ឈ្នួលនិយោជិតក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់	កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
--	---

បើការងារនិយោជិតតាមរដ្ឋកាល ឬយូរៗម្តង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលឈប់ផ្តល់

តើនិយោជិតនេះត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបំពេញស្តង់ដារធានារ៉ាប់រងសំខាន់អប្បបរមាដែរទេ?

បាទ/ចាស ទេ

បើបាទ/ចាស តើការរួមចំណែកបុព្វលាភប្រចាំខែដែលរំពឹងទុករបស់និយោជិតប៉ុន្មានដែរ? \$

តើនិយោជិតបដិសេធធានារ៉ាប់រងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជិតមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

ផ្នែក 2 ៖ បុគ្គលម្នាក់ៗខាងលើត្រូវបានបញ្ឈប់

ថ្ងៃចុងក្រោយនៃការងារ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	តើហេតុអ្វីបានជាការងារនេះបញ្ចប់? <input type="checkbox"/> ឈប់ផ្តល់ <input type="checkbox"/> ឈប់ធ្វើការ <input type="checkbox"/> ការងារបណ្តោះអាសន្ន/តាមរដ្ឋកាល
--------------------------------------	---

តើបុគ្គលម្នាក់នេះបាត់បង់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពបណ្តាលមកពីបាត់បង់ការងារមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើបាទ/ចាស ពេលណា? (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
--	----------------------------------

ផ្នែក 3 ៖ បុគ្គលម្នាក់ៗខាងលើកំពុងឈប់សម្រាក ដូចជាសម្រាកអវត្តមាន ឬសម្រាកលំហែមាតុភាព

កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុកនៃការមកវិញ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	តើនិយោជិតត្រូវបានប្រាក់ឈ្នួលខណៈដែលកំពុងសម្រាកដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើបាទ/ចាស តើប៉ុន្មាន? \$
---	---	-----------------------------

តើបុគ្គលម្នាក់នេះមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពខណៈដែលកំពុងសម្រាកដែរទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ហត្ថលេខានិយោជក

ឈ្មោះនិយោជក	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន				លេខទូរស័ព្ទនិយោជក
អាសយដ្ឋានផ្លូវក្រុមហ៊ុន	Apt./Ste. #	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ	មណ្ឌល
ខ្ញុំយល់ថាដោយចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ ខ្ញុំអះអាងថាព័ត៌មានសេរីភាពព្រឹត្តិការណ៍ និងត្រឹមត្រូវ ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានរក្សាការសម្ងាត់តឹងតែងបំផុត ។					
ហត្ថលេខានិយោជក	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)				
X					

បញ្ជូនបែបបទទៅ ៖

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, WA 98507

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋនៃសហព័ន្ធដែលសមរម្យនិងមិនមានការរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។ the Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority មិនត្រូវបដិសេធឬកាត់ទាក់រាប់រកពួកគេផ្ទុយគ្នា ដោយសារពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទនោះឡើយ។ Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ក៏អាចអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃជំនឿ យ៉េនឌ័រ ការសម្តែងពី ឬអត្តសញ្ញាណយ៉េនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ សាសនា ឋានៈអតីតយុទ្ធជន ឬយោធាដែលបានរំសាយដោយកិត្តិយស ឬការប្រើប្រាស់នូវសុខនាំផ្លូវ ឬសត្វបម្រើសេវាដែលមានការហ្វឹកហាត់ដោយបុគ្គលដែលមានពិការភាពឡើយ។

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មនានាដោយមិនគិតល្បួលដល់មនុស្សទូទៅ ដែលគ្មានសមត្ថភាពដើម្បីនិយាយទាក់ទងដោយប្រសិទ្ធិភាពជាមួយយើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាមនុស្សតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតាមទ្រង់ទ្រាយដទៃផ្សេងទៀត (បោះពុម្ពអក្សរធំៗ កាសែតថតសំឡេង ទ្រង់ទ្រាយនៃការប្រើប្រាស់អេឡិចត្រូនិច ទ្រង់ទ្រាយដទៃនានាទៀត)
- ផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួលដល់មនុស្សទូទៅ ដែលភាសាដើមរបស់គេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងភាសាផ្សេងទៀត

បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ ចូរទាក់ទងទៅ 1-855-923-4633

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority មិនបានផ្តល់នូវសេវាកម្មទាំងនេះ ឬរើសអើងក្នុងវិធីមួយផ្សេង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយនឹង៖

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 appeals@wahbexchange.org	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 compliance@hca.wa.gov
--	---

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងអយុត្តិធម៌ដោយផ្ទាល់ឬតាមការផ្ញើតាមប៊ុស្តីសំបុត្រ តាមទូរសារ ឬតាមអ៊ីម៉ែល។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងអយុត្តិធម៌ Washington Health Benefit Exchange Legal Department/Health Care Authority Division of Legal Services គឺអាចមានពេលសំរាប់ជួយអ្នក។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនពីសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយនឹង U.S. Department of Health and Human Services (ក្រសួងមនុស្សសាស្ត្រនិងសុខភាពនៃសហរដ្ឋអាមេរិក), Office for Civil Rights (ការិយាល័យសំរាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋ), ដាក់បណ្តឹងអេឡិចត្រូនិចតាមរយៈ: Office for Civil Rights Complaint Portal ដែលអាចមានតាមរយៈ: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ឬតាមរយៈប៊ុស្តីសំបុត្រឬតាមទូរស័ព្ទ៖ U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ពាក្យបណ្តឹងការត្រួតពិនិត្យគឺអាចមានតាមរយៈ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອໍດີ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈຶ່ງມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).