

**បែបបទសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការជាមួយចៅក្រម បើអ្នកគិតថាពួកយើងបានធ្វើខុសអំពីអ្នក ឬភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់សមាជិកក្រុមសារអ្នក ។ ដោយបំពេញបែបបទនេះ អ្នកកំពុងស្នើសុំសវនាការជាមួយចៅក្រម ។ ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺត្រូវធ្វើឲ្យបានឆាប់! ត្រូវប្រាកដថាអ្នកធ្វើបែបបទនេះមិនលើសពី 90 ថ្ងៃពីកាលបរិច្ឆេទលើសេចក្តីប្រកាសភាពមានសិទ្ធិទទួលបានដែលអ្នកកំពុងតែតវ៉ា ។

លេខសម្គាល់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	កាលបរិច្ឆេទលើសេចក្តីប្រកាសភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន
--------------------	------------------------------------	---

**ព័ត៌មានអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍**

("អ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍" គឺជាអ្នកដែលស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ។ អ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវតែជាអ្នកដាក់ពាក្យសំខាន់លើពាក្យសុំ Washington Healthplanfinder របស់អ្នក ។)

ឈ្មោះ	អក្សរកាត់កណ្តាល	ត្រកូល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលថ្ងៃ ( )	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
អាសយដ្ឋានផ្លូវ		Apt./Ste. #
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ

តើអ្វីជាវិធីល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងអ្នក?  
 អ៊ីមែល  ទូរស័ព្ទ  សំបុត្រ

**មូលហេតុសម្រាប់ការបំពេញបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**

**ធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅ ៖**

- ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន Washington Healthplanfinder សម្រាប់ ឬចំនួននេះ
    - ឥណទានពន្ធបុព្វលាភរ៉ាប់រងសុខភាព
    - ការចែករំលែកចំណាយ
    - ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានលើមុខជំនួយក្នុង Washington Healthplanfinder មុខជំនួយ
  - ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន Washington Apple Health (Medicaid) ។
    - ខ្ញុំចង់រក្សាធានារ៉ាប់រង Washington Apple Health របស់ខ្ញុំក្នុង អំឡុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ។
- Washington Health Benefit Exchange Appeals**  
 PO Box 1757, Olympia, WA 98504-1757  
 ទូរសារ ៖ 360-841-7653  
 សំណួរ ៖ 1-855-859-2512

**Washington Apple Health**  
 PO Box 45504, Olympia, WA 98504-5504  
 សំណួរ Apple Health ៖ 1-855-623-9357

\*អ្នកត្រូវតែធ្វើបែបបទនេះក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃការទទួលសេចក្តីប្រកាសភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬមុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់ ។

**ពន្យល់ដោយសង្ខេបពីមូលហេតុនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក**

តើហេតុអ្វីបានជាអ្នកចង់បានសវនាការ?

**អ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ (មានកំណត់ អត់កំណត់)**

អ្នកអាចមានសាច់ញាតិ មិត្តភក្តិ អ្នកប្រឹក្សាផ្នែកច្បាប់ ឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀត ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ ជួយអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ ឬចូលរួមក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ។ បើអ្នកជ្រើសរើសឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ជននេះនិយាយជាមួយអ្នកយើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ។

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលបានផ្តល់សិទ្ធិ (ឈ្មោះ អក្សរកាត់កណ្តាល ត្រកូល)

លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលថ្ងៃ	លេខទូរស័ព្ទជំនួស	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
អាសយដ្ឋានផ្លូវ		Apt./Ste. #
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប្រទេស
ទំនាក់ទំនងអ្នកតំណាង និងអ្នក (ត្រូវរាល់ប្រអប់ដែលត្រឹមត្រូវ) <input type="checkbox"/> មេធាវី/អ្នកប្រឹក្សាផ្នែកច្បាប់ <input type="checkbox"/> និយោជក <input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រួសារនៃមិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> អ្នកតំណាងកុលសម្ព័ន្ធ		<input type="checkbox"/> ទិភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រង ឈ្មួញកណ្តាល ឬអ្នកនាំផ្លូវ <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាច <input type="checkbox"/> ទីប្រឹក្សាផ្នែកច្បាប់ ឬអ្នកការពារ (មិនមែនជាមេធាវី) <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖

**តើពួកយើងជួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?**

សវនាការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធ្វើឡើងជាភាសាអង់គ្លេស លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំអ្នកបកប្រែ និងការសម្របសម្រួលផ្សេងទៀត ។

តើអ្នកចង់បានសេចក្តីប្រកាសរបស់អ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើបាទ/ចាស តើភាសាអ្វី?
តើអ្នកចង់បានអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដែរទេ? (មិត្តភក្តិ និងសមាជិកគ្រួសារមិនអាចធ្វើជាអ្នកបកប្រែរបស់អ្នកបានទេ ។) <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើបាទ/ចាស តើភាសាអ្វី?
តើអ្នកត្រូវការការសម្របសម្រួល ឬជំនួយផ្សេងទៀតដោយសារពិការភាពដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
បើបាទ/ចាស សូមពណ៌នាអ្វីដែលអ្នកត្រូវការ ៖	

**សំណើសុំសម្ព័ន្ធ**

តើអ្នកជាសមាជិកកុលសម្ព័ន្ធដែលបានទទួលស្គាល់ជាសហព័ន្ធមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើបាទ/ចាស តើកុលសម្ព័ន្ធអ្វី?
--	------------------------------

**អាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម (តម្រូវឲ្យមាន)**

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមគឺជាសំណើរបស់ខ្ញុំសម្រាប់សវនាការចំពោះមុខចៅក្រម ។ ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចអំពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ ។ ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ក្នុងបែបបទនេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំយល់ថាសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅអង្គភាពដែលមានសមត្ថកិច្ចដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខាអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ <b>X</b>	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
--------------------------------------	--

សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលត្រូវបានពន្លឿន ។ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតាចំណាយពេលពី 30 – 90 ថ្ងៃ ។ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការដែលត្រូវបានពន្លឿន (លឿន) បើអ្នកមានតម្រូវការសេវាកម្មសុខភាពភ្លាមៗ ។ បើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលត្រូវបានពន្លឿន អ្នកត្រូវតែបញ្ជូនភស្តុតាងដែលបញ្ជាក់ថាដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតាអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរក្សា ឬទទួលបានមុខងារអតិបរមាមកវិញរបស់អ្នក ។ សូមទាក់ទងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមលេខ 1-855-859-2512 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។



**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 មិនត្រូវបដិសេធ  
 ឬរាក់ទាក់រាប់រកពួកគេផ្ទុយគ្នា 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  
 ដែលគ្មានសមត្ថភាពដើម្បីនិយាយទាក់ទងដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយយើង ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាមនុស្សតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតាមទ្រង់ទ្រាយដទៃផ្សេងទៀត (បោះពុម្ពអក្សរធំៗ កាសែតថតសំឡេង  
 ទ្រង់ទ្រាយនៃការប្រើប្រាស់អេឡិកត្រូនិច 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 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	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 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	---

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),  
 ដាក់បណ្តឹងអេឡិកត្រូនិចតាមរយៈ: 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 - XIYYEEFFANNA: 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, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ 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).