Health Insurance Marketplace

កម្មវិធីសម្រាប់គ្របដណ្តប់លើសុខភាព និងជួយដល់ថ្លៃចំណាយ

ទម្រង់បានទទួលយល់ព្រម
OMB No. 0938-1191

ប្រើកម្មវិធីនេះដើម្បីមើលថាតើក្នុងកញ្ចប់អ្វីដែលអ្នកមានគុណសម្បត្តិ

- គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចទទួលយកបាន ដែលផ្តល់ឲ្យនូវទំហំដ៏ប្រសើរដើម្បីជួយអ្នកស្នាក់នៅបានល្អប្រសើរ
- ការយកពន្ធថ្មី ដែលអាចជួយទូទាត់ភាគលាភបង់ឲ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការធានាសុខភាពរបស់អ្នកភ្លាម។
- ដោយមិនគិតប្រាក់ ឬការធានារ៉ាប់រងក្នុងតម្លៃទាប ពី Medicaid ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (CHIP)

  អ្នកអាចមានគុណសម្បត្តិចំពោះកម្មវិធីដោយមិនគិតប្រាក់ ឬកម្មវិធីដោយយកថ្លៃទាប សូម្បីតែ អ្នកអាចរកប្រាក់បានរហូតដល់ $94,000 ក្នុងមួយឆ្នាំក៏ដោយ (សម្រាប់គ្រួសារដែលមានសមាជិក 4 នាក់)។

តើអ្នកណាខ្លះអាចប្រើកម្មវិធីនេះ?

- ប្រើកម្មវិធីនេះដើម្បីស្នើសុំសម្រាប់នរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារអ្នក។
- ស្នើសុំ សូម្បីតែ អ្នក ឬកូនរបស់អ្នក មានការធានាសុខភាពរួចហើយក៏ដោយ។ អ្នកអាចទទួលបានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងដោយមិនគិតថ្លៃ ឬយកថ្លៃថោក។
- ប្រសិនបើអ្នកនៅលីវ អ្នកប្រហែលជាអាចប្រើទម្រង់ខ្លី។ចូរមើលគេហទំព័រ HealthCare.gov។
- គ្រួសារដែលរួមមានជនអន្តោប្រវេសន៍អាចស្នើសុំបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំសម្រាប់កូនរបស់អ្នក សូម្បីតែអ្នកមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងនេះ។ ការស្នើសុំគឺមិនប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ឬការផ្លាស់ប្តូរភ្លាយជាអ្នកស្នាក់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ ឬពលរដ្ឋទេ។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ជួយអ្នកក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ អ្នកត្រូវបំពេញឯកសារភ្ជាប់ C ផង។

ស្នើសុំយ៉ាងរហ័សតាមអនឡាញ

ស្នើសុំយ៉ាងរហ័សតាមអនឡាញ នៅគេហទំព័រ HealthCare.gov។

ដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីស្នើសុំ

- ចំនួនសន្តិសុខសង្គម (ឬចំនួនឯកសារសម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រង)
- និយោជក និងព័ត៌មានចំណូលសម្រាប់អ្នករាល់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍ ពី paystubs ទម្រង់ W-2 ឬប្រាក់ខែ និងការប្រកាសពន្ធ)
- ចំនួនគោលការណ៍សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្នណាមួយ
- ព័ត៌មានអំពីការធានាសុខភាពទាក់ទងនឹងការងារ ដែលមានសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក

តើហេតុអ្វីយើងសួរអំពីព័ត៌មាននេះ?

យើងសួរអំពីប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីដឹងថា តើគម្រោងណាដែលអ្នកមានគុណសម្បត្តិ ហើយប្រសិនបើអ្នកអាចទទួលបានការជួយណាមួយក្នុងការទូទាត់ដើម្បីវា។ **យើងនឹងរក្សាទុកព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឲ្យជាព័ត៌មានឯកជន និងមានសុវត្ថិភាពដូចដែលត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់។** ដើម្បីពិនិត្យមើលច្បាប់ស្តីពីភាពឯកជន សូមចូលទៅ HealthCare.gov ឬមើលការណែនាំ។

តើមានអ្វីកើតឡើង បន្ទាប់ទៀត?

ផ្ញើពាក្យសុំដែលបានបំពេញ និងមានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅអាសយដ្ឋាននៅទំព័រ 7។ **ប្រសិនបើអ្នកមិនមានរាល់ព័ត៌មាន ដែលយើងស្នើសុំទេ គ្រាន់តែចុះហត្ថលេខានិងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកមក។** យើងនឹងតាមដានជាមួយអ្នកក្នុងរយៈពេល 1-2 សប្តាហ៍។ អ្នកនឹងទទួលបានការណែនាំនៅជំហានបន្ទាប់ដើម្បីបំពេញលើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកគ្មានដំណឹងពីយើ--ងទេ សូមចូលទៅមើលគេហទំព័រ HealthCare.gov ឬហៅទៅកាន់លេខ**1-800-318-2596**។ បំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ មិនមែនមានន័យថាអ្នកត្រូវតែទិញគម្រោងធានាសុខភាពទេ។

ទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំនេះ

- **តាមអនឡាញ**: HealthCare.gov
- **ទូរសព្ទ**: ហៅមកមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយតាមលេខ **1-800-318-2596**។
- **ជាមួយនឹងបុគ្គលផ្ទាល់**: ប្រហែលជាមានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដែលអាចជួយអ្នកបាន។ សូមមើលគេហទំព័រ HealthCare.gov ឬហៅមកលេខ **1-800-318-2596** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596.**

តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីរបស់អ្នកទេ? ចូរទស្សនា គេហទំព័រ HealthCare.gov ឬហៅមកកាន់ពួកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយជាភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស សូមហៅមកលេខ**1-800-318-2596**និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាកម្មអតិថិជននូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅមកលេខ **1-855-889-4325**។

ជំហានទី1 សូមប្រាប់ យើងអំពីខ្លួនរបស់អ្នក។

(យើងត្រូវការមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ក្នុងគ្រួសារដើម្បីជាបុគ្គលសម្រាប់ទាក់ទងសម្រាប់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។)

1. នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល	នាមត្រកូល	បច្ចុយ្យដូចគ្នា

2. អាសយដ្ឋាន (ទុកទំនេរប្រសិនបើអ្នកមិនមាន។)	3. លេខបន្ទប់ ឬផ្ទះល្វែង

4. ក្រុង	5. រដ្ឋ	6. លេខកូដ ZIP	7. ប្រទេស

8. អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (ប្រសិនបើផ្សេងពីអាសយដ្ឋាន)	9. លេខបន្ទប់ ឬផ្ទះល្វែង

10. ក្រុង	11. រដ្ឋ	12. លេខកូដ ZIP	13. ប្រទេស

14. លេខទូរស័ព្ទ	15. លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត
( ) –	( ) –

16. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីពាក្យសុំនេះដោយអ៊ីម៉ែលទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

17. តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្តនិយាយ ឬសរសេរ (ប្រសិនបើមិនមែនអង់គ្លេស)?

ជំហានទី 2 សូមប្រាប់យើងអំពីខ្លួនរបស់អ្នក។

តើនរណាដែលអ្នកចង់បញ្ចូលនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ?

ប្រាប់យើងអំពីសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ពន្ធ យើងចង់ដឹងអំពីអ្នកទាំងអស់គ្នាអំពីពន្ធចំណូលរបស់អ្នក។ (អ្នកមិនចាំបាច់បង់ពន្ធដើម្បីទទួលគម្រោងសុខភាពទេ។)

រួមទាំង៖

- ខ្លួនអ្នក
- សហពន្ធរបស់អ្នក
- កូនៗរបស់អ្នកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំដែលរស់នៅជាមួយអ្នក
- ដៃគូដែលមិនបានរៀបការរបស់អ្នក ដែលត្រូវការគម្រោងធានាសុខភាព
- អ្នករាល់គ្នាដែលអ្នកបានបញ្ចូលក្នុងការបង់ពន្ធចំណូលរបស់អ្នក សូម្បីតែពួកគេមិនរស់នៅជាមួយអ្នកក៏ដោយ
- អ្នករាល់គ្នាផ្សេងទៀតដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលអ្នកមើលថែរក្សា និងរស់នៅជាមួយអ្នក

អ្នកមិនត្រូវរាប់បញ្ចូល៖

- ដៃគូដែលមិនបានរៀបការរបស់អ្នក ដែលមិនត្រូវការគម្រោងធានាសុខភាព
- កូនៗរបស់ដៃគូមិនបានរៀបការរបស់អ្នក
- ឪពុកម្តាយរបស់អ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ប៉ុន្តែត្រូវបង់ពន្ធចំណូលដោយខ្លួនគាត់ផ្ទាល់ (ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើស 21 ឆ្នាំ)
- សាច់ញាតពេញវ័យផ្សេងទៀត ដែលត្រូវជាប់ពន្ធចំណូលរបស់ខ្លួនផ្ទាល់

ចំនួននៃជំនួយការ ឬប្រភេទនៃកម្មវិធី ដែលអ្នកមានគុណសម្បត្តិ អាស្រ័យលើចំនួនមនុស្ស នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និងប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ ព័ត៌មាននេះជួយឲ្យពួកយើងប្រាដកថា អ្នករាល់គ្នានឹងទទួលបានគម្រោងល្អបំផុតដែល ពួកគេអាចទទួល

បំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ចាប់ផ្តើមជាមួយខ្លួនអ្នក បន្ទាប់មកបន្ថែមមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត និងកូនៗ។ ប្រសិនបើក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានមនុស្សច្រើនជាង 2 នាក់ អ្នកត្រូវថតចម្លងទំព័រនេះ ហើយភ្ជាប់វាចូលគ្នា។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ឬលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់អ្នកសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលមិនចង់បានគម្រោងធានាសុខភាពទេ។ យើងនឹងរក្សាទុកព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ជាព័ត៌មានឯកជន និងមានសុវត្ថិភាព ដូចដែលតម្រូវដោយច្បាប់។ យើងប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនតែសម្រាប់ពិនិត្យថាតើអ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងសុខភាពទេ។

ជំហានទី2: បុគ្គល1

(ចាប់ផ្តើមដោយខ្លួនអ្នក)

បំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់ខ្លួនអ្នក សហពទ្ធ/ដៃគូរបស់អ្នក និងកូនៗដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬអ្នកផ្សេងដែលមានជាប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលក្នុងរដ្ឋសហព័ន្ធដូចគ្នា ប្រសិនបើអ្នកបង់ហើយ។ សូមមើលទំព័រ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថាតើនរណាដែលត្រូវបញ្ចូល ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល ចងចាំថានៅតែបន្ថែមសមាជិកគ្រួសារ ដែលរស់នៅជាមួយ។

1. នាមខ្លួន | នាមកណ្តាល | នាមត្រកូល | បច្ច័យដូចគ្នា

2. មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកឬ?
ផ្ទាល់ខ្លួន

3. ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំកំណើត (mm/dd/yyyy)
/ /

4. ភេទ
☐ ប្រុស ☐ ស្រី

5. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) - -

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានគម្រោងធានាសុខភាព និងមានលេខសន្តិសុខសង្គម។ សូម្បីតែអ្នកមិនចង់បានគម្រោងធានាសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ការផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកអាចមានប្រយោជន៍ជាខ្លាំង ពីព្រោះវាអាចពន្លឿនដំណើការនីតិវិធី។ យើងប្រើលេខសន្តិសុខសង្គមដើម្បីពិនិត្យមើលប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីដឹងថា តើនរណាមានសិទ្ធិសម្រាប់ជំនួយថ្លៃគម្រោងធានាសុខភាព។ សម្រាប់ជំនួយដើម្បីទទួលបានលេខសន្តិខុសសង្គម សូមហៅមកលេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **socialsecurity.gov**។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 1-800-325-0778។

6. **តើអ្នកមានគម្រោងបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ នៅឆ្នាំក្រោយមែនទេ?**
(អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំការធានាវ៉ាប់រងសុខភាព សូម្បីតែអ្នកមិនបានបង់ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធក៏ដោយ។)

☐ ចាទ/ចាស។ **ប្រសិនបើបាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរ a–c ។ ☐ ទេ។ **បើសិនទេ** រំលងទៅសំណួរ c ។

a. តើអ្នកអ្នកបង់ពន្ធរួមគ្នាជាមួយសហពទ្ធរបស់អ្នកមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស ឈ្មោះសហពទ្ធ:

b. តើអ្នកនឹងទាមទាររាល់បន្ទុកនៅលើការបង់ពន្ធចំណូលរបស់អ្នកទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស រាយឈ្មោះបន្ទុកទាំងនោះ:

c. តើអ្នកនឹងត្រូវទាមទារជាបន្ទុកនៅក្នុងពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់នរណាម្នាក់ទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមរាយឈ្មោះអ្នកបង់ពន្ធ:
តើអ្នកមានការទាក់ទងនឹងអ្នកបង់ពន្ធតាមរបៀបណា?

7. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ **a.** **ប្រសិនបើបាទ/ចាស** តើទារកប៉ុន្មាននាក់ត្រូវរំពឹងថានឹងមានពេលមានផ្ទៃពោះនេះ**?**

8. **តើអ្នកចង់បានគម្រោងធានាសុខភាពទេ?**
(សូម្បីតែអ្នកមានការធានាវ៉ាប់រងក៏ដោយ វាអាចមានកម្មវិធីដែលផ្តល់ជូនយ៉ាងប្រសើរ ឬមានតម្លៃទាប។)

☐ ចាទ/ចាស។ **ប្រសិនបើបាទ/ចាស**សូមឆ្លើយរាល់សំណួរខាងក្រោម។ ☐ ទេ។ **ប្រសិនបើទេ** រំលងទៅសំណួរអំពីប្រាក់ចំណូលនៅទំព័រទី 3។ ទុកផ្នែកចុងក្រោយនៃទំព័រនេះឲ្យនៅទំណេរ។

9. តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពផ្នែករាងកាយ ស្មារតី ឬអារម្មណ៍ ដែលបណ្តាលឲ្យមានការកំណត់ ក្នុងសកម្មភាព (ដូចជា ងូតទឹក ស្លៀកពាក់ការងារប្រចាំថ្ងៃ ល។) ឬរស់នៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាល ឬផ្ទះពិនិត្យជំងឺ?
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

10. តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិកឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

11. **ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិអាមេរិកទេ** តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ទេ? *(សូមមើលការណែនាំ។)*
☐ បាទ/ចាស។ បំពេញប្រភេទឯកសាររបស់អ្នក និងលេខអត្តសញ្ញាណខាងក្រោម។

a. ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍:

b. លេខអត្តសញ្ញាណឯកសារ

c. តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996មែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

d. តើអ្នក ឬសហពទ្ធ ឬឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ជាយោធិន ឬជាសមាជិកសកម្ម យោធាអាមេរិកឬ?
☐ ☐

12. តើអ្នកចង់បានជំនួយទូទាត់សម្រាប់ការព្យាបាលពីបីចុងក្រោយនេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

13. តើអ្នករស់នៅជាមួយ យ៉ាងហោចណាស់កូនអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំម្នាក់ ហើយតើអ្នកជាបុគ្គលសំខាន់ ដែលមើលថែរក្សាកូននេះឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

14. តើអ្នកជាសិស្សសិក្សាពេញម៉ោងមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

15. តើអ្នកត្រូវបានមើលថែរក្សាទេកាលពីអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

16. **ប្រសិនបើ Hispanic/Latino, ជនជាតិ (ជម្រើស—គ្ងសទាំងអស់)**
☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ ផ្សេងទៀត _____

17. **ពូជសាសន៍ (ជម្រើស—គ្ងសទាំងអស់ដែលជាចំលើយ។)**

☐ ស
☐ ខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិក
☐ ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬកំណើត Alaska
☐ ឥណ្ឌា អាស៊ី
☐ ចិន
☐ ហ្វីលីពីន
☐ ជប៉ុន
☐ កូរ៉េ
☐ វៀតណាម
☐ អាស៊ីផ្សេងទៀត
☐ កំណើត Hawaiian
☐ Guamanian ឬ Chamorro
☐ Samoan
☐ Pacific Islanderផ្សេងទៀត
☐ ផ្សេងទៀត _____

ជំហានទី2: បុគ្គល 1 (បន្តដោយខ្លួនអ្នក)

ការងារបច្ចុប្បន្ន និងព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

☐ **បានបម្រើការងារ**: ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការនាបច្ចុប្បន្ននេះ សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយសំណួរ 18.

☐ **មិនបានបម្រើការងារ**: រំលងទៅសំណួរ 28.

☐ **ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង**: រំលងទៅសំណួរ 27.

ការងារបច្ចុប្បន្ន 1:

18. ឈ្មោះនិយោជក

a. អាសយដ្ឋាន និយោជក

b. ក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខកូដ ZIP | 19. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក ( ) –

20. ប្រាក់បៀវត្ស/ប្រាក់ធីប (មុនពេលបង់ពន្ធ) $
☐ ប្រចាំម៉ោង ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍
☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ

21. ម៉ោងធ្វើការងារជាមធ្យមប្រចាំសប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្ន 2: (ប្រសិនបើអ្នកមានការងារច្រើន ហើយត្រូវការចន្លោះបន្ថែម អាចភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសផ្សេងទៀតបាន។)

22. ឈ្មោះនិយោជក

a. អាសយដ្ឋាន និយោជក

b. ក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខកូដ ZIP | 23. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក ( ) –

24. ប្រាក់បៀវត្ស/ប្រាក់ធីប (មុនពេលបង់ពន្ធ) $
☐ ប្រចាំម៉ោង ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍
☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ

25. ម៉ោងធ្វើការងារជាមធ្យមប្រចាំសប្តាហ៍

26. **នៅឆ្នាំកន្លងទៅ តើអ្នក**: ☐ ផ្លាស់ប្តូរការងារ ☐ ឈប់ធ្វើការ ☐ ចាប់ផ្តើមការងារដែលមានម៉ោងធ្វើការងារតិចជាង ☐ មិនមានទាំងនេះណាមួយទេ

27. **ប្រសិនបើ ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង សូមឆ្លើយនឹងសំណួរខាងក្រោម**:

a. ប្រភេទការងារ:

b. តើប្រាក់ចំណូលដែលគិតពន្ធរួចចំនួនប៉ុន្មាន (អត្ថប្រយោជន៍ដែលការចំណាយការងារត្រូវបានទូទាត់) នឹងត្រូវទទួលបានពីការងារដោយខ្លួនឯងនេះ ក្នុងខែនេះ? *(សូមមើលការណែនាំ។)* $

28. **បញ្ជាក់ចំណូលផ្សេងទៀតសម្រាប់ខែនេះ:** គ្មានទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ និងផ្តល់នូវចំនួន ហើយញ៉ាំកញ្ចាប់ប៉ុណ្ណាដែលអ្នកទទួលបានវា។ គ្មាននៅទីនេះ បើគ្មាន។ ☐
សម្គាល់: អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងអំពីការគាំទ្រកូន ការចំណាយអតីតយោធិន ឬចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម។

☐ គ្មានការងារ $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ ការទទួលបា-នប្រាក់ទ្រទ្រង់ជីវភាព $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ ការទូរទាត់សង $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ ស្រែចម្ការ/នេសាទសុទ្ធ $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ សន្តិសុខសង្គម $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ ប្រាក់វិនិយោគ/ជួលសុទ្ធ $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ គណនីចូលនិវត្តន៍ $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ ប្រភេទប្រាក់ចំណូល-ផ្សេងៗ: _____ $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____

29. **ការបន្ថយ**: គ្មានទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ និងផ្តល់នូវចំនួន ហើយញ៉ាំកញ្ចាប់ប៉ុណ្ណាដែលអ្នកទទួលបានវា។គ្មានអ្វីដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់ និងផ្តល់នូវចំនួន ហើយញ៉ាំកញ្ចាប់ប៉ុណ្ណាដែលអ្នកទទួលបានវា។
សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកចំណាយទៅលើវត្ថុណាមួយដែលអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយពន្ធលើប្រាក់ចំណូល ប្រាប់ពួកយើងអំពីបញ្ហានេះអាចបន្ថយថ្លៃគម្រោងធានាសុខភាពបានទាបបន្តិច។

☐ ការទូទាត់ប្រាក់-ទ្រទ្រង់ជីវភាព $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ ប្រភេទការកាត់បន្ថយផ្សេងៗ: _____ $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ អត្រាការប្រាក់-កម្ចីសិស្ស $ ____ ប៉ុន្មានដង? ____

30. **ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ: បំពេញតែក្នុងករណីដែលចំណូលរបស់អ្នកប្រែប្រួលពីខែមួយទៅខែមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនគិតថាប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកប៉ះពាល់ប្រួលប្រចាំខែទេ សូមរំលងទៅបុគ្គលម្នាក់ទៀត។**

ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកសរុបឆ្នាំនេះ	ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់អ្នកសម្រាប់ **ឆ្នាំ** បន្ទាប់ (ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវានឹងមានការប្រែប្រួល)
$	$

អរគុណ!
នេះជាអ្វីដែលយើងចង់ដឹង ពីអ្នក។

ជំហានទី2: បុគ្គល 2

បើអ្នកមានមនុស្សច្រើនជាងពីរនាក់ត្រូវបញ្ជូល សូមថតចម្លង ជំហានទី 2: បុគ្គល 2 (ទំព័រ 4 និង 5) និងបំពេញវា។

បំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់ខ្លួនអ្នក សហពទ្ធ/ដៃគូរបស់អ្នក និងកូនៗដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬអ្នកផ្សេងដែលមានជាប់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូលក្នុងរដ្ឋសហព័ន្ធដូចគ្នា ប្រសិនបើអ្នកបង់ហើយ។ សូមមើលទំព័រ 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថាតើនរណាដែលត្រូវបញ្ជូល ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ពន្ធលើប្រាក់ចំណូល ចងចាំថានៅតែបន្ថែមសមាជិកគ្រួសារ ដែលរស់នៅជាមួយ។

1. នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____ នាមត្រកូល _____ បច្ច័យដូចគ្នា _____

2. មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកឬ? *(សូមមើលការណែនាំ។)* _____

3. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (mm/dd/yyyy) ____ / ____ / ____

4. ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី

5. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ____ - ____ - ____

យើងចង់បានព័ត៌មាននេះ បើអ្នកចង់បានគម្រោងសុខភាពសម្រាប់បុគ្គល 2 ហើយបុគ្គល 2 មានលេខសន្តិសុខសង្គម។

6. តើបុគ្គល 2 រស់នៅក្នុងអាសយដ្ឋានដូចគ្នានឹងអ្នកទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើទេ រាយឈ្មោះអាសយដ្ឋាន : _____

7. **តើបុគ្គល មានផែនការប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធនៅឆ្នាំក្រោយទេ?**
(អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំការធានាវ៉ាប់រងសុខភាព សូម្បីតែបុគ្គល 2 មិនប្រកាសពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហពន្ធក៏ដោយ។)

☐ **បាទ/ចាស។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរ a–c ។ ☐ **ទេ។ បើសិនទេ** រំលងទៅសំណួរ c ។

a. តើបុគ្គល 2 នឹងដាក់រួមគ្នាជាមួយសហពទ្ធឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស ឈ្មោះសហពទ្ធ: _____

b. តើបុគ្គល 2 នឹងប្រាកដទាមទារបន្ទុកនានាចំពោះការបង់ពន្ធចំណូលទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស រាយឈ្មោះបន្ទុកទាំងនោះ: _____

c. តើបុគ្គល 2 នឹងត្រូវទាមទាជាបន្ទុកលើការបង់ពន្ធចំណូលរបស់នរណាម្នាក់ទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមរាយឈ្មោះអ្នកបង់ពន្ធ: _____
តើបុគ្គល 2 មានទំនាក់ទំនងយ៉ាងណាទៅអ្នកបង់ពន្ធ? _____

8. តើ បុគ្គល 2 មានផ្ទៃពោះឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ a. **ប្រសិនបើបាទ/**ចាស តើទារកប៉ុន្មាននាក់ត្រូវរំពឹងថានឹងមានពេលមានផ្ទៃពោះនេះ? ____

9. **តើបុគ្គល 2 ត្រូវការគម្រោងធានាសុវត្ថិភាពទេ?**
(សូម្បីតែបុគ្គល 2 មានការធានាវ៉ាប់រងក៏ដោយ វាប្រហែលមានកម្មវិធីដែលមានគម្រោងល្អ ឬតម្លៃថោក។)

☐ **បាទ/ចាស។ ប្រសិនបើបាទ/ចាស**សូមឆ្លើយរាល់សំណួរខាងក្រោម។ ☐ **ទេ។ ប្រសិនបើទេ** រំលងទៅសំណួរអំពីប្រាក់ចំណូលនៅទំព័រទី 3។ ទុកផ្នែកចុងក្រោយនៃទំព័រនេះឲ្យនៅទំណេរ។

10. តើ បុគ្គល 2 នេះ មានបញ្ហាសុខភាពផ្នែកកាយ ស្មារតី ឬអារម្មណ៍ ដែលបណ្តាលឲ្យមានការកំណត់ ក្នុងសកម្មភាព (ដូចជា ងូតទឹក ស្លៀកពាក់ការងារប្រចាំថ្ងៃ ល។) ឬរស់នៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាល ឬផ្ទះពិនិត្យជំងឺ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

11. តើបុគ្គល 2 ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមានសញ្ជាតិអាមេរិកឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

12. **បើបុគ្គល 2 មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិកទេ** តើពួកគេមានសិទ្ធិទទួលបានស្ថានភាពជាជនអន្តោប្រវេសន៍ទេ? *(សូមមើលការណែនាំ។)*
☐ បាទ/ចាស។ បំពេញប្រភេទឯកសាររបស់បុគ្គល 2 និងលេខអត្តសញ្ញាណខាងក្រោម។

a. ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍: _____

b. លេខអត្តសញ្ញាណឯកសារ _____

c. តើបុគ្គល 2 បានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

d. តើបុគ្គល 2 ឬសហពទ្ធ ឬឪពុកម្តាយរបស់បុគ្គល 2 គឺជាអតីតយោធិន ឬជាសមាជិកសកម្មនៃកងយោធាមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

13. តើបុគ្គល 2 ចង់បានការជួយការទូទាត់សម្រាប់ថ្លៃព្យាបាលពីបីខែមុនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

14. តើបុគ្គល 2 រស់នៅជាមួយកូនយ៉ាងហោចម្នាក់មានអាយុក្រោម ១៩ ឆ្នាំ ហើយតើបុគ្គល 2 គឺជាបុគ្គលសំខាន់ក្នុងការថែរក្សាកូននេះឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

15. តើបុគ្គល 2 ត្រូវបានមើលថែរក្សាកាលពីអាយុ 18 ឬចាស់ជាងនេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ បើបុគ្គល 2 មានអាយុ 22 ឆ្នាំ ឬតិចជាងនេះ៖

16. តើបុគ្គល 2 មានការធានាវ៉ាប់រង តាមរយៈការងារ និងបានបាត់បង់វាទៅវិញក្នុងរយៈពេលបីខែមុននេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
a. **បើមាន,** កាលបរិច្ឆេទចប់: _____ b. មូលហេតុដែលការធានាវ៉ាប់រងបានចប់: _____

17. តើបុគ្គល2 ជាសិស្សពេញម៉ោងឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

18. **បើជនជាតិដើម Hispanic/Latino (ជម្រើស—គ្មានអ្វីទាំងអស់ដែលត្រូវ។)**
☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ ផ្សេងទៀត _____

19. **ពូជសាសន៍ (ជម្រើស—គ្មានទាំងអស់ដែលជាចំលើយ។)**
☐ ស
☐ ខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិក
☐ ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬកំណើត Alaska
☐ ឥណ្ឌា អាស៊ី
☐ ចិន
☐ ហ្វីលីពីន
☐ ជប៉ុន
☐ កូរ៉ា
☐ វៀតណាម
☐ អាស៊ីផ្សេងទៀត
☐ កំណើត Hawaiian
☐ Guamanian ឬ Chamorro
☐ Samoan
☐ Pacific Islanderផ្សេងទៀត
☐ ផ្សេងទៀត _____

ពេលនេះ សូមប្រាប់យើងអំពីចំណូលផ្សេងៗដែលបុគ្គល 2 រកបាន នៅខាងក្រោយ។

តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីរបស់អ្នកទេ? ចូរទស្សនា គេហទំព័រ **HealthCare.gov** ឬហៅមកកាន់ពួកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយជាភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស សូមហៅមកលេខ**1-800-318-2596**និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាកម្មអតិថិជននូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅមកលេខ **1-855-889-4325**។

ជំហានទី2: បុគ្គល 2

ការងារបច្ចុប្បន្ន និងព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល

☐ **ចានបម្រើការងារ:** បើបុគ្គល 2 កំពុងត្រូវបានជួលឲ្យបំពេញការងារ សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់គាត់។ ចាប់ផ្តើមជាមួយសំណួរ 20.

☐ **មិនបានបម្រើការងារ:** រំលងទៅសំណួរ 30.

☐ **ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង:** រំលងទៅសំណួរ 29.

ការងារបច្ចុប្បន្ន 1:

18. ឈ្មោះនិយោជក

a. អាសយដ្ឋាន និយោជក

b. ក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខកូដ ZIP | 21. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក ( ) –

22. ប្រាក់បៀវត្ស/ប្រាក់ធីប (មុនពេលបង់ពន្ធ) $ — ☐ ប្រចាំម៉ោង ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ

23. ម៉ោងធ្វើការងារជាមធ្យមប្រចាំសប្តាហ៍

ការងារបច្ចុប្បន្ន 2: (បើបុគ្គល 2 មានការងារច្រើន សូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសផ្សេងមួយទៀត។)

24. ឈ្មោះនិយោជក

a. អាសយដ្ឋាន និយោជក

b. ក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខកូដ ZIP | 25. លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក ( ) –

26. ប្រាក់បៀវត្ស/ប្រាក់ធីប (មុនពេលបង់ពន្ធ) $ — ☐ ប្រចាំម៉ោង ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំឆ្នាំ

27. ម៉ោងធ្វើការងារជាមធ្យមប្រចាំសប្តាហ៍

28. **នៅឆ្នាំមុន តើបុគ្គល 2:** ☐ ផ្លាស់ប្តូរការងារ ☐ ឈប់ធ្វើការ ☐ ចាប់ផ្តើមការងារដែលមានម៉ោងធ្វើការងារតិចជាង ☐ មិនមានទាំងនេះណាមួយទេ

29. **បើបុគ្គល 2 ធ្វើការងារដោយខ្លួនឯង សូមឆ្លើយនឹងសំណួរខាងក្រោមនេះ:**

a. ប្រភេទការងារ:

b. តើចំនួនចំណូលសុទ្ធប៉ុន្មាន (ផលចំណេញក្រោយពីការទូទាត់នៃការងារ) ដែលបុគ្គល 2 នឹងត្រូវទទួលបានពីការងារដោយខ្លួនឯងក្នុងខែនេះ? $
(សូមមើលការណែនាំ។)

30. **ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតសម្រាប់ខែនេះ:** គ្មានអ្វីដែលត្រូវទាំងអស់ ហើយផ្តល់ចំនួន និងថាតើជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលបុគ្គល 2ទទួលបានវា។ គ្មានៅទីនេះ បើគ្មាន។ ☐
សម្គាល់: អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងអំពីការទ្រទ្រង់ក្មួនរបស់បុគ្គល 2 ការទូទាត់យោធិននិវត្តន៍ ឬចំណូលដោយសន្តិសុខបន្ថែមទៀត (SSI)។

☐ គ្មានការងារ	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____	☐ ការទទួលបា-នប្រាក់ទ្រទ្រង់ជីវភាព	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ ការទូទាត់សង	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____	☐ ស្រែចម្ការ/នេសាទសុទ្ធ	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ សន្តិសុខសង្គម	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____	☐ ប្រាក់វិនិយោគ/ជួលសុទ្ធ	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____
☐ គណនីចូលនិវត្តន៍	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____	☐ ប្រភេទប្រាក់ចំណូល-ផ្សេងៗ: ____	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____

31. **ការបន្ថយ:** គ្មានអ្វីដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់និងផ្តល់នូវចំនួនហើយញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលបុគ្គល 2ទទួលបានវា។ ប្រសិនបើបុគ្គល 2 ចំណាយទៅលើវត្ថុណាមួយដែលអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយពន្ធលើប្រាក់ចំណូលប្រាប់ពួកយើងអំពីបញ្ហានេះអាចបន្ថយថ្លៃគម្រោងធានាសុខភាពបានទាបបន្តិច។
សម្គាល់: អ្នកមិនត្រូវបញ្ចូលតំលៃ ដែលអ្នកបានគិតរួចហើយនៅក្នុងចម្លើយចំពោះសំណួរអំពីការងារខ្លួនឯង (សំណួរ 29b)។

☐ ការទូទាត់ប្រាក់ទ្រទ្រង់ជីវភាព	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____	☐ ប្រភេទការកាត់បន្ថយផ្សេងៗ: ____	$ ____ ប៉ុន្មា នដង? ____
☐ អត្រាការប្រាក់កម្ចីសិស្ស	$ ____ ប៉ុន្មានដង? ____		

32. **ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ:** **បំពេញតែក្នុងករណីដែលចំណូលរបស់បុគ្គល 2 ផ្លាស់ប្តូរពីមួយខែទៅមួយខែ ប៉ុណ្ណោះ។**
ប្រសិនបើអ្នកមិនគិតថា ប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គល 2 មិនប្រែប្រួលប្រចាំខែទេ សូមរំលងទៅបុគ្គលម្នាក់ទៀត។

ប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គល 2 សរុបឆ្នាំនេះ $

ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់បុគ្គល 2 សម្រាប់ ឆ្នាំ yបន្ទាប់ (ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវានឹងមានការប្រែប្រួល) $

អរគុណ!
នេះជាអ្វីដែលយើងចង់ដឹងពីបុគ្គល 2។

ជំហានទី3 សមាជិកគ្រួសារជាជនជាតិឥណ្ឌា-អាមេរិក ឬកំណើត Alaska

1. **តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកជាជនជាតិឥណ្ឌា-អាមេរិក ឬកំណើត Alaska ទេ?**

☐ ទេ។**បើសិនទេ** រំលងទៅជំហានទី 4 ។

☐ បាទ/ចាស។ បើសិនមាន ចូលទៅឯកសារភ្ជាប់ B ។

ជំហានទី4 គម្រោងធានាសុខភាពគ្រួសាររបស់អ្នក

ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ សម្រាប់ម្នាក់ៗ ដែលចង់បានគម្រោងធានាសុខភាព។

1. **តើមាននរណាម្នាក់បានចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពពេលនេះពីខាងក្រោមនេះតទៅទេ?**

☐ បាទ/ចាស។ **បើមាន,** គូសប្រភេទនៃគម្រោង និង សរសេរឈ្មោះបុគ្គលទាំងនោះ បន្ទាប់នឹងគម្រោងដែលគេមាន។ ☐ ទេ។

☐ កម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមិនគិតថ្លៃ _____

☐ CHIP _____

☐ កម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមិនគិតថ្លៃ _____

☐ TRICARE (កុំគូស ប្រសិនបើអ្នកមានការព្យាបាលដោយផ្ទាល់ ឬបណ្តាញកាតព្វកិច្ច)

_____

☐ VA កម្មវិធីថែរក្សាសុខភាព _____

☐ កម្មវិធី Peace Corps _____

☐ ការធានារ៉ាប់រងនិយោជក _____

ឈ្មោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាព: _____

លេខគម្រោង: _____

តើវាគ្រប់ដណ្តប់លើ COBRA ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើនេះគឺជាគម្រោងសុខភាពសម្រាប់និវត្តន៍ជនឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

☐ ផ្សេងទៀត

ឈ្មោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាព: _____

លេខគម្រោង: _____

តើនេះគឺជាគម្រោងផ្តល់ប្រយោជន៍កំណត់ (ដូចជាច្បាប់គ្រោះថ្នាក់នៅសាលា)?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

2. **តើអ្នកដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង ពាក្យសុំនេះមានគម្រោងសុខភាពពីការងារទេ?**

គូសបាទ សូម្បីតែ គម្រោងនេះបានពីការងារអ្នកផ្សេងទៀតក៏ដោយ ដូចជាឪពុកម្តាយ ឬសហពន្ធ។

☐ បាទ/ចាស។ បើមាន អ្នកត្រូវបំពេញ និងភ្ជាប់ឯកសារភ្ជាប់ A មកផង។ តើវាគឺជាគម្រោងប្រកាសអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់និយោជិតឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

☐ ទេ។**បើសិនទេ** **បន្តទៅជំហានទី 5**។

ជំហានទី 5 អាន & ចុះហត្ថលេខា លើពាក្យសុំនេះ។

- ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ក្រោមទណ្ឌកម្មនៃបទកុហាស ដែលមានន័យថា ខ្ញុំបានផ្តល់ចម្លើយមិនត្រឹមត្រូវ ចំពោះសំណួរទាំងអស់ នៅលើទម្រង់នេះ ចំពោះការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវដាក់ទណ្ឌកម្មក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើ ខ្ញុំមានចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានកុហាស ឬមិនត្រឹមត្រូវ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់អំពីទីផ្សារនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព បើមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរ (ហើយខុសពី) អ្វីដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅក្នុងពាក្យសុំ។ ខ្ញុំអាចទស្សនាគេហទំព័រ **HealthCare.gov** ឬហៅទៅលេខ **1-800-318-2596** ដើម្បីរាយការណ៍រាល់ការផ្លាស់ប្តូរ។ ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំអាចប៉ះពាល់ដល់ការផ្តល់សិទ្ធិសម្រាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា ក្រោមច្បាប់សហពន្ធ ការរើសអើង មិនបានអនុញ្ញាត លើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌ ជាតិកំណើត ភេទ អាយុ ផ្លូវភេទ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ឬពិការភាព។ អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងនៃការរើសអើងដោយចូលទៅកាន់ **www.hhs.gov/ocr/office/file**។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងទម្រង់នេះនឹងត្រូវបានប្រើតែក្នុងការកំណត់អំពីសិទ្ធិ សម្រាប់គម្រោងសុខភាព និងត្រូវរក្សាជាការសម្ងាត់ ដូចដែលកំណត់ដោយច្បាប់។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា គ្មាននរណាម្នាក់ដែលស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅលើពាក្យសុំនេះនឹងត្រូវបានចាប់ឃុំខ្លួន (ដាក់ឃុំ ឬគុក) ឡើយ។ លើមិនដូច្នេះទេ [redacted] នឹងត្រូវដាក់ឃុំ។

(ឈ្មោះបុគ្គល)

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីពិនិត្យការទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ជួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់គម្រោងធានាសុខភាព បើអ្នកជ្រើសយកការស្នើសុំ។ យើងនឹងពិនិត្យមើលចម្លើយរបស់អ្នកដោយប្រើព័ត៌មាននៅក្នុងទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិចរបស់យើង និងទិន្នន័យដែលទទួលបានពីសេវាកម្មពន្ធផ្ទៃក្នុង សន្តិសុខសង្គម ស្ថាប័នសន្តិសុខមាតុភូមិ និង/ឬភ្នាក់ងាររាយការណ៍អតិថិជន។ ប្រសិនបើព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវគ្នា យើងនឹងស្នើឲ្យអ្នកបញ្ជូនភស្តុតាងឲ្យយើង។

ជំហានទី 5 (បន្ត)

ការបន្តគម្រោងជាថ្មីសម្រាប់ឆ្នាំខាងមុខ

ដើម្បីធ្វើឲ្យមានភាពងាយស្រួលក្នុងការកំណត់អំពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ការជួយទូទាត់គម្រោងធានាសុខភាព នៅឆ្នាំអនាគត ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឲ្យទីផ្សារ ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យចំណូល រួមទាំងព័ត៌មាននៃការបង់ពន្ធ។ ទីផ្សារនឹងបញ្ជូនការជូនដំណឹងឲ្យខ្ញុំ ហើយឲ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសការសម្រេចនៅគ្រប់ពេល។

☐ បាទ បន្តការផ្តល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ពេល

☐ 5 ឆ្នាំបន្ទាប់ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមាដែលអនុញ្ញាត) ឬសម្រាប់ចំនួនឆ្នាំខ្លីជាងនេះ:

☐ 4 ឆ្នាំ ☐ 3 ឆ្នាំ ☐ 2 ឆ្នាំ ☐ 1 ឆ្នាំ ☐ ប្រើព័ត៌មានពីការបង់ពន្ធដើម្បីបន្តគម្រោងជាថ្មី។

បើម្នាក់ៗនៅក្នុងពាក្យសុំនេះមានសិទ្ធិសម្រាប់សេវាថែរក្សាសុខភាពដោយមិនគិតថ្លៃ

- ខ្ញុំផ្តល់ឲ្យភ្នាក់ងារសេវាកម្មពិនិត្យព្យាបាលមិនគិតប្រាក់នូវសិទ្ធិរបស់យើងក្នុងការបន្ត និងទទួលយកប្រាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ការដោះស្រាយផ្នែកច្បាប់ផ្សេងទៀត ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំក៏ផ្តល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំឲ្យភ្នាក់ងារសេវាពិនិត្យព្យាបាលមិនគិតថ្លៃ ដើម្បីបន្ត និងទទួលការគាំទ្រវិជ្ជសាស្ត្រពីសហពន្ធ ឬឪពុកម្តាយ។
- តើមានកូនណាម្នាក់នៅក្នុងពាក្យសុំនេះ មានឪពុកម្តាយរស់នៅខាងក្រៅផ្ទះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
- បើបាទ/ចាស ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំនឹងត្រូវសាកសួរឲ្យសហការណ៍ជាមួយភ្នាក់ងារ ដែលប្រមូលយកការគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីឪពុកម្តាយដែលអត្តមាននោះ។ បើខ្ញុំគិតថា ការសហការណ៍ក្នុងការប្រមូលការគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នឹងបង្ករឲ្យសនកម្មដល់ខ្ញុំ ឬកូនៗ ខ្ញុំអាចប្រាប់សេវាពិនិត្យព្យាបាលមិនគិតថ្លៃ ហើយខ្ញុំប្រហែលជាមិនសហការណ៍ទេ។

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វី បើខ្ញុំគិតថា លទ្ធផលនៃការមានសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំគឺមិនត្រឹមត្រូវនោះ?

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រម ជាមួយអ្វីដែលអ្នកមានគុណសម្បត្តិទេ នៅក្នុងករណីជាច្រើន អ្នកអាចប្តឹងជំទាស់បាន។ សូមពិនិត្យមើលការជូនដំណឹងពីសិទ្ធិរបស់អ្នកឡើងវិញ ដើម្បីមើលការណែនាំប្តឹងទាស់ជាក់លាក់ចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក រួមទាំងចំនួនថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវស្នើធ្វើជំនាស់។ ខាងក្រោមនេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ ក្នុងការពិចារណាថានៅពេលណាដែលស្នើសុំការជំទាស់៖

- អ្នកអាចមាននរណាម្នាក់ស្នើសុំ ឬចូលរួមក្នុងការធ្វើជំទាស់ បើអ្នកចង់បាន។ បុគ្គលនោះអាចជាមិត្តភ័ក្ត្រ សាច់ញាតិ មេធាវី ឬបុគ្គលផ្សេងទៀត។ ឬ អ្នកអាចស្នើសុំ ឬចូលរួមនៅក្នុងជំទាស់របស់អ្នក ដោយអ្នកផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើឲ្យធ្វើជំទាស់ អ្នកប្រហែលជាអាចរក្សាសិទ្ធិរបស់អ្នក សម្រាប់គម្រោងនេះ ពេលការជំទាស់របស់កំពុងត្រូវពិនិត្យ។
- លទ្ធផលនៃការតវ៉ាអាចផ្លាស់ប្តូរការទទួលបានសិទ្ធិនៃសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់អ្នកផ្សេងទៀត។

ដើម្បីតវ៉ានឹងលទ្ធផលនៃការទទួលបានសិទ្ធិទីផ្សារសូមចូរទៅកាន់គណនីទីផ្សារ នៅ **HealthCare.gov/marketplace** ឬហៅទៅកាន់លេខ **1-800-318-2596**។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅមកលេខ **1-855-889-4325**។ អ្នកក៏អាចផ្ញើទម្រង់សារសំណើរតវ៉ា ឬលិខិតស្នើសុំតវ៉ាដោយផ្ទាល់ខ្លួនទៅកាន់ **ទីផ្សារនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព** ស្ថាប័ននៃសេវាកម្មមនុស្ស និងសុខភាព ស្ថិតនៅមហាវិថី 465 Industrial Blvd., London, KY 40750។ អ្នកអាចតវ៉ាអំពីសិទ្ធិសម្រាប់ការទិញគម្រោងសុខភាព តាមរយៈទីផ្សារ រយៈពេលចុះឈ្លោះ ការបង់ពន្ធ ការកាត់បន្ថយការចែករំលែកថ្លៃ សេវាកម្មពិនិត្យព្យាបាលដោយឥតគិតថ្លៃ និង CHIP ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបដិសេធនូវគម្រោងទាំងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានគុណសម្បត្តិសម្រាប់ឥណទានពន្ធ ឬការកាត់បន្ថយការចែករំលែកតម្លៃ អ្នកអាចតវ៉ានូវចំនួន ដែលយើងបានកំណត់ ថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ អាស្រ័យស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចតវ៉ា តាមរយៈទីផ្សារ ឬអ្នកអាចស្នើនូវការតវ៉ាទៅភ្នាក់ងារ Medicaid or CHIP រដ្ឋ។

ចុះហត្ថលេខានៅលើពាក្យសុំនេះ។ បុគ្គលដែលបានបំពេញជំហាន 1 គួរចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ។ ស្រ៊ីបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលផ្តល់សិទ្ធិ អ្នកអាចចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ ដរាបណាអ្នកបានផ្តល់ព័ត៌មាន ដែលតម្រូវនៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ C ។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
	/ /

ជំហានទី 6 ម៉ែលពាក្យសុំដែលបានបំពេញ។

ម៉ែលពាក្យសុំចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅ៖

ទីផ្សារការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្រសួងសុខាភិបាល
និងសេវាកម្មមនុស្ស
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតនៅ **usa.gov**។

PRA សេចក្តីប្រកាសបង្ហាញព័ត៌មាន

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយកិច្ចការងារ ឆ្នាំ 1995 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវតម្រូវឲ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលផ្តុំព័ត៌មាន លើកលែងតែវាបង្ហាញ លេខគ្រប់គ្រង OMB ដែលមានសុពលភាព។ លេខគ្រប់គ្រង OMB ដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការប្រមូលផ្តុំព័ត៌មាននេះគឺ 0938–1191។ ពេលតម្រូវសម្រាប់បំពេញការប្រមូលផ្តុំព័ត៌មាននេះត្រូវបានសន្ទុតជាមធ្យម 45 នាទី ក្នុងការឆ្លើយតបម្តង រួមទាំងពេលដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ស្រាវជ្រាវប្រភពទិន្នន័យដែលមាន ប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ និងបំពេញ និងពិនិត្យឡើងវិញ នូវការប្រមូលផ្តុំព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានយោបល់ទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃពេលវេលារំពឹងទុក ឬស្នើសុំសម្រាប់ការពង្រឹងទម្រង់នេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA មន្ត្រីពិនិត្យរបាយការណ៍, ម៉ែល Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ឧបសម្ព័ន្ធ A

សូមកុំបំពេញ។ នេះមិនមែនជាកម្មវិធីទេ។

ទម្រង់បានទទួលយល់ព្រម
OMB No. 0938-1191

គម្រោងសុខភាពបានពីការងារ

អ្នក **មិន** ត្រូវឆ្លើយទៅសំណួរទាំងនេះទេ លើកលែងតែនរណាម្នាក់ នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងសុខភាពបានពីការងារនេះ។ ភ្ជាប់ឯកសារចម្លងនៃទំព័រនេះសម្រាប់ការងារនីមួយៗ ដែលផ្តល់នូវគម្រោងនេះ។

ប្រាប់ពួកយើងអំពីការងារដែលផ្តល់ឲ្យនូវគម្រោងនេះ។

ចាប់យកឧបករណ៍គម្រោងរបស់និយោជក នៅទំព័របន្ទាប់ ចំពោះនិយោជក ដែលផ្តល់គម្រោងក្នុងការជួយអ្នកឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ។
អ្នកគ្រាន់តែចង់បញ្ចូលទំព័រនេះ នៅពេលអ្នកបញ្ជូនទៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក មិនមែនគម្រោងឧបករណ៍របស់និយោជកទេ។

ព័ត៌មានអំពីនិយោជិត

1. ឈ្មោះនិយោជិត (នាមខ្លួន កណ្តាល នាមត្រកូល)	2. លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់និយោជិត
	- -

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

3. ឈ្មោះនិយោជក	4. លេខអត្តសញ្ញាណនិយោជក (EIN) -
5. អាសយដ្ឋាន និយោជក	6. លេខទូរសព្ទរបស់និយោជក ( ) –
7. ក្រុង	8. រដ្ឋ / 9. លេខកូដ ZIP
10. តើនរណាដែលយើងអាចទាក់ទងអំពីគម្រោងសុខភាពនិយោជិតនៅចំពោះការងារនេះ?	
11. លេខទូរសព្ទ (បើខុសគ្នាពីខាងលើ) ( ) –	12. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល

13. តើអ្នកត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងដែលផ្តល់ឲ្យដោយនិយោជកនេះ ឬតើអ្នកនឹងត្រូវបានទទួលសិទ្ធិក្នុងរយៈបីខែខាងមុខទេ?

☐ **បាទ/ចាស**(បន្ត)

13a. **ប្រសិនបើអ្នកគឺស្ថិតក្នុងស្ថានភាពកំពុងរងចាំ ឬក្នុងរយៈពេលសាកល្បង តើនៅពេលណាដែលយើងអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ?** (mm/dd/yyyy)

/ /

រាយឈ្មោះមនុស្សផ្សេងទៀត ដែលមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងដែលចេញពីការងារនេះ។

ឈ្មោះ: ឈ្មោះ: ឈ្មោះ:

☐ **ទេ** (ឈប់ត្រឹមនេះ និងចូលទៅជំហាន 5 នៅក្នុងពាក្យសុំ)

សូមប្រាប់យើងអំពីគម្រោងសុខភាព ដែលបានផ្តល់ឲ្យដោយនិយោជកនេះ។

14. តើនិយោជកធ្វើការផ្តល់ឲ្យគម្រោងសុខភាព ដែលមានតម្លៃស្តង់ដាជាអតិបរមាទេ*? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

15. សម្រាប់គម្រោងដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលមានតម្លៃស្តង់ដាជាអតិបរមា* ដែលផ្តល់ឲ្យដោយ **សម្រាប់តែនិយោជិតនោះ** (មិនបញ្ចូលគម្រោងគ្រួសារទេ):
ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីណ្ណមួយនោះ ដែលផ្តល់ឲ្យនូវចំនួនមួយ ដែលនិយោជិតគួរចំណាយ ប្រសិនបើ គាត់បានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃជាអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធីបញ្ជ្រាប់ថ្នាំជក់ និងមិនទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃផ្សេងទៀត ដែលផ្ទែកលើកម្មវិធីណ្ណមួយនោះ។

a. តើចំនួនប៉ុន្មានដែលនិយោជិតត្រូវចំណាយសម្រាប់គម្រោងនេះ? $

b. តើប៉ុន្មានដង? ☐ រៀងរាល់សប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ម្តងក្នុងមួយខែ ☐ រៀងរាលបីខែ ☐ រៀងរាល់ឆ្នាំ

16. តើការផ្លាស់ប្តូររូវីដែលនិយោជកនឹងធ្វើសម្រាប់គម្រោងការឆ្នាំថ្មី (ប្រសិនបើ)?

☐ និយោជកនឹងមិនផ្តល់ឲ្យគម្រោងសុខភាព

☐ និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមការផ្តល់ឲ្យគម្រោងសុខភាពទៅនិយោជិត ឬប្តូរចំនួនសម្រាប់គម្រោងតម្លៃទាបបំផុត ដែលមានតែចំពោះ និយោជិត ដែលមានតម្លៃស្តង់ដាជាអតិបរមា។* (ចំនួននេះគួរត្រូវឆ្លើយតបនឹងការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីណ្ណ។ សូមមើលសំណួរ15.)

a. តើនិយោជិតនឹងត្រូវចំណាយការបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់គ្រោងនោះ? $

b. តើប៉ុន្មានដង? ☐ រៀងរាល់សប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ម្តងក្នុងមួយខែ ☐ រៀងរាលបីខែ ☐ រៀងរាល់ឆ្នាំ

c. កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ (mm/dd/yyyy): / /

*គម្រោងសុខភាពដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក "ត្រូវបំពេញតម្លៃលក្ខខណ្ឌជាអតិបរមាស្តង់ដា" ប្រសិនបើ ការចែករំលែកសរុបនៃគម្រោងអនុញ្ញាតឲ្យយកចំណេញ ដោយគម្រោង ដែលមិនតិចជាង 60 ភាគរយនៃតម្លៃនេះ (ផ្នែក 36B(c)(2)(C)(ii) នៃក្រមពន្ធផ្ទៃក្នុង ឆ្នាំ 1986)។

តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីរបស់អ្នកទេ? ចូរទស្សនា **គេហទំព័រ HealthCare.gov** ឬហៅមកកាន់ពួកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយជាភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស សូមហៅមកលេខ**1-800-318-2596**និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាកម្មអតិថិជននូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅមកលេខ **1-855-889-4325**។

គម្រោងឧបករណ៍និយោជក

សូមកុំបំពេញ។ នេះមិនមែនជាកម្មវិធីទេ។

Health Insurance Marketplace
ទម្រង់បានទទួលយល់ព្រម
OMB No. 0938-1191

ប្រើប្រាស់ឧបករណ៍នេះដើម្បីឆ្លើយនឹងសំនួរនៅក្នុងពាក្យសុំទីផ្សារ ឧបសម្ព័ន្ធ A របស់អ្នក។ ផ្នែកនៃពាក្យសុំនោះសាកសួរអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់និយោជក ដែលអ្នកទទួលបានសិទ្ធិសម្រាប់ (សូម្បីតែវាមកពីការងាររបស់បុគ្គលផ្សេង ដូចជាសហាពន្ធ៍ដោយ)។ ពត៌មាននៅក្នុងប្រអប់លេខខាងក្រោមនេះត្រូវគ្នាជាមួយប្រអប់នៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ A។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកអាចប្រើចម្លើយទៅនឹងសំណួរទី 14 នៅទំព័រនេះ ដើម្បីឆ្លើយទៅសំណួរទី 14 លើឧបសម្ព័ន្ធ A។ **សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក និងលេខសន្តិសុខសង្គមនៅក្នុងប្រអប់ 1 និង 2 និង សាកសួរនិយោជកដើម្បីបំពេញទម្រង់ដែលនៅសល់។ បំពេញឧបករណ៍មួយសម្រាប់និយោជកនីមួយៗ ដែលផ្តល់គម្រោងសុខភាព ដែលអ្នកទទួលបានសិទ្ធិ។**

ព័ត៌មានអំពីនិយោជិត

និយោជិត ត្រូវតែបំពេញនៅផ្នែកនេះ[1]

1. ឈ្មោះនិយោជិត (នាមខ្លួន កណ្តាល នាមត្រកូល)	2. លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់និយោជិត
	- -

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

សួរ និយោជកសម្រាប់ពត៌មាននេះ។

3. ឈ្មោះនិយោជក	4. លេខអត្តសញ្ញាណនិយោជក (EIN)
5. អាសយដ្ឋាននិយោជក (ទីផ្សារនឹងបញ្ជូនការជូនដំណឹងទៅអាសយដ្ឋាននេះ)។	6. លេខទូរសព្ទរបស់និយោជក ( ) –

7. ក្រុង	8. រដ្ឋ	9. លេខកូដ ZIP

10. តើនរណាដែលយើងអាចទាក់ទងអំពីគម្រោងសុខភាពនិយោជិតនៅចំពោះការងារនេះ?

11. លេខទូរសព្ទ (បើខុសគ្នាពីខាងលើ)	12. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
( ) –	

13. **តើនិយោជិតបច្ចុប្បន្នមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងដែលផ្តល់ដោយនិយោជកនេះ ឬតើនិយោជិតនឹងទទួលបានសិទ្ធិសម្រាប់ បីខែបន្ទាប់ទេ?**
- ☐ **បាទ/ចាស** (ចូលទៅសំណួរ 13a.)
  - 13a. **ប្រសិនបើ និយោជិតមិនទទួលបានសិទ្ធិនៅថ្ងៃនេះទេ រួមទាំងលទ្ធផលនៃការរងចាំ ឬរយៈពេលសាកល្បង តើនៅពេលណាដែលនិយោជិតមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងនេះ?** _____ (mm/dd/yyyy) (ចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)
- ☐ **ទេ** (ឈប់ និងប្រគល់ទម្រង់នេះទៅនិយោជិតវិញ)

ប្រាប់យើងអំពី **គម្រោងសុខភាព** ដែលបានផ្តល់ឲ្យដោយ **និយោជកនេះ**។

តើនិយោជកផ្តល់ឲ្យនូវគម្រោងសុខភាព ដែលដណ្តប់ទាំងសហពន្ធ ឬអ្នកក្នុងបន្ទុករបស់និយោជិតទេ?
- ☐ បាទ/ចាស។ តើបុគ្គលម្នាក់ណា? ☐ សហពន្ធ ☐ អ្នកក្នុងបន្ទុក
- ☐ ទេ។

បាទ (ចូលទៅសំណួរ 14)

14. តើនិយោជកធ្វើការផ្តល់ឲ្យគម្រោងសុខភាព ដែលមានតម្លៃស្តង់ដាជាអតិបរមាទេ*?
- ☐ បាទ (ចូលទៅសំណួរ 15) ☐ ទេ (ឈប់ និងប្រគល់ទម្រង់នេះទៅនិយោជិតវិញ)

15. សម្រាប់គម្រោងដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលមានតម្លៃស្តង់ដាជាអប្បបរមា* ដែលផ្តល់ឲ្យដោយ **សម្រាប់តែនិយោជិតនោះ** (មិនបញ្ចូលគម្រោងគ្រួសារទេ): ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីណ្ណមួយនោះ ដែលផ្តល់ឲ្យនូវចំនួនមួយ ដែលនិយោជិតគួរចំណាយ ប្រសិនបើ គាត់បានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃជាអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធីបញ្ញ្ជប់ថ្នាំជក់ និងមិនទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃផ្សេងទៀត ដែលផ្ទែកលើកម្មវិធីណ្ណមួយនោះ។
  - a. តើចំនួនប៉ុន្មានដែលនិយោជិតត្រូវចំណាយសម្រាប់គម្រោងនេះ? **$**
  - b. តើប៉ុន្មានដង? ☐ រៀងរាល់សប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ម្តងក្នុងមួយខែ ☐ បីខែម្តង ☐ ប្រចាំឆ្នាំ (ទៅសំណួរ)

ប្រសិនបើគម្រោងប្រចាំឆ្នាំនឹងត្រូវបញ្ចប់ភ្លាមៗ ហើយអ្នកដឹងថា គម្រោងសុខភាពដែលផ្តល់ឲ្យ នឹងផ្លាស់ប្តូរ សូមចូលទៅសំណួរ16។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹង ឈប់ ហើយប្រគល់ទម្រង់នេះឲ្យទៅនិយោជិតវិញ។

16. តើនិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីសម្រាប់គម្រោងឆ្នាំក្រោយ?
- ☐ និយោជកនឹងមិនផ្តល់ឲ្យគម្រោងសុខភាព
- ☐ និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមការផ្តល់ឲ្យគម្រោងសុខភាពទៅនិយោជិត ឬប្តូរចំនួនបង់ប្រាក់សម្រាប់គម្រោងតម្លៃទាបបំផុត ដែលមានតម្លៃស្តង់ដាជាអតិបរមា* និងដែលមានតែចំពោះ និយោជិត។ (ចំនួននេះគួរត្រូវឆ្លើយតបនឹងការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីណ្ណ។ សូមមើលសំណួរ15.)
  - a. តើនិយោជិតនឹងត្រូវចំណាយការបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់គ្រោងនោះ? **$**
  - b. តើប៉ុន្មានដង? ☐ រៀងរាល់សប្តាហ៍ ☐ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ម្តងក្នុងមួយខែ ☐ បីខែម្តង ☐ រៀងរាល់ឆ្នាំ
  - c. កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ (mm/dd/yyyy): / /

*គម្រោងសុខភាពដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក "ត្រូវបំពេញតម្លៃលក្ខខណ្ឌជាអតិបរមាស្តង់ដា" ប្រសិនបើ ការចែករំលែកសរុបនៃគម្រោងអនុញ្ញាតឲ្យយកចំណេញ ដោយគម្រោង ដែលមិនតិចជាង 60 ភាគរយនៃតម្លៃនេះ (ផ្នែក 36B(c)(2)(C)(ii) នៃក្រមពន្ធផ្ទៃក្នុង ឆ្នាំ 1986)។

តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីរបស់អ្នកទេ? ចូរទស្សនា **គេហទំព័រ HealthCare.gov** ឬហៅមកកាន់ពួកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយជាភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស សូមហៅមកលេខ**1-800-318-2596**និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាកម្មអតិថិជននូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅមកលេខ **1-855-889-4325**។

ឯកសារភ្ជាប់ B

សូមកុំបំពេញ។ នេះមិនមែនជាកម្មវិធីទេ។

ទម្រង់បានទទួលយល់ព្រម
OMB No. 0938-1191

ជនជាតិឥណ្ឌា-អាមេរិកឬសមាជិកគ្រួសារកំណើត Alaska (AI/AN)

បំពេញឯកសារភ្ជាប់នេះ ប្រសិនបើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាជនជាតិឥណ្ឌា-អាមេរិច ឬកំណើត Alaska។ បញ្ជូនឯកសារនេះជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោងសុខភាព និងជួយក្នុងការចំណាយលើតម្លៃ។

ប្រាប់យើងអំពីសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលមានកំណើតជាឥណ្ឌា-អាមេរិក ឬកំណើត Alaska ។

ជនជាតិឥណ្ឌា-អាមេរិក និងកំណើត Alaska អាចទទួលបានសេវាពីកម្មវិធីសេវាកម្មសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌា ដែលជាកម្មវិធីសុខភាពនៃពួកកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌានៅទីក្រុង។ ពួកគេក៏ប្រហែលជាមិនត្រូវចំណាយថ្លៃចែករំលែក និងអាចទទួលបានការចូលពិនិត្យក្នុងរយៈពេលពិសេសប្រចាំខែ។ ឆ្លើយនឹងសំណួរខាងក្រោមនេះដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថាគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានការជួយយ៉ាងសមរម្យ។

សម្គាល់: បើអ្នកមានមនុស្សច្រើនផ្សេងទៀតត្រូវបញ្ជូល សូមថតចម្លងទំព័រនេះហើយភ្ជាប់មកជាមួយ។

	AI/AN បុគ្គល 1	AI/AN បុគ្គល 2
1. ឈ្មោះ (ឈ្មោះខ្លួន, ឈ្មោះកណ្តាល, ឈ្មោះត្រកូល)	នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល	នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល
2. តើជាសមាជិកនៃកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធឬ?	☐ បាទ/ចាស **បើបាទ/ចាសឈ្មោះនៃកុលសម្ព័ន្ធ** _____ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស **បើបាទ/ចាសឈ្មោះនៃកុលសម្ព័ន្ធ** _____ ☐ ទេ
3. តើបុគ្គលនេះធ្លាប់ទទួលបានសេវាពីសេវាកម្មសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌាកម្មវិធីសុខភាពកុលស្ព័ន្ធឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌាទីក្រុងឬតាមរយៈការណែនាំពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណាមទាំងនេះទេ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ **បើទេ**តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មពីសេវាកម្មសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពកុលស្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌាក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈការណែនាំពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណាមទាំងនេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ **បើទេ**តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មពីសេវាកម្មសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពកុលស្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌាក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈការណែនាំពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណាមទាំងនេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐
4. ប្រាក់មួយចំនួនដែលទទួលបានអាចមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលសម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យព្យាបាលមិនគិតថ្លៃ ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្មេងៗ។ រាយបញ្ជីរាល់ចំណូល (ចំនួន និងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា) ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នកដែលបញ្ចូលទាំងប្រាក់ដែលទទួលបានពីប្រភពទាំងនេះ៖ • ការចំណាយសម្រាប់ចំនួននៃមនុស្សម្នាក់ៗបានពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលបានពីធនធានធម្មជាតិ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ ការជួល ឬការវិនិយោគ • ការទូទាត់បានពីធនធានធម្មជាតិ កសិដ្ឋាន ការចិញ្ចឹមសត្វ នេសាទ ការជួល ឬកម្មសិទ្ធិពីដីដែលបានកំណត់ថាជាទឹកដីស័ក្តិសិទ្ធិរបស់ជនជាតិឥណ្ឌា ដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ (រួមទាំងដីបម្រុងនិងអតីតដីបម្រុង) • ប្រាក់ដែលទទួលបានពីការលក់វត្ថុដែលមានសក្តានុភាពខាងវប្បធម៌	$ _____ តើប៉ុន្មានដង? _____	$ _____ តើប៉ុន្មានដង? _____

តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីរបស់អ្នកទេ? ចូរទស្សនា **គេហទំព័រ HealthCare.gov** ឬហៅមកកាន់ពួកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយជាភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស សូមហៅមកលេខ**1-800-318-2596**និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាកម្មអតិថិជននូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅមកលេខ **1-855-889-4325**។

ឯកសារភ្ជាប់ C

សូមកុំបំពេញ។ នេះមិនមែនជាកម្មវិធីទេ។

ទម្រង់បានទទួលយល់ព្រម
OMB No. 0938-1191

ជំនួយការជាមួយនឹងការបំពេញពាក្យសុំនេះ

អ្នកអាចជ្រើសអ្នកតំណាងដែលផ្តល់សិទ្ធិ។
អ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលដែលអ្នកទុកចិត្តដើម្បីចរចារជាមួយយើងអំពីពាក្យសុំនេះ មើលព័ត៌មានរបស់អ្នក និងធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់បញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងពាក្យសុំនេះ រួមទាំងទទួលព័ត៌មានអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នក និងចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នក ក្នុងនាមអ្នក។ បុគ្គលនេះត្រូវបានគេហៅថា "អ្នកតំណាងដែលផ្តល់សិទ្ធិ។" ប្រសិនបើ អ្នកត្រូវការប្តូរអ្នកតំណាងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅទីផ្សា។ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាអ្នកតំណាងដែលបានតែងតាំងតាមច្បាប់សម្រាប់នរណាម្នាក់លើពាក្យសុំនេះ សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងមកជាមួយពាក្យសុំនេះ។

1. ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលផ្តល់សិទ្ធិ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

2. អាសយដ្ឋាន

3. លេខបន្ទប់ ឬផ្ទះល្វែង

4. ក្រុង

5. រដ្ឋ

6. លេខកូដ ZIP

7. លេខទូរស័ព្ទ
( ) –

8. ឈ្មោះអង្គភាព

9. លេខអត្តសញ្ញាណ (បើមាន)

ដោយការចុះហត្ថលេខា អ្នកអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលនេះចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំរបស់អ្នក ទទួលយកព័ត៌មានផ្លូវការ អំពីពាក្យសុំនេះ និងធ្វើសកម្មភាពដើម្បីប្រយោជន៍របស់អ្នកគ្រប់រាល់បញ្ហានាអនាគតទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងពាក្យសុំនេះ។

10. ហត្ថលេខារបស់អ្នក

11. កាលបរិច្ឆេទ (mm/dd/yyyy)
/ /

សម្រាប់តែទីប្រឹក្សា មគុទ្ទេស ភ្នាក់ងារ និងឈ្មួញកណ្តាលប៉ុណ្ណោះ។

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកគឺជាអ្នកប្រឹក្សា មគុទ្ទេស ភ្នាក់ងារ ឬឈ្មួញកណ្តាលលើពាក្យសុំដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ ក្នុងការដាក់ពាក្យសុំនេះសម្រាប់អ្នកផ្សេងទៀត។

1. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមពាក្យសុំ (mm/dd/yyyy)
/ /

2. នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល និង ឈ្មោះខាងចុង

3. ឈ្មោះអង្គភាព

4. លេខអត្តសញ្ញាណ (បើមាន)

5. សម្រាប់តែភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល៖ លេខ NPN

តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់កម្មវិធីរបស់អ្នកទេ? ចូរទស្សនា **គេហទំព័រ HealthCare.gov** ឬហៅមកកាន់ពួកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយជាភាសាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេស សូមហៅមកលេខ**1-800-318-2596**និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាកម្មអតិថិជននូវភាសាដែលអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងជួយអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅមកលេខ **1-855-889-4325**។