**សូមកុំបំពេញ។ នេះមិនមែនជាកម្មវិធីទេ។**

09/2014

Health Insurance Marketplace

ទម្រង់ត្រូវបានអនុញ្ញាត
OMB No. 0938-1191

# ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព និងជំនួយសម្រាប់ការជួយចេញប្រាក់បង់

## ដាក់ពាក្យសុំកាន់តែរហ័សតាមរយៈអនឡាញ

ដាក់ពាក្យសុំកាន់តែរហ័សតាមរយៈអនឡាញ HealthCare.gov.

## ប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាថា តើការរ៉ាប់រងណាមួយ ដែលលោកអ្នកមានប្រសិទ្ធិភាពនឹងទទួល

- ពហុគម្រោងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនមានតម្លៃសមល្មម ដែលផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងយ៉ាងធំទូលាយ ដើម្បីជួយលោកអ្នកមានសុខភាពល្អ។
- ឥណទានពន្ធថ្មី ដែលអាចជួយបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាពឲ្យលោកអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស។
- ការរ៉ាប់រងមានឥតបង់ប្រាក់ ឬមានតម្លៃទាប ពី Medicaid ឬ (Children's Health Insurance Program, CHIP) កម្មវិធីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ។

  **លោកអ្នកអាចមានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់កម្មវិធីឥតបង់ប្រាក់ ឬមានតម្លៃទាប ទ្វីបើ ប្រសិនបើលោកអ្នករកប្រាក់ចូលរហូតដល់កម្រិត $95,400 មួយឆ្នាំក្តី (សម្រាប់ក្រុមគ្រួសារមានសមាជិក 4 នាក់)។**

## តើនរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន?

- សូមប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់នរណាម្នាក់ ក្នុងគ្រួសាររបស់ លោកអ្នក។
- **ដាក់ពាក្យសុំទ្វីប្រសិនបើលោកអ្នក ឬកូនរបស់លោកអ្នក មានការរ៉ាប់រងសុខភាពហើយក្តី។ លោកអ្នកអាចមានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់ការរ៉ាប់រងឥតបង់ប្រាក់ ឬមានតម្លៃទាប។**
- ប្រសិនបើលោកអ្នកនៅលីវ លោកអ្នកអាចប្រើទម្រង់ខ្លីមួយ។ សូមចូលទៅ HealthCare.gov.
- ក្រុមគ្រួសារដែលរួមមាននឹងជនអន្តោប្រវេសន៍ អាចដាក់ពាក្យសុំដែរ។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់កូនលោកអ្នក ទ្វីប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់ការរ៉ាប់រងក្តី។ ការដាក់ពាក្យសុំនឹងមិនប្រែប្រួលហានៈអន្តោប្រវេសន៍ ឬឱកាសនៃការក្លាយទៅជា អ្នកតាំងលំនៅដ្ឋាន ឬពលរដ្ឋអចិន្ត្រៃយ៍របស់លោកអ្នកឡើយ។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងតែជួយលោកអ្នក បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ លោកអ្នកប្រហែលជាត្រូវការបំពេញ សេចក្តីបន្ថែម C ផងដែរ។

## អ្វីៗដែលលោកអ្នកត្រូវការដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ

- លេខសន្តិសុខសង្គម (ឬលេខឯកសារសម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ ដែលត្រូវការ ការរ៉ាប់រង)។
- ព័ត៌មានអំពីនយោជក និងប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ជនគ្រប់រូប នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ជាឧទាហរណ៍ ពីបង្កាន់ដៃសែក ទម្រង់ W-2, ឬប្រាក់ឈ្នួលនិងរបាយការណ៍ពន្ធ)។
- សមាជិកគោលនយោបាយសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្ន។
- ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពាក់ព័ន្ធនឹងការងារណាមួយ ដែលមានជូនសម្រាប់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

## តើហេតុអ្វីយើងស្នើរកព័ត៌មាននេះ?

យើងសើបសួរអំពីប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានឯទៀត ដើម្បីឲ្យលោកអ្នកដឹងថា តើការរ៉ាប់រងណា ដែលលោកអ្នកមានប្រសិទ្ធិភាពទទួល និងប្រសិនបើលោកអ្នកអាចទទួលជំនួយជួយបង់ឬអត់។ **លោកអ្នកនឹងរក្សារទុកព័ត៌មានទាំងអស់ដែលលោកអ្នកផ្តល់ដោយលាក់បាំង និងដោយសុវត្ថិភាព ដូចបានតម្រូវដោយច្បាប់។** ដើម្បីនឹងអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍នៃក្រមបញ្ញត្តិការសម្ងាត់ សូមចូលទៅ HealthCare.gov ឬសូមមើលសេចក្តីណែនាំ។

## តើអ្វីនឹងកើតឡើងតាមក្រោយ?

សូមផ្ញើរទម្រង់ដែលបានបំពេញនិងចុះហត្ថលេខារួចហើយ ទៅអាសយដ្ឋាននៅលើទំព័រទី 7។ **ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានព័ត៌មានទាំងអស់នេះ ដែលយើងស្នើរសុំទេនោះ សូមចុះហត្ថលេខា ហើយដាក់ទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នកចូលទៅចុះ។** យើងនឹងតានដាមនឹងលោកអ្នក ក្នុងអំឡុងពេល 1-2 សប្តាហ៍, **ហើយលោកអ្នកអាចនឹងទទួលការទូរស័ព្ទ ហៅពី Marketplace ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មាន បន្ថែម។** លោកអ្នកនឹងទទួលលិខិត្រសម្រេចនូវលក្ខណសម្បត្តិ នៅក្នុងប្រៃនីយ៍ បន្ទាប់ពី ទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក ត្រូវបានធ្វើទិន្នន័យ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនទទួលដំណឹងពីយើងទេ សូមទាក់ទងនឹងមជ្ឈមណ្ឌល ទូរស័ព្ទ Marketplace។ ដោយបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ពុំមានន័យថាលោកអ្នកទិញការរ៉ាប់រងសុខភាព ឡើយ

## ទទួលជំនួយសម្រាប់ទម្រង់បែបបទនេះ

- **អនឡាញ៖** HealthCare.gov.
- **លេខទូរស័ព្ទ៖** សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទ Marketplace លេខ **1-800-318-2596**។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គប្បីទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325**។
- **ទៅជួបដោយផ្ទាល់៖** ប្រហែលជាមានអ្នកផ្តល់ឱវាទ នៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ដែលអាចជួយបាន។ សូមចូលទៅ HealthCare.gov, ឬសូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទ Marketplace **1-800-318-2596** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត។
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.
- **ភាសាឯទៀត៖** ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងភាសាឯទៀត ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596** ហើយប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាកម្មអតិថិជន ចំពោះ ភាសាដែលលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ។ លោកអ្នកនឹងទទួលជំនួយដោយមិនអស់ប្រាក់កាសពីលោកអ្នកឡើយ។

**សេចក្តីថ្លែងការណ៍នៃការបើកបំពេញ PRA ៖** ស្របតាមក្រមបញ្ញត្តិកាត់បន្ថយក្រដាសស្នាមឆ្នាំ 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), គ្មានជននានាណាត្រូវបានតម្រូវឲ្យឆ្លើយតប ចំពោះការប្រមូលយកនៃព័ត៌មាន លើកលែងតែវាមានលេខគ្របគ្រង OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខគ្របគ្រង OMB ត្រឹមត្រូវ សម្រាប់ប្រមូលនេះគឺ 0938-1191។ ត្រូវការពេលវេលាខ្លះ ដើម្បីនឹងអ៊ីនតឺណិតនូវការប្រមូលព័ត៌មានគឺត្រូវប៉ាន់ប្រមាណ ក្នុងអាត្រា 45 នាទីរៀងរាល់តំណបនិមួយ។ ដោយរួមមានពេលវេលាពិនិត្យសេចក្តី ណែនាំ រុករកទិនន្ន័យធនធានមានរួចហើយ ប្រមូលទិនន្ន័យចាំបាច់ និងបំពេញ និងពិនិត្យនូវការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសេចក្តីអធិប្បាយពាក់ព័ន្ធនឹងភាពត្រូវនៃពេលវេលា ប្រមាណ ឬយោបលសម្រាប់ការធ្វើឲ្យទម្រង់នេះប្រសើរឡើង សូមសរសេរទៅ៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

**សូមសរសេរផ្ទិត ក្នុងតួអក្សរធំ (capital letters) ឬទឹកបិចតែពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌ខៀវ ងងឹតប៉ុណ្ណោះ**
**សូមបំពេញក្នុងរង្វង់ ( ○ ) ដូចបែបនេះ: → ●.**

## ជំហានទី 1: សូមប្រាប់យើងខ្ញុំ អំពីរូបលោកអ្នក។

(យើងត្រូវការនីតិជនម្នាក់ នៅក្នុងគ្រួសារ ឲ្យធ្វើជាអ្នកទំនាក់ទំនង សម្រាប់ទម្រង់ បែបបទរបស់លោកអ្នក)។

| 1. នាមហៅ | នាមកណ្តាល | ឈ្មោះត្រកូល | បច្ឆិមបទ |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 2. អាសយដ្ឋានផ្ទះ (សូមទុកប្រឡោះនៅទំនេ ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានទេ)។ | 3. លេខផ្ទះឈ្នួល ឬបន្ទប់ស្វ៊ីត |
|---|---|
| | |

| 4. ក្រុម | 5. រដ្ឋ | 6. លេខស៊ីប កូដ | 7. ខោនធី, ខ័ណ្ឌ, ឬ ឃុំ |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 8. លេខផ្ញើរតាមអាសយដ្ឋានប៉ុស្ត៍ (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ) | 9. លេខផ្ទះឈ្នួល ឬបន្ទប់ស្វ៊ីត |
|---|---|
| | |

| 10. ក្រុម | 11. រដ្ឋ | 12. លេខស៊ីប កូដ | 13. ខោនធី, ខ័ណ្ឌ, ឬ ឃុំ |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 14. លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ | 15. លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច |
|---|---|
| ( ) – | ( ) – |

16. តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មាន អំពីទម្រង់បែបបទនេះ តាមរយៈអ៊ីមែលឬទេ? ..... ● បាទ/ ចាស់ ● ទេ

អសយដ្ឋានអ៊ីមែល:

17. តើភាសាណាជាភាសាប្រើនិយាយស្តីរបស់លោកអ្នក? តើភាសាណាជាភាសាសរសេររបស់លោកអ្នក?

## ជំហានទី 2: សូមប្រាប់យើងអំពីគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

### តើលោកអ្នកចង់ដាក់អ្វីខ្លះ ចូលក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ?

បំពេញទំព័រនានានៃជំហានទី 2 សម្រាប់សមាជិកគ្រប់រូប នៅក្នុងគ្រួសារ និងផ្ទះ: សំបែងរបស់លោកអ្នក ថ្វីបើជននោះមានការរ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយក្តី។ ព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ជួយយើងឲ្យបញ្ជាក់យ៉ាងណាថា ជនគ្រប់រូប ទទួលការរ៉ាប់រងយ៉ាងល្អបំផុត សម្រាប់រូបគេ។ ចំនួននៃជំនួយ ឬប្រភេទនៃកម្មវិធី ដែលលោកអ្នកមានប្រសិទ្ធិភាពទៅលើនោះ គឺសំអាងទៅលើចំនួនសមាជិកក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក និងថវិការបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់បញ្ចូលនរណាម្នាក់ ថ្វីបើពួកគេមានការរ៉ាប់រង សុខភាពរួចហើយក្តីនោះ លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលរបស់លោកអ្នកនឹងអាចប្រែប្រួល។

#### សម្រាប់នីតិជន ដែលត្រូវការការ៉ាប់រង:

*ដាក់បញ្ចូលសមាជិកទាំងនេះ ថ្វីប្រសិនបើពួកគេមិនកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ការ៉ាប់រយសុខភាពខ្លួនឯងក្តី:*

- ប្តី ឬ ប្រពន្ធណាម្នាក់
- កូនប្រុស ឬកូនស្រីណាម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោមអាយុ 21 ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ រួមជាមួយនឹងកូនចុង
- ជនណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងនិវត្តន៍ប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ (រួមជាមួយកូន ១ណាម្នាក់ មានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំដែលត្រូវបានទាមទា នៅក្នុងនិវត្តន៍ប្រាក់ ចំណូលរបស់ឪពុក ឬម្តាយ)។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ទាមទាពន្ធ ដើម្បីទទួលការ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ។

#### សម្រាប់ក្មេងមានអាយុក្រោម 21 ដែលត្រូវការការ៉ាប់រង:

*ដាក់បញ្ចូលសមាជិកទាំងនេះ ថ្វីប្រសិនបើពួកគេមិនកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ការ៉ាប់រងសុខភាពខ្លួនឯងក្តី:*

- ឪពុក ឬម្តាយណាម្នាក់ (ឬឪពុក ឬម្តាយចុង) ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
- បងប្អូនណាម្នាក់ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
- បងប្អូនណាម្នាក់ដែលពួកគេរស់នៅជាមួយ
- មនុស្សណាទៀត ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងនិវត្តន៍ប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធដដែល នេះ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ទាមទាពន្ធ ដើម្បីទទួលការ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ។

### បំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗ នៅក្នុងគ្រួសារ។

ចាប់ផ្តើមជាមួយនឹងរូបអ្នក រួចហើយដាក់បញ្ចូលឈ្មោះនីតិជន និងក្មេងៗឯទៀត។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសមាជិកពីរនាក់ នៅក្នុងគ្រួសារ លោកអ្នកនឹងត្រូវការធ្វើ សំណៅនៃទំព័រនានា រួចដាក់វាតភ្ជាប់។

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មាននៃស្ថានភាពអន្តោប្រវេស ឬលេខសន្តិសុខសង្គម(Social Security Number, SSN) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ ដែលមិនត្រូវការការ៉ាប់រង សុខភាព។ យើងនឹងរក្សារព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលលោកអ្នកផ្តល់ដោយសម្ងាត់ និងសុវត្ថិភាព ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់។ យើងនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌ផ្ទាល់ខ្លួន តែសម្រាប់ឆែកពិនិត្យ ប្រសិនបើលោកអ្នក មានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់ការ៉ាប់រងសុខភាពប៉ុណ្ណោះ។

# ជំហានទី 2ៈ ឭជនទី 1 (ចាប់ផ្តើមពីរូបលោកអ្នក)។

បំពេញជំហានទី 2 សម្រាប់រូបអ្នក ប្តីឬប្រពន្ធ/ដៃគូ និងកូនៗរបស់លោកអ្នក ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក ហើយនិង/ឬជនណាម្នាក់ ស្ថិតនៅក្នុងនិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធដដែលរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់សុំទាមទា។ សូមមើលទំព័រទី 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសមាជិកណាម្នាក់ដែលគប្បីដាក់ បញ្ចូល។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ទាមទានិវត្តន៍ពន្ធទេ សូមចាំថា ត្រូវដែលដាក់បញ្ចូល សមាជិកគ្រួសារ ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក។

1. នាមហៅ | នាមកណ្តាល | ឈ្មោះត្រកូល | បច្ឆិមបទ

2. ទំនាក់ទំនងនឹងជនទី 1? **រូបលោកអ្នក**

3. តើលោកអ្នករៀបការហើយឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

4. កាលបរិច្ឆេទកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ___ / ___ / ___

5. ភេទ ○ ប្រុស ○ ប្រុស

6. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ___ – ___ – ___

**យើងត្រូវការលេខនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានការរ៉ាប់រងសុខភាព ហើយមានលេខ SSN។** ថ្វីបើលោកអ្នកពុំចង់បានការរ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់រូបលោកអ្នក ផ្តល់លេខ SSN អាចមានអត្ថប្រយោជន៍យ៉ាងធំ ព្រោះអ៊ីវាអាចបង្កើនល្បឿនដំណាក់ការទម្រង់បែបបទ។ យើងប្រើលេខ SSN ដើម្បីឆែកមើលនូវលក្ខណសម្បត្តិ សម្រាប់ការរ៉ាប់រង តាមរយៈ: ទីផ្សារ (Marketplace) ហើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ជំនួយជាមួយនឹងថ្លៃនៃការរ៉ាប់រង។ សម្រាប់ជំនួយសម្រាប់ការរកបានលេខ SSN, ទូរស័ព្ទទៅក្រសួង Social Security លេខ 1-800-772-1213, ឬចូលទៅ **socialsecurity.gov**។ អ្នកប្រើ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-325-0778។

7. **តើលោកអ្នកគ្រោងដាក់ទាមទានិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធ ឆ្នាំក្រោយឬទេ?** *លោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំ សម្រាប់ការរ៉ាប់រង ថ្វីប្រសិនបើលោកអ្នកមិន ដាក់ទាមទានិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធក្តី។*

○ **បាទ/ ចាស់។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមឆ្លើយចម្លើយ a-c។ ○ **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** សូមរំលងទៅសំណួរ c។

a. តើលោកអ្នកនឹងដាក់ទាមទា រួមជាប្តី ឬប្រពន្ធឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
**ប្រសិនបើបាទ/ចាស់,** សូមសរសេរឈ្មោះប្តី ឬប្រពន្ធ៖

b. តើលោកអ្នកនឹងដាក់ទាមទាសម្រាប់ កូនៗពឹងពាក់ណា នៅក្នុងនិវត្តន៍ពន្ធ របស់លោកអ្នកឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
**ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមសរសេរឈ្មោះរបស់កូនៗពឹងពាក់នានា៖

c. តើលោកអ្នកនឹងត្រូវបានគេដាក់ទាមទាជាអ្នកពឹងពាក់ នៅក្នុងនិវត្តន៍ពន្ធឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
**ប្រិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកដាក់ទាមទាពន្ធ៖ តើលោកអ្នកជាប់ជាសាច់ឈាមនឹងអ្នកដាក់ទាមទាពន្ធឬទេ?

8. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ a. **ប្រសិនបើចាស់,** តើនឹងមានកូនប៉ុន្មាននាក់រាប់បញ្ចូលកូននៅក្នុងផ្ទៃពោះ? ☐

9. **តើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ?** *ថ្វីប្រសិនបើអ្នកមានការរ៉ាប់រងក្តី ប្រហែលជាមានកម្មវិធីណាមួយ ដែលមានការរ៉ាប់រងកាន់តែល្អប្រសើរ ឬមានតម្លៃថោកជាង។*

○ **បាទ/ ចាស់។ ប្រសិនបើចាស់,** ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងអស់ នៅខាងក្រោម។

○ **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** សូមរំលងទៅសំណួរជ១ កា នៅលើទំព័រទី 3។ សូមរំលងសំណួរទាំងអស់ នៃទំព័រនេះចុះ។

10. តើលោកអ្នកមានវិបត្តិខាងកាយវិប្បកម្ម មនសិការ ឬផ្លូវចិត្ត ដែលបង្កើតជាកម្រិត ចំពោះសកម្មវិធីនានា (ដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ កិច្ចការប្រចាំថ្ងៃក្នុងផ្ទះ ។ល។) ឬរស់នៅក្នុងស្ថាប័ន ឬគេហដ្ឋានមនុស្សចាស់ជរាឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

11. តើអ្នកជា**ពលរដ្ឋអាមេរិកាំង** ឬ ជនជាតិ**អាមេរិកាំងឬទេ**? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

12. តើអ្នកជាពលរដ្ឋត្រូវបានរាប់បញ្ចូល ឬ ទាញបញ្ចូល? *(តាមធម្មតា នេះគឺមានន័យថា លោកអ្នកបានកើតក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក)*

○ **បាទ/ ចាស់។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមបំពេញ a និង b។ ○ **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** សូមបន្តទៅសំណួរទី 13។

a. លេខជនបរទេស៖ b. លេខវិញ្ញាបនប័ត្រ៖ បន្ទាប់ពីលោកអ្នកបញ្ចប់ a និង b, សូមរំលងទៅសំណួរទី 14។

13. **ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមែនពលរដ្ឋអាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាមេរិកាំងទេ,** តើលោកអ្នកមានប្រសិទ្ធិភាពចំពោះឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ឬទេ?

○ **បាទ/ ចាស់។** សូមចុះប្រភេទឯកសារ និងលេខ ID ។ *សូមមើលប្រភេទនៃសេចក្តីណែនាំ*

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ | ប្រភេទនៃឋានៈ: (ជាជម្រើស) | សូមសរសេរឈ្មោះរបស់លោកអ្នក ដូចដែលមាននៅក្នុងឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់លោកអ្នក។

លេខជនបរទេស ឬ លេខ I-94 | លេខប័ណ្ណ ឬលេខឆ្លងដែន

អត្តសញ្ញាណ SEVIS ID ឬការផុតកំណត់កាលបរិច្ឆេទ (ជាជម្រើស) | ប្រភេទឯទៀត (លេខប្រភេទ ឬ ប្រទេសនៃការចែងឲ្យ)

a. តើលោកអ្នកបានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិងតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

b. តើលោកអ្នក ឬប្តី/ប្រពន្ធ ឬឪពុក/ម្តាយ ទាហានជើងចាស់ ឬសមាជិកនៃក្រុមយោធាសហរដ្ឋអាមេរិកកំពុងតែបម្រើជាតិឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

14. តើលោកអ្នកត្រូវការជួយបង់ សម្រាប់រ៉ាវ៉ៃយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ពី 3 ខែកន្លែងមកនេះ ឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

15. តើលោកអ្នករស់នៅយ៉ាងហោចណាស់ ជាមួយនឹងក្មេងម្នាក់មានអាយុក្រោម 19, ហើយតើលោកអ្នកគឺជាមនុស្សចម្បង កំពុងតែថែទាំ ចិញ្ចឹមក្មេងនេះឬ? *(ជ្រើសយក "បាទ/ចាស់" ប្រសិនបើអ្នក ឬប្តីឬប្រពន្ធរបស់លោកអ្នកថែទាំ ចិញ្ចឹមក្មេងនេះ)*។ ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

16. សូមប្រាប់ឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងនៃកូនម្នាក់ៗ ដែលមានអាយុក្រោម 19 ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក៖

17. តើអ្នកជានិសិត្សពេញម៉ោងឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

18. តើអ្នកបានស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំ ចិញ្ចឹមកុមារ ក្នុងពេលអាយុ 18 ឬអាយុចាស់ជាងឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

**ជាជម្រើស៖** *(បំពេញក្នុងកន្លែងទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន)*។

19. **សាសន៍៖** ○ ជនជាតិស្បែកស ○ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ ជនជាតិអាហ្វ្រិកាំង អាមេរិកាំង ○ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬជនជាតិអ្នកស្រុកអាឡាស្កា ○ ជនជាតិហ្វីលីពីន ○ ជនជាតិជប៉ុន ○ ជនជាតិកូរ ○ ជនជាតិអាស៊ីស្បែកក្រហម ○ ជនជាតិចិន ○ ជនជាតិវៀតណាម ○ ជនជាតិអាស៊ីងទៀត ○ អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ○ ជនជាតិហ្គាំម៉ានី ឬតាម៉ូរ៉ូ ○ ជនជាតិសាម៉ូន ○ ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ○ សាសន៍ឯទៀត _____

**ត្រូវការជំនួយនឹងទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក?** សូមចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ នៅក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវជំនួយភាសាដែលលោកអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងរកជំនួយជូនលោកអ្នក ដោយមិនអស់លុយចេញពីហោចៅលោកអ្នកឡើយ។ អ្នកដែលប្រើ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325**។

## ជំហានទី 2: ឲ្យជនទី 1 (ចាប់ផ្តើមជាមួយរូបលោកអ្នក)

### ការងារបច្ចុប្បន្ន និងព័ត៌មានថវិកា

○ **មានការងារធ្វើ:** ប្រសិនលោកអ្នកកំពុងតែមានការងារធ្វើ សូមប្រាប់យើងអំពីថវិការបស់លោកអ្នក។ ចាប់ផ្តើមជាមួយសំណួរទី 21។

○ **គ្មានការងារធ្វើ:** រំលងទៅសំណួរទី 31។

○ **ធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង:** រំលងទៅសំណួរទី 30។

**ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1:**

20. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក

b. ទីក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខស៊ីប កូដ | 21. លេខទូរស័ព្ទរបស់នយោជក ( ) -

22. ប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់ទឹកតែ (មុនបង់ពន្ធ) $
○ ប្រចាំម៉ោង ○ ប្រចាំសប្តាហ៍ ○ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ○ ពីរដងក្នុងមួយខែ ○ ប្រចាំខែ ○ ប្រចាំឆ្នាំ

23. ចំនួនអាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

**ការងារបច្ចុប្បន្នទី job 2:** (ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការងារបន្ថែមនានា ហើយត្រូវការកន្លែងបំពេញបន្ថែម សូមតភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត)។

24. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក

b. ទីក្រុង | c. រដ្ឋ | d. លេខស៊ីប កូដ | 25. លេខទូរស័ព្ទរបស់នយោជក ( ) -

26. ប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់ទឹកតែ (មុនបង់ពន្ធ) $
○ ប្រចាំម៉ោង ○ ប្រចាំសប្តាហ៍ ○ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ○ ពីរដងក្នុងមួយខែ ○ ប្រចាំខែ ○ ប្រចាំឆ្នាំ

27. ចំនួនអាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

28. **ក្នុងឆ្នាំអតីត: តើលោកអ្នក:** ○ ផ្លាស់ប្តូរការងារ ○ ឈប់ធ្វើការ ○ ចាប់ផ្តើមធ្វើការកាន់តែតិចម៉ោង ○ ពុំមែនកត្តាណានៃកត្តាទាំងនេះឡើយ

29. **ប្រសិនបើធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង, សូមឆ្លើយនឹងចម្លើយ a និង b:**

a. ប្រភេទនៃការងារ:

b. តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធបានមានចំនួនប៉ុណ្ណា (ប្រាក់ចំណេញ បន្ទាប់ពីសាហ៊ុយត្រូវបានបង់រួចហើយ) ដែលលោកអ្នកនឹងទទួល ពីការងារឲ្យខ្លួនឯង ខែនេះមាន ចំនួនប៉ុណ្ណាដែរ? *សូមមើលប្រភេទនៃសេចក្តីណែនាំ* $

30. **ប្រាក់ចំណូលឯទៀត ដែលលោកអ្នកទទួលបាន ក្នុងខែនេះ:** បំពេញនូវអ្វីៗទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន ហើយផ្តល់ជាចំនួន និងមមាញឹកភាពដែល លោកអ្នកទទួលបានប្រាក់នោះ។ បំពេញត្រង់នេះ ប្រសិនបើគ្មានទេ។ ○

**សារកំណត់:** លោកអ្នក **មិន**ចាំបាច់ប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូល ពីប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ប្រាក់ទាហានចាស់ ឬប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខគម្រប់ (Supplemental Security Income, SSI)។

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ គ្មានការងារធ្វើ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ សោធនអាហារកិច្ច បានទទួល | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ ប្រាក់រឺត្រែត | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការធ្វើស្រែ/នេសាត្រី | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការជួល/ប្រាក់សិទ្ធិ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ គុណនេយ្យប្រាក់និវត្តន៍ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ប្រាក់ចំណូលឯទៀត ប្រភេទ: | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |

31. **ការហូតពន្ធ:** បំពេញអ្វីៗទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ ហើយផ្តល់ជាចំនួន និងមមាញឹកភាព ដែលលោកអ្នកបង់វា។ ប្រសិនបើលោកអ្នកបង់សម្រាប់អ្វីណាមួយ ដែលអាចហូតពន្ធបានពីនិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធបាន, ប្រាក់យើងអំពីការបង់ទាំងនេះ អាចធ្វើឲ្យតម្លៃរ៉ាប់រងសុខភាព មានកម្រិតចុះទាបបន្តិច។

**សារកំណត់:** លោកអ្នកមិនចាំបាច់រាប់បញ្ចូលប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ដែលលោកអ្នកបង់ ឬតម្លៃដែល ត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងចម្លើយរបស់លោកអ្នក ដើម្បីផ្តល់ចំនួនប្រាក់សុទ្ធមកពី ការធ្វើការឲ្យខ្លួនឯងឡើយ (សំណួរទី 30b)។

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ការហូតពន្ធឯទៀត ប្រភេទ: | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ ប្រាក់ការនៃប្រាក់កម្ចីនិសិត្ស | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | | |

32. **បំពេញសំណួរនេះ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងឆ្នាំ,** ដូចជាប្រសិនបើអ្នកគ្រាន់តែធ្វើការនៅកន្លែងធ្វើការតែមួយ សម្រាប់ផ្នែក នៃឆ្នាំ ឬទទួលអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ខែនានាណាមួយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនរំពឹងនូវការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់ លោកអ្នកទេ រំលងទៅជនបន្ទាប់។

| | |
|---|---|
| ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុប **ឆ្នាំនេះ:** $ | ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុប **ឆ្នាំក្រោយ** (ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿថានឹងមានចំនួនផ្សេង) $ |

**សូមអរគុណ! នេះគឺជាអ្វីៗទាំងអស់ ដែលយើងត្រូវការដឹងអំពីលោកអ្នក។**

## ជំហានទី 2: ឲ្យជនទី 2

**សារកំណត់: ប្រសិនបើជននេះ ពុំត្រូវការការព្យាបាលសុខភាពទេ សូមឆ្លើយនឹងសំណួរ 1-10 នៅលើទំព័រនេះ។ សូមធ្វើចតចម្លងទំព័រ 4-5 ប្រសិនបើមានចំនួនមនុស្សលើសពី 2 នៅក្នុងផ្ទះរបស់ លោកអ្នក។**



សូមបំពេញទំព័រនេះ សម្រាប់ប្តីឬប្រពន្ធ/ដៃគូ និងកូនៗដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក ដែលស្ថិតនៅលើនិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធដូចគ្នា ប្រសិនបើអ្នកដាក់ស្នើ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ទាមទារនិវត្តន៍ពន្ធទេ សូមចាំថាត្រូវតែដាក់បញ្ចូល សមាជិកគ្រួសារ ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក។ សូមមើលទំព័រទី 1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសមាជិកណាម្នាក់ដែលគប្បីដាក់បញ្ចូល។

1. នាមហៅ | នាមកណ្តាល | ឈ្មោះត្រកូល | បច្ឆិមបទ

2. ទំនាក់ទំនងនឹងជនទី 1? *សូមមើលសេចក្តីណែនាំ*

3. តើជនទី 2 បានរៀបការហើយឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

4. កាលបរិច្ឆេទកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) / /

5. ភេទ ○ ប្រុស ○ ប្រុស

6. លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) — —

**យើងត្រូវការលេខនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានការព្យាបាលសុខភាពសម្រាប់ ជនទី 2, ហើយ ជនទី 2 មានលេខ SSN។**

7. តើជនទី 2 រស់នៅក្នុងអាសយដ្ឋានដូចគ្នានឹង ជនទី 1 ឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
ប្រសិនបើទេ, សូមសរសេរអាសយដ្ឋាន:

8. **តើជនទី 2 ត្រូវការដាក់ស្នើនិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធ ឆ្នាំក្រោយឬទេ?** *(លោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសម្រាប់ការព្យាបាល ថ្មីប្រសិនបើជនទី 2 មិនដាក់ស្នើនិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធក្តី)*។
○ **បាទ/ចាស់។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមឆ្លើយចម្លើយ a-c។ ○ **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** រំលងទៅសំណួរ c។

a. តើជនទី 2 ដាក់ស្នើរួមជាមួយប្តីឬប្រពន្ធឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
**ប្រសិនបើបាទ/ចាស់,** សូមសរសេរឈ្មោះប្តី ឬប្រពន្ធ:

b. តើជនទី 2 នឹងដាក់ទាមទាសម្រាប់អ្នកពឹងពាក់របស់ខ្លួននៅក្នុងនិវត្តន៍ពន្ធឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
**ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមសរសេរឈ្មោះរបស់កូនៗពឹងពាក់នានា:

c. តើជនទី 2 នឹងត្រូវបានទាមទាជាអ្នកពឹងពាក់ នៅក្នុងនិវត្តន៍ពន្ធរបស់នរណាម្នាក់ ឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
**ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកដាក់ទាមទាពន្ធ:

តើជនទី 2 ជាប់សាច់ឈាមនឹងអ្នកដាក់ស្នើពន្ធឬទេ?

9. តើជនទី 2 មានផ្ទៃពោះឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ a. **ប្រសិនបើចាស់,** តើនឹងមានកូនប៉ុន្មាននាក់រាប់បញ្ចូលកូននៅក្នុងផ្ទៃពោះ?

10. **តើជនទី 2 ត្រូវការការព្យាបាលសុខភាពឬទេ?** *(ប្រសិនបើជនទី 2 មានការព្យាបាល ប្រចាំឆ្នាំជាមានកម្មវិធីណាមួយ ដែលមានការព្យាបាលកាន់តែល្អប្រសើរ ឬមានតម្លៃទាបជាង)*។
○ **បាទ/ ចាស់។ ប្រសិនបើចាស់,** ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងអស់ នៅខាងក្រោម។ ○ **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** សូមរំលងទៅសំណួរថ្មីកា នៅលើទំព័រទី 5។ សូមរំលងសំណួរទាំងអស់ នៃទំព័រនេះចុះ។

11. តើជនទី 2 មានវិបត្តិខាងកាយវិប្បកម្ម មនសិការ ឬចិត្តដែលបង្កើតឲ្យមានកំហិតនៅក្នុងសកម្មភាព (ដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការងារប្រចាំថ្ងៃ ។ល។) ឬរស់នៅក្នុងស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ ឬគេហដ្ឋានថែទាំចាស់ជរាឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

12. តើជនទី 2 ជា **ពលរដ្ឋអាមេរិកាំង** ឬ ជនជាតិ**អាមេរិកាំងឬទេ**? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

13. តើជនទី 2 ជា ពលរដ្ឋត្រូវបានទាញបញ្ចូល ឬ រាប់បញ្ចូលឬទេ? *(នេះធម្មតា មានន័យពួកគេបានកើតមក ខាងក្រៅប្រទេសសហរដ្ឋអាមេរិក)*
○ **បាទ/ ចាស់។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមបំពេញ a និង b។ ○ **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** សូមបន្តទៅសំណួរទី 14។

a. លេខជនបរទេស

b. លេខវិញ្ញាបនប័ត្រ

បន្ទាប់ពីលោកអ្នកបញ្ចប់ a និង b, សូមរំលងទៅសំណួរទី 15។

14. **ប្រសិនបើជនទី 2 ពុំមែនពលរដ្ឋអាមេរិកាំង ឬជាតិអាមេរិកាំងទេ,** តើពួកគេមានប្រសិទ្ធិភាពចំពោះហាន:អន្តោប្រវេសន៍ឬទេ ?
○ **បាទ/ ចាស់។** សូមចុះប្រភេទឯកសារ និងលេខ ID ។ សូមមើលប្រភេទនៃសេចក្តីណែនាំ

ប្រភេទឯកសារអន្តោប្រវេសន៍:

ប្រភេទនៃហាន: (ជាជម្រើស):

សរសេរឈ្មោះរបស់ជនទី 2 ដូចដែលមានលើឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់គេ។

លេខជនបរទេស ឬ លេខ I-94

លេខប័ណ្ណ ឬលេខឆ្លងដែន

អត្តសញ្ញាណ SEVIS ID ឬការផុតកំណត់កាលបរិច្ឆេទ (ជាជម្រើស)

ប្រភេទឯទៀត (លេខប្រភេទ ឬ ប្រទេសនៃការចែងឲ្យ)

a. តើជនទី 2 បានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ
b. តើជនទី 2, ឬ ប្តីឬប្រពន្ធ ឬមាតាឬបិតានៃជនទី 2 ជាទាហានជើងចាស់ម្នាក់ ឬសមាជិកបម្រើក្រុមយោធាសកម្មនៃសហរដ្ឋអាមេរិកទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

15. តើជនទី 2 ចង់បានជំនួយនូវការបង់សម្រាប់រ៉ាវ៉ាយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ពីអំឡុង 3 ខែកន្លងមកនេះឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

16. តើជនទី 2 រស់នៅជាមួយនឹងកូនយ៉ាងហោចម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ, ហើយតើជនទី 2 ជាជនចម្បងដែលកំពុងតែថែចិញ្ចឹមក្មេងនេះឬ? *(ជ្រើសយក "បាទ/ចាស់" ប្រសិនបើជនទី 2 ឬប្តីឬប្រពន្ធរបស់គេថែទាំចិញ្ចឹម ក្មេងនេះ)*។ ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

17. សូមប្រាប់យើងនូវឈ្មោះនិងទំនាក់ទំនង នៃក្មេងៗដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ជាមួយនឹងជនទី 2 នៅក្នុងផ្ទះរបស់គេ: *(ក្មេងៗទាំងនេះ អាចជាក្មេងៗដដែល ដែលមានឈ្មោះក្នុងទំព័រទី 2)*។

18. តើជនទី 2 ដែលបាននៅក្នុងកន្លែងចិញ្ចឹមក្មេង មានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬអាយុច្រើនជាងឬទេ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

**សូមឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះប្រសិនបើជនទី 2 មានអាយុ 22 ឆ្នាំ ឬអាយុតិចជាង:**

19. តើជនទី 2 មានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈកន្លែងធ្វើការ ហើយបាត់បង់វាក្នុងអំឡុង 3 ខែកន្លងមកនេះ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

a. **ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** កាលបរិច្ឆេទចប់: / / b. មូលហេតុដែលការធានារ៉ាប់រងបានចប់:

20. តើជនទី 2 គឺជានិសិត្សពេញម៉ោងឬ? ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

**ជាជម្រើស:** *(បំពេញក្នុងកន្លែងទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន)*។

21. **សាសន៍:** ○ ជនជាតិស្បែកស ○ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ ជនជាតិអាហ្វ្រិកាំង អាមេរិកាំង ○ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកក្រហម ឬជនជាតិអ្នកស្រុកអាឡាស្កា ○ ជនជាតិហ្វីលីពីន ○ ជនជាតិជប៉ុន ○ ជនជាតិកូរ ○ ជនជាតិអាស៊ីស្បែកក្រហម ○ ជនជាតិចិន ○ ជនជាតិវៀតណាម ○ ជនជាតិអាស៊ីងទៀត ○ អ្នកស្រុកហាវ៉ៃ ○ ជនជាតិហ្គាវ៉ាមីនី ឬនាម៉ូអ៊ូ ○ ជនជាតិសាម៉ូន ○ ជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ○ សាសន៍ឯទៀត _____

**ត្រូវការជំនួយនឹងទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក?** សូមចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ នៅក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវជំនួយភាសាដែលលោកអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងរកជំនួយជូនលោកអ្នក ដោយមិនអស់លុយចេញពីហោចៅលោកអ្នកឡើយ។ អ្នកដែលប្រើ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325**។

# ជំហានទី 2ៈ ឫជនទី 2

**សូមប្រាប់យើងអំពីថវិកាណាមួយដែលជនទី 2 ទទួលបាន។**
**សូមបំពេញទំព័រនេ: ថ្វីប្រសិនបើជនទី 2 មិនត្រូវការការព៌ាប់រងសុខភាពក្តី។**



## ការងារបច្ចុប្បន្ន និងព័ត៌មានថវិកា

○ **មានការងារធ្វើ៖** ប្រសិនបើជនទី 2 កំពុងតែមានការងារធ្វើ សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់គេ។ ចាប់ផ្តើមជាមួយសំណួរទី 23។

○ **គ្មានការងារធ្វើ៖** រំលងទៅសំណួរទី 33។

○ **ធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង៖** រំលងទៅសំណួរទី 32។

**ការងារបច្ចុប្បន្នទី 1៖**

22. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក

b. ទីក្រុង | c. រដ្ថ | d. លេខស៊ីប កូដ | 23. លេខទូរស័ព្ទរបស់នយោជក ( ) -

24. ប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់ទឹកតែ (មុនបង់ពន្ធ) $

○ ប្រចាំម៉ោង ○ ប្រចាំសប្តាហ៍ ○ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ○ ពីរដងក្នុងមួយខែ ○ ប្រចាំខែ ○ ប្រចាំឆ្នាំ

25. ចំនួនអាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

**ការងារបច្ចុប្បន្នទី 2៖** (ប្រសិនបើជនទី 2 មានការងារធ្វើថែមទៀត សូមតភ្ជាប់ក្រដាសមួយសន្លឹកទៀត)។

26. ឈ្មោះរបស់នយោជក

a. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក

b. ទីក្រុង | c. រដ្ថ | d. លេខស៊ីប កូដ | 27. លេខទូរស័ព្ទរបស់នយោជក ( ) -

28. ប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់ទឹកតែ (មុនបង់ពន្ធ) $

○ ប្រចាំម៉ោង ○ ប្រចាំសប្តាហ៍ ○ រៀងរាល់ 2 សប្តាហ៍ ○ ពីរដងក្នុងមួយខែ ○ ប្រចាំខែ ○ ប្រចាំឆ្នាំ

29. ចំនួនអាត្រាម៉ោងបានធ្វើការរៀងរាល់សប្តាហ៍

30. **ក្នុងអំឡុងឆ្នាំកន្លងមកនេ:, តើជនទី 2 បាន៖** ○ ផ្លាស់ប្តូរការងារ ○ ឈប់ធ្វើការ ○ ចាប់ផ្តើមធ្វើការកាន់តែតិចម៉ោង ○ ពុំមែនកត្តាណានៃកត្តាទាំងនេ:ឡើយ

31. **ប្រសិនបើជនទី 2 ធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង សូមឆ្លើយនឹងសំណួរដូចតទៅ៖**

a. ប្រភេទនៃការងារ៖

b. តើប្រាក់ចំណូលសុទ្ធ (ប្រាក់ចំណេញក្រោយពីសាហ៊ុយត្រូវបានបង់រួចអស់ហើយ) ជនទី 2 នឹងទទួលសម្រាប់ការធ្វើការឲ្យខ្លួនឯងខែនេ:មានចំនួនប៉ុណ្ណាដែរ? *សូមមើលប្រភេទនៃសេចក្តីណែនាំ* $

32. **ប្រាក់ចំណូលឯទៀតដែលជនទី 2 ទទួលបានខែនេ:៖** សូមបំពេញអ្វីៗទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ, ហើយផ្តល់នូវចំនួននិងមមាញឹកដែលជន 2 ទទួលបាន។ បំពេញត្រង់នេ: ប្រសិនបើគ្មានទេ។ ○

**សារកំណត់៖** លោកអ្នក **មិន** ត្រូវការប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ជនទី 2 ពីប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន ប្រាក់ទាហានជើងចាស់ ឬប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខគម្រប់ (SSI) ឡើយ។

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ គ្មានការងារធ្វើ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ សោធនអាហារកិច្ច បានទទួល | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ ប្រាក់រឺត្រែត | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការធ្វើស្រែ/នេសាត្រី | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការជួល/ប្រាក់សិទ្ធិ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ គុណនេយ្យប្រាក់និវត្តន៍ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ប្រាក់ចំណូលឯទៀត ប្រភេទ៖ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |

33. **ការហូតពន្ធ៖** សូមបំពេញអ្វីៗទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ, ហើយផ្តល់នូវចំនួននិងមមាញឹកដែលជន 2 ទទួលបាន។ ប្រសិនបើជនទី 2 បង់សម្រាប់អ្វីៗណាខ្លះ: ដែលអាចត្រូវបានហូតពន្ធ ក្នុងនិវត្តន៍ពន្ធសហព័ន្ធ ការប្រាប់យើងអំពីការបង់ទាំងនេ: អាចធ្វើឲ្យតម្លៃការព៌ាប់រងសុខភាពមាន តម្លៃកាន់តែទាប។

**សារកំណត់៖** លោកអ្នកមិនចាប់ដាក់បញ្ចូលប្រាក់ចិញ្ចឹមកូនដែលជនទី 2 បង់ ឬតម្លៃណាមួយ ដែលត្រូវបានរាប់បញ្ចូលរួចទៅហើយ នៅក្នុងចន្លើយនៃការធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង(សំណួរទី 32b)។

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ សោធនអាហារកិច្ចដែលបានបង់ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | ○ ការហូតពន្ធឯទៀត ប្រភេទ៖ | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |
| ○ ប្រាក់ការនៃប្រាក់កម្ចីនិសិត្ស | $ ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? | | |

34. **សូមបំពេញលើកលែងតែ បើប្រាក់ចំណូលរបស់ជនទី 2 ផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុង ឆ្នាំ,** ដូចជាប្រសិនបើជនទី 2 គ្រាន់តែធ្វើការនៅឯកន្លែងធ្វើការមួយ សម្រាប់តែ ពាក់កណ្តាលឆ្នាំ ឬទទួលអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ខែនានាណាខ្លះប៉ុណ្ណោ:។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនរំពឹងនូវការផ្លាស់ប្តូរចំពោះប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់ជនទី 2, សូមរំលងទៅជនបន្ទាប់។

| ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ជនទី 2 **ឆ្នាំនេ:** | ប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ជនទី 2 **ឆ្នាំក្រោយ** |
|---|---|
| $ | $ |

**សូមអរគុណ! នេ:គឺជាអ្វីៗទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការដឹងអំពីជនទី 2**

## ជំហានទី 3: សមាជិកនៃគ្រួសារដែលជាជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬអ្នកស្រុកអាឡាស្កា (American Indian or Alaska Native, AI/AN)

**1. តើលោកអ្នកឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលជា ជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬអ្នកស្រុកអាឡាស្កាឬទេ?**

- ● **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** សូមបន្តទៅជំហានទី 4។
- ● **បាទ/ ចាស់។ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមបន្តទៅជំហានទី 4, រួមទាំងបំពេញសេចក្តីបន្ថែម B ហើយរួមមាននឹងទម្រង់បែបបទ។

## ជំហានទី 4: ការរ៉ាប់រងសុខភាពនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក

1. **តើនរណាដែលមានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ត្រូវបានផ្តល់ការរ៉ាប់រង សុខភាព ពីកន្លែងធ្វើការឬទេ?**

   សូមគូសថា បាទ/ចាស ប្រសិនបើការរ៉ាប់រងមកពីកន្លែងធ្វើការរបស់នរណាម្នាក់ ផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកឬម្តាយ ឬប្តីឬប្រពន្ធ ថ្វីប្រសិនបើពួកគេមិនទទួល ការរ៉ាប់រងក្តី។

   - ● **បាទ/ ចាស់។** សូមបន្ត រួចហើយបំពេញសេចក្តីបន្ថែម A។ **តើនេះផ្លែងអំពីគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍របស់និយោជិតឬទេ?** ..... ● បាទ/ ចាស់ ● ទេ
   - ● **ទេ។**

2. **តើមាននរណាម្នាក់បានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ?**

   - ● **បាទ/ ចាស់។** ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់, បន្តទៅសំណួរទី 3។
   - ● **ទេ។ ប្រសិនបើទេ,** សូមរំលងទីជំហានទី 5។

3. **ព័ត៌មានអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្ន។ I** *(សូមថតចម្លងទំព័រនេះ ប្រសិនបើមានមនុស្សលើសពីពីរនាក់ មានការរ៉ាប់រង សុខភាពឥឡូវនេះ)*។

   សូមសរសេរប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង ដូចជាការធានារ៉ាប់រងរបស់នយោជក, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA, Peace Corps, ឬការធានារ៉ាប់រងឯទៀត។ *(កុំប្រាប់យើងអំពី TRICARE ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឈ្មោះ have Direct Care ឬ Line of Duty)*។

**ជំនាន់ 1:**

ឈ្មោះរបស់ជនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព

**ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង:**

● ការធានារ៉ាប់រងរបស់នយោជក ● COBRA ● Medicaid ● CHIP ● Medicare ● TRICARE ● កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA
● Peace Corps ● ការធានារ៉ាប់រងឯទៀត

**ប្រសិនបើវាគឺជាការធានារ៉ាប់រងរបស់នយោជក:** *(លោកអ្នកក៏នឹងត្រូវការបំពេញសេចក្តីបន្ថែម A ផងដែរ)*

ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនការធានារ៉ាប់រងសុខភាព | លេខបណ្ណសញ្ញា/ លេខ ID

**ប្រសិនបើវាជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត:**

ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនការធានារ៉ាប់រងសុខភាព | លេខបណ្ណសញ្ញា/ លេខ ID

តើនេះគឺជាគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍មានកំហិត ដូចជាបណ្ណសន្យាគ្រោះថ្នាក់នៅសាលារៀនឬ?..... ● បាទ/ ចាស់ ● ទេ

**ជំនាន់ 2:**

ឈ្មោះរបស់ជនដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាព

**ប្រភេទនៃការរ៉ាប់រង:**

● ការធានារ៉ាប់រងរបស់នយោជក ● COBRA ● Medicaid ● CHIP ● Medicare ● TRICARE ● កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA
● Peace Corps ● ការធានារ៉ាប់រងឯទៀត

**ប្រសិនបើវាគឺជាការធានារ៉ាប់រងរបស់នយោជក:** *(លោកអ្នកក៏នឹងត្រូវការបំពេញសេចក្តីបន្ថែម A ផងដែរ)*

ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនការធានារ៉ាប់រងសុខភាព | លេខបណ្ណសញ្ញា/ លេខ ID

**ប្រសិនបើវាជាប្រភេទនៃការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត:**

ឈ្មោះរបស់ក្រុមហ៊ុនការធានារ៉ាប់រងសុខភាព | លេខបណ្ណសញ្ញា/ លេខ ID

តើនេះគឺជាគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍មានកំហិត ដូចជាបណ្ណសន្យាគ្រោះថ្នាក់នៅសាលារៀនឬ?..... ● បាទ/ ចាស់ ● ទេ

## ជំហានទី 5ៈ កិច្ចសន្យា និងហត្ថលេខា



1. **តើលោកអ្នកយល់ព្រមនឹងអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុន Marketplace ប្រើទិន្នន័យប្រាក់ចំណូល រួមមាននូវព័ត៌មានអំពីនិវត្តន៍ពន្ធ សម្រាប់ប្រាំឆ្នាំតាមក្រោយឬទេ ?** ..... ◯ បាទ/ ចាស់ ◯ ទេ

ដើម្បីធ្វើឲ្យកាន់តែងាយស្រួល ដើម្បីនឹងសម្រេចនូវលក្ខណសម្បត្តិរបស់លោកអ្នក សម្រាប់ការជួយបង់ការរ៉ាប់រងក្នុងបណ្តាឆ្នាំនាអនាគត លោកអ្នកអាចយល់ព្រមនឹងអនុញ្ញាតក្រុមហ៊ុន Marketplace ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ប្រាក់ចំណូលទាន់សម័យពីនិវត្តន៍ពន្ធ។ ក្រុមហ៊ុន Marketplace នឹងផ្ញើរសេចក្តីជូនដំណឹង ហើយឲ្យលោកអ្នកធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ក្រុមហ៊ុន Marketplace នឹងឆែកមើលប្រសិនបើលោកអ្នកនៅតែមានប្រសិទ្ធិភាព ហើយប្រហែលជាស្នើរសុំឲ្យលោកអ្នក បង្ហាញបញ្ជាក់ថា ប្រាក់ចំណូលរបស់លោក អ្នក នៅតែមានប្រសិទ្ធិភាព។ លោកអ្នកអាចដកខ្លួនចេញពេលណាក៏បានដែរ។

**ប្រសិនបើទេ,** ធ្វើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំឲ្យសម័យ សម្រាប់ء

◯ 4 ឆ្នាំ ◯ 2 ឆ្នាំ ◯ 3 ឆ្នាំ ◯ 1 ឆ្នាំ

◯ សូមកុំប្រើទិន្នន័យពន្ធរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីនឹងធ្វើឲ្យលក្ខណសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំមានសពុលភាពឡើងវិញ សម្រាប់ការជួយបង់ការរ៉ាប់រងសុខភាព (ការជ្រើសយកជម្រើសនេះអាចមានលទ្ធភាពចំពោះប្រសិទ្ធិភាពរបស់លោកអ្នក ដើម្បីនឹងទទួលជំនួយជួយបង់សម្រាប់រ៉ាប់រង នៅឯការធ្វើឲ្យមានសពុលភាពឡើងវិញ។)

2. **តើមាននរណាដែលកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងទម្រង់បែប បទនេះ ដែលត្រូវបានជាប់ឃំ (ឃាំងទុក ឬជាប់គុក) ឬទេ?**

**ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** សូមប្រាប់យើង នូវឈ្មោះរបស់ជននេះ។ ឈ្មោះរបស់ជនដែលត្រូវបានជាប់ឃំឃាំងគឺ៖

◯ សូមបំពេញត្រង់នេះ ប្រសិនបើជននេះ កំពុងតែប្រឈមមុខវិធីយកសក្តីកម្មតុលាការនៃការចោទទោស។

### ប្រសិនបើមាននរណានៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ដែលមានប្រសិទ្ធិភាពចំពោះ Medicaid ។

- ខ្ញុំកំពុងតែផ្តល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid នូវឯកសិទ្ធិរបស់យើង ដើម្បីនឹងតាមដាន ហើយរកបានប្រាក់កាសណា ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដំណោះស្រាយខាងច្បាប់ ឬភាគីទីបីឯទៀត។ ខ្ញុំក៏កំពុងតែផ្តល់ដល់ទីភ្នាក់ងារ Medicaid នូវឯកសិទ្ធិដើម្បីតាមដាន និងទទួលបានគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ពីប្តីឬប្រពន្ធ ឬឪពុកឬម្តាយ។
- តើមានកូនណាម្នាក់ នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ដែលមានឪពុកឬម្តាយរស់នៅ ក្រៅពីផ្ទះសំបែងឬទេ? ..... ◯ បាទ/ ចាស់ ◯ ទេo
- ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់, ខ្ញុំនឹងត្រូវបានស្នើរឲ្យចូលសហប្រតិបត្តិការ ជាមួយនឹងទីស្នាក់ ដើម្បីនឹងប្រមូលនូវសេចក្តីគាំទ្រខាងវេជ្ជកម្ម ពីខាងមាតាបិតា អវត្តមាន។ ប្រសិនបើខ្ញុំជឿថាការចូលសហប្រតិបត្តិការដើម្បីនឹងប្រមូលសេចក្តីគាំទ្រខាង វេជ្ជកម្ម នឹងប៉ះពាល់ដល់ខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំនឹងប្រាប់ Medicaid ហើយខ្ញុំនឹងមិនចាំបាច់ចូលសហប្រតិបត្តិការឡើយ។

- ខ្ញុំកំពុងតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ ស្ថិតនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្បថ បំពាន ដែលមានន័យថា ខ្ញុំបានផ្តល់នូវចម្លើយពិត ចំពោះសំណួរទាំងអស់ នៅក្នុង ទម្រង់បែបបទនេះ ស្របតាមដំរិះដ៏ល្អពិសេសរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្ថិតនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិ នៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើខ្ញុំ បានផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬមិនពិតដោយចេតនា។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ក្នុងអំឡុង 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើ មានអ្វីផ្លាស់ប្តូរ (ហើយដែលខុសពី) អ្វីដែលខ្ញុំបាននិយាយ នៅលើទម្រង់បែបបទ នេះ។ ខ្ញុំអាចចូលទៅ HealthCare.gov ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596** ដើម្បីរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ អាចប្រើប្រូលនូវលក្ខណសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ ក៏ដូចជាលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់សមាជិកក្នុងផ្ទះខ្ញុំផងដែរ។
- ខ្ញុំដឹងថា នៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ សេចក្តីរៀសរើងគឺមិនត្រូវបានអនុញ្ញាត នៅក្រោមជំហរនៃសញ្ជាតិ សប្បុរ ស្រុកកំណើត ភេទ អាយុ ជម្រើសផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណភេទ ឬអសមត្ថភាព។ ខ្ញុំអាចដាក់បណ្តឹងនៃសេចក្តីរើសអាងដោយការចូលទៅ www.hhs.gov/ocr/office/file។
- ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងទម្រង់នេះ នឹងត្រូវបានយកប្រើប្រាស់ តែសម្រាប់ការសម្រេចនូវលក្ខណសម្បត្តិ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ការជួយបង់ការរ៉ាប់រង (ប្រសិនបើបានស្នើរសុំ) និងសម្រាប់គោលបំណងខាងច្បាប់នៃក្រុមហ៊ុន Marketplace និងកម្មវិធីដែលជួយបង់សម្រាប់ការរ៉ាប់រងប៉ុណ្ណោះ។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីនឹងឆែកមើលលក្ខណសម្បត្តិរបស់លោកអ្នក សម្រាប់ការជួយបង់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសដាក់ពាក្យសុំ។ យើងនឹងឆែកមើលចម្លើយរបស់លោកអ្នក ដោយប្រើព័ត៌មានតាមឃ្លាំងទុកទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិច និងឃ្លាំងទុកទិន្នន័យពីសេវាកម្មប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS), សន្តិសុខសង្គម និងក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ (Department of Homeland Security) និង/ឬ ទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ជូនអ្នកប្រើប្រាស់។ ប្រសិនបើព័ត៌មានពុំដូចគ្នាទេ យើងអាចសួររកកស្តុតាងពីលោកអ្នក។ I

### តើខ្ញុំគប្បីធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើខ្ញុំជឿថាលទ្ធផលនៃលក្ខណសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំគឺខុស?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនយល់ស្របនឹងអ្វីដែលមានប្រសិទ្ធិភាពទេ នៅក្នុងករណី ជាច្រើន លោកអ្នកអាចស្នើរសុំនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយ។ សូមពិនិត្យសេចក្តីជូនដំណឹងនៃលក្ខណសម្បត្តិរបស់លោកអ្នក ដើម្បីនឹងស្វែងរកនូវអនុទ្ទសបណ្តឹងឧទ្ធរណ្ឌជាក់ច្បាស់ ចំពោះជនម្នាក់ៗ នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក ដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ការរ៉ាប់រង រួមមានចំនួនថ្ងៃដែលលោកអ្នកមាន ដើម្បីស្នើរសុំបណ្តឹងឧទ្ធារណ្ឌមួយ។ នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ ដើម្បីនឹងយកគិតគូ នៅពេលស្នើរសុំនូវបណ្តឹងឧទ្ធារណ្ឌមួយ៖

- លោកអ្នកមានជនណាម្នាក់ ស្នើរសុំ ឬចូលរួមក្នុងឧទ្ធារណ្ឌរបស់លោកអ្នក ប្រសិន បើលោកអ្នកប្រាថ្នាចង់។ ជននោះអាចជាមិត្ត ញាតិ មេធាវី ឬសាមីខ្លួនណាម្នាក់។ ឬ លោកអ្នកអាចស្នើរសុំ និងចូលរួមក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធារណ្ឌរបស់លោកអ្នក ដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើរសុំនូវបណ្តឹងឧទ្ធារណ៍មួយ លោកអ្នកអាចរក្សារនូវ លក្ខណសម្បត្តិរបស់លោកអ្នក សម្រាប់ការរ៉ាប់រង ខណៈពេលដែលឧទ្ធារណ្ឌ កំពុងតែមានដំណើរការ។
- លទ្ធផលនៃបណ្តឹងឧទ្ធារណ្ឌមួយអាចផ្លាស់ប្តូរ នូវលក្ខណសម្បត្តិនៃសមាជិកឯទៀត នៃផ្ទះសំបែងរបស់លោកអ្នក។

ដើម្បីផ្ដឹងឧទ្ធារណ៍លទ្ធផលនៃលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ Marketplace របស់លោកអ្នក សូមចូលទៅ HealthCare.gov/marketplace-appeals/។ ឬទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទូរស័ព្ទ Marketplace លេខ **1-800-318-2596**។ អ្នកដែលប្រើ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325**។ លោកអ្នកក៏អាចផ្ញើរតាមប៉ុស្ត៍ នូវសំណើរសុំទម្រង់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬលិខិត្ររបស់លោកអ្នកផ្ទាល់ ស្នើរសុំនូវប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកាន់ **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001។ លោកអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លក្ខណសម្បត្តិ សម្រាប់ការទិញការរ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈក្រុមហ៊ុន Marketplace, អំឡុងពេលការចុះឈ្មោះ, ឥណទានពន្ធ ការហូតពន្ធចែករំលែកកម្រៃ Medicaid, និង CHIP, ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានបដិសេធ នូវសំណើរទាំងនេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់ឥណទានពន្ធ ឬការហូតពន្ធចែក រំលែក លោកអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ចំនួន ដែលយើង បានសម្រេចថាលោកអ្នកមានប្រសិទ្ធិភាពនឹងទទួល។ ដោយសំអាងទៅលើរដ្ឋរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ តាមរយៈក្រុមហ៊ុន Marketplace ឬលោកអ្នកអាចស្នើរសុំឧទ្ធរណ៍ជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងារ Medicaid រដ្ឋ ឬទីភ្នាក់ងារ CHIP។

**ជនទី 1 ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាទម្រង់បែបបទនេះ។** ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត លោកអ្នកអាចចុះហត្ថលេខា កន្លែងនេះដរាបណាជនទី 1 បានចុះហត្ថលេខាសេចក្តីបន្ថែម C.

| ហត្ថលេខា | កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) |
|---|---|
| | / / |

ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងតែចុះហត្ថលេខាទម្រង់បែបបទនេះ ក្រៅអំឡុងពេល ការបើកទ្វាចុះឈ្មោះ (រវាងថ្ងៃទី 15 ខែវិច្ឆិការ និងថ្ងៃទី 15 ខែកុម្ភៈ), សូមបញ្ជាក់ថាអ្នកពិនិត្យមើលសេចក្តីបន្ថែម D (“សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរជីវិត”)។

## ជំហានទី 6ៈ ផ្ញើរទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចហើយ

ជំហានទី 6ៈ ផ្ញើរទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចហើយ
**Health Insurance Marketplace**
**Dept. of Health and Human Services**
**465 Industrial Blvd.**
**London, KY 40750-0001**

ប្រសិនបើលោកអ្នកចុះឈ្មោះដើម្បីបោះឆ្នោត លោកអ្នកអាចបំពេញ ទម្រង់ ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត នៅឯ www.eac.gov។

**ត្រូវការជំនួយនឹងទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក?** សូមចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ នៅក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវជំនួយភាសាដែលលោកអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងរកជំនួយជូនលោកអ្នក ដោយមិនអស់លុយចេញពីហោរ៉ាហៅលោកអ្នកឡើយ។ អ្នកដែលប្រើ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325**។

# សេចក្ដីបន្ថែម A

ទម្រង់ដែលហានអនុម័ត
OMB No. 0938-1191

## ការរ៉ាប់រងសុខភាព ពីកន្លែងធ្វើការ

លោកអ្នក **មិន** ចាំបាច់ឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ លើកលែងតែមាននរណាម្នាក់ នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព ចំពោះការរ៉ាប់រងសុខភាព ពីកន្លែងធ្វើការ ថ្វីប្រសិនបើពួកគេមិនទទួលការធានារ៉ាប់រងក្ដី។ សូមដាក់តភ្ជាប់សំណៅមួយច្បាប់ នៃទំព័រសម្រាប់កន្លែងធ្វើការនីមួយៗ ដែលផ្ដល់នូវការរ៉ាប់រង។

### សូមប្រាប់យើង អំពីកន្លែងធ្វើការដែលផ្ដល់នូវការរ៉ាប់រង។

ធ្វើជាសំណៅមួយច្បាប់នៃទំព័រនេះ ហើយយកវាទៅឲ្យនយោជក ដែលផ្ដល់នូវ ការរ៉ាប់រង ដើម្បីជួយលោកអ្នកឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ។

### ព័ត៌មាននិយោជិត

| 1. ឈ្មោះរបស់និយោជិត (ហៅ, កណ្ដាល, ត្រកូល) | 2. លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់និយោជិត |
|---|---|
| | – – |

### Eព័ត៌មានរបស់នយោជក

| 3. ឈ្មោះរបស់នយោជក | 4. លេខអត្តសញ្ញាណរបស់នយោជក (Employer Identification Number, EIN) | |
|---|---|---|
| | – | |
| 5. អាសយដ្ឋានរបស់នយោជក | 6. លេខទូរស័ព្ទរបស់នយោជក | |
| | ( ) – | |
| 7. ក្រុម | 8. រដ្ឋ | 9. លេខស៊ីប កូដ |
| 10. តើអ្នកដែលយើងអាចទំនាក់ទំនងអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់និយោជិត នៅ កន្លែងធ្វើការនេះ? | | |
| 11. លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនបើខុសពីលេខនៅខាងលើ) ( ) – | 12. អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល | |

13. **តើនិយោជិតឥឡូវនេះមានប្រសិទ្ធិភាព សម្រាប់ការរ៉ាប់រងបានផ្ដល់ដោយនយោជកនេះ ឬតើនិយោជិតនឹងមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងអំឡុង 3 ខែនាអនាគតឬទេ?**

○ **បាទ/ ចាស់ (បន្ត)**

a. **ប្រសិនបើលោកអ្នកស្ថិតក្នុងអំឡុងពេលរង់ចាំ ឬសាកល្បង តើលោកអ្នក អាចចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រងពេលណា?** (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

/ /

○ **ទេ (ឈប់ត្រង់កន្លែងនេះ ហើយត្រឡប់ទៅជំហានទី 5 នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ)។**

**សូមសរសេរឈ្មោះនៃជនឯទៀត ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព សម្រាប់ការរ៉ាប់រង ពី កន្លែងធ្វើការនេះ។**

| ឈ្មោះ | ឈ្មោះ | ឈ្មោះ |
|---|---|---|
| | | |

### សូមប្រាប់យើងអំពីតម្លៃយ៉ាងទាបបំផុតនៃគម្រោងសុខភាព ដែលបានផ្ដល់ដោយ នយោជកនេះ។

14. តើនយោជកផ្ដល់គម្រោងសុខភាព ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិ សម្រាប់បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាឬទេ*? ..... ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

15. សម្រាប់គម្រោងមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលសមនឹងបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា* **ត្រូវបានផ្ដល់ តែសម្រាប់និយោជិត** (កុំដាក់បញ្ចូលគម្រោងគ្រួសារឡើយ)៖ ប្រសិនបើនយោជកមានកម្មវិធីសុខុមាលភាព, ផ្ដល់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ដែលនិយោជិតនឹងបង់ ប្រសិនបើគេបានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃជាអតិបរមា សម្រាប់កម្មវិធីបញ្ឈប់ការជក់បារី ហើយមិនបានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃណាផ្សេងទៀត លើកម្មវិធីសុខុមាលភាពនានាឡើយ។

a. តើនិយោជិតត្រូវតែបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង សម្រាប់គម្រោងនេះឬទេ? $

b. ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ? ○ រៀងរាល់សប្ដាហ៍ ○ រៀងរាល់ 2 សប្ដាហ៍ ○ ពីរដងក្នុងមួយខែ ○ ម្ដងក្នុងមួយខែ ○ ប្រចាំត្រីមាស ○ ប្រចាំឆ្នាំ (ទៅសំណួរបន្ទាប់)។

16. តើការផ្លាស់ប្ដូរណា ប្រសិនបើមាន ដែលនយោជកនឹងសុខចិត្តអនុវត្ត សម្រាប់គម្រោងឆ្នាំឬទេ?

○ នយោជកនឹងផ្ដល់ការរ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ។

○ នយោជកនឹងចាប់ផ្ដើមផ្ដល់ការរ៉ាប់រងសុខភាព ដល់និយោជិត ឬផ្លាស់ប្ដូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង សម្រាប់គម្រោងមានតម្លៃយ៉ាងទាបបំផុត ដែលសមស្របនឹងបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា * ហើយគឺមានជូនសម្រាប់និយោជិតតែប៉ុណ្ណោះ។ (បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងត្រូវតែបង្ហាញបញ្ជាក់នូវការបញ្ចុះតម្លៃ សម្រាប់កម្មវិធី សុខុមាលភាពនានា។ សូមមើលសំណួរទី 15)។

a. តើនិយោជិតនឹងត្រូវតែបង់ប្រាប់ប៉ុណ្ណាដែរ នៅក្នុងបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ គម្រោងការនោះ? $

b. ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ? ○ រៀងរាល់សប្ដាហ៍ ○ រៀងរាល់ 2 សប្ដាហ៍ ○ ពីរដងក្នុងមួយខែ ○ ម្ដងក្នុងមួយខែ ○ ប្រចាំត្រីមាស ○ ប្រចាំឆ្នាំ

c. កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្ដូរ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) / /

*គម្រោងសុខភាពធានាដោយនយោជក ដែលសមស្របនឹង "បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា" ប្រសិនបើការចែករំលែកនៃអត្ថប្រយោជន៍អនុញ្ញាតទាំងស្រុង នៃគម្រោង រ៉ាប់រងដោយគម្រោង ដែលមានចំនួនតិចជាង 60% នៃតម្លៃបែបនោះ (វគ្គ 36B(c)(2)(C)(ii) នៃក្រម Internal Revenue Code of 1986)។ គម្រោងសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានផ្ដល់ដោយនយោជក សមស្របនឹងបទដ្ឋាន តម្លៃអប្បបរមា។

**ត្រូវការជំនួយនឹងទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក?** សូមចូលទៅ HealthCare.gov, ឬទូរស័ព្ទមកយើងលេខ **1-800-318-2596**។ Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**. ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ នៅក្នុងភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596** និងប្រាប់អ្នកតំណាងសេវាអតិថិជន នូវជំនួយភាសាដែលលោកអ្នកត្រូវការ។ យើងនឹងរកជំនួយជូនលោកអ្នក ដោយមិនអស់លុយចេញពីហោរបៅលោកអ្នកឡើយ។ អ្នកដែលប្រើ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-889-4325**។

# សេចក្តីបន្ថែម B

ទម្រង់ដែលហានអនុម័ត
OMB No. 0938-1191

## សមាជិកគ្រួសារជាជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬជាអ្នកស្រុកអាឡាស្កា (AI/AN)

បំពេញសេចក្តីបន្ថែមនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារអ្នកជា ជនអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬអ្នកស្រុកអាឡាស្កា កំពុងតែដាក់ពាក្យសម្រាប់ការព្យាបាលរង។ ដាក់ឯកសារនេះជាមួយ "ទម្រង់បែបបទសម្រាប់តម្លៃការព្យាបាលសុខភាព និងជំនួយបង់ថ្លៃ"។

### ប្រាប់យើងសមាជិកគ្រួសារដែលជាជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬជាអ្នកស្រុកអាឡាស្ការបស់លោកអ្នក។

ជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម និងអ្នកស្រុកអាឡាស្កាអាចទទួលសេវាកម្មពី Indian Health Services, កម្មវិធីសុខភាពគោលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិស្បែកក្រហមក្នុងក្រុង។ ពួកគេក៏មិនអាចបង់នូវការចែករំលែកតម្លៃ ហើយអាចទទួលនូវអំឡុងពេលនៃ ការចុះឈ្មោះប្រចាំខែពិសេស។ ឆ្លើយនឹងសំណួរនានាខាងក្រោម ដើម្បីបញ្ជាក់ថាគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ទទួលជំនួនយ៉ាងច្រើនបំផុត។

**កំណត់សារ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានមនុស្សថែមទៀតដើម្បីនឹងដាក់បណ្ឌូល សូមថតចម្លង ទំព័រនេះ ហើយដាក់ភ្ជាប់។**

**ជន AI/AN ទី 1៖**

1. នាម (នামហៅ, នামកណ្តាល, នামត្រកូល)

2. តើសមាជិកមកពីគោលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ? ..... ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

**ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** ឈ្មោះគោលសម្ព័ន្ធ៖ | រដ្ឋដែលគោលសម្ព័ន្ធនោះស្ថិតនៅក្នុង៖

3. តើជននេះធ្លាប់ដែលបានទទួលសេវាកម្ម ពី Indian Health Service, ដែលជាកម្មវិធី សុខភាពគោលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិស្បែកក្រហមឬ កម្មវិធីសុខភាពជនជាតិស្បែកក្រហមក្នុងក្រុង, ឬតាមរយៈសេចក្តីបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះឬ?..... ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

**ប្រសិនបើទេ,** តើជននេះមានប្រសិទ្ធិភាព ដើម្បីទទួលសេវាកម្មពី Indian Health Service, កម្មវិធីសុខភាពគោលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិស្បែកក្រហមក្នុងក្រុង, ឬតាមរយៈសេចក្តីបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះឬ? ..... ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

4. ប្រាក់ណាមួយដែលបានទទួល មិនអាចយកមកវាប់សម្រាប់ Medicaid ឬកម្មវិធី Children's Health Insurance Program (CHIP)។ សូមសរសេរនូវប្រាក់ចំណូលណាមួយ (ចំនួននិងមមាញឹក) ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក ដែលរួមមានប្រាក់មកពីប្រភពទាំងនេះ៖
   - ការទទួលបានប្រាក់សម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗ ពីគោលសម្ព័ន្ធ ដែលចេញមកពីធនធានធម្មជាតិ ឯកសិទ្ធិការប្រើប្រាស់ ភតិសន្យា ឬប្រាក់សិទ្ធិ។
   - ការទទួលបានប្រាក់មកពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើស្រែ ការចិញ្ចឹមពាហនៈ ការនេសាត្រី ភតិសន្យា ឬប្រាក់សិទ្ធិពីទឹកដី ចាត់តាំងសម្រាប់ទឹកដីឯការធិកម្ម របស់ជនជាតិស្បែកក្រហម ដោយក្រសួងផ្ទៃក្នុង (Department of Interior) (មានរួមនឹងការស្តុកទុក ឬការស្តុកទុកអតីត:)
   - ប្រាក់កាសពីការលក់របស់របរ ដែលមានសារប្រយោជន៍ខាងវប្បធម៌

$ | ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

**ជន AI/AN ទី 2៖**

1. នាម (នামហៅ, នামកណ្តាល, នামត្រកូល)

2. តើសមាជិកមកពីគោលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ? ..... ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

**ប្រសិនបើ បាទ/ចាស់,** ឈ្មោះគោលសម្ព័ន្ធ៖ | រដ្ឋដែលគោលសម្ព័ន្ធនោះស្ថិតនៅក្នុង៖

3. តើជននេះធ្លាប់ដែលបានទទួលសេវាកម្ម ពី Indian Health Service, ដែលជាកម្មវិធី សុខភាពគោលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិស្បែកក្រហមឬ កម្មវិធីសុខភាពជនជាតិស្បែកក្រហមក្នុងក្រុង, ឬតាមរយៈសេចក្តីបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះឬ?..... ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

**ប្រសិនបើទេ,** តើជននេះមានប្រសិទ្ធិភាព ដើម្បីទទួលសេវាកម្មពី Indian Health Service, កម្មវិធីសុខភាពគោលសម្ព័ន្ធ, ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិស្បែកក្រហមក្នុងក្រុង, ឬតាមរយៈសេចក្តីបញ្ជូនពីកម្មវិធីណាមួយនៃកម្មវិធីទាំងនេះឬ? ..... ○ បាទ/ ចាស់ ○ ទេ

4. ប្រាក់ណាមួយដែលបានទទួល មិនអាចយកមកវាប់សម្រាប់ Medicaid ឬកម្មវិធី Children's Health Insurance Program (CHIP)។ សូមសរសេរនូវប្រាក់ចំណូលណាមួយ (ចំនួននិងមមាញឹក) ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក ដែលរួមមានប្រាក់មកពីប្រភពទាំងនេះ៖
   - ការទទួលបានប្រាក់សម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗ ពីគោលសម្ព័ន្ធ ដែលចេញមកពីធនធានធម្មជាតិ ឯកសិទ្ធិការប្រើប្រាស់ ភតិសន្យា ឬប្រាក់សិទ្ធិ។
   - ការទទួលបានប្រាក់មកពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើស្រែ ការចិញ្ចឹមពាហនៈ ការនេសាត្រី ភតិសន្យា ឬប្រាក់សិទ្ធិពីទឹកដី ចាត់តាំងសម្រាប់ទឹកដីឯការធិកម្ម របស់ជនជាតិស្បែកក្រហម ដោយក្រសួងផ្ទៃក្នុង (Department of Interior) (មានរួមនឹងការស្តុកទុក ឬការស្តុកទុកអតីត:)
   - ប្រាក់កាសពីការលក់របស់របរ ដែលមានសារប្រយោជន៍ខាងវប្បធម៌

$ | ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

# សេចក្តីបន្ថែម C

ទម្រង់ដែលហានអនុម័ត
OMB No. 0938-1191

## ជំនួយជួយបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ

### សម្រាប់អ្នកប្រឹក្សារ អ្នកតម្រង់ទិសដៅ ទីភ្នាក់ និងអាជ្ញាកណ្តាលប៉ុណ្ណោះ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាអ្នកប្រឹក្សារ អ្នកតម្រង់ទិសដៅ ភ្នាក់ងារ ឬឈ្មួញកណ្តាលទម្រង់បែបបទមានវិញ្ញាបនប័ត្រម្នាក់ដែលបំពេញទម្រង់បែបបទ សម្រាប់នរណាម្នាក់ទៀត។

| | |
|---|---|
| 1. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមទម្រង់បែបបទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)<br>/ / | |
| 2. នាមហៅ, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល, និង បច្ឆិមបទ | |
| 3. ឈ្មោះរបស់ចនាសម្ព័ន្ធ | |
| 4. លេខអត្តសញ្ញាណ ID (ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន) | 5. សម្រាប់ភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាលតែប៉ុណ្ណោះ៖ លេខ NPN |

### លោកអ្នកអាចជ្រើសរកអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត។

លោកអ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ជនដែលអាចទុកចិត្តបាន ឲ្យនិយាយអំពី ទម្រង់បែបបទនេះជាមួយយើង សូមមើលព័ត៌មានរបស់លោកអ្នក និងឈ្មោះ ជំនួសលោកអ្នក សម្រាប់រឿងនានា ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទម្រង់បែបបទនេះ រួមមាននឹងការទទួលព័ត៌មានអំពីទម្រង់បែបបទរបស់លោកអ្នក និងការចុះហត្ថលេខា ទម្រង់បែបបទរបស់របស់លោកអ្នក ជំនួសរបស់លោកអ្នក។ ជននេះត្រូវបានហៅថា "អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត"។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរ ឬដកអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់លោក អ្នកចេញ សូមទំនាក់ទំនង Marketplace។ ប្រសិ៍នបើលោកអ្នកមានអ្នកតំណាងដែលបានចាត់តាំងតាមច្បាប់ សម្រាប់នរណា ម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ សូមដាក់បញ្ជូលភស្តុតាងជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទ។

| | | |
|---|---|---|
| 1. ឈ្មោះនៃអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត (នាមហៅ, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល) | | |
| 2. អាសយដ្ឋាន | | 3. លេខផ្ទះឈ្មួល ឬបន្ទប់ស្វ៊ីត |
| 4. ក្រុង | 5. រដ្ឋ | 6. លេខស៊ីប កូដ |
| 7. លេខទូរស័ព្ទ<br>( ) – | | |
| 8. ឈ្មោះរបស់រចនាសម្ព័ន្ធ | | |
| 9. លេខអត្តសញ្ញាណ ID (ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន) | | |

ដោយការចុះហត្ថលេខា លោកអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យជននេះ ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ និងឈ្មោះឲ្យលោកអ្នក សម្រាប់រឿងទាំងអស់នាអនាគត ពាក់ព័ន្ធនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។

| | |
|---|---|
| **10. ហត្ថលេខារបស់ជនទី 1 មានឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ** | **11. កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា** (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)<br>/ / |

# សេចក្ដីបន្ថែម D

ទម្រង់ដែលហានអនុម័ត
OMB No. 0938-1191

## សំណួរអំពីការផ្លាស់ប្ដូរនៃជីវិត

**(លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញសំណួរនៅសល់ទាំងអស់ នៃទម្រង់បែបបទនេះ ជាលំដោយលំដាប់ក្នុងទំព័រនេះ។ សូមដាក់បញ្ចូលទំព័រនេះតែឯកឯងឡើយ)។**
ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ បានពិសោធន៍នូវការផ្លាស់ប្ដូរនៃ ជីវិតណាមួយ ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃកន្លងមកនេះ សូមបំពេញសំណួរដូចតទៅ។ ការផ្លាស់ប្ដូរនៃជីវិតនានាខ្លះ អនុញ្ញាតឲ្យការរ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក តាមរយៈ Marketplace ចាប់ផ្ដើមភ្លាមៗតែម្ដង។ យើងក៏ចង់ណែនាំលោកអ្នក ឲ្យឆ្លើយនឹងសំណួរទាំងនេះ ដែលលោកអ្នកកំពុងតែ ដាក់ពាក្យសុំ បន្ទាប់ពីអំឡុងពេលបើកទ្វាចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចប់ ក្នុងថ្ងៃទី 15 ខែកុម្ភៈឆ្នាំ 2015 និងមុនអំឡុងពេលបើកទ្វាចុះឈ្មោះចាប់ផ្ដើម ក្នុងពេលក្រោយ នៅក្នុង ឆ្នាំដដែលនេះ។

សំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើស។ ប្រសិនបើកាលៈទេសៈនៃជីវិតរបស់លោកអ្នក មិនបានផ្លាស់ប្ដូរទេ លោកអ្នកអាច ទុកចន្លើយទាំងនោះនៅទទេ។ លោកអ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid និងកម្មវិធី (Children's Health Insurance Program, CHIP) ពេលណាក៏បាននៃឆ្នាំ ថ្វីប្រសិនបើលោកអ្នកពុំមានការផ្លាស់ប្ដូរនៃ ជីវិតក្ដី។ សមាជិកនៃគោលសម្ព័ន្ធ ទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ និងកូនហ៊ុនអ្នកស្រុកអាឡាស្កា អាចចុះឈ្មោះក្នុងការរ៉ាប់រង តាមរយៈ Marketplace ពេឡណាក៏បាននៃឆ្នាំ។

### សូមប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្ដូរនៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក។

**1. នរណាម្នាក់បានបាត់បង់ការរ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនេះ, ឬរំពឹងនូវការបាត់ បង់ការរ៉ាប់រង ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនាអនាគត។**

| ឈ្មោះ | កាលបរិច្ឆេទនៃការរ៉ាប់រងបានចប់ ឬនឹងចប់ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) |
|---|---|
| ☐ សូមគូសឆែកកន្លែងនេះ ប្រសិនបើការរ៉ាប់រង បានចប់ដោយព្រោះតែមិនបានបង់ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។ | / / |

**2. នរណាម្នាក់ដែលបានរៀបការក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនេះ។**

| ឈ្មោះ | កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) |
|---|---|
| | / / |

**3. អ្នកណាបានកើត បានយកមកចិញ្ចឹម ឬបានដាក់កន្លែងចិញ្ចឹមកូនក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនេះ.**

| ឈ្មោះ | កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) |
|---|---|
| | / / |

**4. នរណាម្នាក់បានទទួលនូវហានៈអន្តោប្រវេសន៍ ក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនេះ.**

| ឈ្មោះ | កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) |
|---|---|
| | / / |

**5. នរណាម្នាក់ដែលបានរើចូលក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនេះ.**

| ឈ្មោះ | កាលបរិច្ឆេទនៃការរើចូល (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) |
|---|---|
| | / / |

**6. នរណាម្នាក់ដែលបានដោះលែងចេញពីការជាប់ឃុំឃាំង មន្ទីរឃាត់ទុក ឬពន្ធនាគារក្នុងអំឡុង 60 ថ្ងៃនេះ។**

| ឈ្មោះ | កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) |
|---|---|
| | / / |