

# Medi-Cal 101 – ការស្នើយសំណួរ របស់អ្នកអំពី Medi-Cal

ស្វែងយល់ពីអ្វីដែល MEDI-CAL ផ្តល់ជូន និងស្វែងយល់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានដែរឬទេ







# ផែនទីបង្ហាញផ្លូវ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ៖ សេចក្តីសង្ខេប



## ដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal និងរៀបចំផែនការដើម្បីមាន សុខភាពល្អ

អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal តាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិតតាមរយៈ  
[www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) ឬ [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)។ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសព្ទ  
ឬដាក់ពាក្យដោយផ្ទាល់តាមរយៈភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សជាតិ នៃខោនធីក្នុងតំបន់  
របស់អ្នក។ នៅពេលដែលអ្នកដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ភ្នាក់ងារសេវា  
មនុស្សជាតិខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នកនឹងសម្រេចថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល  
បាន Medi-Cal ដែរឬទេ ឬប្រសិនបើត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

### ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន៖

1. អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍ Medi-Cal (BIC) នៅក្នុង  
សំបុត្រ។
2. ជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ។
3. ជ្រើសរើសវេជ្ជបណ្ឌិតមួយរូប។
4. ទទួលបាន ID គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។
5. ចាប់ផ្តើមប្រើអត្តប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក!

## តើ Medi-Cal ផ្តល់ជូនអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះ?

អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal រួមមាន៖

- ការគ្រប់គ្រងករណី
- ការថែទាំសុខភាពធ្មេញ
- បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើជាប់បានយូរ
- សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់
- ការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំអ្នកជំងឺដ៏ធំណាស់កាល  
ចុងក្រោយ
- មន្ទីរពិសោធន៍ និងសេវាវិទ្យាសាស្ត្រ  
(ដូចជាការឆ្លុះកាំរស្មីអ៊ិច)
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ការថែទាំផ្នែកសម្ភព និងទារក  
ទើបកើត
- ខ្សែទូរសព្ទពិគ្រោះយោបល់  
គិលានុបដ្ឋាក 24/7
- សេវាពិគ្រោះអ្នកជំងឺខាងក្រៅ
- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា
- មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ និង  
ជាច្រើនទៀត!





# Medi-Cal 101 – ទិដ្ឋភាពទូទៅ

## តើ Medi-Cal ជាអ្វី?

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធីសុខភាពរបស់រដ្ឋដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬគិតថ្លៃទាបដល់ពលរដ្ឋរស់នៅរដ្ឋ California។

- មនុស្សពេញវ័យ
- គ្រួសារដែលមានកូន
- មនុស្សចាស់
- ជនមានពិការភាព
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ
- កុមាររស់នៅមណ្ឌលថែទាំកុមារ
- អតីតយុវជនដែលរស់នៅជាមួយគ្រួសារអ្នកដទៃរហូតដល់អាយុ 26 ឆ្នាំ

## តើអ្នកបានដឹងទេ?

អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអាចចុះឈ្មោះចូល Medi-Cal បានពេញមួយឆ្នាំ។ រួមទាំង **បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងអស់ដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California អាចទទួលបាន Medi-Cal ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេនោះទេ។** ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពេញលេញរបស់ពួកគេរួមមាន៖

- \$0** ការជួបពិនិត្យជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត
- \$0** ការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា
- \$0** ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ
- \$0** កម្មវិធីអប់រំសុខភាព
- \$0** ការចាក់វ៉ាក់សាំង

# សំណួរដែលសួរញឹកញាប់

## ហេតុអ្វីខ្ញុំគួរចុះឈ្មោះចូល Medi-Cal?

អ្នកគួរចុះឈ្មោះចូល ព្រោះការថែទាំសុខភាពគឺជាផ្នែកមួយនៃជីវិត! ហើយ Medi-Cal ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញ **មិនថាអ្នកអាចមានលទ្ធភាពបង់ប្រាក់ឬអត់នោះទេ**។ លើសពីនេះទៀត ការរក្សាការថែទាំសុខភាពបង្ការអាចជួយអ្នកឱ្យសម្រេចបាននូវគោលដៅថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែងដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក។

ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពក៏អាចធ្វើឱ្យជំនាញសង្គម ព្រមទាំងសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងរាងកាយរបស់អ្នកកាន់តែប្រសើរឡើងផងដែរ។ ការថែទាំសុខភាពនេះអាចជួយលើកកម្ពស់កម្រិតជីវភាពទូទៅរបស់អ្នក។

សូមជម្រាបជូនថាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់ **ប្រជាពលរដ្ឋដែលរស់នៅរដ្ឋ Californian ទាំងអស់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំ**។

 <p><b>រក្សាសុខភាពរាងកាយ និងចិត្តរបស់អ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អជាមួយ៖</b></p>	 <p><b>ទទួលជំនួយពេលឈឺ ឬរងរបួសជាមួយ៖</b></p>	 <p><b>បន្តរក្សាស្នាមញញឹមជាមួយ៖</b></p>	 <p><b>គម្រោង និងការថែទាំសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះ និងទារករបស់អ្នក៖</b></p>	 <p><b>ទទួលយកថ្នាំរបស់អ្នកជាមួយ៖</b></p>	 <p><b>ទទួលបានការធ្វើដំណើរឥតគិតថ្លៃសម្រាប់៖</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ការពិនិត្យសុខភាព</li> <li>• វ៉ាក់សាំង</li> <li>• ការពិនិត្យសុខភាពជាប្រចាំ</li> <li>• សុខភាពនៃឥរិយាបថ</li> <li>• ផែនការរបបអាហារ និងលំហាត់ប្រាណ</li> <li>• ការព្យាបាលដោយចលនា</li> <li>• ការថែទាំសុខភាពធ្មេញនិងភ្នែក</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ការជួបវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋម</li> <li>• ការណាត់ជួបការថែទាំសុខភាពពីចម្ងាយ/តេឡេសុខភាព</li> <li>• ការថែទាំបន្ទាន់</li> <li>• ER</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ការពិនិត្យធ្មេញ</li> <li>• ការសម្អាតធ្មេញ</li> <li>• សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់</li> <li>• ការព្យាបាលដោយក្លាយអរ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ការធ្វើផែនការគ្រួសារ</li> <li>• ការធ្វើតេស្តផ្ទៃពោះ</li> <li>• ការថែទាំមុនសម្រាល</li> <li>• ការចាក់វ៉ាក់សាំងនិងការឆ្លុះពិនិត្យ</li> <li>• ការជួបពិនិត្យសុខភាពកុមារនិងការពិនិត្យកាយសម្បទាមុនទៅសាលារៀន</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• វេជ្ជបញ្ជាឱសថឥតគិតថ្លៃ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ការណាត់ជួបវេជ្ជសាស្ត្រ</li> <li>• ការជួបពិនិត្យសុខភាពធ្មេញ</li> <li>• ឱសថស្ថាន</li> <li>• ការលាងឈាមនិងការថែទាំប្រកបដោយនិរន្តរភាពផ្សេងទៀត</li> <li>• គ្រូពេទ្យព្យាបាលរួមទាំងការជួបពិគ្រោះជំនួយប្រើប្រាស់សារធាតុញ្ជឺន</li> <li>• ការណាត់ជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស</li> <li>• ការទៅយកឧបករណ៍ពេទ្យ</li> <li>• ការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ</li> </ul>



# តើការពិនិត្យថែទាំបង្ការ Medi-Cal មានអ្វីខ្លះ?

## ការពិនិត្យមុន:

**ការណត់ជួបពិគ្រោះសុខភាពដំបូង (IHA) -** គ្រួសាររបស់អ្នកមានសុខភាព កាន់តែប្រសើរឡើង នៅពេលដែលអ្នកមានសុខភាពល្អ។ IHA របស់អ្នករួមមាន ប្រវត្តិសមស្របតាមអាយុ និងការពិនិត្យរាងកាយ។ **ចាក់ទុកការជួបពិនិត្យ សុខភាពជាអាទិភាពចម្បងរបស់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។**

**ការជួបពិនិត្យសុខភាពកុមារ និងការចាក់វ៉ាក់សាំង -** នេះជាញឹកញយសំខាន់ដែល ត្រូវអនុវត្តតាម **កាលវិភាគថែទាំសុខភាពរបស់វិទ្យាស្ថានពេទ្យកុមារអាមេរិក (AAP)។** ការជួបពិនិត្យសុខភាពកុមារ និងការចាក់វ៉ាក់សាំងជួយធានាថា សុខភាពកូនរបស់អ្នកទទួលបានការថែទាំមុនពេលពួកគេឈឺ។

**ការជួបពិនិត្យសុខភាពក្មេងជំទង់ និងការចាក់វ៉ាក់សាំង -** ដើម្បីឱ្យកូនរបស់ អ្នកមានសុខភាពល្អ! **វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដើម្បីឱ្យក្មេងជំទង់ទទួលបានការ ពិនិត្យសុខភាពរបស់ពួកគេ។** សូមកំណត់ពេលជួបពិនិត្យសុខភាពក្មេងជំទង់ សម្រាប់សុខភាពបច្ចុប្បន្ន និងនៅថ្ងៃខាងមុខរបស់ពួកគេ។

**សុខភាពស្ត្រី -** ការថតឆ្លុះសុដន់អាចជួយស្វែងរកដុំសាច់។ មហារីកមាត់ស្បូន មានការលូតលាស់យឺត ដូច្នោះ **ការពិនិត្យជាប្រចាំមានភាពចាំបាច់ដើម្បីរក្សាសុខ ភាពល្អ។** រៀបចំផែនការដើម្បីមានសុខភាពល្អ និងផ្ដោតលើសុខភាព។

**សុខភាពទូទៅ -** រួមមានការបង្ការ និងការថែទាំជំងឺទឹកនោមផ្អែមពេញលេញ រួមជាមួយនឹងការគ្រប់គ្រងសម្ពាធឈាម។ កំណត់ការថែទាំបង្ការជាគោលដៅ អាទិភាពចម្បង ហើយមានអារម្មណ៍ល្អក្នុងការថែទាំខ្លួនអ្នក។



# តើកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធគឺជាអ្វី?


កម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ (FPL) គឺជាស្តង់ដារនៃការរស់រវើក ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព និងមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (DHHS) ប្រើ FPL ដើម្បីស្វែងរកថាតើបុគ្គលនោះអាចទទួលបានកម្មវិធី និងសេវាកម្មដែលគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋាភិបាលដូចជា Medi-Cal ដែរឬទេ។

ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលកែសម្រួល និងបោះពុម្ពផ្សាយចំនួននៃ FPL ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព និងមនុស្សជាតិ (DHCS) តាមរយៈ: [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/DoYouQualifyForMedi-Cal.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/DoYouQualifyForMedi-Cal.aspx) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពី FPL ចុងក្រោយបង្អស់។

## សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីតាមកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធសម្រាប់ឆ្នាំ 2025

ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក និងថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធី Covered California ឬ Medi-Cal ផ្សេងៗអាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដោយផ្អែកលើកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ (FPL)។

		Federal Premium Tax Credit*										
		American Indian / Alaska Native (AIAN) Zero Cost Sharing (100%-300%)							AIAN Limited Cost Sharing** (over 300%)			
		SEE NOTE BELOW FOR INCOMES IN THIS RANGE										
		Silver 94 (100%-150%)		Silver 87 (>150%-200%)		Silver 73 (>200%)						
% FPL		0%	100%	138%	150%	200%	213%	250%	266%	300%	322%	400%*
Household Size	1	\$0	\$15,060	\$20,783	\$22,590	\$30,120	\$32,078	\$37,650	\$40,060	\$45,180	\$48,494	\$60,240
	2	\$0	\$20,440	\$28,208	\$30,660	\$40,880	\$43,538	\$51,100	\$54,371	\$61,320	\$65,817	\$81,760
	3	\$0	\$25,820	\$35,632	\$38,730	\$51,640	\$54,997	\$64,550	\$68,682	\$77,460	\$83,141	\$103,280
	4	\$0	\$31,200	\$43,056	\$46,800	\$62,400	\$66,456	\$78,000	\$82,992	\$93,600	\$100,464	\$124,800
	5	\$0	\$36,580	\$50,481	\$54,870	\$73,160	\$77,916	\$91,450	\$97,303	\$109,740	\$117,788	\$146,320
	6	\$0	\$41,960	\$57,905	\$62,940	\$83,920	\$89,375	\$104,900	\$111,614	\$125,880	\$135,112	\$167,840
	7	\$0	\$47,340	\$65,330	\$71,010	\$94,680	\$100,835	\$118,350	\$125,925	\$142,020	\$152,435	\$189,360
	8	\$0	\$52,720	\$72,754	\$79,080	\$105,440	\$112,294	\$131,800	\$140,236	\$158,160	\$169,759	\$210,880
	add'l, add	\$0	\$5,380	\$7,425	\$8,070	\$10,760	\$11,460	\$13,450	\$14,311	\$16,140	\$17,324	\$21,520



**Medi-Cal**

Medi-Cal for Adults

Medi-Cal for Pregnant Individuals

Medi-Cal Access Program  
(for Pregnant Individuals)

Medi-Cal for Kids  
(0-18 Yrs.)

CCHIP (San Francisco, San Mateo, and Santa Clara county residents)

**Note:** Most consumers up to 138% FPL will be eligible for Medi-Cal. If ineligible for Medi-Cal, consumers may qualify for a Covered California health plan with financial help including: federal premium tax credit, Enhanced Silver (94, 87, 73) plans and Zero Cost Sharing and Limited Cost Sharing AIAN plans.

**Enhanced Silver 94, 87 and 73 plans** have no deductibles, and lower co-pays and out-of-pocket maximum costs.

\* Consumers at 400% FPL or higher may receive a federal premium tax credit to lower their premium to a maximum of 8.5 percent of their income based on the second-lowest-cost Silver plan in their area. See the chart on page 2 for more information.

\*\* AI/AN members with household incomes above 300% FPL will be eligible for the Limited Cost Sharing and the Silver 73.

Covered California។ កម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។ Covered California តាមរយៈ: [www.coveredca.com/support/financial-help/federal-poverty-level/](http://www.coveredca.com/support/financial-help/federal-poverty-level/)



# កម្មវិធី Medi-Cal

សូមមើលតារាងអំពី  
Covered California នៅទំព័រទី 7។

The column headings shaded in orange are associated with eligibility ranges for Medi-Cal programs:

Medi-Cal uses FPL limits for the current year, [as calculated by the Department of Health Care Services](#), to determine eligibility for its programs.

Medi-Cal for Adults	up to 138% FPL
Medi-Cal for Children	up to 266% FPL
Medi-Cal for Pregnant Individuals	up to 213% FPL
MCAP (for Pregnant Individuals)	over 213%–322% FPL
CCHIP (for Children in San Mateo, San Francisco, and Santa Clara counties)	over 266%–322% FPL



## តើខ្ញុំនឹងដឹងបានដោយរបៀបណាថាខ្ញុំអាចទទួលបានការកាត់បន្ថយការទូទាត់ និងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់?

ដើម្បីទទួលបាន Medi-Cal អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមចំណូលជាក់លាក់ ទំហំគ្រួសារ និងស្តង់ដារអាយុ។ ដើម្បីទទួលបាន Medi-Cal ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំត្រូវតែទាបជាង 138% របស់ FPL។ សម្រាប់អ្នកដែលនៅលើ ប្រាក់ចំណូលគឺ \$1,732 ក្នុងមួយខែ (ឬ \$20,783 ក្នុងមួយឆ្នាំ)។ សម្រាប់គ្រួសារដែលមានសមាជិកបួននាក់ ប្រាក់ចំណូលគឺ \$3,588 ក្នុងមួយខែ (ឬ \$43,056 ក្នុងមួយឆ្នាំ)។

## ចុះប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចទទួលបាន Medi-Cal?

សម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ (ឧ. ឥណទានពន្ធសហព័ន្ធ ឬឧបត្ថម្ភធនរបស់រដ្ឋ California) អ្នកនៅលើ ឬគ្រួសារដែលមិនមានលទ្ធភាពទទួលបាន Medi-Cal អាចមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងសុខភាព Covered California។ គម្រោងរួមមាន៖

- គម្រោង Silver ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង
- គម្រោងជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា (AIAN)

ដើម្បីដឹងថាតើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដែរឬទេ សូមចូលមើល [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) ឬ [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com) ហើយធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គណនី Covered California ឬ គណនី BenefitsCal របស់អ្នក។





សូមមើលតារាងអំពី  
Covered California នៅទំព័រទី 7។

## កម្មវិធី Covered California

**The unshaded column headings are associated with eligibility ranges for Covered California programs and financial help:**

Covered California uses FPL limits from the previous year to determine eligibility for its programs.

Federal Premium Tax Credit	100%–400%+ FPL
Silver 94	100%–150% FPL
Silver 87	over 150%–200% FPL
Silver 73	over 200% FPL
AIAN Zero Cost Sharing	100%–300% FPL
AIAN Limited Cost Sharing**	over 300% FPL

*\*\*AI/AN members with household incomes above 300% FPL will be eligible for the Limited Cost Sharing and the Silver 73*



# តើការធានារ៉ាប់រងភាពអត់ការងារធ្វើ (UI) ចាត់ទុកជាប្រាក់ចំណូលទេ?

**បាទ/ចាស។** អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ ការទូទាត់ UI ដែលរំពឹងទុករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈ Covered California។ អ្នកនឹងត្រូវបានស្មានប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំធានារ៉ាប់រងឱ្យបានល្អបំផុតតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន នៅពេលបំពេញពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ ការធ្វើបែបនេះនឹងជួយឱ្យ Covered California ធ្វើការបានស្មានបានត្រឹមត្រូវ។



## តើគម្រោងសុខភាពផ្តល់ជំនួយក្នុងការចុះឈ្មោះដែរឬទេ?

បាទ/ចាស។ ភាគច្រើន ហើយប្រសិនបើគម្រោងទាំងអស់នោះមិនផ្តល់ជំនួយទេ។ អ្នកអាចទាក់ទងគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ជាជម្រើសសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកចុះឈ្មោះចូល Net Health ដោយឥតគិតថ្លៃ តាមរយៈលេខ 1-800-327-0502 ម៉ោង 7:30 ព្រឹក - 6 ល្ងាច។ ពិថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក។

## តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យដោយរបៀបណា?

ចូលទៅកាន់ [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx) ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal បានផងដែរ៖

- អនឡាញតាមរយៈ [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) ឬ [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)។
- តាមប្រៃសណីយ៍៖ ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារួចទៅការិយាល័យសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។
- តាមទូរសព្ទ ហៅទូរសព្ទទៅភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។
- ដោយផ្ទាល់ ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យសេវាសង្គមកិច្ចក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)។

## តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ពីខ្ញុំដាក់ពាក្យ?

នៅពេលដែលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានដាក់បញ្ជូន ពាក្យស្នើសុំនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅភ្នាក់ងារសេវាសង្គមស្វែងរកខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ពួកគេនឹងសម្រេចថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានដែរឬអត់។

ខោនធីនឹងទាក់ទងទៅអ្នក ប្រសិនបើត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម នៅពេលដែលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានពិនិត្យ។ ប្រសិនបើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក (BIC) នៅក្នុងសំបុត្រ។

អ្នកនឹងទទួលបានកញ្ចប់ព័ត៌មាននៅក្នុងសំបុត្រក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្ណ BIC របស់អ្នក។ កញ្ចប់ព័ត៌មានមានពន្យល់អំពីជម្រើសគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ដែលមានផ្តល់ជូននៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក និងរបៀបចុះឈ្មោះ។

បន្ទាប់មកអ្នកនឹងមានពេល 30 ថ្ងៃ ដើម្បីជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ។ **Medi-Cal នឹងជ្រើសរើសគម្រោងមួយឱ្យអ្នក** ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចជ្រើសរើសបានទេ។ គម្រោងសុខភាពដែលបានផ្តល់ជូនអាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ។

សូមចូលមើល [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov) ដើម្បីជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះចូល Medi-Cal ហើយត្រូវការជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពមួយ អ្នកអាចជ្រើសរើសបានតាមរយៈគេហទំព័រជម្រើសថែទាំសុខភាព [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)។

- ប្រសិនបើមានតែគម្រោងមួយក្នុងបញ្ជី **មានន័យថាខោនធីបានជ្រើសរើសគម្រោងនេះឱ្យអ្នក**។ សូមរង់ចាំមើលព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងសំបុត្រ។
- ប្រសិនបើគម្រោងសុខភាពមានលើសពីមួយនៅក្នុងបញ្ជី សូមស្វែងរកគម្រោងនីមួយៗ ហើយជ្រើសរើសគម្រោងមួយដែលស្ថិតិសមនឹងតម្រូវការរបស់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។ សូមកុំភ្លេច ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសគម្រោងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានសំបុត្រដែលមានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទេ Medi-Cal នឹងជ្រើសរើសគម្រោងមួយឱ្យអ្នក។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ DHCS តាមរយៈ [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx)

# មានសំណួរឬបន្ថែម

សូមបន្តអាន៖

ប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមានការប្រែប្រួលដោយសារការបាត់បង់ការងារ ឬម៉ោងការងារត្រូវបានកាត់បន្ថយ។ តើខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឥឡូវនេះបានទេ?

**បាទ/ចាស។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal បានគ្រប់ពេល។** អ្នកមិនចាំបាច់រង់ចាំសម្រាប់ការទទួលបានចុះឈ្មោះ ឬរហូតដល់ COBRA របស់អ្នកបញ្ចប់ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal នោះទេ។ ចូលមើល៖ [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) ឬ [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)។ ឬទូរសព្ទទៅ Covered California ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ៖ 1-800-300-1506 (TTY: 711) ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសព្ទ ឬដាក់ពាក្យដោយផ្ទាល់តាមរយៈភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សជាតិនៃខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។



តើខ្ញុំមានជម្រើសអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានព្យួរការងារ ឈប់សម្រាកមិនទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល ឬការឈប់សម្រាកសម្រាប់គ្រួសារ?

Medi-Cal អាចផ្តល់ **ជម្រើសការធានារ៉ាប់រងបណ្តោះអាសន្ន** រហូតដល់អ្នកត្រលប់ចូលធ្វើការវិញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលមើល៖ [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) ឬ [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)។ ឬទូរសព្ទទៅ Covered California ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ៖ 1-800-300-1506 (TTY: 711) ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសព្ទ ឬដាក់ពាក្យដោយផ្ទាល់តាមរយៈភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សជាតិនៃខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ត្រូវប្រាកដថា **ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគណនី Covered California ឬគណនី BenefitsCal** របស់អ្នកនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ (ឧ. ប្រសិនបើអ្នកនឹងត្រលប់ចូលធ្វើការវិញ។)

ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Covered California ប៉ុន្តែខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការចំណាយលើគម្រោងរបស់ខ្ញុំ ដោយសារតែការបាត់បង់ប្រាក់ចំណូល។ តើខ្ញុំអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុបន្ថែមទេ?

អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបាន Medi-Cal ឬអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់លើគម្រោង Covered California របស់អ្នក។ ជំនួយនេះរួមមាន៖

- ឥណទានពន្ធសហព័ន្ធ
- ឧបត្ថម្ភធនរដ្ឋ California
- គម្រោង Silver ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង
- គម្រោងជនជាតិដើមអាមេរិកកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា (AIAN)

ដើម្បីដឹងថាតើអ្នកអាចទទួលបានជំនួយបន្ថែមឬអត់ សូមចូលមើល៖ [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគណនី Covered California របស់អ្នក។ ឬទូរសព្ទទៅ Covered California ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ៖ 1-800-300-1506 (TTY: 711) ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក។

**ខ្ញុំមានផ្ទៃពោះ។ តើសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកមានផ្ទៃពោះអ្វីខ្លះ  
ដែលមានមកជាមួយ Medi-Cal?**

Medi-Cal រ៉ាប់រងលើការថែទាំមុនសម្រាល ជិតសម្រាល ពេលសម្រាល  
និងការថែទាំក្រោយសម្រាល។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលមើល៖  
**www.coveredca.com** ឬ **www.BenefitsCal.com**។ ឬទូរសព្ទទៅ Covered  
California ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ៖ 1-800-300-1506 (TTY: 711) ថ្ងៃចន្ទ  
ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក។  
ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសព្ទ ឬដាក់ពាក្យដោយផ្ទាល់តាមរយៈភ្នាក់ងារសេវា  
មនុស្សជាតិនៃខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។





# តើស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ប៉ះពាល់ដល់ការទទួលបាន

## Medi-Cal របស់ខ្ញុំឬអត់?

**ទេ។ សមាជិកនីមួយៗនៃគ្រួសាររបស់អ្នក** អាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal។ មានន័យថាបុគ្គលម្នាក់ៗដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសុខភាព យើងអាចរ៉ាប់រងលើ Medi-Cal ឱ្យអ្នក។ ហើយអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃដែលរ៉ាប់រងទៅលើ៖



- ការជួបពិនិត្យជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត
- ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍
- សុខភាពភ្នែក
- សុខភាពធ្មេញ
- មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
- ការថែទាំមានផ្ទៃពោះ/ទារកទើបនឹងកើត
- ការថែទាំសុខភាពពិបាក
- សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងជាច្រើនទៀត

**សម្គាល់៖** វិធាន Medi-Cal សម្រាប់កុមារគឺខុសពីវិធានសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ។ **កុមារអាចទទួលបាន Medi-Cal ខណៈពេលដែលឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេមានគម្រោងផ្សេង។**

សមាជិកគ្រួសារ Medi-Cal មានសិទ្ធិអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាពពេញលេញ **ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេនោះទេ។** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល៖ [www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/immigrants](http://www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/immigrants)

ច្បាប់ថែទាំប្រកបដោយតម្លៃសមរម្យ ជនអន្តោប្រវេសន៍ភាគច្រើនអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ជំនួយនេះរួមមាន៖

- អ្នករស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ស្របច្បាប់ ឬ "អ្នកមានកាតបែកង"។
- អ្នកស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្នស្របច្បាប់។
- អ្នកដែលគេចចេញពីការបៀតបៀន។ ជនទាំងនេះមានទាំងជនភៀសខ្លួន និងអ្នកស្វែងរកសិទ្ធិជ្រកកោន។
- ជនអន្តោប្រវេសន៍ដទៃទៀត។ ជនទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងស្ថានភាពដែលត្រូវបានការពារបណ្តោះអាសន្ន។
- អ្នកមានបណ្ណស្ថានភាពមិនមែនអន្តោប្រវេសន៍ (ឧ. ទិដ្ឋាការសម្រាប់កម្មករ និងទិដ្ឋាការសម្រាប់សិស្ស)

ការដាក់ពាក្យស្នើសុំ Medi-Cal មិនផ្លាស់ប្តូរអ្នក ឬគ្រួសារអ្នក ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ឬសញ្ជាតិរបស់អ្នកឡើយ។ Health Net មិនប្រមូល ឬរាយការណ៍ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពធ្មេញមាននៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង Sacramento។

<sup>2</sup> រដ្ឋាភិបាលមិនចាត់ទុកសេវា Medi-Cal ជាប្រចាំដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងសហគមន៍ជាផ្នែកនៃការគិតថ្លៃសេវាសាធារណៈទេ។ ការគិតថ្លៃសេវាសាធារណៈត្រូវបានកំណត់ថាជាជនមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលពឹងផ្អែកជាចម្បងលើរដ្ឋាភិបាលដើម្បីទទួលបានការគាំទ្រ។



## តើម្តាយអាចចុះឈ្មោះទារកទើបនឹងកើតនៅក្នុង Medi-Cal បានទេ?

**បាន!** ប្រសិនបើអ្នកគឺជាម្តាយដែលមាន Medi-Cal នៅពេលទារកកើត សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Medi-Cal ខោនធីរបស់អ្នក។ **ទារកទើបនឹងកើតនឹងអាចទទួលបាន Medi-Cal រហូតដល់អាយុមួយឆ្នាំ ប្រសិនបើរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California។** ក្នុងអំឡុងពេលពីរខែដំបូង ការធានារ៉ាប់រងនឹងស្ថិតនៅក្រោមលេខ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើទារកទើបនឹងកើតមិនទាន់បានចុះឈ្មោះចូល Medi-Cal។

## តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចទទួលបាន Medi-Cal ទៀត?

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការរបស់ Medi-Cal ដែលប្រាប់អ្នកថាអ្នកមិនអាចទទួលបាន Medi-Cal ទៀតទេ នោះអ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងតាមរយៈ Covered California។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលមើល៖ [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com)។ ឬទូរសព្ទទៅ Covered California ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-800-300-1506 (TTY: 711)។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 យប់។ បិទរៀងរាល់ថ្ងៃសៅរ៍ និងថ្ងៃអាទិត្យ។

អ្នកនឹងមានពេល **60 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលបានចុះ** នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការរបស់ Medi-Cal ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុង Covered California ក្រោមការចុះឈ្មោះពិសេស។









Health Net អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធជាធរមាន ហើយមិនរើសអើង មិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តលើពួកគេខុសគ្នាដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ភេទ (រួមទាំងការមានផ្ទៃពោះ ទំនោរផ្លូវភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) សាសនា ពូជពង្ស ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬភេទឡើយ។

**Health Net ៖**

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មគតិកថ្លៃដល់អ្នកមានពិការភាព ដើម្បីជួយពួកគេប្រាស្រ័យទាក់ទង ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (ការព្រិនជាអក្សរខ្នាតធំ ជាសំឡេង ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើប្រាស់បាន និងជាទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- ផ្តល់សេវាកម្មភាសាគតិកថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានសមត្ថភាព
  - ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេងៗ
  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711) បម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជាអក្សរស្នាម ការព្រិនជាអក្សរខ្នាតធំ កាសែតជាសំឡេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងជាទម្រង់ផ្សេងៗទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់ Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103  
 មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ 1-800-675-6110 (TTY: 711)  
 California Relay 711

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Health Net បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬមានការរើសអើងក្នុងវិធី មួយផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ឬភេទ (រួមទាំងការមានផ្ទៃពោះ ទំនោរផ្លូវភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ សាសនា ពូជពង្ស ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬយេនឌ័រ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួល 1557។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ **អ្នកសម្របសម្រួល 1557** របស់យើងខ្ញុំអាចជួយអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ។

- តាមទូរសព្ទ: ហៅទៅលេខ 855-577-8234 (TTY: 711)
- តាមទូរសារ: 1-866-388-1769
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ: សរសេរលិខិតមួយច្បាប់ ហើយផ្ញើទៅកាន់ Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

តាមអេឡិចត្រូនិក: ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ [SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com) ការជូនដំណឹងនេះមាននៅ លើគេហទំព័រ Health Net: [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html)

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក:

- តាមទូរសព្ទ: ហៅទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់មិនសូវបានល្អទេ សូមទូរសព្ទទៅ 711។

- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬសរសេរលិខិតមួយច្បាប់ រួចផ្ញើទៅ Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅ [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក តាមរយៈការិយាល័យសម្រាប់វិបធានបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល មាននៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមសំបុត្រ ឬទូរសព្ទបានតាមរយៈ៖

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាមាននៅ <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>។

**English:** If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

**Arabic:** إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

**Armenian:** Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

**Cambodian:** ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារត្រឹមត្រូវជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

**Chinese:** 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

**Farsi:** اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

**Hindi:** यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

**Hmong:** Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

**Japanese:** ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

**Korean:** 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

**Mien:** Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

FLY061959EP00 (06/23)

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian:** Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish:** Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

**Tagalog:** Kung ikaw o ang taong tinutulongan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyonang ito.

**Thai:** หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

**Ukrainian:** Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

**Vietnamese:** Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.



លេខបញ្ជាក់  
ពាក្យស្នើសុំ: \_\_\_\_\_

លេខអត្តសញ្ញាណ  
អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal: \_\_\_\_\_

លេខ ID គម្រោងសុខភាព: \_\_\_\_\_

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទង

Health Net  
21281 Burbank Blvd.  
Woodland Hills, CA 91367

**សេវាបម្រើសមាជិក**

លេខភ័ស្តុតាង 1-800-675-6110 (TTY: 711)  
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

**សេវាកម្មចុះឈ្មោះ**

លេខភ័ស្តុតាង 1-800-327-0502 (TTY: 711)  
ពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក - ម៉ោង 6 ល្ងាច។

[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធរបស់ Health Net, LLC និង Centene Corporation។  
Health Net គឺជានិមិត្តសញ្ញានៃសេវាដែលបានចុះបញ្ជីម៉ាករបស់ Health Net, LLC។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។

BKT1410702DH01w (2/24)