

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

ព័ត៌មានសំខាន់ៗពាក់ព័ន្ធនឹង

ការទូទាត់ប្រាក់បន្ថែមជូនរដ្ឋ (SSP) សម្រាប់អ្នកទូទាត់ប្រាក់

**Important Information Regarding State Supplementary Payment (SSP) for Payees**

កាលបរិច្ឆេទ ៖

ជូនចំពោះ ៖

ឈ្មោះរបស់អតិថិជន
ឈ្មោះរបស់អាណាព្យាបាល/តំណាងស្របច្បាប់ ប្រសិនបើមាន
លេខ ADSA របស់អតិថិជន

បត់នៅទីនេះ សម្រាប់ស្រាវជ្រាវសម្រាប់ប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍

អ្នកកំពុងទទួលបានព័ត៌មានពិបាកកំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថា អ្នកគឺជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ដែលបានចាត់តាំងសម្រាប់អតិថិជនដែលមានឈ្មោះដូចខាងលើ។ ប្រសិនបើ រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមបានកំណត់ថាបុគ្គលដែលមានឈ្មោះដូចខាងលើត្រូវការតំណាងអ្នកទូទាត់ប្រាក់ម្នាក់ ឬសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ SSI របស់គាត់/នាងនោះ គាត់/នាងក៏ត្រូវតែមានអ្នកទូទាត់ប្រាក់ម្នាក់សម្រាប់ SSP របស់គាត់/នាង ពី DDA ផងដែរ។ ក្នុងនាមជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ សូមចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់សំណុំបែបបទ នេះជូនអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អតិថិជននៅក្នុងស្រាវជ្រាវប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍។ រក្សាសំណេរចម្ងាយមួយច្បាប់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នកផ្ទាល់។

តើអ្នកណាជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់របស់អតិថិជនសម្រាប់ SSP?

- អតិថិជនគឺជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ផ្ទាល់។
- តំណាងអ្នកទូទាត់ប្រាក់ SSI នឹងធ្វើការគ្រប់គ្រង SSP។
- បុគ្គលណាម្នាក់/អង្គការណាមួយផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់តាំងឲ្យធ្វើការគ្រប់គ្រង SSP។

បុគ្គល/អង្គការដែលត្រូវបានចាត់តាំងឲ្យធ្វើការគ្រប់គ្រង SSP មានទំនួលខុសត្រូវនានាដូចខាងក្រោម ៖

- ជូនដំណឹងដល់ DDA អំពីការប្រែប្រួលណាមួយនៅក្នុងស្ថានភាព SSI ឲ្យបានទាន់ពេលវេលា។
- ជូនដំណឹងដល់ DDA អំពីការប្រែប្រួលណាមួយនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់អតិថិជន។
- ជូនដំណឹងដល់ DDA ឲ្យបានទាន់ពេលវេលាប្រសិនបើអតិថិជនផ្លាស់ចេញពីរដ្ឋវ៉ាស៊ីន្ទាតោន។
- ទូទាត់ប្រាក់ជូន DDA / SSP តាងនាមអតិថិជន។
- ជូនដំណឹងដល់ DDA អំពីការប្រែប្រួលណាមួយចំពោះកាលៈទេសៈនានារបស់អ្នកទូទាត់ប្រាក់ដែលអាចនឹងមានផលប៉ះពាល់ចំពោះការបំពេញ តាមទំនួលខុសត្រូវនានារបស់អ្នកទូទាត់ប្រាក់។
- សងប្រាក់ SSP (តាងនាមអតិថិជន) ដែលបានចេញនៅពេលដែលអតិថិជនពុំមានសិទ្ធិទទួលបាន SSI នៅពេលទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពី ការទូទាត់ប្រាក់លើសចំនួនរបស់អតិថិជន SSP ណាមួយ។
- អ្នកទូទាត់ប្រាក់ក៏អាចត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងប្រាក់ SSP ផងដែរ ប្រសិនបើគាត់ ឬនាងដឹងថាអតិថិជនពុំមានសិទ្ធិទទួលបាន SSP។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកទូទាត់ប្រាក់ SSP

ឈ្មោះ	
ឈ្មោះរបស់ទីភ្នាក់ងារ ប្រសិនបើមាន	
អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ (លេខកូដតំបន់)

ខ្ញុំយល់ និងទទួលយកទំនួលខុសត្រូវនានាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់ DDA ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើខ្ញុំមានបំណងឈប់ធ្វើជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ជូន SSP សម្រាប់បុគ្គលនេះបន្តទៀត។

ហត្ថលេខា  
ចម្ងង់ជូន ៖ ឯកសារអតិថិជន