



កិច្ចព្រមព្រៀងសេវាកម្មតាមដានរហ័ស
Fast Track Service Agreement

ឈ្មោះរបស់អតិថិជន
លេខ ID នៃ ACES

ខ្ញុំយល់ដឹងថា សេវាថែទាំរយៈពេលយូរអង្វែងដែលខ្ញុំនឹងកំពុងទទួលបាន (បានគូសខាងក្រោម) គឺកំពុងព្យួរទុកជាបណ្តោះអាសន្ននូវលទ្ធភាពទទួលបាន
ហិរញ្ញវត្ថុ Medicaid របស់ខ្ញុំ ហើយអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតវិញរយៈពេលអតិបរមា 90 ថ្ងៃ។

- ជម្រើសដំបូងរបស់សហគមន៍ (CFC)
ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន Medicaid (MPC)
CFC និង COPEs
ការលះបង់សិទ្ធិជំនួយការស្នាក់នៅ

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមសេវាកម្ម ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់សេវាកម្ម ៖ _____

ខ្ញុំយល់ព្រមដាក់ពាក្យសុំ Medicaid ត្រឹម _____ (10 ថ្ងៃ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនូវសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ)។
ការបរាជ័យក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ Medicaid នឹងជាលទ្ធផលនៃការលុបចោលនូវសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ។

ប្រសិនបើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំ Medicaid ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអំឡុងរយៈពេលដែលខ្ញុំត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់សេវាកម្មនានាតាមរយៈ ការតាមដានរហ័ស
(Fast Track) សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានបញ្ឈប់ក្នុង 10 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីខ្ញុំទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការបដិសេធអ្នក Medicaid ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ខ្ញុំនឹងមិនបង្កើតឱ្យមានការទូទាត់លើសសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃសេវាកម្មនានាដែលខ្ញុំបានទទួលអំឡុងរយៈពេល
ការតាមដានរហ័សដែលបានអនុម័តឡើយ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា នៅពេលខ្ញុំទទួលបានមរណៈភាព ថ្លៃចំណាយនៃសេវាកម្មទាំងនេះ
និងសេវាកម្មនាពេលអនាគតណាមួយអាចប្រែប្រួលតាមផ្នែកប្រមូលទ្រព្យសម្បត្តិវិញ (Estate Recovery)។ (មើល WAC 182-527-2742
សម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលអាចប្រែប្រួលតាមផ្នែកប្រមូលទ្រព្យសម្បត្តិវិញ។)

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការផ្លាស់ប្តូរនានាលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលខ្ញុំទូទាត់ទៅលើថ្លៃថែទាំរបស់ខ្ញុំ (ការចូលរួម) អាចចាំបាច់ នៅពេលមានការកំណត់លទ្ធភាពទទួល
ហិរញ្ញវត្ថុ។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ឱ្យមានសិទ្ធិទទួលបានហិរញ្ញវត្ថុ សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំនឹងបន្តរហូតដល់ការវាយតម្លៃ CARE បន្ទាប់របស់ខ្ញុំ។

Table with 2 columns: Name/Title and Date. Rows include: ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន (Client Signature), ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលិក (Staff Signature), and ការិយាល័យ (Office).