

ការពិនិត្យមើលលក្ខណសម្បត្តិឡើងវិញ
ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មរយៈពេលយូរ
Eligibility Review for Long Term Services and Supports

ឈ្មោះអតិថិជន (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាលជាអក្សរកាត់, នាមត្រកូល)		លេខ ID អតិថិជន	
អាសយដ្ឋានអតិថិជន	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្សឺបកូដ
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រអតិថិជន	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្សឺបកូដ
លេខទូរស័ព្ទអ្នកជម្ងឺ (រួមទាំងកូដតំបន់)	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលអ្នកជម្ងឺ		
<input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> សារ			
អ្នកតំណាងស្របច្បាប់			
អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ប្រើប្រាស់ជាបុគ្គលម្នាក់ ដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យទិញសេវា ឬអ្នកត្រូវបានជ្រើសតាំង ពីភារកិច្ចជាមួយអំពីករណីជំនួយរបស់អ្នក ។ អ្នកអាចរកធនធានម្នាក់ឱ្យធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាសេចក្តីអនុញ្ញាតដែលថា ឱ្យត្រូវតែមាននោះទេ ។ ឧទាហរណ៍ គឺជាអាណាព្យាបាល សមាជិកគ្រួសារ មេធាវីជាការពិត។ តើអ្នកមានអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ប្រើប្រាស់ទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ			
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនង (អាណាព្យាបាល សមាជិកគ្រួសារ ជាដើម)		
អាសយដ្ឋានសំបុត្រ	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្សឺបកូដ
លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់)	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលអ្នកជម្ងឺ		
ធនធាននានារបស់អតិថិជន			
	ចំនួនប្រាក់/តម្លៃ	ទឹកនៃធន	
គណនីដែលគ្រឹះស្ថាន/មន្ទីរថែរក្សាជនជរា-ពិការបានរក្សាទុក	\$		
ប្រាក់នៅទីដៃ (ប្រាក់ស្នូល)	\$		
គណនីចំណាយនានា	\$		
គណនីសន្សំនានា	\$		
គណនីធនាគារដទៃទៀត	\$		
គោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងជីវិត/សំរាប់បញ្ចុះសពនានា	\$		
មូលនិធិបញ្ចុះសព	\$		
ធនលាភសាមយិក (Annuities)	\$		
ផ្ទះ ឬទ្រព្យសម្បត្តិដទៃទៀត	\$		
ដទៃទៀត - ថយ, អាណត្តិព្យាបាលភាព, ហ៊ុន, ឥណទេយ្យប័ណ្ណ, សង្គមធន, វិញ្ញាបនប័ត្រធ្វើប្រាក់ដទៃទៀត ៖ (ចូររាយឈ្មោះនៅខាងក្រោម)	\$		
	\$		
តើអ្នកបានលក់, បានដោះដូរ ឬបានឱ្យប្រាក់, ផ្ទះ ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬធនធាននានាដទៃទៀតទៅជនណាម្នាក់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយថា "បាទ/ចាះ," ចូរបំពេញតារាងខាងក្រោមនេះ ៖			
ប្រភេទ	លក់, ដោះដូរ ឬឱ្យទៅអ្នកណា	ចំនួនប្រាក់	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្ទេរ
		\$	
		\$	



ប្រាក់ចំណូលរបស់អតិថិជន	ចំនួនជាប្រាក់
ជំនួយសន្តិសុខសង្គម	\$
ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍/សោធននិវត្តន៍/ធនលាភសាមយិក	\$
ប្រាក់ដទៃទៀត - ប្រាក់ជំនួយអតិថិជន, ប្រាក់ L&I, សោធនអាហារកិច្ច, ប្រាក់ភាគលាភ, ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម, ការប្រាក់, ប្រាក់ថ្លៃឃ្នាល ឬប្រាក់ចំណូល ប្រចាំត្រីមាស ។ (ចូររាយឈ្មោះនៅខាងក្រោម)	
	\$
	\$
	\$
	\$
ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រនានារបស់អតិថិជន និងថ្លៃអាណាព្យាបាល / អត្តាគាហក (ចូរភ្ជាប់ភ័ស្តុតាង)	ចំនួនជាប្រាក់
ប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងនៃការធានារ៉ាប់រង និង/ឬ LTC សុខភាព (ចូររាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់កិច្ចបម្រើ)	\$
វិកលបត្រទារប្រាក់ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រនានា (ចូររាយឈ្មោះ)	\$
	\$
	\$
	\$
ថ្លៃអាណាព្យាបាល / អត្តាគាហកប្រចាំខែ	\$
ប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អតិថិជន	ចំនួនជាប្រាក់
ជំនួយសន្តិសុខសង្គម	\$
ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍/សោធននិវត្តន៍/ធនលាភសាមយិក	\$
ប្រាក់ដទៃទៀត - ប្រាក់ជំនួយអតិថិជន, ប្រាក់ចំណូលពលកម្ម, ប្រាក់ចុងការ, ប្រាក់ភាគលាភ, ប្រាក់ L&I, ប្រាក់ថ្លៃឃ្នាល ឬប្រាក់ចំណូលប្រចាំ ត្រីមាស ។ (ចូររាយឈ្មោះនៅខាងក្រោម)	
	\$
	\$
	\$
ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃទិដ្ឋភ្នែកនានារបស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់អតិថិជន	ចំនួនជាប្រាក់
ថ្លៃជួលផ្ទះ/ថ្លៃបង់ទិញ	\$
ថ្លៃពន្ធត្រួតពិនិត្យ/ថ្លៃការធានារ៉ាប់រងផ្ទះសំបែង	\$
ថ្លៃទូរស័ព្ទទឹកភ្លើងសំរាម	\$
ថ្លៃចំណាយផ្សេងៗ - ថ្លៃនៃការវាយតម្លៃ, សោហ៊ុយចាយវាយលើបន្ទប់ខ្លួន ឬខ្ល-អប់, ថ្លៃជួលកន្លែងទិញ, ។ល។	\$
ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសកម្ម	
<p>អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (HCA) និងក្រសួងសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) នឹងដឹកនាំការផ្ទៀងផ្ទាត់លើការពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបាន និងដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា HCA / DSHS អាចស្នើសុំឯកសារ និងទាក់ទងស្នើសុំហិរញ្ញវត្ថុ ភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬសហព័ន្ធណាមួយ ឬយ៉ាងទន្ទឹមយ៉ាងក៏ដរ ជាផ្នែកនៃដំណើរការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសកម្មនេះ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាការអនុញ្ញាតនេះ បញ្ចប់ នៅពេលសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់។ ខ្ញុំអាចដកហូតការអនុញ្ញាតនេះវិញក្របពេលដោយផ្តល់ HCA ឬ DSHS នូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ប្រសិនបើខ្ញុំដកហូតការអនុញ្ញាតវិញ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសកម្ម និងធនធានទាំងអស់ ក៏ជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។</p>	

សេចក្តីប្រកាស និងការចុះហត្ថលេខា(នានា)

ខ្ញុំបានអាន, ប្រកួតបានគេពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំ, អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវនានារបស់ខ្ញុំ ទម្រង់បែបបទពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបាននេះ និង ក្រមទាំងបានទទួលសំណើចម្លងនៃទម្រង់បែបបទសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវលើការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព, **HCA 18-011** រួចហើយ ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំជំនួយនិងជាប្រធានបទដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយសហព័ន្ធ និងមន្ត្រីរដ្ឋដើម្បីកំណត់ថាតើវាត្រូវឬទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមាន ការប្រាក់ធនលាភប្រចាំឆ្នាំ ខ្ញុំត្រូវតែដាក់ឈ្មោះរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនជាអ្នកទទួលបានដែលនេរសល់។

ខ្ញុំសូមប្រកាស ក្រោមពិន័យការធ្វើសម្រេចក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់គឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញបំផុតនៃចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយសម្រាប់អតិថិជនជាអតិថិជន	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត ឬអ្នកជំនួយ	លេខទូរស័ព្ទ	កាលបរិច្ឆេទ