

កម្មវិធីព្យាបាលជម្ងឺមហារីកដោះ និងជម្ងឺមហារីកមាត់ស្បូន
ទម្រង់លក្ខណសម្បត្តិ, បើកបញ្ចេញព័ត៌មាន និងផ្តល់ការយល់ព្រម

សូមសរសេរតាមច្បាប់

សម្រាប់ការវាយតម្លៃចំណុច

ឈ្មោះ	មាត់ខ្លួន	តាមកណ្តាលជាអក្សរកាត់	BCCHP Prime Contractor SEAT	Diagnosis Date
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គម		BCCHP Case Manager Name: Heather Fluegel	
អាសយដ្ឋាន			BCCHP Case Manager Phone: 206-263-8176 Fax: 206-296-0208	
ក្រុង	រដ្ឋ	លេខស៊ីបកូដ	BCCHP ID #	Medicaid ID #
លេខទូរស័ព្ទ + តើយើងខ្ញុំអាចទុកសារបានទេ? ☐ បាទ/ចា: ☐ លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ + លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត +			Clinic Chart #	Clinic Name

តើប្រាក់ចំណូលមុនបង់ពន្ធរបស់អ្នកមានចំនួន? \$ _____ ក្នុងមួយ ☐ អាទិត្យ ☐ ថ្ងៃ ☐ ឆ្នាំ
ចំនួនមនុស្សរស់នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលបានផ្គត់ផ្គង់ដោយប្រាក់ចំណូលនេះ + _____

តើអ្នកមានកិច្ចធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ? ☐ បាទ/ចា: ☐ ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចា, សូមប្រាប់ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន + លេខកិច្ចធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើអ្នកនៅមានជាប់ជំពាក់ក្នុងការធ្វើតេស្តវិទ្យុសកម្មជម្ងឺមហារីកដោះ ឬជម្ងឺមហារីកមាត់ស្បូននេះទេ? ☐ បាទ/ចា: ☐ ទេ

បើឆ្លើយថា បាទ/ចា, សូមប្រាប់ចំនួនថ្ងៃនៃការធ្វើតេស្តវិទ្យុសកម្មរបស់អ្នក ដែលបានធ្វើតេស្តជាប់រយៈពេល BCCHP ឬដោយកិច្ចធានារ៉ាប់រងសុខភាព + ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

តើអ្នកគឺជាពលរដ្ឋរបស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនទេ? ☐ បាទ/ចា: ☐ ទេ

តើអ្នកជាសញ្ជាតិអាមេរិកាំងឬ? ☐ បាទ/ចា: ☐ ទេ តើអ្នកកើតនៅកន្លែងណា? រដ្ឋ + _____ ប្រទេស ÷ _____

តើអ្នកជាជនបរទេសមានសិទ្ធិរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកជាអចិន្ត្រៃយ៍ឬ? ☐ បាទ/ចា: ☐ ទេ ☐ មិនអនុវត្ត

ជនបរទេសមានសិទ្ធិរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកជាអចិន្ត្រៃយ៍តាំងពី + (កាលបរិច្ឆេទលើប័ណ្ណ P.R.) _____ ប្រសិនបើកើតនៅក្រៅប្រទេសសហរដ្ឋអាមេរិក, សូមផ្តល់ក្រសួងស្ថាប័នកំណត់សម្គាល់ ឬអំពីអន្តោប្រវេសន៍អ្នក

ភាសាបឋម? (សូមជ្រើសរើសភាសាទាំងអស់ដែលលោកអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ ហើយសូមជ្រើសរើសភាសាមួយដែលលោកអ្នកប្រើប្រាស់ជាញឹកញាប់ជាងគេ) ☐ ភាសាអង់គ្លេស ☐ ភាសាអេស៉្បាញ៉ុល
☐ ភាសាវៀតណាម ☐ ភាសាចិន ☐ ភាសាភូមិ ☐ ភាសាខ្មែរ ☐ ភាសាស្ប៉ូ ☐ ភាសាផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះភាសា +)

ខ្ញុំយល់ថា + (សូមចុះហត្ថលេខាជាអក្សរកាត់នៅមុខសេចក្តីផ្ទៃក្នុងការណែនាំ)

_____ ខ្ញុំត្រូវបានគេបញ្ជូនមកម្សិល Apple Health មេឌីខែដរបស់អាជ្ញាធរថែទាំរក្សាសុខភាពនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Health Care Authority (HCA) Apple Health Medicaid Program) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកពេទ្យ សម្រាប់ការព្យាបាលជម្ងឺមហារីកដោះ ឬជម្ងឺមហារីកមាត់ស្បូន។

_____ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវបានចែករំលែកជាមួយក្រសួងសេវាសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) ទេ។

_____ ខ្ញុំសូមប្រគល់ជូនកម្មវិធីសុខភាពដោះ មាត់ស្បូន និងពោះវៀនធំ (Breast Cervical & Colon Health Program, BCCHP) នូវសិទ្ធិបើកបញ្ចេញព័ត៌មានពេទ្យសម្រាប់ជាឯកសារនៃការព្យាបាល។

_____ ខ្ញុំសូមប្រគល់ជូនរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននូវសិទ្ធិទាមទារកម្រៃរ៉ាប់រងរដ្ឋសាស្ត្រ និងសិទ្ធិទាមទារប្រាក់ពិភាក្សា ដើម្បីបង់ថ្លៃថែទាំសុខភាព។

ខ្ញុំបានអាន ហើយបានយល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗនេះហើយ។ ខ្ញុំសូមប្រកាស, ក្រោមឈ្មោះបញ្ញត្តិនៃការស្នើសុំបាន, ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនទាំងព័ត៌មាននេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ, និងពេញលេញ ទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ប្រសើរបំផុតរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន + _____ កាលបរិច្ឆេទ + _____

ហត្ថលេខារបស់នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង + _____ កាលបរិច្ឆេទ + _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:

Initial eligibility screening date: _____

Re-verification date: _____

Remains eligible: ☐ Yes ☐ No (If no, explain in notes)

Requested coverage start date: _____

AEM / ERSO: ☐ Yes ☐ No

BCCHP Consent form current: ☐ Yes ☐ No

Case Management Notes: