

ការសុំសំណងជនរងគ្រោះពីឧក្រិដ្ឋកម្ម



រដ្ឋ RHODE ISLAND  
ការិយាល័យអគ្គហិរញ្ញវត្ថុ JAMES A. DIOSSA

(សូមសរសេរឱ្យបានច្បាស់ និងបំពេញទាំងពីរទំព័រ)

ព័ត៌មានជនរងគ្រោះ (សម្រាប់បុគ្គលដែលមានព្យសនកម្ម។ ត្រូវតែឆ្លើយគ្រប់សំណួរទាំងអស់ ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំ)

|                          |                         |                   |
|--------------------------|-------------------------|-------------------|
| នាមខ្លួន                 | នាមកណ្តាលខ្ចី           | នាមត្រកូល         |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / /     | លេខរបបសន្តិសុខសង្គម - - | ទូរសព្ទនៅផ្ទះ ( ) |
| អាសយដ្ឋានប្រសព្វសព្វថ្ងៃ |                         | ទូរសព្ទដៃ ( )     |
| ទីក្រុង                  | រដ្ឋ                    | លេខកូដតំបន់       |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល          |                         |                   |

ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង (សម្រាប់ជនរងគ្រោះជាអនីតិជន ឬអ្នកនៅមានជីវិតពីជនរងគ្រោះដែលបានទទួលមរណភាព) ត្រូវតែឆ្លើយគ្រប់សំណួរទាំងអស់ ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំ)

|                          |                         |                         |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| នាមខ្លួន                 | នាមកណ្តាលខ្ចី           | នាមត្រកូល               |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / /     | លេខរបបសន្តិសុខសង្គម - - | ទូរសព្ទនៅផ្ទះ ( )       |
| អាសយដ្ឋានប្រសព្វសព្វថ្ងៃ |                         | ទូរសព្ទដៃ ( )           |
| ទីក្រុង                  | រដ្ឋ                    | លេខកូដតំបន់             |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល          |                         | ត្រូវជាអ្វីនឹងជនរងគ្រោះ |

ព័ត៌មានឧក្រិដ្ឋកម្ម

សូមរៀបរាប់អំពីឧក្រិដ្ឋកម្មនិងព្យសនកម្មរបស់អ្នក៖

|                                                                                      |                                     |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| នាយកដ្ឋានប៉ូលីសប្រឆាំងឧក្រិដ្ឋកម្មបានរាយការណ៍ទៅ                                      | របាយការណ៍ប៉ូលីសលេខ                  |                                           |
| កាលបរិច្ឆេទឧក្រិដ្ឋកម្ម / /                                                          | កាលបរិច្ឆេទរាយការណ៍ឧក្រិដ្ឋកម្ម / / | កាលបរិច្ឆេទរកឃើញឧក្រិដ្ឋកម្ម / /          |
| ទីតាំងឧក្រិដ្ឋកម្ម                                                                   |                                     |                                           |
| បុគ្គលដែលប្រព្រឹត្តឧក្រិដ្ឋកម្ម                                                      |                                     |                                           |
| តើអ្នកត្រូវបានគំរាមដោយមេធាវីឯកជននៅក្នុងបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី ឬវិធានការធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? | <input type="checkbox"/> ទេ         | <input type="checkbox"/> មិនមែននៅពេលនេះទេ |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស                                                     |                                     |                                           |
| ឈ្មោះមេធាវី                                                                          |                                     | ទូរសព្ទ                                   |
| អាសយដ្ឋាន                                                                            | ទីក្រុង                             | រដ្ឋ ឬលេខកូដតំបន់                         |

ការចំណាយផ្សេងៗ (គូសដឹក សម្រាប់ការចំណាយដែលអ្នកកំពុងទាមទារសំណង)

សូមដាក់ច្បាប់ចម្លងវិក្កយបត្រ

☐ ប្រាក់ប្រចាំខែដែលបានបាត់បង់សម្រាប់ជនរងគ្រោះ (ប្រសិនបើមានការងារធ្វើនៅពេលកើតមានឧក្រិដ្ឋកម្ម)

ការទាមទារសំណងមនុស្សឃាត

☐ ការប្រឹក្សាយោបល់សម្រាប់ជនរងគ្រោះ

☐ ពិធីបុណ្យសព/បញ្ចុះសព

☐ ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ជនរងគ្រោះ

☐ ការសម្អាតទីតាំងឧក្រិដ្ឋកម្ម

☐ ការចំណាយទន្តសាស្ត្រសម្រាប់ជនរងគ្រោះ

☐ ការបាត់បង់ការឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់ជនរងគ្រោះដែលបានទទួលមរណភាព

☐ ការបាត់បង់ចំណូលសម្រាប់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលរបស់ជនរងគ្រោះជាអនីតិជន

☐ ការប្រឹក្សាយោបល់សម្រាប់គ្រួសារជនរងគ្រោះពីអំពើមនុស្សឃាត

☐ ការចំណាយលើការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ

☐ ការចំណាយលើការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ

ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រង ☐ សុខភាព ☐ Medicaid/Medicare ☐ ក្រុមហ៊ុនធ្វើការ ☐ គ្មាន ☐ ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

ព័ត៌មានទូទៅ (ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះគឺបំពេញក៏បាន មិនបំពេញក៏បាន។ វាត្រូវបានប្រើសម្រាប់គោលបំណងស្ថិតិតែប៉ុណ្ណោះ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត                                                                                                                                                                               | មានពិការភាព៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | អាយុ៖ <input type="checkbox"/> 17-ក្មេងជាង <input type="checkbox"/> 18-63 <input type="checkbox"/> 64-ចាស់ជាង |
| ជាតិសាសន៍៖ <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមភាគតិចអាមេរិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិអេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> អាស៊ី/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត             |                                                                           |                                                                                                               |
| អ្នកដែលបានបញ្ជូនរូបអ្នកបន្ត <input type="checkbox"/> ប៉ូលីស <input type="checkbox"/> ការិយាល័យអគ្គរដ្ឋអាជ្ញា <input type="checkbox"/> ផ្ទះបុណ្យសព <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> សេវាជនរងគ្រោះ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)_____ |                                                                           |                                                                                                               |

**កិច្ចសន្យា ការអនុញ្ញាត & ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ** (ផ្នែកនេះត្រូវតែចុះហត្ថលេខានិងចុះកាលបរិច្ឆេទ ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំ)

**កិច្ចសន្យាសង**

ខ្ញុំយល់ថា មូលនិធិសំណងជនរងគ្រោះនេះគឺជាមូលនិធិឧបត្ថម្ភប្រយោជន៍ក្រោយ។ ខ្ញុំយល់ថាច្បាប់រដ្ឋ Rhode Island តម្រូវឱ្យខ្ញុំទាក់ទង និងសងកម្មវិធីសំណង ជនរងគ្រោះពីឧក្រិដ្ឋកម្មប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការទូទាត់ពីជនល្មើស បណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី និងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រង ទីភ្នាក់ងារឯកជនរបស់រដ្ឋាភិបាល ឬប្រភព ណាមួយផ្សេងទៀតបន្ទាប់ពីខ្ញុំទទួលបានការទូទាត់ពីកម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះពីឧក្រិដ្ឋកម្ម។ ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះពីឧក្រិដ្ឋកម្មប្រសិនបើខ្ញុំជួលមេធាវីដើម្បីតំណាងឱ្យបង្កើនក្នុងវិធានការណាមួយដែលទាក់ទងនឹងឧក្រិដ្ឋកម្មនេះ។

**ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានសម្ងាត់**

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលព្យាបាល រដ្ឋបណ្ឌិត អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងយោជក ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគ្រូបង្រៀន ផ្តល់ព័ត៌មាន ចាំបាច់ដល់កម្មវិធីសំណងជនរងគ្រោះពីអំពើឧក្រិដ្ឋ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍សំណងតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំយល់ថា កំណត់ត្រាណាមួយត្រូវបានការពារក្រោមបទប្បញ្ញត្តិរក្សាការសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធ និងក្រោមច្បាប់ទូទៅរបស់រដ្ឋ Rhode Island ហើយមិនអាចត្រូវបាន បង្ហាញដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ខ្ញុំឡើយ លើកលែងតែមានចែងដោយច្បាប់។ ព័ត៌មានណាមួយដែលបានបញ្ចេញឬទទួលបាន តាមការអនុញ្ញាតនេះ នឹងមិនត្រូវបញ្ជូនបន្តតាមមធ្យោបាយណាមួយ ទៅបុគ្គល អង្គការ អង្គភាព ឬផ្សេងៗទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់ខ្ញុំឡើយ។ ខ្ញុំអាចដកការអនុញ្ញាតនេះដោយផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅភាគីខាងលើនៅពេលណាមួយមុនពេលការបង្ហាញឬបញ្ចេញផ្សាយព័ត៌មាននេះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យចតចម្លងហត្ថស្នាមពីច្បាប់ដើមនៃការអនុញ្ញាតនេះ ដើម្បីប្រើប្រាស់និងទទួលបានដូចគ្នានឹងច្បាប់ដើម។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មាន និងឯកសារគាំទ្រដែលមាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។

**ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះ BCI**

អនុលោមតាមច្បាប់ទូទៅរដ្ឋ Rhode Island ផ្នែក 12-25-19(d) ច្បាប់ស្តីពីព្យួរសន្យាឧក្រិដ្ឋកម្ម ឆ្នាំ 1999 ការិយាល័យនេះអាចនឹងបដិសេធការផ្តល់សំណងប្រសិនបើជនរងគ្រោះបានប្រព្រឹត្តឧក្រិដ្ឋកម្មដោយហិង្សាក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ឬជាបន្តបន្ទាប់ដោយសារព្យួរសន្យាឧក្រិដ្ឋកម្មរបស់គាត់។

ខ្ញុំឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ កើតថ្ងៃទី \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ សូមផ្តល់ការណែនាំនិង  
អនុញ្ញាតឱ្យការិយាល័យអត្តសញ្ញាណកម្មឧក្រិដ្ឋកម្មរបស់នាយកដ្ឋានអគ្គរដ្ឋអាជ្ញា រដ្ឋ Rhode Island ផ្តល់ឱ្យកម្មវិធីសំណង ជនរងគ្រោះ ពីអំពើឧក្រិដ្ឋនូវកំណត់ត្រាឧក្រិដ្ឋកម្មណាមួយដែលការិយាល័យមាននៅក្នុងសំណុំឯកសាររបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំបោះបង់សិទ្ធិក្នុងការប្តឹង ឬធ្វើការទាមទារសំណងផ្លូវច្បាប់គ្រប់ប្រភេទប្រឆាំងនឹងរដ្ឋ Rhode Island ការិយាល័យអត្តសញ្ញាណកម្ម ឧក្រិដ្ឋកម្ម អគ្គរដ្ឋអាជ្ញា បុគ្គលិករបស់ពួកគេ ឬការិយាល័យអគ្គហេព្រឹក ចំពោះការបញ្ចេញ ឬស្នើសុំកំណត់ត្រាឧក្រិដ្ឋកម្មរបស់ខ្ញុំ នាពេលឡើយនេះ ឬនៅពេលអនាគត។

**ត្រូវតែដាក់ជូនច្បាប់ចម្លងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថត ដែលមានសុពលភាព**

ការិយាល័យអគ្គហេព្រឹកមិនមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍/សាសនា ពណ៌សម្បុរ/ភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬលក្ខណៈនៃទឹកមុខ អាយុ ដើមកំណើតជាតិ ឬពិការភាពឡើយ។