

**ការលើកលែងការបញ្ជាក់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងស្ថានភាពពិសេស**

ប្រើបែបបទនេះតែក្រោយពេលដែលអ្នកបានខិតខំ និងនៅតែមិនអាចបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលផ្ទះរបស់អ្នក ។ ក្នុងបែបបទនេះ អ្នកនឹងអះអាងពីព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលផ្ទះរបស់អ្នក និង ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកគ្មានឯកសារបញ្ជូនមកឲ្យពួកយើង ។

ពេលដែលការផ្លាស់ប្តូរធុរកិច្ចរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនទទួលបានបែបបទនេះ ពួកយើងនឹងពិនិត្យព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឲ្យឡើងវិញ ។ ពួកយើងក៏នឹងមើលលើពាក្យសុំ *Healthplanfinder* រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនរបស់អ្នក និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលបានទទួលពីប្រភពទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិចដែលមានសម្រាប់ពួកយើង (ដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រសួង សុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សសហរដ្ឋអាមេរិក) ។ ការប្រើព័ត៌មាននេះ ពួកយើងនឹងផ្តល់ការលើកលែងដល់ការបញ្ជាក់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកលើមូលដ្ឋានករណីដោយ ករណី ។

ចំណាំ ៖ បែបបទនេះមិនអាចត្រូវបានប្រើដោយមិនសមហេតុផលទាក់ទងនឹងភាពជាពលរដ្ឋ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ។

**45 CFR 155.315(g).**

លេខសម្គាល់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
--------------------	------------------	------------------------------------

**ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យ**

ឈ្មោះ	អក្សរកាត់ឈ្មោះកណ្តាល	ត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
អាសយដ្ឋានផ្ទះ			Apt./Ste. #
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ	មណ្ឌល

**ការណែនាំ**

បំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម *លុះត្រាតែ* អ្នកមិនមានវិធីផ្សេងដើម្បីផ្តល់ភស្តុតាងពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ។ ការមិនបានបំពេញបែបបទនេះអាចបណ្តាលឲ្យមានការបដិសេធ ឬកាត់បន្ថយ ឥណទានពន្ធបញ្ចូលរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ។

**ផ្នែក A ៖ ការពន្យល់**

សំខាន់ ៖ អ្នកត្រូវតែពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ។ ពួកយើងនឹងប្រើការពន្យល់នេះដើម្បីកំណត់ មើលហេតុនេះមានគុណសម្បត្តិគ្រប់ គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែង ។ សូមបញ្ជាក់ឲ្យបានលម្អិត ។

បើការពន្យល់របស់អ្នកមិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែង អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឲ្យបញ្ជូនឯកសារបន្ថែមដើម្បីបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលសរុបផ្ទះរបស់អ្នក ។

បើអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែមដើម្បីផ្តល់ការពន្យល់របស់អ្នក អ្នកអាចភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែម ឬឯកសារបន្ថែមដល់បែបបទនេះ ។

**ការពន្យល់**

**អាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម**

ខ្ញុំអះអាងថាខ្ញុំមិនមានវិធីផ្សេងដើម្បីទុកឯកសារប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ និងព័ត៌មានខាងលើទាំងអស់គឺជាពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីសម្រេច បើ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទានពន្ធបុគ្គលិករ៉ាប់រងសុខភាព ។ ខ្ញុំយល់ថាបុគ្គលិកកម្មវិធីអាចបញ្ជាក់ព័ត៌មាននៅលើបែបបទនេះ ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា បើខ្ញុំមានចំណងផ្តល់ព័ត៌មានប្រាក់ ចំណូលក្លែងក្លាយ ខ្ញុំអាចត្រូវបង់ឥណទានពន្ធដែលខ្ញុំបានទទួលមកវិញ និង/ឬមិនទទួលបានឥណទានពន្ធនៅពេលអនាគត ។ ខ្ញុំក៏អះអាងដែរថាខ្ញុំត្រូវបានសាកសួរដោយការផ្លាស់ប្តូរផល ប្រយោជន៍សុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនអំពីរបៀបប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបានដោយផ្ទះ ។ មុននឹងប្រើប្រាស់បែបបទនេះ ខ្ញុំបានព្យាយាមខ្លាំងដើម្បីបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលដោយប្រើឯក សារផ្សេង ។

ហត្ថលេខា <b>X</b>	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
----------------------	--

**បញ្ជូនបែបបទទៅ ៖**

បង្ហាញបែបបទដែលបំពេញរួចចុះលក្ខណ៍ *Healthplanfinder* រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនបស់អ្នក ឬផ្ញើទៅ ៖

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, WA 98507

**Discrimination is Against the Law**

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋនៃសហព័ន្ធដែលសមរម្យនិងមិនមានការរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។ the Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority មិនត្រូវបដិសេធឬកាត់ទាក់រាប់រកពួកគេផ្ទុយគ្នា ដោយសារពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទនោះឡើយ។ Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ក៏អាចអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃជំនឿ យ៉េនឌ័រ ការសម្តែងពី ឬអត្តសញ្ញាណយ៉េនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ សាសនា ឋានៈអតីតយុទ្ធជន ឬយោធាដែលបានរំសាយដោយកិត្តិយស ឬការប្រើប្រាស់នូវសុខនាំផ្លូវ ឬសត្វបម្រើសេវាដែលមានការហ្វឹកហាត់ដោយបុគ្គលដែលមានពិការភាពឡើយ។

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មនានាដោយមិនគិតល្បួលដល់មនុស្សទូទៅ ដែលគ្មានសមត្ថភាពដើម្បីនិយាយទាក់ទងដោយប្រសិទ្ធិភាពជាមួយយើង ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាមនុស្សតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតាមទ្រង់ទ្រាយដទៃផ្សេងទៀត (បោះពុម្ពអក្សរធំៗ កាសែតថតសំឡេង ទ្រង់ទ្រាយនៃការប្រើប្រាស់អេឡិចត្រូនិច ទ្រង់ទ្រាយដទៃនានាទៀត)
- ផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួលដល់មនុស្សទូទៅ ដែលភាសាដើមរបស់គេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងភាសាផ្សេងទៀត

បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ ចូរទាក់ទងទៅ 1-855-923-4633

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority មិនបានផ្តល់នូវសេវាកម្មទាំងនេះ ឬរើសអើងក្នុងវិធីមួយផ្សេង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយនឹង៖

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer  PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	---

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងអយុត្តិធម៌ដោយផ្ទាល់ឬតាមការផ្ញើតាមប៊ុស្តីសំបុត្រ តាមទូរសារ ឬតាមអ៊ីម៉ែល។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងអយុត្តិធម៌ Washington Health Benefit Exchange Legal Department/Health Care Authority Division of Legal Services គឺអាចមានពេលសំរាប់ជួយអ្នក។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងត្រូវត្រូវពីសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយនឹង U.S. Department of Health and Human Services (ក្រសួងមនុស្សសាស្ត្រនិងសុខភាពនៃសហរដ្ឋអាមេរិក), Office for Civil Rights (ការិយាល័យសំរាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋ), ដាក់បណ្តឹងអេឡិចត្រូនិចតាមរយៈ: Office for Civil Rights Complaint Portal ដែលអាចមានតាមរយៈ: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ឬតាមរយៈប៊ុស្តីសំបុត្រឬតាមទូរស័ព្ទ៖ U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ពាក្យបណ្តឹងការត្រួតពិនិត្យគឺអាចមានតាមរយៈ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).