

សេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានស្តីពីចំណាត់ការដែលបានស្នើឡើង

DS 1803 (Rev. 07/2009)

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះរបស់បេក្ខជនស្នើសុំសេវា/អ្នកទទួលសេវាកម្ម	ជាសមាជិករបស់កម្មវិធី Waiver នៃសេវា Medicaid នៅតាមសហគមន៍ និង នៅតាមគេហដ្ឋាន ឬ ? (សូមរើសយកមួយ) <input type="checkbox"/> បាទ . ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
អាស័យដ្ឋាន	ទូរស័ព្ទ
ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	
អាស័យដ្ឋាន	ទូរស័ព្ទ
ឈ្មោះរបស់មជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ :	

សូមជូនដំណឹងដល់អ្នកថា យើងស្នើឱ្យទាត់វិធានការណ៍ដូចខាងក្រោម ដែលអាចនឹង

(មជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់)

ជះឥទ្ធិពលដល់សេវាកម្មនានារបស់អ្នក :

ចំណាត់ការដែលបានស្នើឡើង :

ហេតុផលចំពោះចំណាត់ការ :

កាលបរិច្ឆេទនៃការចូលជាធរមាន :

សិទ្ធិអំណាចចំពោះវិធានការណ៍នេះ (ច្បាប់ បញ្ញត្តិ ហើយ/ឬគោលនយោបាយដែលគាំទ្រវិធានការណ៍នេះ) :

សិទ្ធិដើម្បីប្តឹង

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយនឹងក្រសួងផ្តល់សេវាកម្មដល់ការអភិវឌ្ឍន៍ នៅលើបែបបទនៃការស្នើសុំឱ្យមានការធ្វើសវនាការយុត្តិធម៌នេះ ។ មជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់នៅចាំជួយអ្នកក្នុងការបំពេញបែបបទនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់ ។ សូមដាក់បែបបទនៃការស្នើសុំឱ្យមានការធ្វើសវនាការយុត្តិធម៌ជូនទៅ :
- ជំនួយខាងការគាំទ្រដល់បណ្តឹងរបស់អ្នក អាចនឹងទទួលបានពីអង្គការដូចខាងក្រោម :
 - ➔ អ្នកគាំទ្រសិទ្ធិរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ក្នុងតំបន់ :
 - ➔ គណៈគ្រប់គ្រងក្នុងតំបន់ :
 - ➔ Disability Rights California :
 - ➔ ផ្សេងៗ :
- សេវាកម្មផ្សេងៗរបស់អ្នក នឹងបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការប្តឹង ប្រសិនបើការស្នើសុំឱ្យមានការធ្វើសវនាការយុត្តិធម៌របស់អ្នក ត្រូវបានបោះត្រាលើ និង ទទួលដោយមជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ គឺមួយណាក៏ដោយអោយតែទទួលបានឆាប់ ដោយមិនឱ្យលើសពី ១០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។
- កូនសៀវភៅព័ត៌មានភ្ជាប់មកជាមួយដែលមានចំណងជើងថា " ដំណើរការធ្វើសវនាការយុត្តិធម៌ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ដែលមានអាយុ ៣ ឆ្នាំ ឬ ចាស់ជាង ៣ ឆ្នាំ " បញ្ជាក់ពីសិទ្ធិប្តឹងរបស់អ្នក និង ផ្តល់ព័ត៌មានពីដំណើរការសវនាការយុត្តិធម៌ ។