


# ការគាំទ្រផ្នែកលំនៅឋានសម្រាប់សមាជិក Medi-Cal


## តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់កំពុងមានបញ្ហាលំបាកផ្នែកលំនៅឋានមែនទេ?


យើងអាចជួយអ្នកបាន។ កម្មវិធី Medi-Cal Enhanced Care Management និង Community Supports កម្មវិធី ផ្តល់ការគាំទ្របន្ថែមដល់សមាជិក Medi-Cal ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហើយមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រស្មុគស្មាញ។\*

### កម្មវិធីគាំទ្រលំនៅឋានអាចជួយអ្នកដោយ៖


#### ការស្វែងរកនិងការថែរក្សាផ្ទះសម្បែងឱ្យមានស្ថិរភាព។


 រកទីកន្លែងរស់នៅ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយផ្នែកលំនៅឋាន។

 ទទួលបានជំនួយសម្រាប់ការបង់ប្រាក់កក់លំនៅឋាន និងសេវាដទៃទៀតសម្រាប់ការសាងសង់ផ្ទះសម្បែង។

 ថែរក្សាផ្ទះសម្បែងឱ្យមានសុវត្ថិភាពនិងស្ថិរភាពនៅពេលដែលអ្នកមានទីកន្លែងរស់នៅហើយ។

#### ការជាសះស្បើយពីជំងឺឡើងវិញ។

 រកទីកន្លែងមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ការជាពីជំងឺមកវិញ បន្ទាប់ពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានផ្ទះសម្បែងស្ថិតស្ថេរ។

 ជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងប្រាក់កាសនិងសិក្សាពីបំណិនសង្គម។

ដើម្បីស្នើសុំសេវាកម្មទាំងនេះ ឬពិនិត្យមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬអត់ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។

កាលីហ្វ័រញ៉ាខាងជើង៖ លេខ 1-833-721-6012 (TTY 711)  
កាលីហ្វ័រញ៉ាខាងត្បូង៖ លេខ 1-866-551-9619 (TTY 711)



\*សមាជិកអាចមិនត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង ការគ្រប់គ្រងលើការថែទាំដែលប្រសើរឡើង (Enhanced Care Management, ECM) និងកម្មវិធីណាមួយខាងក្រោមក្នុងពេលតែមួយ៖ សេវាថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ កម្មវិធីសម្រាប់ការថែទាំរួមបញ្ចូលទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សចាស់ (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) ការគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលមានភាពស្មុគស្មាញ (Complex Care Management, CCM) កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (California Community Transitions, CCT) និងថ្នាំ 1915 (c) ការលើកលែងសេវាកម្មតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (Home and Community-Based Services Waiver, HCBS) - រួមទាំងកម្មវិធីលើកលែង Medi-Cal (HIV/AIDS) ជម្រើសសេវាកម្មតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ផ្សេងទៀត (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)។ ការលើកលែងសម្រាប់ជំនួយក្នុងការរស់នៅ (Assisted Living Waiver, ALW) ការលើកលែងសេវាកម្មតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់ជនពិការដែលកំពុងលូតលាស់ (Home and Community-Based Services Waiver for the Developmentally Disabled, HCBS-DD) កម្មវិធីសេវាកម្មពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) និងកម្មវិធីកំណត់ដោយខ្លួនឯង (ICF-DD)។

ស្វែងយល់បន្ថែម តាមតំណភ្ជាប់ [kp.org/medi-cal-programs](https://kp.org/medi-cal-programs) (ជាភាសាអង់គ្លេស)



# សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

នៅក្នុងឯកសារនេះ "យើង" "ពួកយើង" ឬ "របស់យើង" មានន័យថា Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., និង Southern California Medical Group)។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [kp.org](http://kp.org) ។

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ យើងគោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិរដ្ឋប្បវេណីថ្នាក់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ យើងមិនរើសអើង បដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសៗគ្នាដោយសារ អាយុ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សារការវប្បធម៌ ពូជពង្ស សាសនា ជេនឌឺរ អត្តសញ្ញាណជេនឌឺរ ការបញ្ជាក់ពីជេនឌឺរ ទំនោររូបរាង ភេទ ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពពិការរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់ ព័ត៌មានហ្វេស៊ីប៊ីលីតេ សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanente ផ្តល់សេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

- ជំនួយនិងសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីជួយពួកគេទំនាក់ទំនងបានប្រសើរជាងមុនជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
  - ◆ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
  - ◆ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- សេវាកម្មភាសាដោយមិនគិតថ្លៃដល់មនុស្សដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - ◆ អ្នកបកប្រែដែលមានសមត្ថភាព
  - ◆ ព័ត៌មានសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទខាងក្រោម។ ការទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ ខ្សែអាត់សម្លេង ឬទ្រង់ទ្រាយអេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសមួយ ក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងហើយសួររកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

## របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយពួកយើង ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើងបានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមទូរស័ព្ទ តាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ិនធឺណិត។ សូមយោងទៅលើ *ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (Evidence of Coverage)* ឬ *វិញ្ញាបនប័ត្រនៃការធានារ៉ាប់រង (Certificate of Insurance)* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬសម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- **តាមទូរសព្ទ:** ទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិក។ លេខទូរសព្ទត្រូវបានចុះនៅខាងលើ។
- **តាមសំបុត្រ:** ទាញយកទម្រង់បែបបទនៅ **kp.org** ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក ហើយសុំឱ្យពួកគេផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលអ្នកអាចផ្ញើទៅវិញបាន។
- **ដោយផ្ទាល់:** បំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ឬទាមទារសំណង/ សំណើសុំអត្ថប្រយោជន៍នៅការិយាល័យសេវាកម្មសមាជិកដែលមានទីតាំងនៅអគារផែនការណាមួយ (ចូលទៅកាន់បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនៅ [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) សម្រាប់អាសយដ្ឋាន)
- **តាមអនឡាញ:** ប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញនៅលើ គេហទំព័ររបស់យើងនៅ **kp.org**

អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Kaiser Permanente ដោយផ្ទាល់តាមអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

**របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (សម្រាប់តែអ្នកទទួលបានផលពី Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)**

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដោយសរសេរតាមទូរសព្ទឬតាមអ៊ីមែល៖

- **តាមទូរសព្ទ:** ទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS) លេខ **916-440-7370 (TTY 711)**
- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើសំបុត្រទៅ:  
Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖  
**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**
- **អនឡាញ:** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក**

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ តាមទូរសព្ទ ឬតាមអនឡាញ៖

- **តាមទូរសព្ទ:** ហៅទៅលេខ **1-800-368-1019 (TTY 711 ឬ 1-800-537-7697)**
- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើលិខិតទៅ៖  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖

**<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

- **អនឡាញ:** ចូលទៅកាន់ទំព័រការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋនៅ៖  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**