

NaviCare®

បញ្ជីត្រួតពិនិត្យមុនពេលចុះឈ្មោះ

មុនពេលធ្វើការសម្រេចចិត្តចុះឈ្មោះ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកយល់ច្បាស់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងវិធានរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ អ្នកអាចទូរសព្ទ និងនិយាយជាមួយអ្នកកំណត់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-877-255-7108 (TRS 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ (7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា)។

ការយល់ដឹងអំពីអត្ថប្រយោជន៍

- ❑ ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (EOC) ផ្តល់នូវបញ្ជីពេញលេញនៃការធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មទាំងអស់។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រង ថ្លៃចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោង មុនពេលអ្នកចុះឈ្មោះ។ សូមចូលមើល fallonhealth.org/navicare ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-255-7108 (TRS 711) ដើម្បីមើល ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃ EOC។
- ❑ ពិនិត្យមើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា (ឬស្ថាប័នផ្តល់សេវា) ដើម្បីប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកជួបព្យាបាលឥឡូវនេះស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើពួកគេមិនបានចុះបញ្ជីទេ នោះមានន័យថាអ្នកប្រហែលជាត្រូវជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យថ្មី។
- ❑ ពិនិត្យមើលបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថានឡើងវិញ ដើម្បីប្រាកដថាឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយគឺស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនបានចុះបញ្ជីទេ នោះអ្នកប្រហែលជាត្រូវជ្រើសរើសឱសថស្ថានថ្មីសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
- ❑ សូមពិនិត្យបញ្ជីឱសថឡើងវិញ ដើម្បីប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រង។

ការយល់ដឹងអំពីវិធានសំខាន់ៗ

- ❑ អត្ថប្រយោជន៍ ថ្លៃធានារ៉ាប់រង និង/ឬការបង់ប្រាក់រួម/ការធានារ៉ាប់រងរួមអាចផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027។
- ❑ អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B របស់អ្នក លុះត្រាតែ Commonwealth of Massachusetts បង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះសម្រាប់អ្នក។ ថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះជាធម្មតាត្រូវបានដកចេញពីមូលប្បទានបត្ររបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជារៀងរាល់ខែ។
- ❑ លើកលែងតែនៅក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន ឬបន្ទាន់ យើងមិនរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ (វេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា) ឡើយ។
- ❑ គម្រោងនេះគឺជាគម្រោងកម្រៃការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានស្ថាន (D-SNP) ។ សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះនឹងផ្អែកលើចំណុចខាងក្រោម៖ 1) អ្នកត្រូវតែមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ 2) អ្នកត្រូវតែមាន MassHealth Standard និង Medicare Part A និង B 3) អ្នកត្រូវតែរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្ម (MA ទាំងអស់ លើកលែងតែខោនធី Dukes និង Nantucket) 4) អ្នកមិនអាចមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតទេ លើកលែងតែ Medicare។
- ❑ ផលប៉ះពាល់លើការធានារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្ន ប្រសិនបើអ្នកបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព Medicare Advantage បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Medicare Advantage ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើអ្នកមាន TRICARE ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកអាចនឹងរងផលប៉ះពាល់នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Medicare Advantage



NaviCare គឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តដែលចូលរួមសហការជាមួយ MassHealth/EOHHS និង CMS។

ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ សូមទាក់ទង TRICARE សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោង
Medigap នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Medicare Advantage របស់អ្នកចាប់ផ្តើម
អ្នកគួរចុះបង់ចោលគោលការណ៍ Medigap របស់អ្នក
ពីព្រោះអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកមិនអាចប្រើបាន។



NaviCare គឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តដែលចូលរួមសហការជាមួយ MassHealth/EOHHS និង CMS។



ទម្រង់នេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ MassHealth Standard និង Medicare ផ្នែក A និង B ហើយជ្រើសរើសចុះឈ្មោះចូល NaviCare® HMO SNP ។



MassHealth Senior Care Options (SCO) & ទម្រង់ចុះឈ្មោះចូលរបស់ Medicare Advantage

ព័ត៌មាន MassHealth

► តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង MassHealth ដែរឬទេ? បាន ☐ ទេ ☐

សូមសរសេរលេខ ID នៃ MassHealth របស់អ្នក ឬភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃបណ្ណ MassHealth របស់អ្នក។ Your MassHealth number is the 12-digit number under your name. លេខ MassHealth ID : _____

ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងអង្គការថែទាំមនុស្សចាស់ជរា **នគត្រូវតែមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ហើយមាន MassHealth Standard និងមានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក A និង B ហើយរស់នៅក្នុង _____ NaviCare _____ តំបន់សេវា ហើយមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទូលំទូលាយផ្សេងទៀត (លើកលែងតែ Medicare) និងមិនមែនជាអ្នករស់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរ៉ាំរ៉ៃនោះឡើយ** ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ MassHealth សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 សម្រាប់មនុស្សច្រើន ពិបាកស្តាប់ ឬពិការនិយាយ)។

► ឈ្មោះគ្រូពេទ្យបឋមដែលអ្នកបានជ្រើសរើស៖ _____

ព័ត៌មានអំពីសមាជិក

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	MI	លោក ☐ លោកស្រី ☐ អ្នកនាង ☐
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទម្រង់ដែលពេញចិត្តសម្រាប់ឯកសារនានា ☐ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ☐ អក្សរពុម្ពធំ ☐ ជាសំឡេង CD* ☐ ទិន្នន័យ CD ☐ ផ្សេងទៀត _____ * សារជាសំឡេងនឹងមិនត្រូវបានអានគ្រប់ទីកន្លែងទេ ដែលមានន័យថាសារជាសំឡេងទាំងនោះអាចនឹងត្រូវបានស្ទាត់ចាប់ដោយអ្នកដទៃ។ តាមរយៈការជ្រើសរើសសំឡេង អ្នកយល់ព្រមទទួលសារជាសំឡេងទាំងនេះដោយគ្មានការអានគ្រប់ទីកន្លែង។		
ភេទ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐	ភាសាសរសេរដែលចង់បាន		ភាសានិយាយដែលចង់បាន

អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ (កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង/សង្កាត់
រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ
លេខទូរសព្ទដៃ (ជាជម្រើស) (_____) _____ - _____ ☐ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Fallon Health ផ្ញើសារមកខ្ញុំដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវារបស់គម្រោង។		អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ជាជម្រើស) _____ ☐ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Fallon Health ផ្ញើសារមកខ្ញុំដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (កន្លែងដែលអ្នកទទួលសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង/សង្កាត់
រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	លេខទូរសព្ទ

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នករស់នៅក្នុង **មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់** សូមបញ្ចូលឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៅទីនេះ។

ឈ្មោះមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់		
អាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង/សង្កាត់
រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	លេខទូរសព្ទ

ព័ត៌មាន Medicare

► **សូមដកបណ្ណ**

Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវរបស់អ្នកចេញដើម្បីបំពេញផ្នែកនេះ។

- បំពេញព័ត៌មាននេះ ដូចដែលវាបង្ហាញនៅលើបណ្ណ Medicare។

- ឬ -

- ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃបណ្ណ Medicare របស់អ្នក ឬលិខិតរបស់អ្នកពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សាកម្មវត្ថុជីវិតស្រស់ស្អាត។

អ្នកត្រូវតែមាន Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage។

ឈ្មោះ (ដូចដែលវាបង្ហាញនៅលើបណ្ណ Medicare របស់អ្នក)៖

លេខ Medicare៖

មានសិទ្ធិទទួលបាន៖

☐ មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A)

☐ មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក B)

កាលបរិច្ឆេទដែលមានប្រសិទ្ធភាព៖

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងៗ

► **តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រៅពី Medicare និង MassHealth ដែរឬទេ?** មាន ☐ ទេ ☐

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថាមាន តើការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនោះមានឈ្មោះអ្វី? _____

ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

ដោយការបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមតាមដូចខាងក្រោម៖

NaviCare គឺជាគម្រោងថែទាំដែលសម្របសម្រួលជាមួយកិច្ចសន្យា Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Commonwealth of Massachusetts Medicaid។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យារបស់គម្រោងជាមួយ Medicare។ គម្រោងនេះគឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តដែលមានសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ MassHealth Standard និង Original Medicare ហើយមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយផ្សេងទៀតទេ លើកលែងតែ Medicare។ ខ្ញុំនឹងត្រូវរក្សា MassHealth Standard របស់ខ្ញុំ និង Medicare ផ្នែក A និង B របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអាចស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage តែមួយក្នុងពេលតែមួយ ហើយខ្ញុំយល់ថាការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ឬគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលខ្ញុំមាន ឬអាចទទួលបាននាពេលអនាគត។ ដោយសារខ្ញុំមាន MassHealth និង Medicare ផ្នែក A និង B ខ្ញុំអាចចាកចេញ NaviCare គ្រប់ពេល។ ខ្ញុំនឹងលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ NaviCare នៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ពីខែដែលខ្ញុំស្នើសុំចាកចេញ NaviCare ទៀតហើយ។ (ឧទាហរណ៍៖ ខ្ញុំស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីគម្រោងនេះនៅថ្ងៃទី 10 ខែកក្កដា ខ្ញុំមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងនេះទៀតទេនៅថ្ងៃទី 1 ខែសីហា។)

NaviCare បម្រើសេវានៅតំបន់សេវាកម្មជាក់លាក់។ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់ដែល NaviCare បម្រើសេវានោះ ខ្ញុំត្រូវជូនដំណឹងអំពីគម្រោងនេះ ដើម្បីឱ្យខ្ញុំលុបឈ្មោះចេញ និងស្វែងរកគម្រោងថ្មីនៅក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់ខ្ញុំ។ នៅពេលដែលខ្ញុំជាសមាជិកនៃ NaviCare ខ្ញុំមានសិទ្ធិប្តូរចំពោះការសម្រេចចិត្តលើគម្រោងការបង់ប្រាក់ ឬសេវាកម្ម ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ស្របនឹងពួកគេ។ ខ្ញុំនឹងអានភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងពី NaviCare នៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបានវា ដើម្បីដឹងពីច្បាប់ដែលខ្ញុំត្រូវតែអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងជាមួយនឹងគម្រោង Medicare Advantage នេះ។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកទទួលបានពី Medicare ជាទូទៅមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ពេលនៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងមានកំណត់នៅជិតព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។

ខ្ញុំយល់ថា ចាប់ពីថ្ងៃ NaviCare ដែលធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសុខភាពទាំងអស់របស់ខ្ញុំពី NaviCare លើកលែងតែសេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬសេវាលាងឈាមក្រៅតំបន់។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ NaviCare និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងឯកសារ NaviCare ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជំនាញ) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ បើគ្មានការអនុញ្ញាត ទាំង MEDICARE និង NAVICARE នឹងមិនបង់ថ្លៃសេវានោះទេ។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងទទួលបានជំនួយពីភ្នាក់ងារលក់ ឈ្មួញកណ្តាល ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលជួលដោយ ឬចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ NaviCare គាត់អាចនឹងត្រូវបានផ្តល់សំណងដោយផ្អែកលើការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុង NaviCare ។

ការចេញផ្សាយព័ត៌មាន

តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោងសុខភាព Medicare នឹងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅ Medicare និងគម្រោងផ្សេងទៀតតាមការចាំបាច់សម្រាប់ការរៀបចំប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ថា NaviCare នឹងចេញផ្សាយព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅ Medicare ដែលអាចចេញផ្សាយព័ត៌មាននោះសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ និងគោលបំណងផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តតាមលក្ខន្តិកៈ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្តបាន។ ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។

ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសបុគ្គលក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋដែលបុគ្គលនោះរស់នៅ) នៅលើពាក្យសុំនេះមានន័យថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖ 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះនេះ ហើយ 2) ឯកសារនៃអាជ្ញាធរនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំ ដោយ NaviCare ឬដោយ Medicare ។

អ្នកតំណាងផ្នែកសេវាចុះឈ្មោះរបស់យើងម្នាក់នឹងទូរសព្ទមកអ្នកក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ហើយត្រូវប្រាកដថាអ្នកយល់ពីច្បាប់នៃគម្រោងរបស់យើង។

សូមផ្តល់លេខទូរសព្ទដែលយើងអាចប្រើសម្រាប់ការហៅទូរសព្ទនោះ៖ _____

ពេលវេលាល្អបំផុតដើម្បីហៅទូរសព្ទ៖ _____ **ពេលព្រឹក** _____ **ពេលរសៀល** _____ **ពេលល្ងាច** _____

ហត្ថលេខា៖

ហត្ថលេខា៖ _____

ឈ្មោះជាអក្សរធំ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ប្រសិនបើអ្នកបានជ្រើសរើសតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិត្រូវតែចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម។

ឈ្មោះ៖ _____

អាសយដ្ឋាន _____

លេខទូរសព្ទចម្បង៖ _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ប្រើសម្រាប់ការិយាល័យប៉ុណ្ណោះ កាលបរិច្ឆេទទទួល៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលិក/ភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល(ប្រសិនបើមានជំនួយក្នុងការចុះឈ្មោះ)៖ _____

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល៖ _____ Mass. Lic#: _____

លេខអ្នកផលិតជាតិ (ឈ្មួញកណ្តាល/ភ្នាក់ងារតែប៉ុណ្ណោះ)៖ _____

លេខ ID គម្រោង ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រងមានប្រសិទ្ធភាព៖ _____

ICEP/IEP៖ _____ OEP៖ _____ AEP៖ _____

SEP (ប្រភេទ)៖ _____ មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ _____

កំណត់សម្គាល់
