

For All of L.A.

តើគម្រោង L.A. Care Health Plan គឺជាអ្វី?

L.A. Care Health Plan (Local Initiative Health Authority of Los Angeles County) គឺជាស្ថាប័នសាធារណៈ និងគម្រោងសុខភាពមួយដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះសហគមន៍ និងបម្រើអ្នកមានលំនៅក្នុងខោនធី Los Angeles តាមរយៈកម្មវិធីផ្សេងៗ រួមទាំង L.A. Care Covered, Medi-Cal, L.A. Care Cal MediConnect Plan និងប្រឹក្សាសេវាជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន និងសហជីពអន្តរជាតិនិយោជិតផ្នែកសេវាកម្ម (Personal Assistance Service Council and Service Employees International Union, PASC-SEIU) Homecare Workers Health Care Plan។ L.A. Care គឺជាអ្នកនាំមុខគេខាងការបង្កើតកម្មវិធីថ្មីតាមរយៈគំនិតនៃសាមគ្គីភាព ដែលបានកាត់តែងឡើងដើម្បីផ្តល់ការរ៉ាប់រងសុខភាពទៅឱ្យប្រជាជនទូទាំងខ្សែយ និងគាំទ្រនូវប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាព។ ដោយមានសមាជិកជាង 2 លាននាក់ L.A. Care គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយធំជាងគេបំផុតនៅក្នុងប្រជាជាតិ ដែលបានប្រតិបត្តិគម្រោងសុខភាពសាធារណៈ។

តើក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍ (Community Engagement Groups, CEG) មានអ្វីខ្លះ?

ចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1999 មក L.A. Care Health Plan បានសហការជាដៃគូជាមួយអ្នកស្ម័គ្រចិត្តដែលជាសមាជិកសហគមន៍ នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង ដើម្បីធានាថាមានការចូលរួមពីសំឡេងរបស់មនុស្សទាំងឡាយដែលយើងបម្រើសេវាជូន នៅក្នុងការបង្កើតកម្មវិធីគ្រប់គ្រងថែទាំរបស់ L.A. Care នៅខោនធី Los Angeles ។ យើងបង្កើតក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍ប្រភេទផ្សេងៗ ហើយយើងកំពុងទទួលពាក្យស្នើសុំពីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ប្រភេទដូចខាងក្រោម៖

<p>ក្រុមពិភាក្សា</p>	<p>កិច្ចពិភាក្សាតូចមួយសហគមន៍</p>	<p>គណៈកម្មាធិការទីប្រឹក្សាសហគមន៍ប្រចាំភូមិភាគ (Regional Community Advisory Committees, RCAC)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ក្រុមប្រជាជនពិសេសត្រូវបានរៀបចំឡើងតាមតម្រូវការ និងមានកំណត់ដើម្បីផ្តល់ជូនមតិយោបល់ត្រឡប់ពាក់ព័ន្ធនឹងប្រធានបទជាក់លាក់នានា។ 	<ul style="list-style-type: none"> ទីផ្លូវក្រុមដែលកំពុងដំណើរការសម្រាប់សមាជិកសហគមន៍ គឺតំណាងឱ្យតំបន់សេវានីមួយៗ ដើម្បីមកជួបជុំគ្នា និងចូលរួមនៅក្នុងការសន្ទនាពាក់ព័ន្ធនឹងប្រធានបទទាក់ទងនឹងសុខភាពគោលដៅ។ 	<ul style="list-style-type: none"> ទីផ្លូវសហគមន៍នៅក្នុងតំបន់សេវានីមួយៗដែលជាទីកន្លែង LA Care ចែករំលែកនូវព័ត៌មានថ្មីៗ និងទទួលបានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាសុខភាពក្នុងតំបន់។

តើអ្នកអាចធ្វើយ៉ាងដូចម្តេចដើម្បីជួយឱ្យសហគមន៍របស់អ្នកមានភាពប្លែក?

CEG គឺត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយសមាជិក L.A. Care អ្នកតំណាងឱ្យអង្គការតាមសហគមន៍ អ្នកគាំពារសុខភាព និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព។ ក្នុងអំឡុងពេលប្រជុំនានា សមាជិករបស់ CEG មានឱកាសផ្តល់ព័ត៌មានដល់បុគ្គលិករបស់ L.A. Care នូវការយល់ដឹងមានតម្លៃអំពីថាតើ L.A. Care Health Plan អាចធ្វើយ៉ាងណាដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការរបស់សមាជិក L.A. Care ឱ្យបានល្អបំផុតនៅទូទាំងខោនធី Los Angeles។

ត្រៀមខ្លួនរួចរាល់ដើម្បីធ្វើឱ្យមានភាពខុសប្លែកឬនៅ? សូមបំពេញពាក្យសុំដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។

កាលបរិច្ឆេទ:



ពាក្យស្នើសុំចូលរួមជាមួយក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍របស់ L.A. Care

For All of L.A.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកម្នាក់នៃដៃគូគម្រោង L.A. Care (Blue Shield, Anthem Blue Cross, ឬ Kaiser Permanente) នោះអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីក្លាយជាសមាជិកក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍របស់ L.A. Care ទេ។ សូមទាក់ទងទៅកាន់គម្រោងសុខភាពដែលត្រូវបានចាត់តាំងរបស់អ្នក សម្រាប់ឱកាសចូលរួមជាមួយអ្នកប្រើប្រាស់។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
នាមខ្លួន: <input type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: <input type="text"/>
នាមត្រកូល: <input type="text"/>	លេខទូរស័ព្ទដៃ: <input type="text"/>
អាសយដ្ឋាន: <input type="text"/>	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល: <input type="text"/>
ទីក្រុង: <input type="text"/>	ទំនាក់ទំនងសង្គ្រោះបន្ទាន់: ឈ្មោះ: <input type="text"/> លេខទូរស័ព្ទ: <input type="text"/> អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល: <input type="text"/>
ហ្សឺបកូដ: <input type="text"/>	

តើអ្វីជាវិធីល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងទៅកាន់អ្នក? (ត្រូវជម្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)

- ការហៅទូរស័ព្ទ
 អ៊ីមែល
 សារជាអក្សរ

តើពេលណាជាពេលដ៏ល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងទៅកាន់អ្នកនៅក្នុងអំឡុងសប្តាហ៍?

ពេលត្រឹមត្រូវ	ពេលរសៀល-ល្ងាច
---------------	---------------

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

ខ្ញុំគឺជាសមាជិករបស់ L.A. Care Health Plan ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (Date of Birth, DOB):
 អត្តលេខ L.A. Care:

ខ្ញុំគឺជាឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលតាមផ្លូវច្បាប់ ឬជាអ្នករក្សាគ្រប់គ្រងនៃសមាជិក L.A. Care Health Plan

ប្រសិនបើអ្នកជាឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាលតាមផ្លូវច្បាប់ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់បុគ្គល/កុមារដែលនៅក្រោមគម្រោង L.A. Care Health Plan:

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: / /	អត្តលេខសមាជិក:
ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: / /	អត្តលេខសមាជិក:

សូមគូសផឹក ✓ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបុគ្គលក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក នៅក្រោមគម្រោង L.A. Care Health Plan:

<input type="checkbox"/> Medi-Cal L.A Care Health Plan	<input type="checkbox"/> Cal MediConnect (CMC)
<input type="checkbox"/> L.A. Care Covered (LAC)	<input type="checkbox"/> L.A. Care Covered Direct (LACCD)



<input type="checkbox"/>	PASC-SEIU Plan	
<p>ភាសាចម្បង៖ អង់គ្លេស <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ <input type="checkbox"/> ចិន <input type="checkbox"/> អាមេនី <input type="checkbox"/> អាវ៉ាប់ <input type="checkbox"/> ពៃឃូ <input type="checkbox"/> ខ្មែរ <input type="checkbox"/> រុស្ស៊ី <input type="checkbox"/> កូរ៉េ <input type="checkbox"/> តាហ្គាឡុក <input type="checkbox"/> វៀតណាម <input type="checkbox"/></p> <p>មិនមានរាយ៖ <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>ភាសាដែលអ្នកអាន៖ <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> និយាយ៖ <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>តើអ្នកត្រូវការសេវាបកប្រែនៃប្រទេស? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p> <p>តើអ្នកត្រូវការសេវាអក្សរតម្រាមវីដេអូ (close captioning, CC) នៃប្រទេស? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p> <p>តើអ្នកត្រូវការភាសាសញ្ញាអាមេរិកនៃប្រទេស? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p> <p>តើអ្នកមានពិការភាព និងត្រូវការការសម្របសម្រួលបន្ថែមមែនទេ? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p> <p>ប្រសិនបើដូច្នោះ សូមជួយបកស្រាយ៖ <input style="width: 550px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>តើអ្នកមានកុំព្យូទ័រផ្ទាល់ខ្លួន កុំព្យូទ័រយួរដៃ ថេប្លេត ឬទូរស័ព្ទស្អាតហ្វូន ដើម្បីចូលរួមនៅក្នុងកិច្ចប្រជុំតាមអនឡាញនៃប្រទេស? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>		

អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក

A. សូមប្រាប់យើងអំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក (សហគមន៍ អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ឬការងារ) ដែលនឹងមានប្រយោជន៍ដល់គ្នាទាំងអស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍?

វិស័យដែលចាប់អារម្មណ៍នៃក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍

សូមបញ្ជាក់ថាក្រុមមួយណាដែលអ្នកមានចំណាប់អារម្មណ៍ចង់ចូលរួម (✓ជម្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)

<p><input type="checkbox"/> ក្រុមពិភាក្សា៖ ក្រុមប្រជាជនពិសេសដែលត្រូវបានរៀបចំឡើងតាមតម្រូវការ និងមានកំណត់ដើម្បីផ្តល់ជូនមតិយោបល់ក្រឡប់ពាក់ព័ន្ធនឹងប្រធានបទជាក់លាក់នានា</p>	<p><input type="checkbox"/> គណៈកម្មការប្រឹក្សាសហគមន៍ប្រចាំភូមិភាគ (Regional Community Advisory Committees, RCAC)៖ ជួយ L.A. Care ឱ្យយល់អំពីបញ្ហានៃការថែទាំសុខភាពដែលប៉ះពាល់ដល់មនុស្សដែលរស់នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក</p>
--	---

For All of L.A.

- កិច្ចពិភាក្សាតុល្យលសហគមន៍៖ (✓)ជម្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ៖
 - ការគាំពារ៖ កំណត់អត្តសញ្ញាណ និងគាំពារនូវរាល់បញ្ហា/គោលនយោបាយសុខភាពដែលប៉ះពាល់ដល់សហគមន៍សមាជិក L.A. Care។ ធ្វើការដើម្បីជះឥទ្ធិពលដល់អ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តតាមរយៈការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង និងការអប់រំ។
 - ក្រុមប្រឹក្សាសមធម៌សុខភាព៖ ផ្តល់ជូនមតិយោបល់ត្រឡប់ពីកម្មវិធី និងសេវាកម្មរបស់ L.A. Care ពាក់ព័ន្ធនឹងសមធម៌សុខភាព និងកាត់បន្ថយភាពមិនស្មើគ្នា។
 - លទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាព៖ ជួយកំណត់តម្រូវការ និងឧបសគ្គចំពោះលទ្ធភាពទទួលបានសេវាព័ទ្ធស្បុរៈរបស់អ្នកប្រើប្រាស់។
 - ការអប់រំ & ការផ្សព្វផ្សាយអំពីសុខភាព៖ ជួយ L.A. Care ដោយធ្វើការផ្សព្វផ្សាយ និងគាំទ្រគំនិតផ្តួចផ្តើមស្តីពីការអប់រំ និងការផ្សព្វផ្សាយរបស់ L.A. Care។ បន្ថែមពីលើនោះក៏ផ្តល់យោបល់លើឯកសារអប់រំ និងទិដ្ឋារម្មណ៍របស់ L.A. Care ផងដែរ។

ផ្នែកតាមជម្រើស

L.A. Care Health Plan ចង់ធានាឱ្យបានថាក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍ គឺគំណាងឱ្យភាពចម្រុះនៃវប្បធម៌ ជាតិពន្ធនិងភាសា នៃខោនធី L.A.។ យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីវាយតម្លៃប្រសិទ្ធភាពក្នុងការជ្រើសរើសបេក្ខជនចម្រុះរបស់យើង។ សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៅខាងក្រោម៖
(ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានប្រមូលនឹងត្រូវបានរក្សាជាការសម្ងាត់)

តើអ្នកអាយុប៉ុន្មានឆ្នាំ?

តើជម្រើសមួយណាខាងក្រោមដែលរៀបរាប់ត្រឹមត្រូវបំផុតអំពីអ្នក (ជ្រើសរើសជម្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)?

- អាស៊ី ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក-អាមេរិក
- អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា
- ជនជាតិស្បែកស ឬដើមកំណើតពីអឺរ៉ុប ពហុជាតិសាសន៍ ឬពិរជាតិសាសន៍
- មិនមានរាយនៅទីនេះ៖ សូមរៀបរាប់៖

តើអត្តសញ្ញាណភេទរបស់អ្នកជាអ្វី? ស្ត្រី បុរស កំណត់អត្តសញ្ញាណខ្លួនឯង

តើអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណជាអ្នកប្តូរយេនឌ័រដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ មិនចង់បញ្ចេញប្រាប់

សូមបញ្ជាក់ប្រភេទនិន្នាការភេទ៖ អ្នកស្រឡាញ់ភេទផ្ទុយគ្នា LGBTQ+

និន្នាការផ្លូវភេទ (កំណត់អត្តសញ្ញាណ មិនចង់បញ្ចេញប្រាប់

L.A. Care ឱ្យក្រុមផ្តល់មតិយោបល់ត្រឡប់ពីសេចក្តីចូលរួមស្វែងយល់បន្ថែមអំពីតម្រូវការ និងការថែទាំរបស់សមាជិករបស់យើងដែលជួបប្រទះបញ្ហាសុខភាពរាងកាយ និងបទពិសោធន៍រស់នៅផ្សេងៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងរស់នៅជាមួយបញ្ហាសុខភាព ឬបទពិសោធន៍រស់នៅមួយ (ឬច្រើនជាងនេះ) ហើយចង់ចែករំលែកគំនិតរបស់អ្នក។ សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹងពីជម្រើសទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ៖

ស្ថានភាពសុខភាព៖

- ជំងឺរលាកសន្លាក់ ជំងឺហឺត
- ជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- សុខភាពផ្លូវចិត្ត វិបត្តិប្រើគ្រឿងញៀន (Substance Use Disorder, SUD)
- ជំងឺបេះដូង

បទពិសោធន៍រស់នៅ៖

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> បច្ចុប្បន្នកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានទីលំនៅ | <input type="checkbox"/> បច្ចុប្បន្ន ឬពីមុនជាយុវជនរស់នៅមណ្ឌលកុមារកំព្រា |
| <input type="checkbox"/> ធ្លាប់ជាប់ឃុំឃាំង (មន្ទីរឃុំឃាំង ពន្ធនាគារ ឬមជ្ឈមណ្ឌលឃុំឃាំងសម្រាប់យុវជន) | <input type="checkbox"/> អភិកយុទ្ធជន
(បានបម្រើក្នុងកងយោធពលខេត្តអាមេរិក) |
| <input type="checkbox"/> មនុស្សចាស់ (អាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ) | |

សូមចំណាំ៖ គ្រប់កិច្ចប្រជុំទាំងអស់នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងតាមអនឡាញរហូតដល់មានការជូនដំណឹងបន្ថែម។
ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ coeadvisory@lacare.org។

សូមអរគុណសម្រាប់ការដាក់ពាក្យសុំចូលរួមក្រុមការងារចូលរួមជាមួយសហគមន៍របស់ L.A. Care។