



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Executive Office of Elder Affairs

ការិយាល័យប្រតិបត្តិការ កិច្ចការចាស់ទុំ ការដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីថែរក្សាតាមផ្ទះ (HCP) សំរាប់សមាជិក MassHealth

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	
ប្តី/ប្រពន្ធ	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង/ក្រុង	
លេខប័ណ្ណ MassHealth ____ - ____ - ____ - ____	លេខលំដាប់	
លេខ MassHealth RID ____ - ____ - ____ - ____	ការបដិសេធន៍ប្តី/ប្រពន្ធ? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>	ការចំណាយឱ្យ (Spenddown)? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

ឯកសារ :

អ្នកដាក់ពាក្យ : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

ប្តី/ប្រពន្ធ : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

សាក្សី/អ្នកតំណាង : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

CM/RN: _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការអនុម័ត : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការជំរាប : _____

សំរាប់ ASAP ប្រើ (FOR ASAP USE)

		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
1. Eligibility	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible
	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible
	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible
2. Annual Redeterminations			
Dates:		Signatures:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	