



ទម្រង់បែបបទ ផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យ ខោនធី ឡាន អែនធីឡែស (Los Angeles)

ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន

ពីសេវាសុខភាព និងសេវាសង្គម តាមរយៈកម្មវិធី CareConnect



ខោនធី ឡាន អែនធីឡែស (Los Angeles) (“ខោនធី”) ដំណើរការ កម្មវិធី ខោនធី ឡាន អែនធីឡែស (Los Angeles) CareConnect (“CareConnect”) តាមរយៈ ក្រសួង យុត្តិធម៌ ការថែទាំ និងឱកាស (“JCOD”)។ កម្មវិធី CareConnect គឺជាកម្មវិធី តាមប្រព័ន្ធអនឡាញ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកកម្មវិធី និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនានា ភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយរូបវន្តបុគ្គលម្នាក់ៗ ទៅនឹងសេវាកម្មផ្សេងៗ។ អង្គការ និងភ្នាក់ងារនានា នៅទូទាំងខោនធី ប្រើប្រាស់ កម្មវិធី CareConnect នេះ ដើម្បីបញ្ជូនរូបវន្តបុគ្គលទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទាំងឡាយណាដែលសមស្រប។

តាមរយៈការប្រើប្រាស់ កម្មវិធី CareConnect នេះ អ្នកសម្របសម្រួលទាំងអស់ អាចធ្វើការត្រួតពិនិត្យជាមូលដ្ឋាន ដើម្បីកំណត់ពិគ្រោះការ និងប្រមូលព័ត៌មាន ស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនានា ដែលអាចបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលពីភាពទំនេរ របស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទាំងនោះ និងបញ្ជូនអ្នក ទៅកាន់សេវាកម្មទាំងអស់នោះ ជំនួសមុខឱ្យអ្នក។ កម្មវិធី CareConnect ធ្វើការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក ក្នុងរង្វង់ កម្មវិធីខោនធី ដៃគូរបស់ពួកគេ និងអង្គការផ្សេងៗទៀត ដើម្បីភ្ជាប់អ្នកទៅនឹងសេវាកម្មទាំងអស់នោះ។

កម្មវិធីខោនធី គឺជាកម្មវិធីដែលផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងៗដល់អ្នក ឬដើម្បីឱ្យអ្នកទទួលបាននូវអត្ថប្រយោជន៍នានា តាមរយៈ ក្រសួងនៅកម្រិតខោនធី។ មានអង្គការជាច្រើនប្រភេទចូលរួមក្នុង កម្មវិធី CareConnect នេះ អង្គការខ្លះជាដៃគូរបស់កម្មវិធីខោនធី និងអង្គការខ្លះទៀត ជាភ្នាក់ងារឯករាជ្យ ដើម្បីផ្តល់ ឬសម្របសម្រួលសេវាកម្មផ្សេងៗ ដល់អ្នក ដែលទាក់ទងនឹង៖

- ការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង
- ការផ្តល់លំនៅឋាន
- សេវាកម្មនានាដែលឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការមូលដ្ឋានផ្សេងៗ មានដូចជាអាហារ ឬសម្លៀកបំពាក់
- សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងៗ
- សុខភាពរាងកាយ
- ជំនួយផ្នែកច្បាប់
- សេវាសង្គមផ្សេងៗ
- ការងារ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំ

ចំពោះបញ្ជីអង្គការ និងភ្នាក់ងារនានា ដែលចូលរួមក្នុង កម្មវិធី CareConnect នេះ សូមចូលមើលនៅ careconnect.lacounty.gov/connected-providers ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ careconnect@jcod.lacounty.gov ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីអង្គការ និងភ្នាក់ងារទាំងអស់នោះ។

កម្មវិធីខោនធី ដៃគូ និងអង្គការទាំងអស់នេះ អាចត្រូវការចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានសេវាសុខភាព និង/ឬ ព័ត៌មានសេវាសង្គមរបស់អ្នក ដើម្បី៖

- ធ្វើការកំណត់ សេវាកម្មនានាដែលអ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន
- ធ្វើការកំណត់ សេវាកម្មនានាដែលអ្នកអាចមានតម្រូវការ
- ធ្វើការកំណត់ សេវាកម្មនានានៅទីកន្លែង ដែលមានភាពងាយស្រួលចំពោះអ្នកដើម្បី
- បញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទាំងអស់នោះ
- ធ្វើការទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងៗ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបាននូវសេវាកម្ម
- អនុវត្តការកែលម្អគុណភាព ការរាយការណ៍ និងសកម្មភាពរាយការណ៍ផ្សេងៗ

អ្នកសម្របសម្រួល និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលបានចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុង កម្មវិធី CareConnect ដែលទទួលបាននូវការបញ្ជូនបន្តពីអ្នក ឬកំពុងផ្តល់សេវាកម្មដល់អ្នក

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 5/16/2024



និងអាចមើលឃើញនូវរាល់ព័ត៌មានដែលបានចែករំលែកទាំងនោះ ដូច្នេះហើយ ពួកគេអាចផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងៗ ដល់អ្នក ដែលព័ត៌មានទាំងអស់នោះ រួមមាន៖

- នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត របស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ ដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យនៅក្នុង កម្មវិធី CareConnect នៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះ។
- ព័ត៌មានផ្សេងៗ ដែលទាក់ទងនឹងការបញ្ជូនបន្ត។ ព័ត៌មានទាំងនេះ រួមមានព័ត៌មានពីយុត្តិធម៌ផ្នែកព្រហ្មទណ្ឌ ពីអ្នក ចំពោះការបញ្ជូនបន្តដែលបង្កប់បញ្ហាដោយគុណការ មានដូចជាលេខចុះក្នុងបញ្ជី និងលេខសំណុំរឿង និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនានាដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យដោយផ្ទាល់។
- លទ្ធផលនៃការស្វែងរកសេវាកម្ម ពីការត្រួតពិនិត្យ នាពេលបច្ចុប្បន្ន និងអតីតកាលរបស់អ្នក។
- ព័ត៌មានយោង ពីការបញ្ជូនបន្ត ទៅកាន់សេវាកម្មផ្សេងៗ ដែលបានធ្វើឡើងតាមរយៈ កម្មវិធី CareConnect។ ព័ត៌មានទាំងនេះ រួមមាន កាលបរិច្ឆេទ និងប្រភេទនៃសេវាកម្ម (មានដូចជាសេវាកម្មលំនៅឋាន ឬសេវាសុខភាព)។

ការចុះហត្ថលេខា ដោយឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម នាពេលបច្ចុប្បន្ន ពីអតីតកាល និងអនាគត ទាំងអស់ របស់ខ្ញុំ អ្នកសម្របសម្រួលលើការថែទាំ អ្នកស្វែងរកសេវាកម្ម និងកម្មវិធីខោនធី និងដៃគូរបស់ពួកគេ ដែលចូលរួមនៅក្នុង កម្មវិធី CareConnect អាចបង្ហាញ និងទទួលបាននូវ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានសុខភាព និង/ឬ ព័ត៌មានសេវាសង្គម របស់ខ្ញុំ និងព័ត៌មានយោងផ្សេងៗទៀត ក្នុងគោលបំណងយកទៅប្រើប្រាស់ ដូចដែលបានពិពណ៌នាខាងលើ។

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ការយល់ព្រមនេះ នឹងមានសុពលភាពរយៈពេលមួយ (1) ឆ្នាំ ឬរហូតដល់សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តទាំងអស់ត្រូវបានបិទបញ្ចប់ មួយណាដែលយូរជាងគេ បន្ទាប់មក ខ្ញុំនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំម្តងទៀត នៅពេលក្រោយ ដែលខ្ញុំត្រូវធ្វើការទាក់ទងជាមួយនិងបុគ្គលិក ដែលប្រើប្រាស់ កម្មវិធី CareConnect ដោយផ្ទាល់ ដើម្បីភ្ជាប់ខ្ញុំទៅកាន់សេវាកម្មផ្សេងៗទៀត។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិលុបចោល ការយល់ព្រមនេះ នៅពេលណាក៏បាន។ ខ្ញុំអាច លុបចោលការយល់ព្រមនេះបាន ដោយការទាក់ទងទៅកាន់បុគ្គលិកដែលចូលរួមនៅក្នុងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ ឬដោយការទាក់ទងទៅកាន់ careconnect@jcod.lacounty.gov ដើម្បីលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់សំណើនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទម្រង់បែបបទនេះ ឬសំណើដែលមាននៅលើ គេហទំព័រ កម្មវិធី CareConnect។ ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការយល់ព្រមនេះ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនណាមួយរបស់ខ្ញុំ នឹងមិនត្រូវបានធ្វើការចែករំលែកចាប់ពីថ្ងៃលុបចោលការយល់ព្រមនេះតទៅ។ រាល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនទាំងឡាយណា ដែលត្រូវបានចែករំលែកពីមុនរួចមកហើយ មិនអាចយកត្រឡប់មកវិញបានទេ។
- ការផ្តល់លេខទូរស័ព្ទរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលសារជាអក្សរនានា ពីកម្មវិធី CareConnect ទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សេវាកម្ម CareConnect របស់ខ្ញុំ។ សារជាអក្សរទាំងអស់នេះ រួមមាន ព័ត៌មានពី បច្ចុប្បន្នភាព ការគ្រើនរដ្ឋិក និងការទំនាក់ទំនងដែលពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀត។ អត្រាតម្លៃសារជាអក្សរ និងទិន្នន័យ អាចគិតថ្លៃ តាមសារជាអក្សរនីមួយៗដែលខ្ញុំបានផ្ញើចេញ ឬបានទទួល ទៅតាមគម្រោងតម្លៃក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាទូរស័ព្ទរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអាចលុបចោលសេវាសារជាអក្សរ (SMS) នេះ នៅពេលណាមួយក៏បាន តាមរយៈការផ្ញើសារជាអក្សរត្រឡប់ទៅវិញ ដោយសរសេរពាក្យ "STOP" ទៅកាន់សារជាអក្សរដែលផ្ញើឱ្យខ្ញុំ ពីកម្មវិធី CareConnect។

ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៅថ្ងៃទី 5/16/2024



ទម្រង់បែបបទ ផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យ ខោនធី ឡូស អែនជីឡែស (Los Angeles)

ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន

ពិសេសសុខភាព និងសេវាសង្គម តាមរយៈកម្មវិធី CareConnect



- ប្រសិនបើខ្ញុំ មិនយល់ព្រមឱ្យ កម្មវិធី CareConnect ចូលប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកទិន្នន័យរបស់ខ្ញុំទេ ខ្ញុំនៅតែអាចទទួលបាននូវសេវាកម្មដែលខ្ញុំមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយប្រើប្រាស់កំណែកម្មវិធីសាធារណៈ នៃកម្មវិធី CareConnect ដើម្បីផ្ញើសំណើសេវាកម្មទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនានា នៅក្នុង កម្មវិធី CareConnect នេះបានដែរ។ ក៏ប៉ុន្តែ ខ្ញុំនឹងមិនអាចចូលទៅប្រើសេវាកម្មតាមរយៈ កម្មវិធី CareConnect នេះបានទេ ហើយនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់សេវាកម្មនានា តាមរយៈវិធីសាស្ត្រមួយផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិ៖
 - ពិនិត្យមើល ឬទទួលបាននូវច្បាប់ចម្លង នៃព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានសេវាសង្គមរបស់ខ្ញុំ ដែលត្រូវបានចែករំលែកដោយមានការយល់ព្រមនេះ។
 - បដិសេធ មិនចុះហត្ថលេខាលើការយល់ព្រមនេះ។
 - ទទួលបាននូវច្បាប់ចម្លងពីការយល់ព្រមនេះ។

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ច្បាស់ពីការយល់ព្រមនេះ ឬការយល់ព្រមនេះត្រូវបានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់រួចហើយ។ ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យប្រើប្រាស់ និងការចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

ឈ្មោះអភិថិជន

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត អភិថិជន

ហត្ថលេខា អភិថិជន

កាលបរិច្ឆេទ



ទម្រង់បែបបទ ផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យ ខោនធី ឡូស អែនជីឡែស (Los Angeles)
ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន
ពិសេសសុខភាព និងសេវាសង្គម តាមរយៈកម្មវិធី CareConnect



ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានពន្យល់ ពីអត្ថន័យ នៃការយល់ព្រមនេះដល់រូបវន្តបុគ្គលដែលបានចុះហត្ថលេខា
 ខាងលើ មុនពេលឱ្យពួកគេចុះហត្ថលេខា។

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក

កាលបរិច្ឆេទ



ទម្រង់បែបបទ ផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យ ខោនធី ឡូស អែនជីឡែស (Los Angeles)
ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន
ពិសេសសុខភាព និងសេវាសង្គម តាមរយៈកម្មវិធី CareConnect



ខ្ញុំសូមលុបចោល នូវការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំ ដែលបានដាក់ជូនទៅកាន់ JCOD ចាប់ពីថ្ងៃទី _____ (កាលបរិច្ឆេទ)។ ការលុបចោល ការយល់ព្រមនេះ មិនប៉ះពាល់ដល់ការបង្ហាញពីមានណាមួយ ដែលបានធ្វើឡើងមុនពេល ទទួលបានការលុបចោលការយល់ព្រម នេះទេ។ ការលុបចោលការយល់ព្រមនេះ មិនមានការផ្លាស់ប្តូរ ដល់ព័ត៌មាន ដែលអាចធ្វើការចែករំលែកបាន ដែលស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ឬច្បាប់សហព័ន្ធនោះទេ។

 ហត្ថលេខា អភិថិជន

 កាលបរិច្ឆេទ