សេចក្តីថ្លែងការណ៍ព័ត៌មានដើម្បីបន្ថែមក្មេងអាយុក្រោម ១៦ ឆ្នាំ

(ពាក្យសុំបន្ថែម និង សំណើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង/ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ)

ការណែនាំ :

សូមបំពេញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះសម្រាប់ក្មេងថ្មីម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ និង ចុះហត្ថលេខាលើផ្នែកសេចក្តីបញ្ជាក់ ។
ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបំពេញបន្ថែម សូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសផ្សេងទៀត ។ សូមប្រើពាក្យសុំមួយសម្រាប់ក្មេងម្នាក់ៗ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ហើយ លោកអ្នកចង់បានជំនួយសម្រាប់ក្មេងថ្មីនោះ ពាក្យសុំនេះត្រូវតែបំពេញដោយឪពុកម្តាយ ឬ សាច់ញាតិពេញវ័យដែលជាអ្នកថែទាំ ។

សម្រាប់គ្រួសារទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដែលមិនទទួល ឬ មិនចង់ទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ពាក្យសុំនេះត្រូវតែបំពេញដោយ សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យ ឬ អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ ។

1. ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំ | **ទូរស័ព្ទ** ( )

2. ផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានទាំងអស់សម្រាប់ក្មេងនេះ ។

ក្មេងត្រូវការជំនួយដោយសារ ឪពុកម្តាយ (✔) ខាងក្រោម			
មរណៈភាព	ពិការភាព	អវត្តមាន	ពិកម្ហាយ

ឈ្មោះក្មេង (នាម, នামមកណ្តាល, គោត្តនាម)		ឈ្មោះម្តាយ :	
លេខសុវត្ថិភាពសង្គម	ភេទ (✔) ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ឈ្មោះឪពុក :	
កន្លែងកំណើត (ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ, ថ្ងៃ, ឆ្នាំ)	ពិការភ្នែក, ថ្គង់ ឬ ពិការ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រភេទនៃជំនួយដែលបានស្នើសុំ (✔) ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ		ឋានៈមានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✔) ☐ គ្មានសញ្ជាតិ : ទទួលឧបត្ថម្ភ	☐ មានសញ្ជាតិ/ជនជាតិអាមេរិក ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកសុំ ឬ ទៅនឹងសាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង	ក្មេងសុំមកចិញ្ចឹម ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	ប្រសិនបើក្មេងនោះក្រោមអាយុ ៦ ឆ្នាំ តើការចាក់ថ្នាំបង្ការបានធ្វើទាន់ពេលទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ ☐ មិននៅក្រោមអាយុ ៦ ឆ្នាំ	

3. តើក្មេងនេះបានទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ នៅខែនេះ? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "**បាទ/ចាំ**" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ប្រភេទនៃជំនួយដែលបានស្នើសុំ	កន្លែង (ស្រុក, រដ្ឋ)
☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ	

4. តើក្មេងនេះទទួល ឬ រំពឹងថានឹងទទួលចំណូលណាមួយ ដូចជា ចំណូល, ចំណូលសុវត្ថិភាពបន្ថែម/ការបង់ប្រាក់បន្ថែមរបស់រដ្ឋ (SSI/SSP), ផលប្រយោជន៍សុវត្ថិភាពសង្គម, ការឧបត្ថម្ភក្មេង, ចំណាយលើការថែទាំបីបាច់, ផលប្រយោជន៍ទាហានជើងចាស់ -ល-? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "**បាទ/ចាំ**" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ប្រភេទនៃចំណូល	ចំនួន (មុនកាត់ ប្រសិនបើមាន)	ពេល	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
	$		

5. A. សូមបំពេញខាងក្រោមប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានជំនួយជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់ក្មេងនេះ ហើយ ក្មេងនេះមានអាយុពី ៦ ទៅ ១៦ ឆ្នាំ។ តើក្មេងនោះទៅរៀនឡើងទាត់? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ☐ មិនមានអាយុ ៦-១៦

ប្រសិនបើ "**ទេ**" សូមពន្យល់មូលហេតុនាំឱ្យក្មេងនោះមិនទៅរៀនឡើងទាត់ :

B. តើក្មេងនោះមានគតិ ឬ ជាឪពុកម្តាយជំទង់? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "**បាទ/ចាំ**" សូមគូស (✔) : ☐ មានគតិ ☐ ឪពុកម្តាយជំទង់

ឋានៈនៅសាលារៀន សូមគូស (✔)
☐ មានសញ្ញាប័ត្រមធ្យមសិក្សាទុតិយភូមិ ☐ មាន GED ☐ មិនចូលរៀន (សូមពន្យល់) :
☐ បច្ចុប្បន្នកំពុងចូលរៀន ☐ ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់) :

C. តើក្មេងនេះបានទទួលប្រាក់បន្ថែម ឬ ការពិន័យជាសាច់ប្រាក់ ឬ ជំនួយ ជាមួយការថែទាំក្មេង, ការដឹកជញ្ជូន -ល- ពីកម្មវិធី កាល់លើន? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "**បាទ/ចាំ**" សូមបំពេញខាងក្រោម :

កន្លែង (ស្រុក)	កាលបរិច្ឆេទ បានទទួល

6. តើឪពុកម្តាយរបស់ក្មេងនេះធ្លាប់បម្រើនៅក្នុងយោធាសហរដ្ឋអាមេរិក (US)? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "**បាទ/ចាំ**" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ	ឪពុកម្តាយ មានសញ្ជាតិអាមេរិក	ផ្នែកនៃសេវាកម្ម	កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម	ចាកចេញដោយកិត្តិយស
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ			☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

7. សូមបំពេញខាងក្រោមប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ក្មេងនេះ ហើយក្មេងនេះ<u>មិនមានសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក</u> ។

A. ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំសរុបដែលក្មេងនេះ និង/ឬ ឪពុកម្តាយរបស់ក្មេងនេះ រស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក?

B. <u>នៅពេលរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក</u> ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំដែលក្មេងនេះ និង/ឬ ឪពុកម្តាយរបស់ក្មេងនេះ រកប្រាក់ដោយការធ្វើការនៅសហរដ្ឋអាមេរិក?

C. <u>នៅពេលរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក</u> ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំសរុបដែលក្មេងនេះ និង/ឬ ឪពុកម្តាយរបស់ក្មេងនេះ ធ្វើការនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ សម្រាប់ក្រុមហ៊ុនអាមេរិក?

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

AU	Non-AU	MFG Child ☐ Yes ☐ No	FS Non-HH Excl. Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: FS:

VERIF: ☐ Blind/Deaf/Disabled
☐ SSN ☐ Citizen ☐ SAVE
☐ Eligible Noncitizen ☐ Immun.

Alien Reg. No. D.O.E.

☐ CA and FC Elig/CR Chooses:
Child ☐ CA ☐ Foster Care
CR ☐ CA ☐ None

☐ Verification provided

☐ Verification provided
☐ FC Income Counted on FS Case ☐ YES ☐ NO
☐ CA Eligible for Higher MAP

Income		(✔) if exempt	
Unearned	Earned	CA	FS

Verified:
☐ Referred to Cal-Learn
☐ CA 25
☐ CA 25A

CA 5 ☐ YES ☐ NO
Date Initiated _____

FS: Honorable Discharge ☐ YES ☐ NO

8. តើក្មេងនោះមានទ្រព្យសម្បត្តិ ឬ ធនធាន ដូចជា : សាច់ប្រាក់, ដី, គណនីធនាគារ, មូលនិធិក្នុងអាណត្តិព្យាបាលភាព, សញ្ញាប័ណ្ណសន្សំ, ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិកក្នុងមួយនាក់ ឬ មូលនិធិក្នុងអាណត្តិព្យាបាលភាព ឬ អ្វីផ្សេងទៀត? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ **"បាទ/ចាំ"** សូមបំពេញខាងក្រោម :		**សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ** ☐ Verification provided ☐ CA Restricted Account (✔) Check if exempt ☐ CA ☐ FS

ប្រភេទនៃធនធាន	លេខ គណនី/ប័ណ្ណសន្សាវ៉ាប់រង	ឈ្មោះ, អាស័យដ្ឋានធនាគារ -ល-។	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន
			$

9. តើក្មេងនោះមានមេមីខែរ ឬ ធានាវ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជា Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS -ល- ដែលបង់ដោយឪពុកម្តាយ ឬ និយោជករបស់ឪពុកម្តាយ? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ **"បាទ/ចាំ"** សូមរាយការធានារ៉ាប់រង :		☐ Verification provided Health Coverage Code:
10. តើក្មេងនោះកំពុងលាក់ខ្លួន ឬ រត់គេចពីច្បាប់បទឧក្រិដ្ឋ ដើម្បីគេចពីការកាត់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ, ការឃុំឃាំង ឬ ការដាក់ពន្ធធនាគារបន្ទាប់ពីការកាត់ក្តី ឬ ប្រព្រឹត្តិលើសលើការដោះលែងមុនកំណត់ ឬ ការសាកល្បង? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**		
11. តើក្មេងនោះត្រូវបានកាត់ក្តីពីបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទងនឹងថ្នាំញៀន សម្រាប់ភាពជាម្ចាស់, ប្រើប្រាស់ ឬ ចែកចាយសារធាតុហាមឃាត់? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ **"បាទ/ចាំ"** សូមផ្តល់ព័ត៌មាន ចំពោះជំនួយជាសាច់ប្រាក់ សម្រាប់ការកាត់ក្តីនៅ ឬ បន្ទាប់ពីថ្ងៃ ០១ ខែ មករា ១៩៩៨ និង ចំពោះប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ សម្រាប់បទឧក្រិដ្ឋ និង ការកាត់ក្តីបន្ទាប់ពីថ្ងៃ ២២ ខែ សីហា ១៩៩៦ ។ កាលបរិច្ឆេទកាត់ក្តី / កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រព្រឹត្តិបទល្មើស		

12. A. ប្រសិនបើលោកអ្នកអាចទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ សមាជិកដែលទទួលសិទ្ធិនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ក្រោមអាយុ ២១ អាចទទួលការពិនិត្យសុខភាពមួយចំនួនតាមរយៈកម្មវិធីសុខភាព និង ការបង្ការភាពពិការរបស់កុមារ (CHDP) ។	**បាទ/ចាំ**	**ទេ**	☐ CHDP brochure and explanation given ☐ CHDP Referral ☐ Date:
• តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្ម CHDP?			
• តើលោកអ្នកចង់បានសេវាកម្មសុខភាព ឬ ទន្តសាស្ត្រ CHDP ដោយឥតបង់ប្រាក់?			
• តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយធ្វើការណាត់ជួប ឬ ទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ ទន្តបណ្ឌិត?			
B. តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ?			☐ Referred for Immunization
C. តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីភាពមិនរើសអើង, ការប្រឹក្សាលើជាតិស្រវឹង/ថ្នាំញៀន, ការចំណាយថ្លៃពេទ្យពីមុន និងតម្រូវការពិសេសផ្សេងទៀត?			☐ Other services referral
D. តើនណាម្នាក់ដែលមានគតិត្រូវការរកវេជ្ជបណ្ឌិត, ទទួលការធ្វើដំណើរទៅមន្ទីរពេទ្យ និង/ជំនួយផ្សេងទៀត?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
E. តើមាននណាម្នាក់បំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
ប្រសិនបើ **"បាទ/ចាំ"** តើទារកនោះកើតក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះ?			☐ WIC referral
D. តើលោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានពីគ្លីនិកផែនការគ្រួសារដើម្បីជួយលោកអ្នករៀបចំផែនការ សម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់លោកអ្នក និង បង្ការការមានគតិដោយមិនគ្រោងទុក?			☐ Family Planning info given Date Referred:

សេចក្តីបញ្ជាក់

ខ្ញុំយល់ថា :

- **ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬ ខកខានក្នុងការរាយការណ៍ព័ត៌មានពិត ឬ ស្ថានភាពទាំងអស់ ដោយមានចេតនា ដែលជះឥទ្ធិពលដល់ការទទួលសិទ្ធរបស់ខ្ញុំ និង ការបង់ប្រាក់ជំនួយ ខ្ញុំអាចត្រូវទទួលការពិន័យ, ដាក់ឃុំឃាំង/ពន្ធធនាគារ ឬ ទាំងពីរ ។ ខ្ញុំអាចត្រូវបានពិន័យដល់ទៅ ១០.000 ដុល្លា សម្រាប់ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង ២៥0.000 ដុល្លា សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ។ ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរឃុំឃាំង/ពន្ធធនាគារ ក្នុងរយៈពេលដល់ទៅ ៣ ឆ្នាំ សម្រាប់ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ២0 ឆ្នាំ សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ។ ហើយផលប្រយោជន៍សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ អាចត្រូវបានបញ្ឈប់ សម្រាប់រយៈពេល ៦ ខែ, ១២ ខែ, ២ ឆ្នាំ, ៤ ឆ្នាំ, ៥ ឆ្នាំ, ១0 ឆ្នាំ, ២0 ឆ្នាំ ឬ រៀងរហូត ។ ហើយ ចំពោះជំនួយជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់ជនភាសន្ធូន គឺ ៣ ខែ និង ៦ ខែ ។**
- ករណីរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេលើកយកមកពិនិត្យសារឡើងវិញដើម្បី បញ្ជាក់ពីភាពទទួលសិទ្ធិ ហើយខ្ញុំត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញទំហឹង ជាមួយមន្ត្រីរបស់ស្រុក, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ក្នុងការពិនិត្យការគ្រប់គ្រងគុណភាពណាមួយ ។
- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យនឹងត្រូវពិនិត្យដោយ មន្ត្រីរបស់ស្រុក, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ។
- ស្រុកនឹងផ្ញើរព័ត៌មានទៅកាន់ផ្នែកសេវាកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និង ផ្តល់សញ្ជាតិ (INS) ដើម្បីបញ្ជាក់ពីឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ ។
- ព័ត៌មានដែលស្រុកទទួលបានពី សេវាកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និង ផ្តល់សញ្ជាតិ អាចជះឥទ្ធិពលដល់ភាពទទួលសិទ្ធិសម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ។
- ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យនឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យជាមួយភ្នាក់ងារពន្ធដារ, សុខមាលភាព, ភ្នាក់ងារនិតិកម្ម, សាលារៀនក្នុងសង្កាត់ និង រដ្ឋបាលសុវត្ថិភាពសង្គម ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការទទួលសិទ្ធិរបស់កុមារ សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង/ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង ដើម្បីបញ្ជាក់ថាខ្ញុំទទួលបានចំនួនសាច់ប្រាក់ត្រឹមត្រូវ សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ។ ហើយលេខសុវត្ថិភាពសង្គមនឹងត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយកំណត់ត្រារបស់ភ្នាក់ងារពន្ធារ៉ាប់ច្បាប់ សម្រាប់ដីការចាប់ខ្លួន ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្តន្ទាទោសចំពោះការក្លែងក្លាយ តាមច្បាប់នៃសហរដ្ឋអាមេរិក និង រដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា ថាព័ត៌មាននៅក្នុងសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះគឺ ពិត, ត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ ។

អ្នកដែលត្រូវចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ : **សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់** លោកអ្នក និង ស្វាមី/ភរិយារបស់លោកអ្នកដែលទទួលជំនួយ ឬ ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើរស់នៅក្នុងផ្ទះ) នៃកុមារដែលទទួលជំនួយ ។
សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ សមាជិកក្នុងគ្រួសារពេញវ័យ ឬ អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ ។

ហត្ថលេខារបស់សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំ និង/ឬ សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលស្នើសុំជំនួយជាប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ អ្នកតំណាងដែលត្រូវបានគេផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ	**កាលបរិច្ឆេទ**
ហត្ថលេខារបស់ស្វាមី/ភរិយាដែលបានទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើរស់នៅក្នុងផ្ទះ) នៃកុមារដែលទទួលជំនួយ	**កាលបរិច្ឆេទ**
ហត្ថលេខារបស់សាក្សីសម្រាប់កំនត់សម្គាល់, អ្នកបកប្រែ ឬ អ្នកដែលបានបំពេញពាក្យស្នើសុំ	**កាលបរិច្ឆេទ**

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

☐ INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION ☐ Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: ☐ YES ☐ NO
☐ ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker	Date	Signature of Supervisor		Date