សេចក្តីផ្ទៃងការណ៍ព័ត៌មាន សម្រាប់មនុស្សបន្ថែម

(ពាក្យស្នើសុំបន្ថែមសម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង សំណើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់)

ការណែនាំ : សូមបំពេញពាក្យសុំនេះដើម្បីប្រាប់យើងអំពីមនុស្សថ្មីនៅក្នុងផ្ទះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែមដើម្បីឆ្លើយសំណួរ សូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាស់ផ្សេងទៀត។ សូមបំពេញចម្លើយរាល់សំណួរទាំងអស់អំពីផលប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកកំពុងស្នើសុំ។ "CA" ជំនួសឱ្យជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង "FS" ជំនួសឱ្យប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដែលពួកវាវាយនៅផ្នែកខាងឆ្វេងនៃសំណួរនីមួយៗ ប្រាប់លោកអ្នកថាសំណួរណាមួយគឺសម្រាប់ កម្មវិធីមួយណា។

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ហើយ លោកអ្នកចង់បានជំនួយសម្រាប់មនុស្សថ្មីនោះ ពាក្យសុំនេះត្រូវតែបំពេញដោយសាច់ញាតិពេញវ័យដែលជាអ្នកថែទាំ ដែលឥឡូវកំពុងទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ មនុស្សថ្មីនោះ លុះត្រាតែមនុស្សថ្មីនោះគឺជាក្មេង។

ចំពោះគ្រួសារទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដែលមិនទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ មិនចង់បានជំនួយជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សថ្មី ពាក្យសុំនេះអាចបំពេញដោយសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារ, អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ ឬ មនុស្សថ្មីនោះ។

សូមបំពេញដោយប្រើបិទ

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME

WORKER NUMBER

DATE RECEIVED

CA FS (1) ឈ្មោះនៃអ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះ (នាម នামកណ្តាល គោត្តនាម)

CA FS (2) សូមរាយមនុស្សថ្មីនៅក្នុងផ្ទះ រួមទាំងទារកទើបកើត។

ឈ្មោះ (នាម នামកណ្តាល គោត្តនាម)		ហ៊ាន: មានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✓) ☐ សញ្ជាតិ/ជនជាតិអាមេរិក ☐ គ្មានសញ្ជាតិ : ទទួលឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	
លេខសុវត្ថិភាពសង្គម - -	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត - -	មានគតិ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	តើគាត់ជាឪពុកម្តាយ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
កន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)	ភេទ (✓) ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ហ៊ាន: នៅសាលា (✓) ☐ មានសញ្ញាប័ត្រមធ្យមសិក្សាទុតិយភូមិ ☐ មាន GED	
ហ៊ាន: អាពាហ៍ពិពាហ៍ ☐ រៀបការរួច ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ បែកគ្នា ☐ លែងលះ ☐ អាពាហ៍ពិពាហ៍ក្រុងត្រា ☐ មេម៉ាយ	ពិការភ្នែក/ថ្លង់/ពិការ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	☐ បច្ចុប្បន្នកំពុងចូលរៀន ☐ មិនបានចូលរៀន (សូមពន្យល់) :	
ជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នកស្នើសុំ/អ្នកថែទាំ/មេគ្រួសារ? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ពីទំនាក់ទំនង : ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ		ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលបានប្រើ : (ឈ្មោះកំណើត, ឈ្មោះចញ្ចឹម -ល-)	

CA FS (3) តើគាត់ធ្លាប់បានស្នើសុំ ឬ បានទទួលផលប្រយោជន៍នៅពេលអតីតកាល ដូចជា : ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ, ជំនួយសម្រាប់ជនគ្មានទីជម្រក, មេឌីកាល់, ជំនួយសាច់ប្រាក់សម្រាប់ជនភាសាខ្លួន? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ :

ពេល	កន្លែង (ស្រុក, រដ្ឋ ឬ ប្រទេស)	ប្រភេទនៃផលប្រយោជន៍

CA (4) តើគាត់ជាក្មេងអាយុក្រោម ១៩ ឆ្នាំ? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម : ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ឈ្មោះម្តាយ (✔) រស់នៅក្នុងផ្ទះ	ឈ្មោះឪពុក (✔) រស់នៅក្នុងផ្ទះ	មូលហេតុដែលឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ	ជំនួយតម្រូវការសម្រាប់ក្មេងដោយសារឪពុកម្តាយ (គូសគ្រប់ប្រអប់ទាំងអស់ដែលត្រូវ)
			☐ អវត្តមាន ☐ និកម្មភាព ☐ គ្មានសមត្ថភាព ☐ ស្លាប់
☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ		

CA FS (5) តើគាត់ធ្លាប់ស្ថិតនៅក្នុងសេវាយោធាសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ ស្វាមី/ភរិយា, ឪពុកម្តាយ ឬ កូននៃអ្នកដែលបានបម្រើនៅក្នុងសេវាយោធា? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ : ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

រាយឈ្មោះ, ផ្នែកនៃសេវាកម្ម -ល-	ចាកចេញដោយកិត្តយស ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

CA (6) តើគាត់បច្ចុប្បន្នរស់នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា និង មានបំណងបន្តរស់នៅទីនេះ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "ទេ" សូមពន្យល់ :

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
FS ID		
Blind/Deaf/Disabled		
Residency		
DFA 285-C Comp.		
Referred to Cal-Learn		
CW 25 Completed		
CW 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		

Date of Entry to U.S. _____

Excluded HH Member Code _____

Work/Training/WTW Code _____

VERIFIED:
Deprivation ☐ YES ☐ NO

CW 5 ☐ YES ☐ NO

Date Initiated _____

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

☐ CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses:
Child: ☐ CalWORKs ☐ FC
CR: ☐ CalWORKs ☐ None

CA FS (7) A. តើគាត់ជាកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

FS B. តើលោកអ្នកចង់បានកូនចិញ្ចឹម **និង** ចំណូលថែទាំកូនចិញ្ចឹមរបស់ពួកគេ រួមបញ្ចូលនៅក្នុងករណីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

CA FS (8) A. តើគាត់មានអាយុ ១៦ ឆ្នាំ ឬ ច្រើនជាងនេះ និង បានចុះឈ្មោះនៅសាលា, មហាវិទ្យាល័យ ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឹនណាមួយ? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម : ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឹន	មេរៀន/ម៉ោង ក្នុងមួយសប្តាហ៍	កាលបរិច្ឆេទចាប់ពីមុនៃការទទួលសញ្ញាប័ត្រ	ធ្វើការ?
ប្រសិនបើបានចុះឈ្មោះ, សូមគូស (✔) ☐ ពេញម៉ោង ☐ កន្លះថ្ងៃ ☐ ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :			☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

CA FS B. សូមបំពេញខាងក្រោម ប្រសិនបើគាត់បានចុះឈ្មោះនៅមហាវិទ្យាល័យ ឬ ចូលរៀននៅវិទ្យាស្ថានអប់រំប្រហែលនេះ។

វគ្គ ☐ រដូវ ☐ ឆ្នាំ ☐ ត្រីមាស	ថ្លៃឈ្នួលសិក្សា/ថ្លៃឈ្នួលក្នុងមួយវគ្គ $	សៀវភៅ, គ្រឿងបរិក្ខា -ល- ក្នុងមួយវគ្គ $
ការធ្វើដំណើរទៅមកក្នុងមួយថ្ងៃ ទៅសាលារៀន/កន្លែងថែទាំកុមារ (ម៉ាល់)	ចំនួនថ្ងៃចូលរៀនក្នុងមួយសប្តាហ៍	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលប្រើប្រាស់
ថ្លៃធ្វើដំណើរក្នុងមួយសប្តាហ៍ $	ចំនួនដែលបង់ដោយសមាជិកពហុទេសចរ $	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ (រថយន្តក្រុង -ល-) ក្នុងមួយថ្ងៃ $

VERIFIED:
School Enrollment ☐ Yes ☐ No
FS Eligible Student ☐ Yes ☐ No

VERIFIED:
Expenses ☐ Yes ☐ No
Financial Aid ☐ Yes ☐ No

CA FS (9) តើគាត់ធ្លាប់បានបញ្ឈប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភក្នុងមួយអំឡុងពេល ឬ ជារៀងរហូត ដោយសារ : ការមិនសហការក្នុងអំឡុងពេលត្រួតពិនិត្យគុណភាព, ការងារ ឬ សកម្មភាពនលើការហ្វឹកហ្វឹន ឬ ដោយសារការលួចបន្លំសុខមាភាព ឬ ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើកម្មវិធីដោយចេតនា? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

មូលហេតុ	ពេល	ស្រុក/រដ្ឋ ណា

CA FS (10) **តើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់កំពុងគេច ឬ រត់គេចពីច្បាប់ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោសលើបទឧក្រិដ្ឋ, ការឃុំឃាំង ឬ ការដាក់ឆុក បន្ទាប់ពីកាត់ក្តី ឬ ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើការសាកល្បង ឬ ការដោះលែង?** ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមផ្តល់ឈ្មោះមនុស្សនោះ :

CA FS (11) តើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ធ្លាប់បានកាត់ក្តីពីបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទងនឹងថ្នាំញៀនសម្រាប់ភាពជាម្ចាស់, ការប្រើប្រាស់ ឬ ការចែកចាយសារធាតុហាមឃាត់? សូមផ្តល់ព័ត៌មានចំពោះជំនួយជាសាច់ប្រាក់, សម្រាប់ការកាត់ក្តីនៅ ឬ បន្ទាប់ពីថ្ងៃ ០១ ខែ មីករា ១៩៩៨ និង ចំពោះប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ, សម្រាប់ បទឧក្រិដ្ឋ និង ការកាត់ក្តីបន្ទាប់ពីថ្ងៃ ២២ ខែ សីហា ១៩៩៦ ។ ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម : ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ឈ្មោះអ្នកដែលបានទទួលការកាត់ក្តី	កាលបរិច្ឆេទដែលបានកាត់ក្តី	កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ

FS (12) តើគាត់ទិញចំណីអាហារ និង ធ្វើម្ហូបបែកពីអ្នកដទៃនៅក្នុងផ្ទះ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS (13) តើគាត់មានអាយុ ៦០ ឆ្នាំ ឬ ចាស់ជាងនេះ និង មិនអាចទិញចំណីអាហារ និង ធ្វើម្ហូបបែកគ្នា ដោយសារតែពិការភាព? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS (14) តើគាត់បង់ថ្លៃសម្រាប់អាហារ និង/ឬ បន្ទប់? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

សូមគូស (✔)	ថ្លៃប៉ុន្មាន	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា	ចំនួនអាហារ ក្នុងមួយថ្ងៃ
☐ អាហារ ☐ បន្ទប់ ☐ ទាំងពីរ	$		

Household Elects

BOARDER	HH MEMBER	ROOMER

FS (15) តើគាត់ទទួលបានស្បៀងអាហារពីកម្មវិធីខាងក្រោមនេះណាមួយ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
- កន្លែងបរិភោគអាហារល្ងាយនៅតាមសង្កាត់សម្រាប់មនុស្សចាស់ ឬ ពិការ
- កម្មវិធីចែកស្បៀងអាហារដែលដំណើរការដោយកម្មវិធីបម្រុងរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិក
- កម្មវិធីស្បៀងអាហារផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះនៃកម្មវិធី

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

(✔) if Exempt
☐ CA
☐ FS Adult
☐ FS Child

FS S/E Farmer ☐ Yes ☐ No

Verification(s) on file: ☐ Yes ☐ No

CA FS (16) តើគាត់ឥឡូវកំពុងធ្វើការ ឬ រំពឹងថានឹងធ្វើការនៅពីរខែបន្ទាប់? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម សូមភ្ជាប់របាយការណ៍ប្យៀវត្សរ៍ ឬ ភស្តុតាងនៃចំណូលផ្សេងទៀត
(ចំណាំ : ប្រសិនបើរកស៊ីខ្លួនឯង សូមរាយពីការចំណាយនៃជំនួញលើសន្ទឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែក ហើយ ភ្ជាប់ជាមួយពាក្យសុំនេះ)។

ឈ្មោះនិយោជក	រកស៊ីខ្លួនឯង	មុខរបរ	ចំនួនថ្ងៃ/ម៉ោង ធ្វើការក្នុងមួយខែ
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ		

កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ខែ	ប្រាក់ប្រចាំសប្តាហ៍មុនពេលកាត់	ថ្លៃទឹកតែ ឬ កម្រៃជើងផ្សារ
	$ ក្នុងមួយ	☐ បាទ/ចាំ ចំនួន $ ☐ ទេ

CA FS (17) A. តើគាត់បានចំណាយសម្រាប់ទណាម្នាក់ដើម្បីថែទាំក្មេង, មនុស្សពេញវ័យពិការ ឬ ផ្សេងទៀត ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
នៅក្រោមបន្ទុក ដូច្នេះ គាត់អាចទៅធ្វើការ ឬ ហ្វឹកហ្វឺន ឬ រកការងារធ្វើ?
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកទទួលការថែទាំ	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ការថែទាំ	ចំនួនដែលបង់ប្រចាំខែ
		$
ឈ្មោះអ្នកទទួលការថែទាំ	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ការថែទាំ	ចំនួនដែលបង់ប្រចាំខែ
		$

Child Care Informing Given to Client:

Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Dependent Care Eligible

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

CA FS B. តើគាត់ទទួលថ្លៃថែទាំក្មេងដែលបង់សម្រាប់ពួកគេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
រួមបញ្ចូលថ្លៃចំណាយដែលបង់ដោយសាច់ញាតិ ឬ មិត្តភ័ក្ត្រ, ក្រសួងអប់រំ, ជំនួយសម្រាប់សិស្ស,
Block Grant, Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP -ល-។ ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះក្មេង	អ្នកបង់	ចំនួនដែលបង់ប្រចាំខែ
		$
ឈ្មោះក្មេង	អ្នកបង់	ចំនួនដែលបង់ប្រចាំខែ
		$

CA FS (18) តើគាត់បានឈប់ ឬ បដិសេធការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺននៅក្នុងរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ ចុងក្រោយ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

	YES	NO
Emp. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

☐ CA: 30 days

☐ FS: 60 days

ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋាននិយោជក/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	តើមនុស្សនេះទទួល ឬ រំពឹងថាទទួលប្រាក់ប្រចាំសប្តាហ៍ ឬ ផលប្រយោជន៍ក្នុងខែនេះ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
	មូលប្បទានប័ត្រប្យៀវត្សរ៍ចុងក្រោយដែលបានទទួល (កាលបរិច្ឆេទ) — ចំនួនមុនពេលកាត់ $
	មូលប្បទានប័ត្រដែលសង្ឃឹមទទួល (កាលបរិច្ឆេទ) — ចំនួនមុនពេលកាត់ $
ចំនួនម៉ោងនៃ ការងារ/ការហ្វឹកហ្វឺន ខែចុងក្រោយ _____ ខែនេះ _____	ថ្ងៃចុងក្រោយនៃការងារ/ការហ្វឹកហ្វឺន — ថ្លៃទឹកតែ ឬ កម្រៃជើងផ្សារ ☐ បាទ/ចាំ ចំនួន $ ☐ ទេ
	មូលហេតុសម្រាប់ការចាកចេញពីការងារ/ការហ្វឹកហ្វឺន

CA FS (19) តើគាត់កំពុងធ្វើកូដកម្ម? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

Striker Regs Apply

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋាននិយោជក/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	ឈ្មោះសហភាព
	កាលបរិច្ឆេទដែលបានធ្វើកូដកម្ម
	ចំណូលដុលប្រចាំខែដែលរកបានពីការងារនេះ មុនពេលធ្វើកូដកម្ម $

FS (20) តើគាត់ចំណាយលើការឧបត្ថម្ភកូន ឬ ភរិយា? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

Court Order on File ☐ Yes ☐ No

Amount Ordered
$

ឈ្មោះកូន ឬ ភរិយា	ចំនួនក្នុងមួយខែ	ការបញ្ជារបស់តុលាការ
	$	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

CA FS (21) តើគាត់បានស្នើសុំ ឬ បានទទួលផលប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតណាមួយនៅ ១២ខែចុងក្រោយ ដូចជា សុវត្ថិភាពសង្គម, ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ការធានារ៉ាប់រងលើនិកម្មភាព/ពិការភាព, ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ការឧបត្ថម្ភកូន/ភរិយា, ផលប្រយោជន៍មនុស្សចាស់,
ការស្នាក់នៅដោយមិនបង់ប្រាក់, ការប្រើប្រាស់ទឹកភ្លើងដោយមិនបង់ប្រាក់ -ល-?
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ប្រភេទ ផលប្រយោជន៍	ចំនួន	កាលបរិច្ឆេទ បានស្នើសុំ	កន្លែង (ស្រុក/រដ្ឋ)	កាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយ បានទទួល	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែ -ល-)	កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុក ចាប់ផ្តើម និង បញ្ចប់	(✓) if Exempt CA	FS
	$					ចាប់ផ្តើម : បញ្ចប់ :		

CA FS 22 តើគាត់មាន ឬ កំពុងទិញអចលនវត្ថុណាមួយ ដូចជា ដី និង/ឬ សំណង់នៅកន្លែងផ្សេង រួមបញ្ចូលទាំងសំណង់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ប្រភេទ (ដី, ផ្ទះ, បន្ទប់ជួល -ល-)	ប្រើប្រាស់ (ផ្ទះ, ជួល -ល-)	អាស័យដ្ឋាន ឬ ទីកន្លែង	តម្លៃ ប្រហែល	ចំនួនជំពាក់គេ
			$	$

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ
Home Exempt ☐ Yes ☐ No
Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ Yes ☐ No

CA FS 23 A. តើគាត់មានធនធានខាងក្រោមណាមួយ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមគូស (✓) ចំណុចនីមួយៗ និង ពន្យល់ខាងក្រោម :

ធនធាន	បាទ/ចាំ	ទេ	ធនធាន	បាទ/ចាំ	ទេ
មូលប្បទានប័ត្រ ឬ ប្រាក់ (នៅផ្ទះ ឬ កន្លែងផ្សេង)			មូលនិធិឥណទាន		
គណនី ចរន្ត/សន្សំ/ សហគមឥណទាន			ភាគហ៊ុន, សញ្ញាប័ណ្ណ, វិញ្ញាបនប័ត្រ, IRAs, មូលនិធិចូលនិវត្តន៍		
ប័ណ្ណសន្យា, លិខិតបញ្ចាំ, លិខិតមរតក កិច្ចសន្យាលក់			ផ្សេងទៀត (រាយខាងក្រោម)		

ប្រភេទធនធាន	ម្ចាស់	លេខគណនី/ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានធនាគារ -ល-	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	(✓) if Exempt CA	FS
				$		
				$		

CA FS B. តើគាត់ទទួលបានចំណូលពីប្រភពធនធានទាំងនេះណាមួយ ដូចជា ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ការប្រាក់, ភាគលាភ -ល-?
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមរាយប្រភពនីមួយៗ និង ពន្យល់ខាងក្រោម :

ប្រភពនៃប្រាក់	ចំនួន	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
	$	
	$	

CA FS 24 តើគាត់មាន, ជួល ឬ ប្រើប្រាស់យានយន្តណាមួយ ដូចជា ឡាន, ឡានដឹកទំនិញធំៗ, ទ្រុក, រទេះសណ្តោង, ឡានដឹកទំនិញតូចៗ, ផ្ទះចល័ត, យានយន្តសម្រាប់ផ្ទៃរលាក់ (ATVs) មូតូ, ប្រដាប់លេងនៅសមុទ្រ, ស្គីជេត -ល-? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះម្ចាស់ ប្រសិនបើជួល សូមគូស (✔)	របៀបប្រើ	ឆ្នាំ, ធ្វើនៅ ម៉ូដែល	លេខប័ណ្ណបើកបរ និង រដ្ឋដែលបានចុះបញ្ជី	មានអាជ្ញាប័ណ្ណ (✔)	តម្លៃ ប្រហែល	សមតុល្យ ជំពាក់គេ
☐ ជួល				☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$

(✓) If Exempt Leased | Vehicle Valuation
☐ Exempt
☐ Leased

CA FS 25 តើគាត់មាន ឬ ប្រើប្រាស់ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានតម្លៃយ៉ាងតិចបំផុត ១00 ដុល្លា សម្រាប់របស់នីមួយៗ ឬ ឥឡូវនេះមានតម្លៃយ៉ាងហោចណាស់ ១00 ដុល្លា ចំពោះរបស់នីមួយៗ ដូចជា : គ្រឿងអលង្ការ, គ្រឿងបរិក្ខា, ឧបករណ៍, បសុសត្ត -ល-? ចូរ**កុំ**រាយពីសម្លៀកបំពាក់, ចិញ្ចៀនអាពាហ៍ពិពាហ៍, កម្រាលព្រំ, គ្រឿងសង្ហារឹម, គ្រឿងអគ្គិសនី ឬ គ្រឿងតុទូសម្រាប់គ្រួសារផ្សេងទៀត។ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ម្ចាស់	ឈ្មោះគ្រឿង	កាលបរិច្ឆេទទិញ	ថ្លៃទិញ ឬ តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	សមតុល្យនៅជំពាក់គេ
			$	$
			$	$

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately
Net Market Value
$ _____

CA FS 26 គាត់បានលក់, ផ្ទេរ ឬ ឱ្យទ្រព្យសម្បត្តិពិត ឬ ផ្ទាល់ខ្លួនណាមួយ ក្នុងពេលពីរឆ្នាំចុងក្រោយ សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង បីខែចុងក្រោយ សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

Closed Bank Accounts:
☐ Food Stamps in last 3 months

CA 27 តើគាត់មានការរ៉ាប់រងការធានាខាងក្រោមណាមួយ : ជីវិត, ការបញ្ចុះសព, អសមត្ថភាព ឬ បញ្ចាំ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង	ប្រាក់ធានាបង់ដោយ (ឈ្មោះ)	ចំនួនដែលបានបង់
			$

Total CSV
(1) _____
(2) _____
Total Countable Property:
Items 22-27
CA $ _____
FS $ _____

CA FS 28 តើគាត់មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬ សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំង ធានារ៉ាប់រងបង់ដោយនិយោជក ឬ ឪពុកម្តាយដែលអវត្តមាន ដូចជា : Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, មេឌីខែរ -ល-? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	ចំនួនប្រាក់ធានា	បង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
		$	

☐ Health Care Options Explanation Given
Referral _____
NA _____
☐ DHS 6155
☐ DFA 285-C
Medicare Gross Premium
$_____

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

Retro Medi-Cal
Requested ☐ Yes ☐ No
Approved ☐ Yes ☐ No

CA (29) តើគាត់ទទួលការព្យាបាលសុខភាព/គតិ ក្នុងខែនេះ ឬ ក្នុងរយៈពេលបីខែ មុនខែនេះ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកទទួលការថែទាំ	ចំនួនខែនៃការថែទាំ	តើមានការចំណាយ សម្រាប់ព្យាបាល?		ចង់បានមេឌីកាល់ សម្រាប់ខែទាំងអស់នោះ?	
		បាទ/ចាំ	ទេ	បាទ/ចាំ	ទេ

CA (30) តើគាត់មានការធានារ៉ាប់រងដែលបានពីឪពុកម្តាយ, និយោជក ឬ ឪពុកម្តាយដែលអវត្តមាន ដែលមិនទានបានស្នើសុំ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

☐ DHS 6155

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ចំនួននៃប្រាក់ធានា	ចង់ញ៉ីកញ្ចាប់បុណ្ណា
	$	
	$	

CA FS (31) តើគាត់ពិការដោយសារការរងរបួស ឬ គ្រោះថ្នាក់ដែលធ្វើឱ្យវាពិបាកសម្រាប់ពួកគេ ក្នុងការធ្វើការ ឬ យកចិត្តទុកដាក់ពីតម្រូវការរបស់ពួកគេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ប្រភេទនៃជម្ងឺ	កាលបរិច្ឆេទដែលជម្ងឺ បានចាប់ផ្តើម	កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុក នៃការជាសះស្បើយ

VERIFIED:
Higher/Lower MAP ☐ Yes ☐ No
Special Need ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS (32) A. តើគាត់មានលក្ខខ័ណ្ឌ ឬ ស្ថានភាព ដែលត្រូវការចំណុចណាមួយខាងក្រោម?
សូមគូស (✓) ចំណុចនីមួយៗ បាទ/ចាំ ឬ ទេ :

	បាទ/ចាំ	ទេ		បាទ/ចាំ	ទេ
ចំណីអាហារពិសេស - ចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិត			ការប្រើប្រាស់ទឹកភ្លើងខ្ពស់ណាស់		
តម្រូវការធ្វើដំណើរពិសេស			សេវាកម្មបោកអ៊ុតពិសេស		
ទូរស័ព្ទពិសេស ឬ គ្រឿងបរិក្ខាផ្សេងទៀត			ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :		
ការងារផ្ទះ (គ្មានមនុស្សម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះអាចធ្វើវាបាន)					

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ :

CA Special Need
☐ Yes ☐ No
Amount $_____
VERIFIED:
CA ☐ Yes ☐ No
FS ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS B. តើគាត់ទទួលសេវាគាំទ្រនៅក្នុងផ្ទះ (IHSS)? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" តើគាត់បង់ប៉ុន្មានរៀងរាល់ខែ? $_____

☐ DFA 285-C

CA (33) សេវាកម្មខាងក្រោមនេះអាចរកបាន។ ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះសម្រាប់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬ នណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ភាពទទួលសិទ្ធរបស់លោកអ្នក។
សូមគូស (✓) ចំណុចនិមួយៗ បាទ/ចាំ ឬ ទេ :

	បាទ/ចាំ	ទេ
A. ការពិនិត្យជាប្រចាំ ដើម្បីជួយការពារសុខភាពគ្រួសាររបស់លោកអ្នកគឺមាន តាមសំណើរ តាមរយៈ កម្មវិធីសុខភាព និង ការបង្ការពិការភាពរបស់កុមារ (CHDP) សម្រាប់សមាជិកដែលទទួលសិទ្ធិ នៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកអាយុក្រោម ២១។		
• តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្ម CHDP?		
• តើលោកអ្នកចង់បានសេវាកម្មសុខភាព CHDP?		
• តើលោកអ្នកចង់បានសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រ CHDP?		
• តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់ការណាត់ជួប ឬ ជាមួយការធ្វើដំណើរ ទៅកន្លែងសេវាកម្ម CHDP?		
B. ប្រសិនបើនណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានគតិ លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត, ទទួលបានចំណីអាហារ ដែលមានសុខភាពល្អ និង ជំនួយផ្សេងទៀត។ តើលោកអ្នកចង់ពិភាក្សាជាមួយនណាម្នាក់អំពីជំនួយនេះ?		
C. តើនណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយ?		
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" តើកូននោះកើតក្នុងរយៈពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ?		
ប្រសិនបើលោកអ្នក គូស "បាទ/ចាំ" លើចំណុច (34) B ឬ C លោកអ្នកអាចទទួលសិទ្ធិសម្រាប់សេវាកម្ម ផ្តល់ឱ្យដោយ កម្មវិធីអាហារបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ស្ត្រី, ទារក និង កុមារ (WIC)។		
D. តើលោកអ្នក ឬ សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ចង់បានសេវាកម្មផែនការគ្រួសារដោយឥតបង់ថ្លៃ ឬ ថ្លៃទាបឬទេ? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមទូរស័ព្ទទៅផែនការថែទាំសុខភាព ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក។		
ឬ សម្រាប់ព័ត៌មាន និង ទីកន្លែងនៃគ្លីនិកផែនការគ្រួសារសម្ងាត់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតបង់ប្រាក់ 1-800-942-1054.		

☐ CHDP Brochure and Explanation Given
Date: _____
☐ Referral

☐ Pregnant
☐ Parent or Guardian of child under 5
☐ Breastfeeding
☐ Postpartum

☐ WIC referral

☐ Family Planning Information Given
☐ Referred Date _____

សេចក្ដីបញ្ជាក់

ខ្ញុំដឹងថា :

- គ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្ដល់ឱ្យ រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងផលប្រយោជន៍ និង ចំណូល នឹងត្រូវភ្ជាប់មួយនឹងកំណត់ត្រារបស់តំបន់, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ដូចជា និយោជក, រដ្ឋបាលសុវត្ថិភាពសង្គម, ពន្ធដារ, ភ្នាក់ងារសុខមាលភាព និង និកម្មភាព, ការចូលសាលារៀន -ល-។ ហើយសម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ កំណត់ត្រានានានឹងត្រូវភ្ជាប់ជាមួយភ្នាក់ងារពង្រឹងច្បាប់សម្រាប់ដីកាចាប់ខ្លួន។
- គ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងផលប្រយោជន៍ និង ចំណូលដែលខ្ញុំផ្ដល់ឱ្យ អាចត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ និង ផ្ទៀងផ្ទាត់ ដោយមន្ត្រីរបស់ស្រុក, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំបានផ្ដល់ឱ្យនូវព័ត៌មានមិនពិត ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ, និង សេវាសុខភាពមេឌីកាល់របស់ខ្ញុំ អាចត្រូវបានគេបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់។
- ករណីរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេលើកយកមកពិនិត្យសារឡើងវិញដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យកាន់តែច្បាស់ថា ភាពទទួលសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំត្រូវបានគេបង្ហាញយ៉ាងត្រឹមត្រូវ ហើយថាខ្ញុំត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញទំហឹងជាមួយមន្ត្រីរបស់ស្រុក, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ក្នុងការស៊ើបអង្កេត ឬ ពិនិត្យសារឡើងវិញ រួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យនៃការគ្រប់គ្រងគុណភាព។
- ស្រុកនឹងផ្ញើរព័ត៌មានទៅកាន់ផ្នែកសេវាកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និង ផ្ដល់សញ្ញាតិដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ ហើយព័ត៌មានដែលស្រុកទទួលបានពីផ្នែកសេវាកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និង ផ្ដល់សញ្ញាតិ អាចប៉ះពាលដល់ភាពទទួលសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ លើជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង សេវាសុខភាពមេឌីកាល់ពេញលេញ។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងតែស្នើសុំជំនួយជាសេវាសុខភាពមេឌីកាល់តែម្យ៉ាង ហើយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមែនជា (ក) ជនបរទេសដែលមានសិទ្ធិរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ស្របច្បាប់ (LPR), (ខ) ជនបរទេសដែលគេលើកលែងទោសឱ្យជាមួយនឹង I-688 បច្ចុប្បន្ន និង មានសុពលភាព ឬ (គ) ជនបរទេសមួយរូបដែលរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ក្រោមការអះអាងស្របច្បាប់នៃច្បាប់ភីអរយូស៊ីអូអិល (PRUCOL) ស្រុកនឹងមិនបញ្ជូនព័ត៌មានទៅឱ្យផ្នែកសេវាកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និង ផ្ដល់សញ្ញាតិនោះទេ។
- ខ្ញុំត្រូវតែស្នើសុំ និង រក្សានូវការរ៉ាប់រងផ្នែកសុខភាពណាមួយដែលមាន ប្រសិនបើគ្មានថ្លៃចំណាយណាមួយជាប់ទាក់ទង។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនធ្វើទេ ជំនួយជាសេវាសុខភាពមេឌីកាល់របស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់។
- ខ្ញុំ ឬ សមាជិកគ្រួសារដទៃទៀតនឹងត្រូវបានគេតម្រូវឱ្យសងវិញនូវជំនួយជាសាច់ប្រាក់ដែលខ្ញុំមិនគួរបានទទួល។
- គ្រួសារដែលទទួលបានជំនួយជាប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ សមាជិកពេញវ័យណាម្នាក់នៃគ្រួសារដែលទទួលបានជំនួយជាប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ (ទោះបីជាគាត់ចាកចេញក็ដោយ) អ្នកឧបត្ថម្ភនៃសមាជិកមួយរូបនៃគ្រួសារដែលគ្មានសញ្ញាតិ ឬ បុគ្គលតំណាងដែលត្រូវបានគេផ្ដល់សិទ្ធិឱ្យរបស់ជនដែលរស់នៅក្នុងស្ថាប័នទទួលសិទ្ធិ អាចត្រូវបានគេតម្រូវឱ្យសងវិញនូវរាល់ផលប្រយោជន៍ណាដែលគ្រួសារនោះមិនគួរបានទទួល។
- សមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់ខ្ញុំដែលកំពុងតែគេចវេស ឬ រត់ចេញពីផ្លូវច្បាប់ ដើម្បីជៀសវាងការដាក់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ, ការឃុំឃាំង ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារ បន្ទាប់ពីការកាត់ក្ដី ឬ កំពុងប្រព្រឹត្តិល្មើសលើការសាកល្បង ឬ ការដោះលែងមុនពេលកំនត់របស់ពួកគេ មិនអាចទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភបានទេ។
- នណាម្នាក់ដែលបានប្រព្រឹត្តបទល្មើស និង ត្រូវបានគេកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទងនឹងថ្នាំញៀន សម្រាប់ភាពជាម្ចាស់, ប្រើប្រាស់ ឬ ចែកចាយសារធាតុហាមឃាត់ ចាប់តាំងពីថ្ងៃទី ២២ ខែសីហា ១៩៩៦ មក មិនអាចទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ ប្រសិនបើត្រូវបានគេកាត់ទោសនៅ ឬ បន្ទាប់ពីថ្ងៃ ១ ខែ មករា ១៩៩៨ មិនអាចទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់បានទេ។
- សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ស្រុកនឹងទាមទាឱ្យខ្ញុំ និង សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ផ្ដិតមេដៃ និង ថតរូប។ ផលប្រយោជន៍ទាំងអស់អាចត្រូវបានគេបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់ប្រសិនបើខ្ញុំមិនព្រមសហការ។

ខ្ញុំក็ដឹងដែរថា :

ខ្ញុំនឹងបាត់បង់សិទ្ធិ និង/ឬ ការពិន័យលើការលួចបន្ទំលើសុខមាលភាព ប្រសិនបើ ដោយមានចេតនា ខ្ញុំផ្ដល់នូវព័ត៌មានមិនពិត ឬ ខកខានមិនបានរាយការណ៍គ្រប់ព័ត៌មាន ឬ ស្ថានភាពដែលប៉ះពាល់ដល់ភាពទទួលសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ឬ ផលប្រយោជន៍សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង សេវាសុខភាពមេឌីកាល់។

សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ :

- ប្រសិនបើ ដោយមានចេតនា ខ្ញុំមិនគោរពបញ្ញត្តិទាក់ទងនឹងជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេពិន័យ រហូតដល់ ១០.០០០ ដុល្លា និង/ឬ បញ្ជូនទៅមន្ទីរឃុំឃាំង/ពន្ធធនាគារ រយៈពេល ៣ ឆ្នាំ។ ហើយជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេបញ្ឈប់ :
  - សម្រាប់ការមិនរាយការណ៍គ្រប់ព័ត៌មានពិត ឬ ផ្ដល់ដំណឹងមិនពិត : ៦ ខែសម្រាប់កំហុសលើកទីមួយ, ១២ ខែសម្រាប់កំហុសលើកទីពីរ ឬ ជារៀងរហូត សម្រាប់កំហុសលើកទីបី។ ហើយសម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ សម្រាប់ជនភៀសខ្លួន ៣ខែ សម្រាប់កំហុសលើកទីមួយ និង ៦ ខែសម្រាប់កំហុសលើកក្រោយ។
  - ចំពោះការប្រគល់ពាក្យស្នើសុំមួយច្បាប់ ឬ ច្រើនជាងមួយ ដើម្បីទទួលជំនួយសម្រាប់ករណីលើសពីមួយ ក្នុងកំឡុងពេលតែមួយ : ២ ឆ្នាំសម្រាប់ការកាត់ទោសលើកទីមួយ, ៤ ឆ្នាំសម្រាប់លើកទីពីរ និង ជារៀងរហូតសម្រាប់លើកទីបី។
  - សម្រាប់ការកាត់ទោសលើបទឧក្រិដ្ឋលួចបន្ទំដើម្បីទទួលជំនួយ : ២ ឆ្នាំ សម្រាប់ការលួចបន្ទំប្រាក់ក្រោម ២.០០០ ដុល្លា, ៥ឆ្នាំ សម្រាប់ប្រាក់ពី ២.០០០ ដុល្លា ទៅ ៤.៩៩៩.៩៩ ដុល្លា និង ជារៀងរហូត សម្រាប់ប្រាក់ ៥.០០០ ដុល្លា ឬ ច្រើនជាងនេះ។
  - សម្រាប់ការផ្ដល់ភស្តុតាងពីលំនៅដ្ឋានមិនពិតដល់ស្រុក ដើម្បីទទួលជំនួយក្នុងស្រុក ឬ រដ្ឋពីរ ឬ ច្រើន ក្នុងពេលតែមួយ, សម្រាប់ការផ្ដល់ភស្តុតាងដល់ស្រុកមិនពិត ចំពោះក្មេងដែលគ្មានសិទ្ធិ ឬ ក្មេងដែលអវត្តមាន, សម្រាប់ការទទួលបានច្រើនជាង ១០.០០០ ដុល្លា នៃផលប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់តាមរយៈការបន្ទំ, ទទួលការកាត់ទោសលើកទីបីលើការបន្ទំនៅក្នុងតុលាការ ឬ ក្នុងការកាត់ក្ដី/សវនាការ តាមរបបរដ្ឋបាល : ជារៀងរហូត។

សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ :

- ប្រសិនបើ ដោយមានចេតនា ខ្ញុំមិនគោរពតាមបញ្ញត្តិប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេបញ្ឈប់រយៈពេល ១២ ខែ សម្រាប់បទល្មើសលើកទីមួយ, រយៈពេល ២៤ ខែ សម្រាប់បទល្មើសលើកទីពីរ និង ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទីបី។ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានគេពិន័យរហូតដល់ ២៥០.០០០ ដុល្លា និង/ឬ បញ្ជូនទៅមន្ទីរឃុំឃាំង/ពន្ធធនាគារ រយៈពេល ២០ ឆ្នាំ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមានកំហុសនៅក្នុងតុលាការ ពីព្រោះ :
  - ខ្ញុំបានជួញដូរ ឬ លក់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដើម្បីដូរយកកាំភ្លើង, អាវុធយុទ្ធភ័ណ្ឌ ឬ គ្រឿងផ្ទុះ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេបញ្ឈប់ជារៀងរហូត សម្រាប់បទល្មើសលើកទីមួយ។
  - ខ្ញុំបានជួញដូរ ឬ លក់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដើម្បីដូរយកសារធាតុហាមឃាត់នានា ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេបញ្ឈប់ ២៤ ខែ សម្រាប់បទល្មើសលើកទីមួយ និង ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទីពីរ។
  - ខ្ញុំបានជួញដូរ ឬ លក់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភដែលមានតំលៃ ៥០០ ដុល្លា ឬ ច្រើនជាងនេះ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេបញ្ឈប់ជារៀងរហូត។
  - ខ្ញុំបានបំពេញពាក្យស្នើសុំចំនួនពីរ ឬ ច្រើនជាងនេះ សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ នៅក្នុងកំឡុងពេលតែមួយ និង បានផ្ដល់ឱ្យស្រុកនូវព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណ ឬ លំនៅដ្ឋានមិនពិត ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេបញ្ឈប់រយៈពេល ១០ ឆ្នាំ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្ដន្ទាទោសចំពោះការក្លែងក្លាយ តាមច្បាប់នៃសហរដ្ឋអាមេរិក និង រដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា ថាព័ត៌មាននៅក្នុងសេចក្ដីថ្លែងការណ៍នេះគឺ ពិត, ត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ។

ហត្ថលេខា (ឪពុកម្ដាយ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំ, អ្នកស្នើសុំជំនួយមេឌីកាល់, សមាជិកគ្រួសារពេញ វ័យដែលស្នើសុំជំនួយជាប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ អ្នកតំណាងដែលត្រូវបានគេផ្ដល់សិទ្ធិឱ្យក្នុងការស្នើសុំជំនួយជា ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ)

ហត្ថលេខា (ឪពុកម្ដាយផ្ទៀងទ្យើតដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះ ប្រសិនបើ កំពុងស្នើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់)	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខារបស់សាក្សីសម្រាប់កំនត់សម្គាល់, អ្នកបកប្រែ ឬ អ្នកដែលដើរតួនាទីឱ្យអ្នកស្នើសុំ, អ្នកទទួលផលប្រយោជន៍	កាលបរិច្ឆេទ