

**សេចក្តីជូនដំណឹងរបស់កម្មវិធី
CALFRESH នៃការយល់ព្រម /
ការបដិសេធ /ការបញ្ចប់ជំនួយអន្តរកាល**

ខោនធីនៃ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖ _____
 ឈ្មោះសំណុំរឿង ៖ _____
 លេខសំណុំរឿង ៖ _____
 ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ៖ _____
 លេខអ្នកធ្វើការ ៖ _____
 ទូរស័ព្ទ ៖ _____
 អាសយដ្ឋាន ៖ _____

ADDRESSEE

┌
└

សំនួរ? សួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

**សវនាការរដ្ឋ ៖ បើសិនជាអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស
អ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការមួយបាន ។ ព័ត៌មានខាងខ្នង
នៃទំព័រនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបសុំធ្វើសវនាការ ។
ជំនួយរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនមានប្រែប្រួលទេ
បើសិនជាអ្នកសុំធ្វើសវនាការ មុនពេលសកម្មភាពនេះ
កើតឡើង ។**

ការយល់ព្រម

ចាប់ពី _____, ប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក មានចំនួន
 \$ _____ ជាដំបូងរាល់ខែ ។

ដោយសារសំណុំរឿងជំនួយពីកម្មវិធី CalWORKs ត្រូវបានបិទរួចហើយ អ្នកនឹង
 ទទួលបានជំនួយអន្តរកាលពីកម្មវិធី CalFresh ។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយអន្តរកាលពីកម្មវិធី
 CalFresh ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ហើយចប់នៅ _____ ។

ជំនួយនេះជំនួសការបញ្ជាក់ជំនួយរបស់អ្នកពីរយៈពេលមុន ។

ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh អន្តរកាលរបស់អ្នកនឹងត្រូវចប់ក្រោយ 5 ខែ លុះត្រាតែ
 ក្រុមគ្រួសារអ្នកត្រូវបញ្ជាក់រយៈពេលទទួលបានជំនួយសារជាថ្មី ។

របាយការណ៍ ៖

អ្នកត្រូវបានជំរុញឲ្យធ្វើរបាយការណ៍ បើសិនជាអ្នកប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ។
 ក្រុមគ្រួសារដែលទទួលបានជំនួយកម្មវិធី CalFresh អន្តរកាលមិនចាំបាច់ត្រូវតែធ្វើ
 ទម្រង់របាយការណ៍មកវិញទេ ។

ការបញ្ជាក់ជំនួយឡើងវិញ ៖

អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងមួយកាលណាដល់ពេលវេលាដែលត្រូវធ្វើការ
 បញ្ជាក់ជំនួយឡើងវិញនៅពេលចុងបញ្ចប់ 5 ខែនៃជំនួយកម្មវិធី CalFresh អន្តរកាល ។

- អ្នកប្រហែលត្រូវគេសុំឲ្យធ្វើការបញ្ជាក់ជំនួយឡើងវិញសំរាប់កម្មវិធី CalFresh
 ធម្មតា នៅពេលណាក៏បានក្នុងអំឡុងពេលទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh
 អន្តរកាល ។ បើសិនជាអ្នកត្រូវគេសុំឲ្យធ្វើការបញ្ជាក់ជំនួយឡើងវិញក្នុងអំឡុង
 ពេលចុងខែដំបូងនៃជំនួយកម្មវិធី CalFresh អន្តរកាល ហើយប្រាក់ពីជំនួយ
 CalFresh ធម្មតា បានតិចជាងជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh អន្តរកាលបច្ចុប្បន្ន
 អ្នកអាចដកពាក្យសុំឲ្យ ធ្វើការបញ្ជាក់ជំនួយឡើងវិញបាន ។
- បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ហើយត្រូវបានយល់ព្រមសំរាប់ជំនួយពីកម្មវិធី
 CalWORKs និងកម្មវិធី CalFresh ធម្មតា នោះអ្នកនឹងមានរយៈពេល
 ធ្វើការបញ្ជាក់ឡើងវិញថ្មីមួយ ។ លក្ខណសម្បត្តិសំរាប់កម្មវិធី CalFresh
 អន្តរកាលនឹងបញ្ចប់កាលណាជំនួយកម្មវិធី CalWORKs និង កម្មវិធី
 CalFresh ធម្មតា ត្រូវបានយល់ព្រម ទោះបីជារយៈពេល 5
 ខែរបស់អ្នកមិនទាន់ចប់នៅឡើយក៏ដោយ ។

ការបដិសេធ/ការដកចេញ

ចាប់ពី _____, ការបញ្ជាក់ជំនួយឡើងវិញនៃកម្មវិធី CalFresh
 MM/DD/CCYY

ដែលអ្នកបានសុំក្នុងរយៈពេល 4 ខែដំបូង នៃជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh អន្តរកាលមិនត្រូវបាន
 យល់ព្រម ។ ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh អន្តរកាលបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងនៅបន្ត
 រហូតដល់ពេលបញ្ចប់នៃរយៈពេលជំនួយ CalFresh អន្តរកាល ។

នេះជាមូលហេតុ ៖

- អ្នកបានដកពាក្យស្នើសុំសំរាប់ការបញ្ជាក់ជំនួយឡើងវិញសំរាប់ជំនួយពីកម្មវិធី
 CalFresh ធម្មតា ។
- អ្នកមិនបានផ្តល់ព័ត៌មានដែលយើងបានសុំក្នុងអំឡុងពេល 10 ថ្ងៃ
 ចាប់ពីពេលដែលយើងបានស្នើសុំ ។
- អ្នកមិនបានបញ្ចប់ការធ្វើសម្ភាសន៍ដែលបានណាត់ជួប ។
- ផ្សេងៗ (សូមអានខាងក្រោម) ៖

ការបញ្ចប់ជំនួយ

ចាប់ពី _____, ជំនួយ CalFresh អន្តរកាលបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក
 MM/DD/CCYY
 នឹងត្រូវបញ្ចប់ ។

នេះជាមូលហេតុ ៖

- ពាក្យសុំរបស់អ្នកសំរាប់ជំនួយ CalWORKs ត្រូវបានយល់ព្រមហើយ ។
- ពាក្យសុំរបស់អ្នកសំរាប់ជំនួយ CalFresh ត្រូវបានយល់ព្រមហើយ ។
- ប្រាក់ជំនួយរបស់អ្នកពីកម្មវិធី CalWORKs និង/ឬកម្មវិធី CalFresh
 ត្រូវបានបញ្ចូលឡើងវិញហើយ ។
- ផ្សេងៗ (សូមអានខាងក្រោម) ៖

វិធាន ៖ វិធានទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវអនុវត្ត ៖ MPP § 63-504.6, MPP §
 63-504.13 ។ អ្នកអាចពិនិត្យវិធានទាំងនោះតាមការិយាល័យដែលប្រែប្រួលរបស់អ្នក ។

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឱ្យអ្នក ឬបានផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះទៅអ្នក។ បើអ្នកមាន បញ្ហាហេតុអ្វី ដែលអ្នកមិនអាចប្តឹងធ្វើសវនាការក្នុងពេល 90 ថ្ងៃបានទេ អ្នកនៅតែអាច ប្តឹងធ្វើសវនាការបាន។ បើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងនៃបញ្ហាហេតុអ្វី សវនាការនៅតែអាច ត្រៀមពេលធ្វើ។

បើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលការសម្រេចលើ ប្រាក់ជំនួយ (Cash Aid), Medi-Cal, CalFresh, ឬ ការថែទាំកូន ចាប់ផ្តើម :

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នក និងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវាថែទាំកូនរបស់អ្នក អាចនឹងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក នឹងនៅជាដដែល រហូតដល់ពេលសវនាការ ឬចុង បញ្ចប់នៃរយៈពេលការបញ្ជាក់របស់អ្នក តាមការណាមួយមុនគេ។

បើការសម្រេចនៃសវនាការថ្លែងថាយើងត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវ Cash Aid, CalFresh ឬសេវា ថែទាំកូនដែលលើស ដែលអ្នកបានទទួល។ ដើម្បីប្រាប់ឱ្យយើងបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក នៅមុនពេលសវនាការ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោម :

បាទ/ចាស សូមបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់ : Cash Aid CalFresh ការថែទាំកូន

ក្នុងខណៈរង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការសំរាប់ :

រំលងហ្នែរ-ទៅ-ធ្វើការ :

អ្នកមិនបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានប្រាក់ថ្លៃថែទាំកូន សំរាប់ការធ្វើការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពដែលខោនធី បានយល់ព្រម នៅមុនពេលផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងនេះ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាប្រាក់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់ អ្នកនឹងមិន ទទួលបានប្រាក់អ្វីទៀតឡើយ សូម្បីតែបើអ្នកទៅធ្វើសកម្មភាពរបស់អ្នក ក៏ដោយ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ថ្លៃនោះនឹងបាន បង់តាមចំនួន និងក្នុងរបៀបដែលយើងបានប្រាប់អ្នក នៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាការគាំទ្រទាំងនោះ អ្នកត្រូវទៅធ្វើសកម្មភាព ដែលខោនធីបានប្រាប់អ្នក ឱ្យទៅចូលរួម។
- បើចំនួននៃសេវាការគាំទ្រ ដែលខោនធីបង់ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការ មិន គ្រប់គ្រាន់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទៅចូលរួម អ្នកអាចឈប់ទៅធ្វើសកម្មភាពបាន។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn បានទេ បើយើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងមិនអាច បំរើអ្នក។
- យើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រសំរាប់ Cal-Learn សំរាប់សកម្មភាពដែលបានយល់ ព្រម។

ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត

សមាជិកគំរោង Medi-Cal ដែលគ្រប់គ្រងគំរោងថែទាំ : ការសម្រេចលើលិខិតជូនដំណឹងនេះ អាច នឹងបញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលបានសេវា ពីគំរោងសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងការថែទាំ។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែក សេវាសមាជិកនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក បើសិនអ្នកមានសំណួរអ្វី។

ការឧបត្ថម្ភកូន និង/ឬ សុខភាព : ភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភក្មេងតាមមូលដ្ឋាន និងជួយប្រមូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូម្បីតែបើអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ។ បើគ្រូប្រមូលប្រាក់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សំរាប់អ្នកនៅ ឥឡូវនេះ គេនឹងធ្វើជាបន្តទៀត លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឱ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឱ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលជំពាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៃគោលដៅរបស់ខោនធី ទៅលើរឿងក្តីរបស់អ្នក យ៉ាងហោចបំផុតចំនួនពីរថ្ងៃ មុនពេលធ្វើសវនាការ។ រដ្ឋអាចនឹងចូលរួមសំណុំរឿងសវនាការរបស់អ្នក ទៅក្រសួងរំលងហ្នែរ និងក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្ស និងកសិកម្ម។ (W&I ព្រហ្មទណ្ឌវគ្គ 10850 និង 10950)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

- បំពេញទំព័រនេះ។
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ សំរាប់ដាក់ណាត់ត្រារបស់អ្នក។ បើអ្នកស្នើ សុំ បុគ្គលិករបស់អ្នកនឹងទទួលបានសំណេរនៃទំព័រនេះ។
- ផ្ញើ ឬ យកទំព័រនេះទៅ :

- ឬ
- ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ : 1-800-952-5253 ឬ សំរាប់អ្នកគ្រឿងគ្រាន់ ឬអន់សំរើ ដែលប្រើ TDD តាមលេខ 1-800-952-8349។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិនៃសវនាការរបស់អ្នក ឬសំរាប់ការបញ្ជូនទៅជំនួយខាង ច្បាប់ តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់រដ្ឋ ដែលមានចុះរាយនៅខាងលើ។ អ្នកអាចនឹងទទួល បានជំនួយខាងច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ នៅការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់ ឬសិទ្ធិរំលងហ្នែរ នៅតាម មូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

បើអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសវនាការតែម្នាក់ឯង អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិ ឬជនណាម្នាក់មកជាមួយអ្នកបាន។

សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់ធ្វើសវនាការ ដោយព្រោះការសម្រេចដោយក្រសួងរំលងហ្នែរនៃខោនធី អំពីជំនួយរបស់ខ្ញុំ នៅខាងក្រោម :

Cash Aid CalFresh Medi-Cal បញ្ជី (ផ្សេងទៀត) _____

នេះគឺជាមូលហេតុ : _____

- សូមគូសប្រអប់នេះ និងបន្ថែមទំព័រមួយទៀត បើអ្នកត្រូវការការនឹងសរសេរថែមទៀត។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកខ្ញុំ ឬអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្លាស់ប្តូរ ឬ បានបញ្ឈប់

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

អាសយដ្ឋានថ្មី _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ស៊ីបកូដ _____

ហត្ថលេខា _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

- ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅពេលធ្វើសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះ មើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ទៅធ្វើសវនាការជំនួសខ្ញុំ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬញាតិសន្តាន ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែសំរាប់អ្នកបានឡើយ)។

ឈ្មោះ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____

អាសយដ្ឋានថ្មី _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ស៊ីបកូដ _____