



ការដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH

ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ ឬត្រូវការជំនួយចំពោះការដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមប្រាប់ឲ្យក្រសួងសុខុមាលភាពខោនធី (County) ដឹង ហើយគេនឹងជួយលោកអ្នកបាន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់និយាយអាន ឬសរសេរជាភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស County នឹងឲ្យអ្នកណាម្នាក់ជួយលោកអ្នក ដោយមិនឲ្យលោកអ្នកបង់ចំណាយអ្វីទេ។

តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យតាមវិធីណា ?

ប្រើពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ។ CalFresh

គឺជាកម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារជួយលោកអ្នកក្នុងការទិញស្បៀងអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីផ្សេងៗក្រៅពី CalFresh ដូចជា CalWORKs ឬ Medi-Cal សូមសួររកពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងៗនេះ។ លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំ CalFresh និងកម្មវិធីផ្សេងៗទៀតតាមអនឡាញដោយចូលទៅកាន់ <http://www.benefitscal.org/> ។ អ្នកក៏អាចមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីយ៉ាងណា ដោយចូលទៅកាន់ <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> ។

- ចូរបំពេញទម្រង់បែបបទទាំងមូល ប្រសិនបើលោកអ្នកអាចធ្វើទៅបាន។ យ៉ាងហោចណាស់លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ឲ្យ County នូវឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក (សំណួរទីមួយលើទំព័រទី១ នៃពាក្យសុំ) ដើម្បីចាប់ផ្តើមកិច្ចដំណើរការពាក្យសុំនេះ។
- ដាក់ពាក្យសុំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ County តាមរយៈសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីនធឺណិត។
- ថ្ងៃដែល County ទទួលពាក្យសុំមានចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក គឺជាថ្ងៃចាប់ផ្តើមផ្តល់ថ្លៃដល់លោកអ្នកថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងបិតនៅក្នុងស្ថាប័នមួយ ពេលវេលានេះចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកចាកចេញ។

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីបន្ទាប់ ?

- អានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក (វិធាននៃកម្មវិធី ចាប់ពីទំព័រទី១ ដល់ ៣) មុនពេលលោកអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ។
- លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើបទសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ បទសម្ភាសន៍ភាគច្រើនធ្វើឡើងតាមទូរស័ព្ទ ប៉ុន្តែវាក៏អាចត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់មាត់នៅការិយាល័យរបស់ County ឬកន្លែងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានរៀបចំជាមួយ County។ ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ អាចមានការរៀបចំផ្សេងសម្រាប់លោកអ្នក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានបំពេញពាក្យសុំទាំងអស់ លោកអ្នកអាចបំពេញវាក្នុងអំឡុងពេលនៃការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក។
- លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលការ ចំណាយនិងស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចមានលក្ខណៈឬយ៉ាងណា។

តើត្រូវចំណាយពេលយូរប៉ុន្មានណា ?

វាអាចចំណាយពេលយូររហូតដល់ 30 ថ្ងៃ ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នានាក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប្រសិនបើ៖

- ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ទុក) មានចំនួនតិចជាង \$150 ហើយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកនៅក្នុងដៃ ឬគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំ មានចំនួន\$100 ឬតិចជាងនេះ ឬ
- ការចំណាយលើទិដ្ឋភាពនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ថ្លៃឈ្នួល/ប្រាក់កម្ចីជនានាការនិងសេវាសាធារណៈ) ច្រើនជាងប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែរបស់លោកអ្នក និងទឹកប្រាក់ក្នុងគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំ ឬ
- លោកអ្នកគឺជាជនអន្តោប្រវេសន៍ ឬកសិករធ្វើការតាមរដូវកាលក្នុងគ្រួសារដែលមានប្រាក់ចំណូល ឬប្រាក់សន្សំតិចជាង\$100 និង 1) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬ 2) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើម ប៉ុន្តែលោកអ្នកមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានច្រើនជាង \$25ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃក្រោយ។

ដើម្បីជួយដល់ County ពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃឬយ៉ាងណា សូមបំពេញសំណួរ 1, 6 រហូតដល់ 8, 11 និង 16 ហើយផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់លោកអ្នកទៅ County (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន) ជាមួយពាក្យសុំនេះ។

County នឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នកដើម្បីឲ្យលោកអ្នកដឹងថាតើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវបានឯកភាព ឬបដិសេធចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh។

ទំព័រព័ត៌មាន - សូមយកនិងរក្សាទុកជាឯកសាររបស់លោកអ្នក។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីទៀតសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍របស់ខ្ញុំ ?

ដើម្បីជៀសវាងភាពយឺតយ៉ាវ សូមនាំយកភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ពីរបស់របរដូចខាងក្រោមមកជាមួយសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍លោកអ្នក។ សូមរក្សាការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានភ័ស្តុតាងក៏ដោយ។ County អាចជួយលោកអ្នកបាន ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់។ ក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចសម្ភាសន៍ County នឹងពិនិត្យព័ត៌មានលើពាក្យសុំ ហើយនឹងសាកសួរលោកអ្នកនូវសំណួរនានា ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬយ៉ាងណា និងចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកអាចទទួលបាន។

ភ័ស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍

- អត្តសញ្ញាណ (ប័ណ្ណបើកបរ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋ លិខិតឆ្លងដែន)។
 - ភ័ស្តុតាងទីកន្លែងដែលលោកអ្នករស់នៅ (កិច្ចព្រមព្រៀងជួល វិក្កយបត្រថ្មីដែលមានអាសយដ្ឋានរបស់លោកអ្នក)។
 - លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ (ចូរមើលកំណត់សម្គាល់ខាងក្រោមអំពីជនមិនមែនជាពលរដ្ឋមួយចំនួន)។
 - លុយនៅក្នុងធនាគារសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (របាយការណ៍ពិធនាគារថ្មី)។
 - ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកសម្រាប់រយៈពេល៣ខែចុងក្រោយទៅ (កន្ទុយសែកបង់ប្រាក់ថ្មី លិខិតការងារពិនិយោជក)។
- កំណត់សម្គាល់:** ប្រសិនបើការងារម្ចាស់ការខ្លួនឯង សូមផ្តល់ឯកសារប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ ឬឯកសារពន្ធ។
- ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក (អត្ថប្រយោជន៍នៃភាពគ្មានការងារធ្វើ, SSI, សន្តិសុខសង្គម អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ការគាំពារក្មេង សំណងកម្មករ ជំនួយ ឬប្រាក់កម្ចីរបស់សាលា ប្រាក់ចំណូលពីថ្លៃល្អិតផ្ទះ ។ល។)
 - ឋានៈស្របច្បាប់នៃការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋស្របច្បាប់ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ប័ណ្ណ: (ប័ណ្ណចុះឈ្មោះជនបរទេស, ទិដ្ឋាការ)។
- សម្គាល់:** អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដដាក់ពាក្យសុំឋានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដោយផ្អែកលើអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការវិនិច្ឆ័យឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬការរត់ពន្ធមិនត្រូវការភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់បញ្ហានេះទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមផងដែរ។

ភ័ស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី CalFresh បន្ថែម

- ការចំណាយលើទីជម្រក (បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់ឈ្នួល វិក្កយបត្របង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ វិក្កយបត្របង់ពន្ធអចលនទ្រព្យ ឯកសារធានារ៉ាប់រង)។
- ចំណាយលើការប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទនិងសេវាសាធារណៈ។
- ចំណាយថ្លៃពេទ្យសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលចាស់ជាង (អាយុ 60 និងចាស់ជាង) ឬពិការ។
- ចំណាយលើការថែទាំកូនក្មេង និងមនុស្សពេញវ័យដោយសារអ្នកណាម្នាក់ធ្វើការ, ស្វែងរកការងារ, ការចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាល ឬសាលារៀន ឬការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពការងារដែលបានតម្រូវ។
- ការគាំពារកូនក្មេងដែលចំណាយដោយមនុស្សម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច ?

- County នឹងធ្វើ ឬប្រគល់កាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អន្តរាគមន៍ (EBT) ធ្វើពីប្រាក់ជូនអ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកាតនោះ នៅពេលពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានយល់ព្រម។ ចុះហត្ថលេខាលើកាតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានវា។ អ្នកនឹងកំណត់លេខអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (PIN) ដើម្បីប្រើកាតរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើកាត EBT របស់អ្នកបាត់, ត្រូវបានលួច, បំផ្លាញ ឬអ្នកយល់ថាមានគេដឹងពីលេខ PIN របស់អ្នក ដែលបណ្តាលឲ្យអ្នកលែងចង់ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក សូមទាក់ទងលេខ (877) 328-9677 ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ County ភ្លាមៗ។ សូមឲ្យប្រាក់ដមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ និងតំណាងពេញសិទ្ធិទាំងអស់ដឹងពីរបៀបវាយការណ៍ពីបញ្ហាទាំងនេះភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយកការណ៍ថាមានអ្នកផ្សេងដែលអ្នកមិនចង់ឲ្យប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក មានលេខ PIN របស់អ្នក ហើយអ្នកមិនបានស្នើឲ្យប្តូរលេខ PIN នោះ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានប្រើ នឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។
- អ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកដើម្បីទិញអាហារស្ទើរគ្រប់មុខ, គ្រាប់ពូជ និងក្រូចជាតិ ដើម្បីដាំដុះអាហារខ្លួនឯង។ អ្នកមិនអាចទិញគ្រឿងស្រវឹង, ថ្នាំជក់, អាហារសត្វចិញ្ចឹម, អាហារចម្អិនស្រាប់មួយចំនួន ឬទំនិញផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាអាហារ (ដូចជាថ្នាំដុសធ្មេញ, សាប៊ូដុះខ្លួន ឬក្រដាសអនាម័យ)។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ត្រូវបានទទួលយកនៅតាមបណ្តាហាងលក់ទំនិញគ្រប់ចាំថ្ងៃ និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលលក់អាហារ។ ដើម្បីមើលបញ្ជីរាយឈ្មោះទីតាំងដែលនៅក្បែរអ្នកដែលទទួលយកកាត EBT សូមចូលទៅកាន់ <https://www.ebt.ca.gov> ឬ <https://www.snapfresh.org>។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh គឺសម្រាប់តែអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ សូមរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឲ្យបានគងវង្ស។ ចូរកុំប្រាប់គេពីលេខ PIN របស់អ្នក។ សូមកុំដាក់លេខ PIN របស់អ្នកនៅជាមួយកាត EBT របស់អ្នក។

តើធ្វើយ៉ាងមេច ប្រសិនបើខ្ញុំគ្មានផ្ទះសំបែង ?

សូមឲ្យ County ដឹងភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដើម្បីគេអាចជួយកំណត់រកអាសយដ្ឋានប្រើប្រាស់ក្នុងការទទួលយកការដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលបានការជូនដំណឹងពី County ទាក់ទងនឹងករណីរបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh គ្មានផ្ទះសំបែងគឺមានន័យថាលោកអ្នក៖

- កំពុងស្នាក់នៅក្នុងទីជម្រកដែលមានការគ្រប់គ្រង, Halfway house (ផ្ទះស្នាក់នៅក្រោយចេញពីពន្ធនាគារមន្ទីរពេទ្យ។ល។ មុនពេលរស់នៅផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន) ឬទីកន្លែងស្រដៀងគ្នានេះ។
- ស្នាក់នៅផ្ទះរបស់មនុស្សម្នាក់ ឬគ្រួសារផ្សេងទៀតអស់រយៈពេលច្រើនជាង 90 ថ្ងៃ។
- គេងនៅកន្លែងមួយដែលមិនមែនជាកន្លែងគេង ឬធម្មតាជាកន្លែងដែលមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាកន្លែងសម្រាប់ដេក (ដូចជាផ្លូវដើរ, ស្ថានីយថយន្តក្រុង, កន្លែងទទួលភ្ញៀវ ឬកន្លែងស្រដៀងគ្នា។ល។)។

ទំព័រព័ត៌មាន - សូមទទួលយកនិងរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង។

សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវ

អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវ៖

- ផ្តល់ជូន County នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់សម្រាប់កំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។
- ផ្តល់ជូនអាជ្ញាធរតំបន់នូវភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកមាននៅពេលចាំបាច់។
- រាយការណ៍ពីការកែប្រែតាមការតម្រូវ។ County នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីខ្លឹមសារ ពេលវេលា និងរបៀបរាយការណ៍។
ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវស្តីពីការរាយការណ៍ពីគ្រួសាររបស់អ្នកទេនោះ ករណីរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបិទ ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។
- ស្វែងរកទទួលយក និងរក្សាការងារមួយ ឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាពផ្សេងៗ ប្រសិនបើ County ប្រាប់អ្នកថាចាំបាច់សម្រាប់ករណីរបស់អ្នក។
- សហការពេញលេញជាមួយមន្ត្រីនៃបុគ្គលិករបស់ County រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកត្រូវបានជ្រើសរើសធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ ឬស្នើសុំអង្កេតដើម្បីធានាថាលក្ខណៈសម្បត្តិ និងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកំណត់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានមិនបានសហការក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញទាំងនេះ នឹងបណ្តាលឱ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។
- សងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- ដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ដោយផ្តល់តែឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក។
- ស្នើសុំអ្នកបកប្រែពីរដ្ឋដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការចាំបាច់។
- ស្នើសុំរក្សាការសម្ងាត់ចំពោះព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនឱ្យ County លើកលែងជាប់ពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ County។
- ដកពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយមុនពេល County ធ្វើការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំ CalFresh និងស្នើសុំការពន្យល់អំពីធានានានា។
- ស្នើសុំជំនួយក្នុងការទទួលបានភ័ស្តុតាងដែលត្រូវការ។
- ត្រូវបានទទួលរាក់ទាក់ប្រកបដោយសុដីរធម៌ ការរាប់អាន និងការគោរពហើយមិនត្រូវបានរើសអើង។
- ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសេវាឆាប់រហ័ស (Expedited Service)។
- ត្រូវបានសំភាសន៍ក្នុងរយៈពេលមួយសមហេតុផលដោយ County នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ហើយលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវកំណត់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។
- មានរយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃ ដើម្បីផ្តល់ភ័ស្តុតាងដែលចាំបាច់ជូន County សម្រាប់ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ។
- ទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សររយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃ មុនពេល County កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក។
- ពិភាក្សាជាមួយ County អំពីករណីរបស់អ្នកហើយត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នកនៅពេលត្រូវបានស្នើសុំឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ស្នើសុំធ្វើសវនកម្មថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ County ចំពោះករណីរបស់អ្នកអំពីករណី CalFresh របស់អ្នក។
ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនកម្មមុនចំណាត់ការលើករណី CalFresh របស់អ្នក នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវនៅដដែលរហូតដល់ពេលធ្វើសវនកម្ម ឬនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់របស់អ្នក អាស្រ័យលើករណីមួយណាដែលកើតឡើងមុន។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យ County កែប្រែអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នករហូតដល់ក្រោយពេលសវនកម្ម ដើម្បីចៀសវាងត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលបានបើកលើស។ ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាលវិនិច្ឆ័យឱ្យអ្នកឈ្នះនោះ County នឹងផ្តល់ជូនអ្នកអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានកាត់ចេញវិញ។
- សាកសួរអំពីសិទ្ធិឡើងសវនកម្មរបស់អ្នក ឬស្នើសុំសេវាប្រឹក្សាច្បាប់តាមរយៈទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ **1-800-952-5253** ឬលេខ **1-800-952-8349** សម្រាប់បុគ្គលមានបញ្ហាឈឺ ឬនិយាយស្តីដែលត្រូវប្រើឧបករណ៍ TDD។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬសិទ្ធិសុខុមាលភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។
- នាំមិត្តម្នាក់ឬបុគ្គលណាម្នាក់មកចូលសវនកម្មជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់មកម្នាក់ឯង។
- ស្នើសុំជំនួយពី County ដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត។
- រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ ប្រសិនបើអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬ CalFresh របស់អ្នក។
- ផ្តល់ភ័ស្តុតាងស្តីពីការចំណាយក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអាចជួយឱ្យអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh កាន់តែច្រើន។ ការមិនបានផ្តល់ភ័ស្តុតាងដល់ County មានន័យថាអ្នកគ្មានការចំណាយទាំងនោះ ហើយអ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទេ។
- ជូនដំណឹងដល់ County ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលណាម្នាក់ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នកឬជួយក្នុងករណី CalFresh របស់អ្នក (អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ)។

សូមទទួលយកនិងរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង។

វិធានកម្មវិធីនិងការពិន័យ

អ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាជាកម្មវិធីប្រព្រឹត្តិបទល្មើស ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬខុស ឬមានចេតនាមិនផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ ដើម្បីព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh, cash aid, និង Medi-Cal ដែលអ្នកមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ឬដើម្បីជួយឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលគេមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលអ្នកទទួលបាន ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំ	ខ្ញុំអាច
<p>ប្រព្រឹត្តិបទល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនាតាមរយៈសកម្មភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> លាក់បាំងព័ត៌មាន ឬធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត ប្រើកាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អឡិចត្រូនិក (EBT) ដែលជាប័ណ្ណបុគ្គលណាមួយផ្សេង ឬឲ្យបុគ្គលណាមួយផ្សេងប្រើកាតរបស់ខ្ញុំ ប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ទិញគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ ជួញដូរលក់ ឬជូនជំរំអំណោយនូវអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬកាត EBT 	<ul style="list-style-type: none"> បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh រយៈពេល 12ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី1 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី2 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទី3 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ ត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ទៅ \$250,000 និងជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ទៅ 20ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ
<ul style="list-style-type: none"> ជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដើម្បីទទួលបានសារធាតុបាញ់ដុំដុំជាគ្រឿងញៀន 	<ul style="list-style-type: none"> បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី1 បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh រយៈពេល ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទី2។
<ul style="list-style-type: none"> ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតស្តីពីអត្តសញ្ញាណរបស់ខ្ញុំ និងទីលំនៅរបស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh បន្ថែម 	<ul style="list-style-type: none"> បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh រយៈពេល 10ឆ្នាំ រៀងរាល់ពេលប្រព្រឹត្តិបទល្មើសម្តង
<ul style="list-style-type: none"> ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទជួញដូរ ឬលក់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែលមានតម្លៃច្រើនជាង \$500 ឬជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដើម្បីទទួលបានកាំភ្លើង អាវុធជាតិផ្ទុះ ឬសារធាតុផ្ទុះ 	<ul style="list-style-type: none"> បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូត

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋ

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់បុគ្គលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាគ្រួសាររបស់អ្នកមានបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ។ ឧទាហរណ៍ឪពុកម្តាយជាធរន្តប្រវេសន៍អាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់កូនៗរបស់ពួកគេដែលជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬធរន្តប្រវេសន៍គ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាឪពុកម្តាយអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក៏ដោយ។
- ការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនិងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់គ្រួសារអ្នកឡើយ។ ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ត្រូវបានរក្សាជាការឯកជននិងការសម្ងាត់។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ ហើយបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ និងត្រូវត្រួតពិនិត្យដោយទីភ្នាក់ងារសញ្ជាតិនិងអន្តោប្រវេសន៍នៃសហរដ្ឋអាមេរិក (USCIS)។ ច្បាប់សហព័ន្ធចែងថា USCIS មិនអាចប្រើព័ត៌មាននេះ សម្រាប់គោលបំណងណាមួយផ្សេងពីការពិនិត្យឡើយ។

លប់ទទួលយកផលប្រយោជន៍

អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ លេខសន្តិសុខសង្គម ឬឯកសារសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលមិនមែនពលរដ្ឋ ដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។ 1 County ចាំបាច់ត្រូវដឹងអំពីព័ត៌មានស្តីពីចំណូលនិងធនធានរបស់ពួកគេ ដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃគ្រួសាររបស់អ្នកឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។ 1 County នឹងមិនទាក់ទងទៅកាន់ USCIS ដើម្បីសាកសួរអំពីបុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឡើយ។

ការប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

បុគ្គលគ្រប់រូបដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខ SSN ប្រសិនបើអ្នកមាន ឬក៏ស្មានថាបញ្ជាក់ថាអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំលេខ SSN (ដូចជាលិខិតពីការិយាល័យលេខសន្តិសុខសង្គម)។ 1 County អាចបដិសេធមិនទទួលយកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិនបានផ្តល់លេខ SSN។ ជនមួយចំនួនមិនចាំបាច់មាន SSNs ដើម្បីទទួលយកជំនួយ ដូចជាធរន្តប្រវេសន៍ដោយសារអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ សាក្សីផ្តន្ទាទោសបទឧក្រិដ្ឋ និងជនរងគ្រោះដោយសារអំពើជួញដូរមនុស្ស។

ការបើកឲ្យលើស

នេះបានន័យថាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកត្រូវទទួលបាន។ អ្នកត្រូវសងវិញ បើទោះបីជា 1 County មានកំហុស ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអចេតនា។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។ លេខ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបើកយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលដាក់តាមរយៈតុលាការ ទីភ្នាក់ងារបើកប្រាក់ផ្សេងៗ ឬចំណាត់ការប្រមូលប្រាក់របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ការរាយការណ៍

រាល់គ្រួសារដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់។ 1 County របស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍ របៀបរាយការណ៍ និងពេលវេលារាយការណ៍។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាចបណ្តាលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍បានដល់ប្រសិនបើមានហេតុការណ៍កើតឡើងដែលអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ដូចជាការទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចជាងមុនជាដើម។

សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង

សវនការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមសវនការថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំណាត់ការណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំធ្វើសវនការថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល ១០ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីចំណាត់ការដោយ County របស់អ្នក ហើយអ្នកចាំបាច់ប្រាប់ពីមូលហេតុនៃការស្នើសុំនេះ។ លិខិតឯកភាពឬបដិសេធដែលអ្នកទទួលបានពី County នឹងមានព័ត៌មានស្តីពីរបៀបស្នើសុំធ្វើការវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនការមុនចំណាត់ការកើតឡើងអ្នកប្រហែលជាអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនៅដដែលរហូតដល់ពេលសេចក្តីសម្រេចត្រូវបានធ្វើឡើង។

គ្មានការរើសអើង

គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋ និង County ចែងថាមនុស្សគ្រប់រូបមានសិទ្ធិស្មើគ្នាប្រកបដោយការគោរព និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ។ យោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយនៃក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) ការរើសអើងពូជសាសន៍ណាមួយ សញ្ជាតិដើម ភេទ អាយុ សាសនា និន្នាការនយោបាយ ឬពិការភាពត្រូវបានហាមឃាត់ដាច់ខាត។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរើសអើងសូមទាក់ទងទៅកាន់មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃ County របស់អ្នកឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃរដ្ឋ California (CDSS)៖

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave. S.W.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (សម្លេង និង TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (តិចតិចថ្ងៃ)

USDA ផ្តល់ឱកាសការងារដោយស្មើភាព។

ច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពនិងការបង្ហាញព័ត៌មាន

អ្នកកំពុងផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននេះក្នុងពាក្យសុំ។ County ប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាន County អាចបានចោលពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ កែប្រែ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកបានផ្តល់ជូន County។ County នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈកម្មវិធីផ្ទៃក្នុងកុំព្យូទ័រ រួមមានប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិងប្រាក់កម្រៃ (IEVS)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីតាមដានអនុលោមភាពតាមបទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធី និងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី។ County អាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្លូវការជាមួយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងចាប់ខ្លួនបុគ្គលដែលតំបន់សំណុំរឿងច្បាប់និងជាមួយ ទីភ្នាក់ងារប្រមូលសំណងឯកជនសម្រាប់ចំណាត់ការប្រមូលសំណង។ County អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារដែលបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ USCIS។ ព័ត៌មានដែល County ទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារទាំងនេះ អាចជះឥទ្ធិពលលើលក្ខណៈសម្បត្តិ និងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

ការត្រួតពិនិត្យឯកសារករណីឡើងវិញ

ករណីរបស់អ្នកអាចត្រូវបានជ្រើសរើសធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញបន្ថែម ដើម្បីធានាថាលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវបានកំណត់ដោយត្រឹមត្រូវ។ អ្នកត្រូវតែសហការពេញលេញជាមួយបុគ្គលិក County រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ ក្នុងការស៊ើបអង្កេត ឬត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ រួមទាំងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវការគ្រប់គ្រងគុណភាព។ ការខកខានក្នុងការសហការធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញទាំងនេះ អាចនឹងបណ្តាលឱ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

វិធានការងារសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh

County អាចចាត់ចែងឱ្យអ្នកទៅកម្មវិធីការងារណាមួយ។ ពួកគេនឹងប្រាប់ថាតើកម្មវិធីការងារនោះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ឬថាអ្នកត្រូវតែធ្វើកម្មវិធីការងារនោះដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសកម្មភាពការងារមួយដែលត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ហើយអ្នកមិនបានធ្វើវានោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។

អ្នកអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ប្រសិនបើអ្នកបានឈប់ពីការងារណាមួយកាលពីពេលថ្មីៗនេះ។

ការប្រើប្រាស់ EBT

អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នក មុនពេលអ្នក សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ផ្សេង ឬតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នក រាយការណ៍ពីការបាត់ ឬលួចកាត EBT card ឬលេខ PIN នឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។

ការប្រើកាត EBT ដោយអ្នក សមាជិកគ្រួសារ តំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកបានឱ្យកាត EBT របស់អ្នក និងលេខ PIN ដោយស្ម័គ្រចិត្ត នឹងត្រូវចាត់ទុកថាមានការឯកភាពរបស់អ្នក ហើយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នក នឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានរាយការណ៍ថានរណាម្នាក់ផ្សេងដែលអ្នកមិនចង់ឱ្យប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក មានលេខ PIN របស់អ្នក ហើយអ្នកមិនបានស្នើឱ្យប្តូរលេខ PIN របស់អ្នកនោះ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នក នឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។

សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង

សម្គាល់

សូមប្រើប៊ិចចណ៍ខ្មៅ ឬចណ៍ខ្មៅ ពីព្រោះវាងាយស្រួលអាននិងថតចម្លងបានល្អបំផុត។ សូមសរសេរចម្លើយរបស់លោកអ្នកជាអក្សរពុម្ព។
 ក្នុងការឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងសរសេរលម្អិត សូមប្រើទំព័រទី 10 ផ្នែក ចន្លោះសម្រាប់សរសេរលម្អិត ហើយសូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម។
 សូមប្រាកដថាត្រូវកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណួរមួយណាដែលលោកអ្នកកំពុងសរសេរ នៅក្នុងកន្លែងសរសេរលម្អិត ឬនៅលើសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមនោះ។

1. ព័ត៌មានអ្នកស្នើសុំ

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ឈ្មោះផ្សេងទៀត (នាមត្រកូលស្រីមុនរៀបការ ឈ្មោះហៅក្រៅ ។ល។)	លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន ហើយក៏ផ្តល់ជាក់ព័ន្ធក្នុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍)		
អាសយដ្ឋាន ឬផ្លូវទៅកាន់ផ្ទះរបស់លោកអ្នក	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍	
អាសយដ្ឋាន (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍	
លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ:	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល			
ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួស/សារ	ខ្ញុំចង់ទទួលសារអំពីករណីរបស់ខ្ញុំតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			

លោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** សូមឲ្យ County ដឹងក្លាយ ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង ដើម្បីពួកគេអាចជួយដោះស្រាយអាសយដ្ឋានប្រើក្នុងការទទួលស្គាល់ការដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលបានជូនដំណឹងពី County អំពីករណីរបស់លោកអ្នក។

តើលោកអ្នកចង់អានភាសាអ្វី (ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស)? _____
 តើលោកអ្នកចង់និយាយភាសាអ្វី (ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស)? _____

County នឹងផ្តល់អ្នកបកប្រែជូនលោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ ឬពិបាកស្តាប់ សូមគូសនៅទីនេះ:

តើលោកអ្នកមានពិការភាពហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំឬ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ដែរឬទេ? ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ**បាទ/ចាស** នោះ County នឹងប្រើចម្លើយរបស់អ្នកដើម្បីកម្រើកថាតើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដែរឬយ៉ាងណា។ បាទ/ចាស ទេ

តើចំណូលដ្ឋាននៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាង\$150 ហើយតើសាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ, ឬគណនីចរន្ត និងគណនីសន្សំមានទឹកប្រាក់ចំនួន\$100 ឬតិចជាងនេះឬ? បាទ/ចាស ទេ

តើចំណូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាងថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/បង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារនិងថ្លៃសេវាសាធារណៈរួមបញ្ចូលគ្នាឬ? បាទ/ចាស ទេ

តើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនអន្តោប្រវេសន៍/កម្មករតាមរដូវកាល/កសិករដែលមានធនធានងាយបង្វែរជាសាច់ប្រាក់មិនលើស\$100 ហើយប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬលោកអ្នកមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានច្រើនជាង\$25 ក្នុងរយៈពេល 10ថ្ងៃក្រោយ។ បាទ/ចាស ទេ

- តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ក្រោមទោសទណ្ឌនៃការនិយាយកុហក (ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត) ខ្ញុំយល់ថា៖
- ខ្ញុំអាន ឬគេបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ និងចម្លើយរបស់ខ្ញុំទៅនឹងសំណួរទាំងនេះក្នុងពាក្យសុំនេះ។
 - ចម្លើយរបស់ខ្ញុំចំពោះសំណួរទាំងឡាយគឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញតាមការយល់ដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។
 - ចម្លើយទាំងឡាយដែលខ្ញុំអាននិងផ្តល់សម្រាប់ដំណើរការពាក្យសុំនេះ នឹងជាការពិតប្រាកដហើយបំពេញទៅតាមការយល់ដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។
 - ខ្ញុំបានអាន ឬគេបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់ ហើយខ្ញុំយល់និងយល់ព្រមចំពោះសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវ (វិធាននៃកម្មវិធី ទំព័រទី1) សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh។
 - ខ្ញុំបានអាន ឬគេបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវវិធាន និងទណ្ឌកម្មនៃកម្មវិធី CalFresh (វិធាននៃកម្មវិធី ទំព័រទី 2-3)។
 - ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬនាំឲ្យកាន់ច្រឡំ ឬការផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ លាក់បាំង ឬមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានពិតដើម្បីបង្កើតឲ្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន CalFresh គឺជាអំពើបាត់បង់ប្រាក់។ ការក្លែងបន្លំនេះអាចបង្កជាគ្រោះថ្នាក់ដល់ប្រព័ន្ធនៃការប្រើប្រាស់ប្រាក់ប្រចាំថ្ងៃ និង/ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានរារាំងមួយរយៈ (ឬមួយជីវិត) ពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh។
 - ខ្ញុំយល់ថាលេខសន្តិសុខសង្គម ឬឋានៈអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ អាចនឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលតាមការតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ, អាណាព្យាបាល (ឬសមាជិកមនុស្សពេញវ័យនៃគ្រួសារ/តំណាងទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាត *អាណាព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទ
---	-------------

***ប្រសិនបើលោកអ្នកមានតំណាងទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាត សូមបំពេញសំណួរទី 2 នៅលើទំព័រឆ្លាស់។**

2. តំណាងដែលទទួលសិទ្ធិរបស់គ្រួសារ

លោកអ្នកអាចអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ដែលមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះជួយដល់គ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់លោកអ្នក។ មនុស្សម្នាក់នេះក៏អាចនិយាយតំណាងឱ្យលោកអ្នកបានផងដែរនៅក្នុងបទពិសោធន៍, ជួយបំពេញទម្រង់បែបបទដល់លោកអ្នក, ទិញវត្ថុធាតុដើមសម្រាប់លោកអ្នក និងរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនានាដល់អ្នក។ លោកអ្នកនឹងត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលលោកអ្នកអាចទទួលបានដោយកំហុសឆ្គងដោយសារព័ត៌មានដែលមនុស្សម្នាក់នេះផ្តល់ឱ្យ County និងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលលោកអ្នកមិនចង់ឱ្យពួកគេចំណាយនោះ និងមិនត្រូវដាក់ជំនួសវិញទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគឺជាតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់កំសុភាគបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដល់ County សម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះ៖

ឈ្មោះតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ៖	លេខទូរស័ព្ទនៃអ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ៖
--------------------------	--------------------------------------

តើលោកអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះអ្នកណាម្នាក់ដើម្បីឱ្យគាត់ទទួលនិងចំណាយអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី CalFresh របស់លោកអ្នកសម្រាប់គ្រួសារលោកអ្នកទេ? បាទ/ចាស ទេ
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ៖	លេខទូរស័ព្ទ៖
--------	--------------

អាសយដ្ឋាន៖	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
------------	---------	------	--------------

3. សញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធ

ព័ត៌មានអំពីសញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធគឺជាជម្រើស។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានស្នើសុំដើម្បីធានាដល់ការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាក់ទងនឹងសញ្ជាតិ, ពណ៌សម្បុរ, ឬជាតិកំណើត។ ចម្លើយរបស់លោកអ្នកមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិ ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ ចូរពិនិត្យគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះលោកអ្នក។ ច្បាប់ចែងថា County ត្រូវតែកត់ត្រាក្រុមជាតិពន្ធ និងសញ្ជាតិរបស់លោកអ្នក។ ចូរពិនិត្យប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ County អំពីសញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ផ្តល់នោះ County នឹងបញ្ចូលព័ត៌មាននេះសម្រាប់ស្ថិតិសិទ្ធិពលរដ្ឋប៉ុណ្ណោះ។

ជាតិពន្ធ	តើលោកអ្នកជាជនជាតិអស្សាញ ឬឡាទីន? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអស្សាញ ឬឡាទីន តើលោកអ្នកចាត់ទុកខ្លួនឯងជា៖
		<input type="checkbox"/> ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ <input type="checkbox"/> ជនជាតិព័ក្វិកូ <input type="checkbox"/> គុយបា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត

សញ្ជាតិកំណើត/ជាតិពន្ធ

- ស្បែកស ជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាមេរិកាំងស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក ផ្សេងទៀត ឬចម្រុះជាតិសាសន៍ _____
- ជនជាតិអាស៊ី (បើបានគូសផិត ចូរជ្រើសរើសជនជាតិមួយឬច្រើនដូចខាងក្រោម)៖
- ហ្វីលីពីន ចិន ជប៉ុន កម្ពុជា កូរ៉េ វៀតណាម ឥណ្ឌាអាស៊ី ឡាវ
- ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់) _____
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬប្រជាជនរស់នៅកោះប៉ាស៊ីហ្វិក (បើបានគូសផិត ចូរជ្រើសរើសជនជាតិមួយឬច្រើនដូចខាងក្រោម)៖ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ជនជាតិហ្គាមេនៀ ឬ កាម្វ៊ូ ជនជាតិសាម៉ូ

4. ការរៀបចំកិច្ចសម្ភាសន៍

លោកអ្នកនឹងត្រូវធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក និងដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។ កិច្ចសម្ភាសន៍សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ជាធម្មតាធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទ រៀបរយតែលោកអ្នកអាចត្រូវបានធ្វើសម្ភាសន៍នៅពេលណាពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកដាក់ទៅ County ដោយផ្ទាល់ ឬចង់សម្ភាសន៍ដោយជួបមុខផ្ទាល់។ ការសម្ភាសន៍ដោយជួបមុខផ្ទាល់ នឹងត្រូវធ្វើឡើងតែក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតារបស់ County ប៉ុណ្ណោះ។

- សូមគូសផិតប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសយកការសម្ភាសន៍ដោយជួបមុខផ្ទាល់។
 - សូមគូសផិតប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការរៀបចំផ្សេងដោយសារពិការភាព។
- សូមគូសផិតប្រអប់នានាខាងក្រោមនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសយកថ្ងៃ និងម៉ោងសម្រាប់ការសម្ភាសន៍៖
- ថ្ងៃ: ថ្ងៃនេះ ថ្ងៃទំនេរបន្ទាប់ ថ្ងៃណាក៏បាន ថ្ងៃចន្ទ ថ្ងៃអង្គារ ថ្ងៃពុធ ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ថ្ងៃសុក្រ
- ម៉ោង: ព្រឹកព្រហាម ពាក់កណ្តាលព្រឹក រសៀល ចុងពេលរសៀល ពេលណាក៏បាន

5. កម្មវិធីផ្សេងទៀត

តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈទេ (ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រខ្វះ, Medicaid, កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម [ប័ណ្ណសម្រាប់ជនក្រខ្វះស្បៀងអាហារ] ជំនួយទូទៅ(GA)/ជំនួយសង្គ្រោះទូទៅ(GR) ។ ល។)? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	កន្លែងណា(ខោនធី/រដ្ឋ)?
ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	កន្លែងណា(ខោនធី/រដ្ឋ)?

6a. ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

ចូរបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់នៅក្នុងផ្ទះ ដែលអ្នកទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយ រួមទាំងអ្នក។
ប្រសិនបើដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ជនមិនមែនពលរដ្ឋ សូមបំពេញសំណួរ 6b និង 6c បើមិនមែនទេ សូមបន្តទៅសំណួរ 6d។

លេខសន្តិសុខសង្គម គឺអាចមានក៏បាន អត់ក៏បាន សម្រាប់សមាជិកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកត្រូវតែឆ្លើយបណ្តាសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។

ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ (✓ គូសធ្វើក បាទ/ចាស់ ឬ ទេ)	ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាលជាអក្សរកាត់)	តើអ្នកនោះត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ (ប្រុស ឬ ស្រី)	ជនជាតិ ឬ ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក (✓ គូសធ្វើក បាទ/ចាស់ ឬ ទេ) បើសិនឆ្លើយទេ ចូរបំពេញសំណួរ 6b ខាងក្រោម	លេខសន្តិសុខសង្គម
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ	

សូមរាយឈ្មោះមនុស្សទាំងឡាយដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ដែលមិនទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយអ្នក៖

ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ:
ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ:

6b. ព័ត៌មានអំពីជនមិនមែនពលរដ្ឋ សូមបំពេញបែបបទសម្រាប់ជនមិនមែនពលរដ្ឋដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំ។

ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទចូលសហរដ្ឋអាមេរិក (បើបានដឹង)	សូមផ្តល់លេខប្លង់សារណាមួយខាងក្រោម (បើបានដឹង)៖ លេខលិខិតឆ្លងដែន លេខចុះបញ្ជីជនបរទេស ។ល។	បានទទួលការធានា? (✓ សូមគូសចម្លើយ បាទ/ចាស់ ឬ ទេ) បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរបំពេញសំណួរ 6c ខាងក្រោម៖
		ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខឯកសារ៖ _____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ
		ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខឯកសារ៖ _____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ
		ប្រភេទឯកសារ៖ _____ លេខឯកសារ៖ _____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ

តើអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងលើមានប្រវត្តិការងារ ឬបម្រើយោធាក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកយ៉ាងហោច 10ឆ្នាំ (40ត្រីមាស) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើនរណា? _____

តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះខាងលើមាន ឬតើពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំ ឬតើពួកគេមានផែនការដាក់ពាក្យសុំទិដ្ឋាការ T-Visa ឬទិដ្ឋាការ U-Visa សំណើVAWA ដែរឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើនរណា? _____

6c. ព័ត៌មានអំពីជនមិនមែនពលរដ្ឋដែលត្រូវបានធានា - សូមបំពេញសម្រាប់អ្នកទាំងឡាយដែលមានឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6b ខាងលើ ដែលពួកគេជាជនមិនមែនពលរដ្ឋដែលត្រូវបានធានា ហើយកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយ។

តើអ្នកធានាចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ I-864 ដែរឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរដែលនៅសល់។ បើអ្នកធានាបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ I-134 ចូររំលងសំណួរនេះ។

តើអ្នកធានានោះជួយផ្តល់លុយជាទៀងទាត់ឬ? បាទ/ចាស់ ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស់** តើចំនួនប៉ុន្មាន? \$ _____

តើអ្នកធានាជួយផ្តល់ជាទៀងទាត់របស់របរដូចខាងក្រោមទេ (ចូរគូសធ្វើកទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន)?

ថ្លៃល្អលក់ផ្ទះ សម្លៀកបំពាក់ ចំណីអាហារ ផ្សេងៗ _____

ឈ្មោះអ្នកធានា	តើអ្នកណាត្រូវបានធានា?	លេខទូរស័ព្ទអ្នកធានា
ឈ្មោះអ្នកធានា	តើអ្នកណាត្រូវបានធានា?	លេខទូរស័ព្ទអ្នកធានា

6d. សិស្ស

តើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កំពុងចូលរៀនមហាវិទ្យាល័យ ឬសាលាបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈឬ? បាទ/ចាស់ ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។
បើឆ្លើយ**ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះសិស្សនោះ	ឈ្មោះសាលា/ការបណ្តុះបណ្តាល	ស្ថានភាពដែលបានចុះឈ្មោះ (✓ គូសចម្លើយមួយ)	តើពួកគេកំពុងមាន ការងារធ្វើការដែរឬទេ?
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាលម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ <input type="checkbox"/> តិចជាងពាក់កណ្តាលម៉ោង ចំនួនឯកតា: _____	ម៉ោងធ្វើការគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍: _____
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាលម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ <input type="checkbox"/> តិចជាងពាក់កណ្តាលម៉ោង ចំនួនឯកតា: _____	ម៉ោងធ្វើការគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍: _____

6e. តើមានកូនចិញ្ចឹមរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ? បាទ/ចាស់ ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស់** តើនរណា? _____
សូមឆ្លើយសំណួរដូចខាងក្រោមអំពីកូនចិញ្ចឹម៖

តើកូននេះត្រូវបានដាក់ក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកតាមដីកាតុលាការអំពីភាពគ្រោមអាណាព្យាបាលឬ? បាទ/ចាស់ ទេ

តើលោកអ្នកចង់ឲ្យកូនចិញ្ចឹមនេះ ត្រូវបានរាប់ចូលក្នុងករណីCalFresh របស់លោកអ្នកដែរឬទេ? បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស់** ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំកូនចិញ្ចឹមដែលលោកអ្នកទទួល នឹងត្រូវរាប់ជាប្រាក់ចំណូលមិនបានរក។ បើឆ្លើយ**ទេ** ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំកូនចិញ្ចឹម នឹងមិនត្រូវរាប់ចូលក្នុងប្រាក់ចំណូលមិនបានរកទេ។ បាទ/ចាស់ ទេ

7. ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក

តើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយ ទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលមិនមែនមកពីការងារ (មិនបានរក) ទេ? បាទ/ចាស់ ទេ
បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ចូរគូសផឹកគ្រប់ប្រភេទប្រាក់ចំណូលមិនបានរកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត ចេញពីឧទាហរណ៍នេះ (អាចមានប្រាក់ចំណូលមិនបានរកផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយនៅទីនេះ)៖

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គម | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ឬប្រាក់សោធននិវត្តន៍កងទ័ព | <input type="checkbox"/> ការឈ្នះឆ្នោត/ល្បែង |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ
(ប្រាក់ជំនួយសាលា/ប្រាក់កម្ចី/អាហារូបករណ៍) | <input type="checkbox"/> ការជួយបង់ប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ/ចំណីអាហារ/
សម្លៀកបំពាក់ |
| <input type="checkbox"/> Cash Aid (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់) | <input type="checkbox"/> រង្វាន់ជាល្មម | <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រង ឬដំណោះស្រាយស្របច្បាប់ |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងគ្មានការងារធ្វើ/
ការធានារ៉ាប់រងពិការភាពរដ្ឋ (SDI) | <input type="checkbox"/> ពិការភាពឯកជន ឬការចូលនិវត្តន៍ |
| <input type="checkbox"/> បន្ទប់និងអាហារដាក់ខែ (ពីអ្នកផ្តល់សេវាជួល) | <input type="checkbox"/> សំណងរបស់កម្មករ | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍នៃកូដកម្ម |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ | | <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____ |
| <input type="checkbox"/> ការគាំពារក្មេង/ប្តីប្រពន្ធ | | |
| <input type="checkbox"/> រដ្ឋាភិបាល/ពិការភាពដោយការបំពេញការងារនៅផ្លូវថ្នក់
ឬចូលនិវត្តន៍ | | |

បុគ្គលដែលទទួលបាន?	ពិការភាព?	ចំនួនប៉ុន្មាន?	បានទទួលជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ម្តង ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ឬផ្សេងទៀត)	រំពឹងនឹងបន្តទទួល? (✓ គូសចម្លើយ បាទ/ចាស់ ឬ ទេ)
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ

បើប្រាក់ចំណូលនេះមិនត្រូវបានរំពឹងនឹងបន្តទទួល ចូរពន្យល់៖

8. ប្រាក់ចំណូលដែលបានរក

តើមានអ្នកណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការងារទេ (ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក)? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** ចូរឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** រំលងទៅសំណួរ 9។

កំណត់សម្គាល់: បើធ្វើការដោយឯករាជ្យ ចូរបំពេញសំណួរ 8a ខាងក្រោម។

ចូររាយឈ្មោះប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ មុនគាត់ពន្ធបូកការកាត់ផ្សេងទៀត (ប្រាក់ចំណូលផុល)។

ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលបានរកគឺ (ឧទាហរណ៍ទាំងនេះអាចជាការងារពេញម៉ោង ការងារតាមរដូវកាល បណ្តោះអាសន្ន

ឬការបណ្តុះបណ្តាលនិងអាចមានប្រាក់ចំណូលដែលមិនបានរកផ្សេងទៀតមិនបានរាយនៅទីនេះ)៖

- ប្រាក់ឈ្នួល
- ប្រាក់កម្រៃជើងសារ
- ប្រាក់ទឹកតែ
- ប្រាក់ខែ
- សិក្សាការងារ (សិស្សនិស្សិត)

អ្នកដែលកំពុងធ្វើការ	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក	អត្រាគិតជាម៉ោង	ចំនួនម៉ោងគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍	បានប្រាក់ចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ម្តង ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ផ្សេងទៀត)	ប្រាក់ចំណូលក្នុងមួយខែដែលបានទទួល?	រំពឹងនឹងបន្តទទួល? (✓ ពិនិត្យចម្លើយ បាទ/ចាសឬទេ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលនេះមិនត្រូវបានរំពឹងនឹងបន្តទទួល ចូរពន្យល់៖

តើមាននរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារធ្វើ, ផ្លាស់ប្តូរការងារ, ចាកចេញពីការងារ ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយម៉ោងការងារ ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃកន្លងទៅដៃឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	កាលបរិច្ឆេទបាត់បង់ការងារ, ចាកចេញពីការងារ ឬផ្លាស់ប្តូរការងារ	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ចុងក្រោយ
--------------------------------	---	------------------------------

ហេតុអ្វី?

តើមានអ្នកណាធ្វើកូដកម្មដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	កាលបរិច្ឆេទបានធ្វើកូដកម្ម	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ចុងក្រោយ
--------------------------------	---------------------------	------------------------------

ហេតុអ្វី?

8a. ការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង

សមាជិកគ្រួសារដែលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង អាចកាត់ចំណាយជាក់ស្តែងលើការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង ឬធ្វើការកាត់តាមកម្រិតស្តង់ដារ 40% នៃចំណូលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង។

បើលោកអ្នកជ្រើសរើសយកចំណាយជាក់ស្តែងលើការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង County នូវកស្មតាងអំពីចំណាយទាំងនោះ។

បុគ្គលដែលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមអាជីវកម្ម	ប្រភេទអាជីវកម្ម និងឈ្មោះ	ប្រាក់ចំណូលផុលប្រចាំខែ	ការចំណាយលើការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង (សូមគូសចម្លើយមួយ)
			\$	<input type="checkbox"/> អត្រាថេរ 40% <input type="checkbox"/> ចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> អត្រាថេរ 40% <input type="checkbox"/> ចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> អត្រាថេរ 40% <input type="checkbox"/> ចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> អត្រាថេរ 40% <input type="checkbox"/> ចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> អត្រាថេរ 40% <input type="checkbox"/> ចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____

9. ការចំណាយលើការថែទាំកូន/មនុស្សជំរបស់គ្រួសារ

តើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយ បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំកូន, មនុស្សជំរុំការ ឬអ្នកក្នុងបន្ទុកផ្សេងទៀត ដើម្បីលោកអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតអាចទៅធ្វើការ, ទៅរៀន ឬស្វែងរកការងារធ្វើបានដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

អ្នកណាទទួលបានការថែទាំ?	អ្នកណាផ្តល់ការថែទាំ? (ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់ការថែទាំ)	ចំនួនទឹកប្រាក់បានបង់?	បានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើមាននរណាម្នាក់ជួយដល់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក បង់ការចំណាយខាងលើទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកលើការថែទាំកូន/មនុស្សជំរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** ចូរបំពេញខាងក្រោម។

អ្នកណាទទួលបានការថែទាំ?	អ្នកណាជួយបង់ការចំណាយ?	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់?	បានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	

10. ការបង់អាហារកិច្ចកូន

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយ មានភាពព្រួយបារម្ភចំពោះការបង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចកូន រួមទាំងការគាំទ្រអាហារកិច្ចកូនដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

នរណាបង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចកូន?	ឈ្មោះកូនដែលទទួលបានអាហារកិច្ចកូន	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់?	បានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	

11. ការចំណាយរបស់គ្រួសារ

តើមាននរណាដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយ ទទួលបានបង់ចំណាយណាខ្លះរបស់គ្រួសារដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។
កំណត់សម្គាល់: ចូរកុំបញ្ចូលចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយដែលធ្វើឡើងតាមរយៈជំនួយផ្នែកទីជម្រកដូចជា HUD ឬផ្នែក 8។ សេវាផ្តល់កម្ចីក្រដាត, ទូរស័ព្ទ, សេវាសាធារណៈផ្សេងទៀត និងការផ្តល់ទិដ្ឋភាពដល់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង ត្រូវបានកំណត់ជាប្រាក់ឧបត្ថម្ភ។ មិនចាំបាច់បំពេញប្រសិនបើមានទឹកប្រាក់ជាក់ស្តែងដែលបានជំពាក់ទេ។

ប្រភេទនៃការចំណាយ	មានការចំណាយ?	អ្នកណាបង់?	បរិមាណទឹកប្រាក់ជំពាក់	វិក្កយបត្រត្រូវបានចេញញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ)
ប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬការបង់ថ្លៃផ្ទះ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ពន្ធលើអចលនទ្រព្យនិងការធានារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមានវិក្កយបត្រដោយឡែកពីប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះឬបង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ហ្វានអគ្គិសនីឬប្រេងឥន្ធនៈផ្សេងទៀតដែលបានប្រើសម្រាប់ដុតកម្ដៅឬត្រជាក់ដូចជាអុសឬហ្គាស (ប្រសិនបើមានវិក្កយបត្រដោយឡែកពីប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះឬបង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ទូរស័ព្ទ/ទូរស័ព្ទដៃ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ការចំណាយលើភាពគ្មានទីជម្រក	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ទឹកទឹកស្អុយសំរាម	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
តើមាននរណាដែលមិននៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកជួយចេញការចំណាយខាងលើឱ្យលោកអ្នកទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញ។		អ្នកណាជួយបង់ចំណាយ?	ប៉ុន្មាន? \$	បានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

តើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបាន ឬពឹងផ្អែកលើទទួលបាន ការបង់ចំណាយពីកម្មវិធីជំនួយថាមពលសម្រាប់គ្រួសារមានចំណូលទាប (LIHEAP) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

12. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព

តើលោកអ្នក ឬអ្នកដែលលោកអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារជាមួយ ជាមនុស្សចាស់ (60ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ) ឬជនពិការ ដែលមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពទេ ?

បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

កំណត់សម្គាល់៖ ចូរកុំរាយក្នុងបញ្ជីនៃប្រពន្ធ ឬកូនដែលទទួលបានការបង់ចំណាយឲ្យ SSI ឬពិការភាព និងអ្នកពិការភ្នែក។

រាយឈ្មោះមុខចំណាយដែលលោកអ្នករំពឹងថានឹងមាននៅក្នុងអនាគត។

ការចំណាយលើសុខភាពដែលអាចអនុញ្ញាតឲ្យបាន៖

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាព ឬការថែទាំធូញ | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណាយលើ Medicare (ការរំលែកការចំណាយលើ Medi-Cal ។ល។) | <input type="checkbox"/> ចំណាយលើការដឹកជញ្ជូន (ម៉ែប៊ូឬថ្លៃឈ្នួល) និងការស្នាក់នៅដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ |
| <input type="checkbox"/> ការសម្រាកពេទ្យ/អ្នកទទួលបានការព្យាបាលសម្រាកនៅផ្ទះ/ការថែទាំអ្នកជំងឺ | <input type="checkbox"/> ធុញសប្បុរសភាព, ជំនួយការស្តាប់ និងផ្នែកសប្បុរសភាពនៃរាងកាយ | <input type="checkbox"/> ពាក់វ៉ែនតានិងពាក់កែវដាក់ក្នុងភ្នែក (contact lense) ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា |
| <input type="checkbox"/> ការប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា | <input type="checkbox"/> រក្សាទុកអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺម្នាក់ដែលចាំបាច់ដោយសារវ័យ, ជំងឺ ឬភាពខ្រុះខ្រោមរាងកាយ | <input type="checkbox"/> បរិក្ខារនិងការផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រតាមវេជ្ជបញ្ជា |
| <input type="checkbox"/> សុខភាពនិងប្រាក់ចំណាយលើគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងក្នុងការសម្រាកពេទ្យ | <input type="checkbox"/> ចំនួននិងចំណាយលើអាហារដែលផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ | <input type="checkbox"/> ចំណាយលើសេវាសុវត្ថិភាព៖ (វិក្កយបត្រចំណីអាហារ, ពេទ្យសត្វ ។ល។) |
| | <input type="checkbox"/> ឱសថអាចទិញដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា | |

ឈ្មោះមនុស្សចាស់/ជនពិការ	ទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ	បានបង់ភ្នាក់ងារប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំខែ, ប្រចាំសប្តាហ៍, ផ្សេងទៀត)	ប្រភេទនៃការចំណាយ? (វេជ្ជបញ្ជា, ធុញសប្បុរសភាព, ចំនួនអាហារសម្រាប់អ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ។ល។)	តើគ្រួសារនិងត្រូវបានបង់ឲ្យវិញសម្រាប់ថ្លៃពេទ្យដែរឬទេ? (ដោយ Medi-Cal, ការធានារ៉ាប់រង, សមាជិកក្រុមគ្រួសារ ។ល។)
	\$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា៖ ចំនួនប៉ុន្មាន៖ \$
	\$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា៖ ចំនួនប៉ុន្មាន៖ \$
	\$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា៖ ចំនួនប៉ុន្មាន៖ \$
	\$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា៖ ចំនួនប៉ុន្មាន៖ \$

- 13. តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានអាហារពីកន្លែងណាមួយខាងក្រោមនេះឬទេ?** បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។
- ផ្ទះបាយរួមសម្រាប់មនុស្សចាស់/ជនពិការ
 - កម្មវិធីចែកចាយអាហារ ប្រតិបត្តិដោយការប្រុងប្រយ័ត្នរបស់អ្នកស្រុកដើមកំណើតអាមេរិកាំង។
 - កម្មវិធីស្បៀងអាហារផ្សេងទៀត

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	នៅឯណា?
បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	នៅឯណា?

14. តើមាននរណាសំនៅទីកន្លែងដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

- ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង
- ទីជម្រកសម្រាប់ស្ត្រីចាស់ជរា
- ទីកន្លែងបម្រុងសម្រាប់អ្នកស្រុកដើមកំណើតអាមេរិកាំង
- មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹង/ថ្នាំញៀន
- មណ្ឌលកែប្រែ/ស្ថាប័នព្រហ្មទណ្ឌ (គុកឬមន្ទីរឃុំឃាំង)
- ការរៀបចំការរស់នៅជាក្រុមសម្រាប់មនុស្សចាស់/ជនពិការ
- ទីជម្រកឧបត្ថម្ភធនដោយរដ្ឋសហព័ន្ធ
- មន្ទីរពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ/ស្ថាប័នព្យាបាលផ្លូវចិត្ត
- មន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំរយៈពេលយូរ ឬក្រុមប្រឹក្សា និងមណ្ឌលថែទាំ

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ	ឈ្មោះស្ថាប័ន (មជ្ឈមណ្ឌល, ទីជម្រក, មណ្ឌល ។ល។)	កាលបរិច្ឆេទដែលរំពឹងទុកនឹងចាកចេញពីកន្លែងនេះ (ប្រសិនបើអនុវត្ត)

15. តើមាននរណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នកអាយុ 60ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ និងមិនអាចទិញអាហារនិងធ្វើម្ហូបផ្សេងគ្នាដោយសារតែពិការភាពដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

16. ធនធានរបស់គ្រួសារ

តើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយ មានធនធាននានា (សាច់ប្រាក់, ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ, វិញ្ញាបនបត្រធ្វើប្រាក់, ភាគហ៊ុន និងសញ្ញាប័ណ្ណ។ល។) ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ**ទេ** ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ធិចលើធនធាននីមួយៗនៅខាងក្រោម៖

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> គណនីធនាគារ/សមាគមឥណទាន (គណនីចរន្ត) | <input type="checkbox"/> គណនីទីផ្សារហិរញ្ញវត្ថុ | <input type="checkbox"/> ភាគហ៊ុន |
| <input type="checkbox"/> គណនីធនាគារ/សមាគមឥណទាន (គណនីសន្សំ) | <input type="checkbox"/> សង្គមធន/មូលនិធិក្នុងការគ្រប់គ្រង | <input type="checkbox"/> សញ្ញាប័ណ្ណ |
| <input type="checkbox"/> ប្រអប់ប្រាក់កម្ពុជាសុវត្ថិភាព | <input type="checkbox"/> វិញ្ញាបនបត្រធ្វើប្រាក់ (CD) | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> សញ្ញាប័ណ្ណសន្សំ | <input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ | |

ប្រសិនបើមានគណនីរួមជាមួយនឹងបុគ្គលម្នាក់ទៀត សូមបញ្ជាក់វានៅខាងក្រោម។

សម្រាប់ប្រអប់ដែលបានធិចនីមួយៗខាងលើសូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

តើឈ្មោះនរណាដែលមានធនធានទាំងនេះ?	ប្រភេទធនធាន?	តើធនធាននេះមានតម្លៃប៉ុន្មាន?	តើធនធាននេះនៅកន្លែងណា? (រួមមានឈ្មោះធនាគារ ឬក្រុមហ៊ុនដែលរក្សាទុកប្រាក់)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកបានលក់ធ្វើជំនួញផ្តល់ឲ្យទេ ឬធ្វើធនធានមួយនៅក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

17. អត្ថប្រយោជន៍ដោយការលូចចម្លង

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានដាក់ទោសក្នុងការទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP

(ឈ្មោះសហព័ន្ធសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយម្ហូបអាហារ ដែលគេស្គាល់ថា CalFresh ក្នុងរដ្ឋ California)

ដែលបានចម្លងក្លែងក្លាយនៅក្នុងរដ្ឋណាមួយក្រោយថ្ងៃទី22 ខែកញ្ញាឆ្នាំ1996 ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

18. អត្ថប្រយោជន៍ដោយការជួញដូរខុសច្បាប់

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់បានដាក់ទោសក្នុងការជួញដូរខុសច្បាប់ (ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ EBT

ទៅឱ្យអ្នកដទៃ) នូវអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលមានតម្លៃ500\$ ឬលើសពីនេះក្រោយថ្ងៃទី22 ខែកញ្ញាឆ្នាំ1996ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

19. អត្ថប្រយោជន៍ដោយការជួញដូរថ្នាំញៀន

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារលើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សម្រាប់ការជួញដូរថ្នាំញៀនក្រោយថ្ងៃទី22

ខែកញ្ញាឆ្នាំ1996 ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

20. អត្ថប្រយោជន៍ដោយការជួញដូរកាំភ្លើងឬគ្រឿងផ្ទុះ

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់ជាប់ពន្ធនាគារលើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP

សម្រាប់ការជួញដូរកាំភ្លើងអាវុធយុទ្ធភ័ណ្ណឬគ្រឿងផ្ទុះក្រោយថ្ងៃទី22 ខែកញ្ញាឆ្នាំ1996ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

21. បទឧក្រិដ្ឋក្នុងការគេចខ្លួន

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកកំពុងលាក់ខ្លួនឬគេចពីច្បាប់ដើម្បីគេចវេសការដាក់ទោសស្ថិតក្នុងការឃុំឃាំងឬបង្ខំជាប់ពន្ធ

នានាសម្រាប់ការប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋឬបទឧក្រិដ្ឋដោយការប៉ុនប៉ងដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

22. ការរំលោភបំពានលើការព្យួរទោសមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នា/ការដោះលែងជាបណ្តោះអាសន្ន

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានលក់ឬបញ្ជូនទៅកាន់ពន្ធនាគារលើការព្យួរទោសមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នា/ការដោះ

លែងជាបណ្តោះអាសន្នដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

23. បទឧក្រិដ្ឋថ្នាំញៀន

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាមួយក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានដាក់ទោសលើបទឧក្រិដ្ឋក្នុងការរក្សាទុក, ប្រើប្រាស់ផលិត ឬចែកចាយសារធាតុហាមឃាត់ (ថ្នាំខុសច្បាប់ ឬថ្នាំមួយចំនួនដែលត្រូវការវេជ្ជបញ្ជាបស់វេជ្ជបណ្ឌិត) ក្រោយថ្ងៃទី22 ខែសីហាឆ្នាំ1996 ដែរឬទេ ?
ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស់** ហើយការដាក់ទោសលើបទឧក្រិដ្ឋគឺសម្រាប់ ការរក្សាទុកសារធាតុហាមឃាត់ តើលោកអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារនោះបានអនុវត្ត (ឬនឹងអនុវត្ត) កម្មវិធីណាមួយដូចខាងក្រោម៖

បាទ/ចាស់ ទេ

a) បានបញ្ចប់កម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀនដែលមានការទទួលស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល ?

បាទ/ចាស់ ទេ

b) បានចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀនដែលមានការទទួលស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល ?

បាទ/ចាស់ ទេ

c) បានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀនដែលមានការទទួលស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល ?

បាទ/ចាស់ ទេ

d) បានដាក់ក្នុងបញ្ជីរង់ចាំសម្រាប់កម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀនដែលមានការទទួលស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល ?

បាទ/ចាស់ ទេ

e) ឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុហាមឃាត់ហើយមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថាលោកអ្នកបានឈប់ ?

បាទ/ចាស់ ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស់** សូមពន្យល់៖ _____

ចន្លោះសម្រាប់សរសេរបន្ថែម

ចន្លោះសម្រាប់សរសេរលម្អិត

មិនត្រូវបំពេញ- សម្រាប់ខោនធីប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No