



# ការដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH

ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ ឬត្រូវការជំនួយចំពោះការដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមប្រាប់ឲ្យក្រសួងសុខុមាលភាពខោនធី (County) ដឹង ហើយគេនឹងជួយលោកអ្នកបាន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់និយាយ អាន ឬសរសេរជាភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស County នឹងឲ្យអ្នកណាម្នាក់ជួយលោកអ្នក ដោយមិនឲ្យលោកអ្នកបង់ចំណាយអ្វីទេ។

## តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យតាមវិធីណា ?

ប្រើពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ។ CalFresh គឺជាកម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារជួយឲ្យលោកអ្នកក្នុងការទិញស្បៀងអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំម្តងទៀតឬផ្សេងៗក្រៅពី CalFresh ដូចជា CalWORKs ឬ Medi-Cal សូមសួររកពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីផ្សេងៗនេះ។ លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំ CalFresh និងកម្មវិធីផ្សេងៗទៀតតាមអនឡាញដោយចូលទៅកាន់ <http://www.benefitscal.org/>។ អ្នកក៏អាចមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិដែរឬយ៉ាងណា 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 គឺជាថ្ងៃចាប់ផ្តើមផ្តល់ថ្លៃជល់លោកអ្នកថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ស្ថាប័នមួយ ពេលវេលានេះចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកចាកចេញ។

## តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីបន្ទាប់ ?

- អានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក (វិធាននៃកម្មវិធី ចាប់ពីទំព័រទី១ ដល់ 3) មុនពេលលោកអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ។
- លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើបទសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ បទសម្ភាសន៍ភាគច្រើនធ្វើឡើងតាមទូរស័ព្ទ ប៉ុន្តែវាក៏អាចត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យរបស់ County ឬកន្លែងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានរៀបចំជាមួយ County។ ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ អាចមានការរៀបចំផ្សេងសម្រាប់លោកអ្នក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានបំពេញពាក្យសុំទាំងអស់ លោកអ្នកអាចបំពេញវាក្នុងអំឡុងពេលនៃការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក។
- លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលការចំណាយនិងស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចមានលក្ខណៈឬយ៉ាងណា។

## តើត្រូវចំណាយពេលយូរប៉ុណ្ណា ?

វាអាចចំណាយពេលយូររហូតដល់ 30 ថ្ងៃ ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នានាក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប្រសិនបើ៖

- ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ទុក) មានចំនួនតិចជាង \$150 ហើយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកនៅក្នុងដៃ ឬគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំ មានចំនួន\$100 ឬតិចជាងនេះ ឬ
- ការចំណាយលើទិដ្ឋភាពនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ថ្លៃឈ្នួល/ប្រាក់កម្ចីជនានាគារនិងសេវាសាធារណៈ) 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។)
  - ឋានៈស្របច្បាប់នៃការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់តែអ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋស្របច្បាប់ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ប័ណ្ណ: (ប័ណ្ណចុះឈ្មោះជនបរទេស, ទិដ្ឋាការ)។
- សម្គាល់:** អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដដាក់ពាក្យសុំឋានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដោយផ្អែកលើអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការកាត់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្ម 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 ឬប្រគល់កាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អទ្ធិបត្រនិក (EBT) ធ្វើពីប្លាស្ទិកជូនអ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកាតនោះ នៅពេលពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានយល់ព្រម។ ចុះហត្ថលេខាលើកាតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានវា។ អ្នកនឹងកំណត់លេខអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (PIN) ដើម្បីប្រើកាតរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើកាត EBT របស់អ្នកបាត់ ត្រូវបានលួច បំផ្លាញ ឬអ្នកយល់ថាមានគេដឹងពីលេខ PIN របស់អ្នក ដែលបណ្តាលឱ្យអ្នកលែងចង់ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក សូមទាក់ទងលេខ (877) 328-9677 ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ County ភ្លាមៗ។ សូមឱ្យប្រាកដមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ និងតំណាងពេញសិទ្ធិទាំងអស់ដឹងពីរបៀបរាយការណ៍ពីបញ្ហាទាំងនេះភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ថាមានអ្នកផ្សេងដែលអ្នកមិនចង់ឱ្យប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក មានលេខ PIN របស់អ្នក ហើយអ្នកមិនបានស្នើឱ្យប្តូរលេខ PIN នោះ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានប្រើ នឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។
- អ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកដើម្បីទិញអាហារស្ទើរគ្រប់មុខ គ្រាប់ពូជ និងក្រូចជាតិ ដើម្បីដាំដុះអាហារខ្លួនឯង។ អ្នកមិនអាចទិញគ្រឿងស្រវឹង ថ្នាំជក់ អាហារសត្វចិញ្ចឹម, អាហារចម្អិនស្រាប់មួយចំនួន ឬទំនិញផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាអាហារ (ដូចជាថ្នាំដុសធ្មេញ សាប៊ូដុសខ្លួនខ្លួន ឬក្រដាសអនាម័យ)។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ត្រូវបានទទួលយកនៅតាមបណ្តាហាងលក់ទំនិញប្រចាំថ្ងៃ និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលលក់អាហារ។ ដើម្បីមើលបញ្ជីរាយឈ្មោះទីតាំងដែលនៅក្បែរអ្នកដែលទទួលបានកាត EBT សូមចូលទៅកាន់ <https://www.ebt.ca.gov> ឬ <https://www.snapfresh.org>។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh គឺសម្រាប់តែអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ សូមរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឱ្យបានគងវង្ស។ ចូរកុំប្រាប់គេពីលេខ PIN របស់អ្នក។ សូមកុំដាក់លេខ PIN របស់អ្នកនៅជាមួយកាត EBT របស់អ្នក។

**តើធ្វើយ៉ាងម៉េច ប្រសិនបើខ្ញុំគ្មានផ្ទះសំបែង ?**

សូមឱ្យ County ដឹងភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដើម្បីគេអាចជួយកំណត់រកអាសយដ្ឋានប្រើប្រាស់ក្នុងការទទួលបានការដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលបានការជូនដំណឹងពី 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 នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់សម្រាប់កំណត់ថាអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។
- ផ្តល់ជូនអាជ្ញាធរតំបន់នូវភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកមាននៅពេលចាំបាច់។
- រាយការណ៍ពីការកែប្រែតាមការតម្រូវ។ County នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីខ្លឹមសារ ពេលវេលា និងរបៀបរាយការណ៍។  
ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវស្តីពីការរាយការណ៍ពីគ្រួសាររបស់អ្នកទេនោះ ករណីរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបិទ ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។
- ស្វែងរកទទួលយក និងរក្សាការងារមួយ ឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាពផ្សេងៗ ប្រសិនបើ County ប្រាប់អ្នកថាចាំបាច់សម្រាប់ករណីរបស់អ្នក។
- សហការពេញលេញជាមួយមន្ត្រីនៃបុគ្គលិករបស់ County រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ ប្រសិនបើសំណុំរឿងរបស់អ្នកត្រូវបានជ្រើសរើសធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ ឬស៊ើបអង្កេតដើម្បីធានាថាលក្ខណៈសម្បត្តិ និងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកំណត់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានមិនបានសហការក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញទាំងនេះ នឹងបណ្តាលឲ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។
- សងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

## អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- ដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ដោយផ្តល់តែឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក។
- ស្នើសុំអ្នកបកប្រែពីរដ្ឋដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការចាំបាច់។
- ស្នើសុំរក្សាការសម្ងាត់ចំពោះព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនឲ្យ County លើកលែងជាប់ពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ County។
- ដកពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយមុនពេល County ធ្វើការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំ CalFresh និងស្នើសុំការពន្យល់អំពីធានានានា។
- ស្នើសុំជំនួយក្នុងការទទួលបានភ័ស្តុតាងដែលត្រូវការ។
- ត្រូវបានទទួលរាក់ទាក់ប្រកបដោយសុដីរឺធម៌ ការរាប់អាន និងការគោរពហើយមិនត្រូវបានរើសអើង។
- ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល ៣ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសេវាឆាប់រហ័ស (Expedited Service)។
- ត្រូវបានសម្ភាសន៍ក្នុងរយៈពេលមួយសមហេតុផលដោយ County នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ហើយលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវកំណត់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។
- មានរយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃ ដើម្បីផ្តល់ភ័ស្តុតាងដែលចាំបាច់ជូន County សម្រាប់ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ។
- ទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សររយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃ មុនពេល County កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក។
- ពិភាក្សាជាមួយ County អំពីករណីរបស់អ្នកហើយត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នកនៅពេលត្រូវបានស្នើសុំឲ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ស្នើសុំធ្វើសវនករថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ County ចំពោះករណីរបស់អ្នកអំពីករណី CalFresh របស់អ្នក។  
ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនករមួយមុនចំណាត់ការលើករណី CalFresh របស់អ្នក នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវនៅដដែលរហូតដល់ពេលធ្វើសវនករ ឬនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់របស់អ្នក អាស្រ័យលើករណីមួយណាដែលកើតឡើងមុន។ អ្នកអាចស្នើសុំឲ្យ County កែប្រែអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នករហូតដល់ក្រោយពេលសវនករ ដើម្បីចៀសវាងត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយ ដែលបានបើកលើស។ ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាលវិនិច្ឆ័យឲ្យអ្នកឈ្នះនោះ County នឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានកាត់ចេញវិញ។
- សាកសួរអំពីសិទ្ធិឡើងសវនកររបស់អ្នក ឬស្នើសុំសេវាប្រឹក្សាច្បាប់តាមរយៈទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ **1-800-952-5253** ឬលេខ **1-800-952-8349** សម្រាប់បុគ្គលមានបញ្ហាឈឺ ឬនិយាយស្តីដែលត្រូវប្រើឧបករណ៍ TDD។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬសិទ្ធិសុខុមាលភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។
- នាំមិត្តម្នាក់ឬបុគ្គលណាម្នាក់មកចូលសវនករជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់មកម្នាក់ឯង។
- ស្នើសុំជំនួយពី County ដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត។
- រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនត្រូវបានតម្រូវឲ្យរាយការណ៍ ប្រសិនបើវាអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬ CalFresh របស់អ្នក។
- ផ្តល់ភ័ស្តុតាងស្តីពីការចំណាយក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអាចជួយឲ្យអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh កាន់តែច្រើន។ ការមិនបានផ្តល់ភ័ស្តុតាងដល់ County មានន័យថាអ្នកគ្មានការចំណាយទាំងនោះ ហើយអ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទេ។
- ជូនដំណឹងដល់ County ប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នកឬជួយក្នុងករណី CalFresh របស់អ្នក (អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ)។

សូមទទួលយកនិងរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង។

## វិធានកម្មវិធីនិងការពិន័យ

អ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាពុំពេញលេញប្រព្រឹត្តិបទល្មើស ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬខុស ឬមានចេតនាមិនផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ ដើម្បីព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh, ដែលអ្នកមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ឬដើម្បីជួយឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលគេមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលអ្នកទទួលបាន ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

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

## ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋ

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់បុគ្គលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាគ្រួសាររបស់អ្នកមានបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ។ ឧទាហរណ៍ឪពុកម្តាយជាជនអន្តោប្រវេសន៍អាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់កូន របស់ពួកគេដែលជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាឪពុកម្តាយអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក៏ដោយ។
- ការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនិងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់គ្រួសារអ្នកឡើយ។ ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ត្រូវបានរក្សាឯកជនភាពនិងការសម្ងាត់។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ ហើយបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ និងត្រូវត្រួតពិនិត្យដោយទីភ្នាក់ងារសញ្ជាតិនិងអន្តោប្រវេសន៍នៃសហរដ្ឋអាមេរិក (USCIS)។ ច្បាប់សហព័ន្ធចែងថា USCIS មិនអាចប្រើព័ត៌មាននេះ សម្រាប់គោលបំណងណាមួយផ្សេងពីករណីនេះបានឡើយ។

## លប់ទទួលយកផលប្រយោជន៍

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

## ការប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

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

## ការបើកឲ្យលើស

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

## ការរាយការណ៍

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

## សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំរាង

## សវនការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមសវនការថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំណាត់ការណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំធ្វើសវនការថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីចំណាត់ការដោយ County របស់អ្នក ហើយអ្នកចាំបាច់ប្រាប់ពីមូលហេតុនៃការស្នើសុំនេះ។ លិខិតឯកភាពឬបដិសេធដែលអ្នកទទួលបានពី County នឹងមានព័ត៌មានស្តីពីរបៀបស្នើសុំធ្វើការតវ៉ា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនការមុនចំណាត់ការកើតឡើងអ្នកប្រហែលជាអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនៅដដែលរហូតដល់ពេលសេចក្តីសម្រេចត្រូវបានធ្វើឡើង។

## គ្មានការរើសអើង

គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋ និង County ចែងថាមនុស្សគ្រប់រូបមានសិទ្ធិស្មើគ្នាប្រកបដោយការគោរព និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ។ យោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយនៃក្រសួងកសិកម្ម សហរដ្ឋអាមេរិក(USDA) ការរើសអើងពូជសាសន៍ពណ៌សប្បុរសព្យាបាល ភេទ អាយុ សាសនា និន្នាការនយោបាយ ឬពិការភាពត្រូវបានហាមឃាត់ដាច់ខាត។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរើសអើងសូមទាក់ទងទៅកាន់មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃ County របស់អ្នកឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់ប្រទេសស្នើសុំទៅកាន់ក្រសួងកសិកម្ម នៃសហរដ្ឋអាមេរិកឬក្រសួងសេវាសង្គមនៃរដ្ឋ 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 នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់ជូនក្នុងកុំព្យូទ័រ រួមមានប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិងប្រាក់កម្រៃ (IEVS)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីតាមដានអនុលោមភាពតាមបទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធី និងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី។ County អាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្លូវការជាមួយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងចាប់ខ្លួនបុគ្គលដែលតំបន់ចំណាត់ច្បាប់និងជាមួយទីភ្នាក់ងារប្រមូលសំណងឯកជនសម្រាប់ចំណាត់ការប្រមូលសំណង។ 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 ប្រសិនបើអ្នកបានលប់ពីការងារណាមួយកាលពីពេលថ្មីៗនេះ។

## 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

សូមប្រើប៊ិចពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌ខៀវ ពីព្រោះវាងាយស្រួលអាននិងថតចម្លងបានល្អបំផុត។ សូមសរសេរចម្លើយរបស់លោកអ្នកជាអក្សរពុម្ព។ ក្នុងការឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការនឹងសរសេរនៃមតិ  
សូមប្រើទំព័រទី 10 ផ្នែក “ចន្លោះសម្រាប់សរសេរនៃមតិ” ហើយសូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម។ សូមប្រាកដថាត្រូវកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណួរមួយណាដែលលោក  
អ្នកកំពុងសរសេរ នៅក្នុងកន្លែងសរសេរនៃមតិ ឬនៅលើសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមនោះ។

**1. ព័ត៌មានអ្នកស្នើសុំ**

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ឈ្មោះផ្សេងទៀត (នាមត្រកូលស្រ្តីមុនរៀបការ ឈ្មោះហៅក្រៅ ។ល។)	លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន ហើយក៏ព្រមទាំងលេខសន្តិសុខសង្គមប្រយោជន៍)		
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 ដឹងក្លាម 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 នឹងប្រើចម្លើយរបស់អ្នកដើម្បីកម្រើកមើលថាតើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដែរឬយ៉ាងណា។  បាទ/ចាស  ទេ

តើចំណូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាង\$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 និងទណ្ឌកម្មវិធី CalFresh (វិធាននៃកម្មវិធី ទំព័រទី 2 រហូតដល់ 3)។
  - ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬនាំឲ្យកាន់ច្រឡំ ឬការផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ លាក់បាំង ឬមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានពិតដើម្បីបង្កើតឲ្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន CalFresh គឺជាអំពើបាបបញ្ឆោត។ ការក្លែងបន្លំនេះអាចបង្កជាគ្រោះថ្នាក់ដល់ព្រហ្មទណ្ឌដែលត្រូវប្តឹងចំពោះរូបខ្ញុំ និងប្តីខ្ញុំអាចត្រូវបានរារាំងមួយរយៈ (ឬមួយជីវិត) ពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh។
  - ខ្ញុំយល់ថាលេខសន្តិសុខសង្គម ឬឋានៈអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ អាចនឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលតាមការតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។

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

**\*ប្រសិនបើលោកអ្នកមានតំណាងទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាត សូមបំពេញសំណួរទី 2 នៅលើទំព័របន្ទាប់។**

**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/ជាតិពន្ធុ**

ព័ត៌មានអំពីសញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធុគឺជាជម្រើស។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានស្នើសុំដើម្បីធានាដល់ការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាក់ទងនឹងសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ឬជាតិកំណើត។ ចម្លើយរបស់លោកអ្នកមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិ ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ ចូរពិនិត្យគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះលោកអ្នក។ ច្បាប់ចែងថា County ត្រូវតែកត់ត្រាក្រុមជាតិពន្ធុ និងសញ្ជាតិរបស់លោកអ្នក។  ចូរពិនិត្យប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ County អំពីសញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធុរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ផ្តល់នោះ County នឹងបញ្ចូលព័ត៌មាននេះសម្រាប់ស្ថិតិសិទ្ធិពលរដ្ឋប៉ុណ្ណោះ។

<b>ជាតិពន្ធុ</b>	តើលោកអ្នកជាជនជាតិអស្សាញ ឬឡាទីន? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើលោកអ្នកមានដើមកំណើតអស្សាញ ឬឡាទីន តើលោកអ្នកចាត់ទុកខ្លួនឯងជា៖
		<input type="checkbox"/> ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> គុយបា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____

**សញ្ជាតិកំណើត/ជាតិពន្ធុ**

- 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
- Guamanian ឬ Chamorro  Samoan

**4. ចំណូលចិត្តកិច្ចសម្ភាសន៍**

លោកអ្នកនឹងត្រូវធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក និងដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។ កិច្ចសម្ភាសន៍សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ជាធម្មតាធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទ រៀងរាល់តែលោកអ្នកអាចត្រូវបានធ្វើសម្ភាសន៍នៅពេលណាពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកដាក់ទៅ 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**

តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈ៖ ទេ (ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រខ្វះ, Medicaid, កម្មវិធីជំនួយអាហារបុគ្គលិកបន្ថែម [ប័ណ្ណសម្រាប់ជនក្រខ្វះស្បៀងអាហារ] [CalFresh] ជំនួយទូទៅ(GA)/ជំនួយសង្គ្រោះទូទៅ(GR) ។ ល។ )?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ <b>បាទ/ចាស</b> តើនរណា?	កន្លែងណា(ខោនធី/រដ្ឋ)?
ប្រសិនបើឆ្លើយ <b>បាទ/ចាស</b> 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)	តើអ្នកនោះ ត្រូវជាអ្វីនឹង លោកអ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំ កំណើត	ភេទ (ប្រុស ឬ ស្រី)	ជនជាតិ ឬ ពលរដ្ឋសហ រដ្ឋអាមេរិក (✓ គូសធ្វើក បាទ/ ចាស់ ឬ ទេ) បើសិនឆ្លើយទេ ចូរបំពេញសំណួរ 6b ខាងក្រោម	លេខសន្តិសុខសង្គម
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ		<b>ខ្លួនឯង</b>			<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:	កាលបរិច្ឆេទចូល សហរដ្ឋអាមេរិក (បើបានដឹង)	សូមផ្តល់លេខប្លង់កសិកម្មខាងក្រោម (បើបានដឹង)៖ លេខលិខិតឆ្លងដែន លេខចុះបញ្ជីជនបរទេស ។ល។	បានទទួលការធានា? (✓ សូមគូសចម្លើយ បាទ/ ចាស់ ឬ ទេ) បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរបំពេញ សំណួរ 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 10 ឆ្នាំ (40 ត្រីមាស) ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស់  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើនរណា? \_\_\_\_\_

តើអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងលើមាន ឬត្រូវបានដាក់ពាក្យសុំ ឬត្រូវបានផ្តល់ការដាក់ពាក្យសុំទិដ្ឋាការ T-Visa ឬទិដ្ឋាការ U-Visa សំណើ VAWA 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)?

ថ្លៃល្អប្រសើរ  សម្លៀកបំពាក់  ចំណីអាហារ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកធានា	តើអ្នកណាត្រូវបានធានា?	លេខទូរស័ព្ទអ្នកធានា
ឈ្មោះអ្នកធានា	តើអ្នកណាត្រូវបានធានា?	លេខទូរស័ព្ទអ្នកធានា

**6d. សិស្ស**

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

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<br>(ប្រាក់ជំនួយសាលា/ប្រាក់កម្ចី/អាហារូបករណ៍)      | <input type="checkbox"/> ការជួយបង់ប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ/ចំណីអាហារ/<br>សម្លៀកបំពាក់ |
| <input type="checkbox"/> Cash Aid (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់)                               | <input type="checkbox"/> រង្វាន់ជាល្មម  | <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រង ឬដំណោះស្រាយស្របច្បាប់                |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAP  | <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងគ្មានការងារធ្វើ/<br>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<br>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**

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយ មានប្រាក់ចំណូលពីការងារ (ប្រាក់ចំណូលដែលបានរក) ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

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

**កំណត់សម្គាល់:** បើធ្វើការដោយឯករាជ្យ ចូរបំពេញសំណួរ 8a ខាងក្រោម។

ចូររាយឈ្មោះប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ មុនគាត់ពន្ធបូកការកាត់ផ្សេងទៀត (ប្រាក់ចំណូលដុល)។

ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលបានរកគឺ (ឧទាហរណ៍ទាំងនេះអាចជាការងារពេញម៉ោង ការងារតាមរដូវកាល បណ្តោះអាសន្ន

ឬការបណ្តុះបណ្តាលនិងអាចមានប្រាក់ចំណូលដែលមិនបានរកផ្សេងទៀតមិនបានរាយនៅទីនេះ)៖

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

អ្នកដែលកំពុងធ្វើការ	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក	អត្រាគិតជាម៉ោង	ចំនួនម៉ោងគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍	បានប្រាក់ចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ម្តង ប្រចាំសប្តាហ៍ ប្រចាំខែ ផ្សេងទៀត)	ប្រាក់ចំណូលកបានដុលដែលបានទទួលខែនេះ?	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 ថ្ងៃកន្លងទៅដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

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

ហេតុអ្វី?

តើមានអ្នកណាធ្វើកូដកម្មដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើឆ្លើយ <b>បាទ/ចាស</b> តើនរណា?	កាលបរិច្ឆេទបានធ្វើកូដកម្ម	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ចុងក្រោយ
--------------------------------	---------------------------	------------------------------

ហេតុអ្វី?

**8a. ការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង**

សមាជិកគ្រួសារដែលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង អាចកាត់ចំណាយជាក់ស្តែងលើការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង ឬធ្វើការកាត់តាមកម្រិតស្តង់ដារ 40% នៃចំណូលពីការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង។

បើលោកអ្នកជ្រើសរើសយកចំណាយជាក់ស្តែងលោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឲ្យ County នូវកត្តាទាំងអំពីចំណាយទាំងនោះ។

បុគ្គលដែលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមអាជីវកម្ម	ប្រភេទអាជីវកម្ម និងឈ្មោះ	ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែ	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 មានភាពព្រួយបារម្ភចំពោះការថែទាំកូន 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	វិធានប្រកួតប្រជែងបានចេញញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (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 <b>បាទ/ចាស</b> សូមបំពេញ។		<b>អ្នកណាជួយបង់ចំណាយ?</b>	<b>ប៉ុន្មាន?</b> \$	<b>បានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?</b>

តើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបាន ឬពឹងផ្អែកទទួលបាន 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៖** ចូរកុំរាយក្នុងបញ្ជីនូវប្រពន្ធ ឬកូនដែលទទួលបានការបង់ចំណាយឲ្យ SSI ឬពិការភាព និងអ្នកពិការភ្នែក។

រាយឈ្មោះមុខចំណាយដែលលោកអ្នករំពឹងថានឹងមាននៅក្នុងអនាគត។

ការចំណាយលើសុខភាពដែលអាចអនុញ្ញាតឲ្យគឺ៖

- ការថែទាំសុខភាព ឬការថែទាំធូញ
- ការសម្រាកពេទ្យ/អ្នកទទួលបានការព្យាបាលសម្រាកនៅផ្ទះ/ការថែទាំអ្នកជំងឺ
- ការប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា
- សុខភាពនិងប្រាក់ចំណាយលើគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រងក្នុងការសម្រាកពេទ្យ
- ប្រាក់ចំណាយលើ Medicare (ការរំលែកការចំណាយលើ Medi-Cal ។ល។)
- ធូញសិប្បនិម្មិត, ជំនួយការស្តាប់ និងផ្នែកសិប្បនិម្មិតនៃរាងកាយ
- រក្សាទុកអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺម្នាក់ដែលចាំបាច់ដោយសារវ័យ, ជំងឺ ឬភាពខ្រុះខ្រោមរាងកាយ
- ចំនួននិងចំណាយលើអាហារដែលផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ
- ឱសថអាចទិញដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា
- ចំណាយលើការដឹកជញ្ជូន (ម៉ែយឬថ្លៃឈ្នួល) និងការស្តាប់នៅដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ពាក់វ៉ែនតានិងពាក់កែវដាក់ក្នុងភ្នែក (contact lense) ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា
- បរិក្ខារនិងការផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រតាមវេជ្ជបញ្ជា
- ចំណាយលើសេវាសត្វពាហនៈ (រឺក្លយបត្រចំណីអាហារ, ពេទ្យសត្វ ។ល។)

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

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

បើឆ្លើយ <b>បាទ/ចាស</b> តើនរណា?	នៅឯណា?
បើឆ្លើយ <b>បាទ/ចាស</b> តើនរណា?	នៅឯណា?

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

- ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង
- ទីជម្រកសម្រាប់ស្ត្រីចាស់ជរា
- ទីកន្លែងប្រុងសម្រាប់អ្នកស្រុកដើមកំណើតអាមេរិកាំង
- 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?	តើធនធាននេះមានកម្លាំងប៉ុន្មាន?	តើធនធាននេះនៅកន្លែងណា? (រួមមានឈ្មោះធនាគារ ឬក្រុមហ៊ុនដែលរក្សាទុកប្រាក់)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកបានលក់ធ្វើជំនួញផ្តល់ឲ្យទេ ឬធ្វើធនធានមួយនៅក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**17. អត្ថប្រយោជន៍ដោយការលូចចម្លង**

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានដាក់ទោសក្នុងការទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP

(ឈ្មោះសហព័ន្ធសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយម្ហូបអាហារ ដែលគេស្គាល់ថា CalFresh ក្នុងរដ្ឋ California)

ដែលបានចម្លងក្នុងក្រោយនៅក្នុងរដ្ឋណាមួយក្រោយថ្ងៃទី22 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**

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកកំពុងលាក់ខ្លួនឬគេចពីច្បាប់ដើម្បីគេចវេសការកាត់ទោសស្ថិតក្នុងការឃុំឃាំងឬបង្ខំជាប់ពន្ធ

នានាសម្រាប់ការប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋឬបទឧក្រិដ្ឋដោយការប៉ុនប៉ងដែរឬទេ?

បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?

**22. ការរំលោភបំពានលើការព្យួរទោសមានលក្ខណៈសាធារណៈ/ការដោះលែងជាបណ្តោះអាសន្ន**

តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានលក់ឬបញ្ជូនទៅកាន់ពន្ធនាគារលើការព្យួរទោសមានលក្ខណៈសាធារណៈ/ការដោះ

លែងជាបណ្តោះអាសន្នដែរឬទេ?

បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនរណា?



---

---

**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