

ការជូនដំណឹងនៃកម្មវិធី CALFRESH (កាលពីមុនហៅថា ខានធីននៃ បណ្ណជំនួយមូលហោរ) អំពីការផ្សព្វផ្សាយពេលបញ្ជាក់អត្តប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រួសារ ដែលជា មនុស្សចាស់ ឬអ្នកពិការ

កាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹង៖ _____
 ឈ្មោះកាលៈ៖ _____
 លេខកាលៈ៖ _____
 ឈ្មោះបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច៖ _____
 លេខរៀងរបស់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច៖ _____
 លេខទូរស័ព្ទ៖ _____
 អាសយដ្ឋាន៖ _____

(ADDRESSEE)

សំណួរ? សួរបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចលោកអ្នក។

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ បើសិនលោកអ្នកគិតថា សកម្មភាពនេះ ជាសកម្មភាព ខុសឆ្គង លោកអ្នកអាចស្នើសុំធ្វើសវនាការបាន។ នៅខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ ប្រាប់លោកអ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំសវនាការ។ អត្ថប្រយោជន៍លោកអ្នកមិន អាចត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទេ បើសិនលោកអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនាការមុនពេល សកម្មភាពនេះកើតឡើង។

- រយៈពេលបញ្ជាក់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់នៅ _____ ។
- ការសម្ភាសន៍មិនត្រូវបានតម្រូវ។ លោកអ្នកអាចសុំធ្វើសម្ភាសន៍បាន បើសិនលោកអ្នកត្រូវការ។ សូមទាក់ទងខោនធីតាម បើសិនលោកអ្នក ត្រូវការសម្ភាសន៍។ ការសម្ភាសន៍ទាំងឡាយជាធម្មតាធ្វើឡើងតាមរយៈ ទូរស័ព្ទ រៀងរាល់តែលោកអ្នកចង់ធ្វើសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ បើសិន លោកអ្នកត្រូវការរបៀបរៀបចំផ្សេងទៀត ដោយសារពិការភាព សូម ហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ខោនធីតាម។
- សូមបំពេញពាក្យស្នើឲ្យបានពេញពេញ ហើយប្រគល់ជូនខោនធី នៅថ្ងៃទីមួយនៃខែចុងក្រោយនៃរយៈពេលបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍៖ _____
- បើសិនលោកអ្នករាយការណ៍អំពីផ្លាស់ប្តូរ **សូមបញ្ចូលភស្តុតាង** ជា មួយពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ ភស្តុតាងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ត្រូវ ប្រគល់មិនឲ្យហួសរយៈពេលចប់នៃការបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ទេ។
- ផ្អែកលើព័ត៌មាន ដែលលោកអ្នកបញ្ជូន ខោនធីនៅតែអាចត្រូវការ លោកអ្នកដើម្បីធ្វើសម្ភាសន៍។
- បើសិនលោកអ្នកស្នើសុំការសម្ភាសន៍ ឬបើសិនការសម្ភាសន៍នៃតែ តម្រូវឲ្យមាន លោកអ្នកនឹងទទួលបានលិខិតណាត់ជួបមួយ។
- បើសិនលោកអ្នកចង់រក្សាការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍លោកអ្នក ដោយគ្មានការសម្រាក លោកអ្នកត្រូវដាក់ពាក្យសុំមិនឲ្យហួសថ្ងៃទី 15 នៃខែចប់រយៈពេលបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍លោកអ្នកទេ។ បើសិនលោក អ្នកត្រូវការសម្ភាសន៍ ឬគេស្នើសុំធ្វើសម្ភាសន៍ ការសម្ភាសន៍ត្រូវបំពេញឲ្យបានសព្វគ្រប់ ហើយភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូល ការចំណាយ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀត ត្រូវប្រគល់មិនឲ្យហួសរយៈពេលចប់នៃ ការ បញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។

វិធានសំខាន់ៗ

- បើសិនលោកអ្នកទទួលបានកម្មវិធី CalWORKs (កម្មវិធីឱកាសការងារនិង ទំនួលខុសត្រូវចំពោះកុមារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) ហើយលោកអ្នកខកខាន មិនបានបំពេញតាមការកំណត់លក្ខខណ្ឌ សម្បត្តិឡើងវិញនៃកម្មវិធី CalWORKs លោកអ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្ម វិធី CalFresh ជាបណ្តោះអាសន្ន។
- បើសិនមានបញ្ហាអ្វីមួយដូចខាងក្រោមកើតឡើង លោកអ្នកអាចត្រូវ រង់ចាំរហូតដល់រយៈពេល30ថ្ងៃ មុនពេលចាត់វិធានការចុងក្រោយលើ ពាក្យសុំបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ឡើងវិញរបស់លោកអ្នក។ លើសពីនេះ លោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មួយផ្នែកប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ខែ ទីមួយនៃរយៈពេលបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ថ្មីរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នក មានសិទ្ធិស្នើសុំកិច្ចដំណើរការរយៈពេលបីថ្ងៃ (សេវាឆាប់រហ័ស) បើសិន មានការឈប់សម្រាក ដើម្បីជាជំនួយ៖
 - លោកអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំនៅថ្ងៃទី15 ខែចប់រយៈពេលបញ្ជាក់អត្ថ ប្រយោជន៍លោកអ្នក។
 - លោកអ្នកមិនធ្វើសម្ភាសន៍ ដែលលោកអ្នកបានស្នើសុំ ឬខោនធីបាន ជម្រាបប្រាប់លោកអ្នកឲ្យធ្វើសម្ភាសន៍ ក្នុងរយៈពេល10ថ្ងៃ មុនរយៈពេលចប់រយៈពេលបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ ឬ
 - លោកអ្នកមិនប្រគល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ណាមួយ អំពីប្រាក់ចំណូល ការ ចំណាយ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀត ក្នុងរយៈពេល10ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទ សម្ភាសន៍។
 - លោកអ្នកមិនប្រគល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ដែលបានរាយ ការណ៍ចុងក្រោយ នៅលើពាក្យសុំបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ មុនពេលចប់ រយៈពេលបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍លោកអ្នក។
- លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលពាក្យសុំពីនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពខោនធី នៅពេលណាក៏បាន និងមានសិទ្ធិឲ្យខោនធីទទួលពាក្យសុំរបស់លោក អ្នក។ ពាក្យសុំត្រូវមានបុគ្គលេខា និងមានឈ្មោះ ដែលអាចអាន បាន អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខា ឬហត្ថលេខាសាក្សី។
- លោកអ្នក ឬគ្រួសារទទួលបានសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យសុំ CalFresh តាមរយៈការដាក់បែបបទទៅកាន់នាយកដ្ឋានសុខុមាល ភាពខោនធីដោយផ្ទាល់ ដោយសំបុត្រ ទូរសារ ឬមធ្យោបាយបញ្ជូនសារ ដទៃទៀត ដែលមាននៅក្នុងខោនធីរបស់លោកអ្នក (អ៊ីម៉ែល ឬពាក្យសុំ អេឡិចត្រូនិចអនុញ្ញាតមាននៅក្នុងគេហទំព័រ៖ <http://www.benefitscal.org>)។ រយៈពេលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍គិតតាម កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យសុំនៅនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពខោនធី។ ពាក្យ សុំចុះហត្ថលេខាតាមរយៈការប្រើបច្ចេកទេសហត្ថលេខាអេឡិចត្រូនិច ឬពាក្យសុំ ដែលមានហត្ថលេខាដៃ ហើយបន្ទាប់មកបញ្ជូនតាមរយៈ ទូរសារ ឬមធ្យោបាយបញ្ជូនសារផ្សេងទៀត ដែលអាចទទួលយកបាន។ លោកអ្នកមានរយៈពេល10ថ្ងៃក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន ដែលបានស្នើសុំ។ សូមជម្រាបព័ត៌មានដល់ខោនធី បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការ ទទួលព័ត៌មាននេះ។

វិធាននានា៖ វិធានទាំងនេះអនុវត្តចំពោះ៖ ផ្នែកទាំងឡាយនៃកម្មវិធី CalFresh MPP៖63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61 ។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យមើលផ្នែកទាំងនេះ ឡើងវិញនៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក។

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

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

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

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

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

បាទ/ចាស សូមបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់ : Cash Aid CalFresh ការថែទាំកូន

ក្នុងខណៈរង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការសំរាប់ :

រំលងហ្នែរ-ទៅ-ធ្វើការ :

អ្នកមិនបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានប្រាក់ថ្លៃថែទាំកូន សំរាប់ការធ្វើការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពដែលខោនធី បានយល់ព្រម នៅមុនពេលផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងនេះ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាប្រាក់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់ អ្នកនឹងមិន ទទួលបានប្រាក់ឡើយ សូម្បីតែបើអ្នកទៅធ្វើសកម្មភាពរបស់អ្នក ក៏ដោយ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ថ្លៃនោះនឹងបាន បង់តាមចំនួន និងក្នុងរបៀបដែលយើងបានប្រាប់អ្នក នៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

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

Cal-Learn:

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

ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត

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

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

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

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

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

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

- ឬ
- ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ : 1-800-952-5253 ឬ សំរាប់អ្នកក្រចៀកគ្រាន់ ឬអន់សំរី ដែលប្រើ TDD តាមលេខ 1-800-952-8349។

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

បើអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសវនាការតែម្នាក់ឯង អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិ ឬជនណាម្នាក់មកជាមួយអ្នកបាន។

សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់ធ្វើសវនាការ ដោយព្រោះការសម្រេចដោយក្រសួងរំលងហ្នែរនៃខោនធី អំពីជំនួយរបស់ខ្ញុំ នៅខាងក្រោម :

Cash Aid CalFresh Medi-Cal បញ្ជី (ផ្សេងទៀត) _____

នេះគឺជាមូលហេតុ : _____

- សូមគូសប្រអប់នេះ និងបន្ថែមទំព័រមួយទៀត បើអ្នកត្រូវការការនឹងសរសេរថែមទៀត។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកផ្តល់មកខ្ញុំ នូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្តល់ប្តី ឬ បានបញ្ឈប់

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ
------------------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
---------	------	---------

ហត្ថលេខា	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
----------	-------------

ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ	លេខទូរស័ព្ទ
-----------------------------------	-------------

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

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
-------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
---------	------	---------