ជំនួយនៃកម្មវិធីជួយឱ្យធ្វើការងារនិងទទួលខុសត្រូវចំពោះកូននៃរដ្ឋកាលីហ្វូរ៉ានីញ៉ា (California Work Opportunity and Responsibility to Kids ឬ CalWORKs) – ពាក្យដាក់សុំប្រាក់ជំនួយបន្ថែមដោយប្រាក់ចំណូលបានចុះថយ

លោកអ្នកអាចទទួលប្រាក់ជំនួយបន្ថែមទៀត បើសិនជាខណ្ឌបានយកប្រាក់ចំណូលមកគិតរកប្រាក់ជំនួយរបស់លោកអ្នក ហើយដែលប្រាក់ចំណូលនោះបានចុះថយ ឬលែងមាន ។

- លោកអ្នកត្រូវតែប្រើសំណៅនេះ ដើម្បីស្នើសុំប្រាក់ជំនួយបន្ថែម ។
- លោកអ្នកអាចទទួលប្រាក់ជំនួយបន្ថែមតែបើសិនណាជាប្រាក់ចំណូលដទៃទៀតរបស់លោកអ្នកក្រៅពីប្រាក់ជំនួយបានបន្ថយ ឬលែងមាន ។ លោកអ្នកមិនអាចប្រើសំណៅនេះដើម្បីទទួលប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់មូលហេតុដទៃទៀតដូចជា កំណើតកូន សេចក្តីត្រូវការសំលៀកបំពាក់សម្រាប់កូនដែលចូលរៀនវិញ ឬដោយសារតែលោកអ្នកត្រូវការប្តូរទីលំនៅនោះឡើយ ។
- លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំ នៅក្នុងខែណាដែលលោកអ្នកត្រូវការប្រាក់ជំនួយបន្ថែម មិនមែននៅមុនឬក្រោយខែនោះឡើយ ។
- លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញ និងផ្តល់សំណៅដោយឡែកពីគ្នា សម្រាប់ខែនីមួយៗដែលខណ្ឌបានយកប្រាក់ចំណូលមកគិត ដែលប្រាក់ចំណូលនោះបានចុះថយ ឬលែងមាន ។

ខណ្ឌត្រូវតែសំរេចលើភាពអាចទទួលជំនួយរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ប្រាក់ជំនួយបន្ថែម នៅក្នុងកំឡុងពេល៣ថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទបានទទួលសំណៅដែលបានបំពេញរួចនោះ ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនត្រូវការសំណៅនៅក្នុងខែនេះទេ លោកអ្នកអាចក្សាទុកសំរាប់ប្រើការនៅពេលក្រោយ ។

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ។

ឈ្មោះអ្នកកាន់សំណុំរឿង : ទូរសព្ទ៍ : ( )

1. សូមបំពេញដូចតទៅនេះ :

ឈ្មោះសំណុំរឿង	លេខសន្ទិច្ចយ័សង្គ្រោះ (SSN) របស់លោកអ្នក

2. សូមពន្យល់អំពីប្រាក់ចំណូលដែលបានបន្ថយឬក៏លែងមាន ។ សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ប្រាក់ចំណូលអ្វីដែលផ្លាស់ប្តូរ?	ពីពេលណា?	ហេតុអ្វីបានជាមានការផ្លាស់ប្តូរនេះ?

3. ភ្ជាប់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលដែលផ្លាស់ប្តូរ (លិខិត្របញ្ឈប់ការងារ លិខិត្រពីក្រសួងសន្ទិច្ចយ័សង្គ្រោះ (Social Security Notice) លិខិត្រនៃការធានារ៉ាប់រងសំរាប់អ្នកពិការ ឬការធានារ៉ាប់រងសំរាប់អ្នកឥតការងារធ្វើ សេចក្តីថ្លែងការណ៍នានា។ល។) ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនមានភស្តុតាងទេ សូមចុះឈ្មោះម្ចាស់ការងារឬភ្នាក់ងារណាដែលយើងអាចជួបទាក់ទងបាន :

ម្ចាស់ការងារ/ភ្នាក់ងារ	ទូរសព្ទ៍
	( )
អាសយដ្ឋាន	

4. សូមចុះប្រាក់ដែលលោកអ្នកសង្ឃឹមថានឹងទទួលនៅក្នុងខែ _____ (ខែបច្ចុប្បន្ន) នេះ ។
(សូមកត់ចុះចំនួនប្រាក់ជំនួយរបស់លោកអ្នក ។)

ប្រាក់ចំណូល	ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល
ប្រាក់រកបានមុនពេលកាត់កង $	
ប្រាក់ចំណូលដទៃទៀត $	

សេចក្តីថ្លែងការបញ្ជាក់ដោយមិនមានការ

- ខ្ញុំយល់ថាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យនៅលើសំណៅនេះ នឹងត្រូវបានធ្វើការស៊ើបអង្កេតហើយនិងបញ្ជាក់ ដោយគិតបញ្ចូលទាំងការជួបទាក់ទងជាមួយមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើ ម្ចាស់ការងារ "ឬភ្នាក់ងារ" ។
- ខ្ញុំសូមធ្វើការបញ្ជាក់បន្ថែម នៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃច្បាប់ភ្ជាតកុហករបស់សហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋកាលីហ្វូរ៉ានីញ៉ាថា សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យនៅលើសំណៅនេះ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវយោងទៅតាមការចេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យខណ្ឌទទួលនូវសេចក្តីបញ្ជាក់នានាចំពោះប្រាក់ចំណូល និងកាលៈទេសៈណាដែលចាំបាច់ដើម្បីធ្វើការសំរេចលើពាក្យដាក់សុំនេះ ។ សេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ គឺអាចប្រើបាននៅក្នុងពេល៣០ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខានេះទៅ ។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខាប្តីប្រពន្ធ ឬមនុស្សទទួលជំនួយពេញវ័យដទៃទៀត	កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា
ទូរសព្ទ៍ ( )	លេខទូរសព្ទ៍ផ្តាំផ្ញើ ( )

នៅលើសំណៅនេះ ការផ្តល់ឱ្យនូវលេខសន្ទិច្ចយ័សង្គ្រោះ (Social Security Number ឬ SSN) គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ។ លេខសន្ទិច្ចយ័សង្គ្រោះនេះនឹងបានយកមកប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ណាណ និងកំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជាយើងមិនអាចធ្វើការកំណត់ថា លោកអ្នកជាអ្នកណាទេនោះ លោកអ្នកប្រហែលជាមិនអាចទទួលប្រាក់ជំនួយបន្ថែមទេ ។

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

DATE POSTMARKED	SUPPLEMENTAL MONTH
CASE NUMBER	WORKER NAME/NUMBER

A. ACTUAL GRANT AMOUNT (RISP Month) $

B. RISP MONTH ESTIMATED NET INCOME

1. Total Disability-Based Unearned Income (Income of AU and Non-AU Members) $ _____
2. $225 Disregard - _____
3. Subtotal Nonexempt Disability Based Income (B1 minus B2) (Enter positive amounts in B9) (Enter negative amounts in B5) = _____
4. Gross Earned Income (AU and Non-AU) $ _____
5. Remainder of $225 Income Disregard (Enter amount from line B3 if negative) - _____
6. Subtotal Earned Income (B4 minus B5) = _____
7. 50% Earned Income Disregard (B6 divided by 2) - _____
8. Subtotal (B6 minus B7) (Net Nonexempt Earned Income) = _____
9. Nonexempt Unearned Disability Based Income (Enter amount from line B3 if positive) + _____
10. Other Countable Income of Family
    _____ + _____
    _____ + _____
11. Net Nonexempt Income of Family (Sum total of B8, B9 and B10) $ _____

C. RISP MONTH AVAILABLE INCOME

1. Actual Grant Amount (Enter from A) $ _____
2. O/P adjustment (if used in actual grant computation) + _____
3. Special Need (if used in actual grant computation) - _____
4. Child/Spousal Support Disregard + _____
5. Net Nonexempt Income (Enter from B11) + _____
6. Penalties (Such as 25% Non-Co-op, school attendance, and immunization)
   _____ + _____
   _____ + _____
7. Total Available Income $ _____

D. RISP PAYMENT

1. 80% of AU MAP $ _____
2. Total Available Income (Enter from C7) - _____
3. RISP Payment $ _____

☐ APPROVED ☐ DENIED

WORKER SIGNATURE DATE