

ពាក្យដាក់សុំជំនួយ CALFRESH
ដោយសារមហន្តរាយ

ជំនួយដោយសារមហន្តរាយសំរាប់កំឡុងពេល: _____ ទៅ _____

សំរាប់ទទួលបំពេញ
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

ព័ត៌មានសំខាន់ – សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងឋានៈជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលជំនួយ :

- ត្រូវបានធ្វើការបំរើដោយមិនប្រកាន់ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត សាសនា អង្គការនយោបាយ ភេទ ពិការភាព ឬអាយុ ហើយលោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យតវ៉ាបើសិនជាលោកអ្នកមានការមូលដ្ឋានលោកអ្នកត្រូវបានគេប្រកែកប្រកាន់ចំពោះ ។
- ដើម្បីទទួលជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយនៅក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃទៅបីថ្ងៃនៃប្រតិភូនៃនៃការបានដាក់ពាក្យសុំ បើសិនជាលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ។
- ពាក្យារលើសកម្មភាពទាំងឡាយណាដែលបានធ្វើលើសពីការរៀបចំរបស់លោកអ្នកជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលភាពពិការ និងស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺពីរដ្ឋនៅក្នុងរវាង៩០ថ្ងៃនៃការយល់ព្រមឬបដិសេធលើពាក្យដាក់សុំ ។
- សិទ្ធិមានការពិនិត្យសារឡើងវិញជាបន្តបន្ទាប់ដោយអ្នកមើលការខុសត្រូវ បើសិនជាពាក្យដាក់សុំរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបដិសេធ ។
- ដាក់ពាក្យតវ៉ា ឬស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺពីរដ្ឋជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាលភាពពិការរបស់លោកអ្នក ឬដោយការទូរស័ព្ទឥតបង់ប្រាក់ទៅ 1-800-952-5253 ។ លេខទូរស័ព្ទសំរាប់អ្នកចុង (TDD) គឺ 1-800-952-8349 ។
- ទៅជាតំណាងដោយខ្លួនឯងនៅពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺពីរដ្ឋ ឬត្រូវបានតំណាងដោយសមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសារ មិត្តភក្តិ មេធាវី ឬមនុស្សដទៃណាម្នាក់ ។
- ឱ្យសមាជិកដទៃណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ឬមនុស្សពេញវ័យដទៃទៀតដែលជាអ្នកស្គាល់លោកអ្នក បំពេញពាក្យដាក់សុំនេះ ។ បើសិនជាសំណើនេះបានបំពេញដោយមនុស្សពេញវ័យណាដែលមិនមែនជាសមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសារលោកអ្នក សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវសេចក្តីអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរចុះហត្ថលេខាដោយមេគ្រួសារ ឬសមាជិកពេញវ័យក្នុងគ្រួសារដទៃទៀត ។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នកក្នុងឋានៈជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលជំនួយម្នាក់ :

- ឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយដោយស្មោះត្រង់ និងពេញលេញ ដោយអស់ពីសមត្ថភាពរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកបដិសេធក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានណាដែលបានត្រូវការ លោកអ្នកនឹងមិនបានទទួលជំនួយ CalFresh សំរាប់មហន្តរាយឡើយ ។
- នៅពេលធ្វើសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់នូវព័ត៌មានសំរាប់មេគ្រួសារព័ត៌មាននៃមនុស្សបំពេញពាក្យដាក់សុំ និងបើសិនជាអាចធ្វើបាន ភស្តុតាងនៃទីលំនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ និង/ឬអសយដ្ឋានធ្វើការនៅពេលមានមហន្តរាយ ។
- លោកអ្នកត្រូវតែឆ្លើយតបការជាមួយអ្នកធ្វើការទទួល រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវបានគេជ្រើសរើសសំរាប់ការពិនិត្យសារឡើងវិញបន្ទាប់ពីពេលមានមហន្តរាយ ។

- លោកអ្នកអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកណាម្នាក់ឱ្យទទួល ឬប្រើជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកចង់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកណាម្នាក់ សូមបំពេញព័ត៌មាននៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកតំណាងបានទទួលការអនុញ្ញាត	លេខទូរស័ព្ទ
អសយដ្ឋានដោយគិតបញ្ចូលទាំងឈ្មោះក្រុង និងហ្វីបកូដ	
☐ ទៅទទួលយកប័ណ្ណ EBT តែប៉ុណ្ណោះ	☐ ទៅទទួលយកប័ណ្ណ EBT ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារសំរាប់ក្រុមគ្រួសារ

បំរាមអំពីទោសបញ្ញត្តិ!!

- បើសិនជាក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលជំនួយ CALFRESH ដោយសារមហន្តរាយ លោកអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមច្បាប់ដូចបានចុះនៅខាងក្រោម ។ ការមិនបានរាយការណ៍ព័ត៌មាន ឬការរើយការណ៍ព័ត៌មានមិនពិតជាលទ្ធផលនាំឱ្យមានការកាត់ទោសតាមច្បាប់ដោយមានទោសជាការពិន័យ ជាប់ពន្ធនាគារ ឬជាប់ទោសទាំងពីរមុខនេះ ។ ទោសបញ្ញត្តិអាចនាំឱ្យមានការបញ្ឈប់ជំនួយពីកម្មវិធី ពិន័យរហូតដល់ទៅ \$250,000 ឬជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ទៅ២០ឆ្នាំ ។ ការបញ្ឈប់សិទ្ធិទទួលជំនួយពីកម្មវិធីគឺមាន១២ខែសំរាប់ការបំពាននៅលើកទី១ ចំនួន២៤ខែសំរាប់ការបំពាននៅលើកទី២ និងការបញ្ឈប់ជំនួយជាស្ថាពរសំរាប់ការបំពាននៅលើកទី៣ ។
- សូមកុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់នូវព័ត៌មានដើម្បីទទួលជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយ ។
 - មិនត្រូវដោះដូរឬលក់ជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយរបស់លោកអ្នក ឬរបស់បរិវេណដែលបានចេញឱ្យដទៃទៀត ។
 - មិនត្រូវកែប្រែប័ណ្ណ EBT របស់លោកអ្នក ឬរបស់បរិវេណដែលបានចេញឱ្យដទៃទៀតដើម្បីទទួលជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយដែលលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួល ។
 - មិនត្រូវប្រើជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយដើម្បីទិញវត្ថុដែលមិនមានសិទ្ធិទិញ ដូចជាគ្រឿងស្នា និងថ្នាំជក់ ។
 - មិនត្រូវប្រើប័ណ្ណ EBT ឬ របស់បរិវេណដែលបានចេញឱ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកដទៃសំរាប់ក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ។

របៀបបំពេញ : សូមបំពេញសំណួរនៅលើសំណើនេះសំរាប់កាលៈទេសៈណាដែលលោកអ្នកសង្ឃឹមថាមាន នៅក្នុងកំឡុងពេលជំនួយសំរាប់មហន្តរាយដូចបានចុះបង្ហាញនៅខាងលើ ។

ឈ្មោះ (មេគ្រួសារ)

អសយដ្ឋានផ្ទះជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅពេលមានមហន្តរាយ	លេខទូរស័ព្ទ
អសយដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន	លេខទូរស័ព្ទ
អសយដ្ឋានធ្វើ	លេខទូរស័ព្ទ
អសយដ្ឋានកន្លែងធ្វើការនៅពេលមានមហន្តរាយ	លេខទូរស័ព្ទ

ផ្នែក A – ស្ថានភាពក្នុងគ្រួសារ ។ (លោកអ្នកត្រូវតែគូសឆ្លើយថា មែន ឬ ទេ សំរាប់សំណួរនីមួយៗ)

- តើមនុស្សនៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក កំពុងរស់នៅ ☐ កំពុងធ្វើការ ☐ ឬទាំងពីរមុខ ☐ (សូមគូសប្រអប់ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ) នៅក្នុងតំបន់មានមហន្តរាយនៅក្នុងពេលដែលមានមហន្តរាយឬ? ☐ មែន ☐ ទេ
- តើលោកអ្នកមិនអាចទៅយកប្រាក់ចំណូលសំរាប់ក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ឬធនធានជាប្រាក់ដទៃទៀតទេឬ? ☐ មែន ☐ ទេ
- តើប្រាក់ចំណូល ឬធនធានជាប្រាក់ដទៃទៀតរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបន្ថយ ពន្យារពេល ឬបញ្ឈប់ដោយសារតែមហន្តរាយនេះឬ? ☐ មែន ☐ ទេ
- តើលោកអ្នកនឹងទិញម្ហូបអាហារ និងដាំស្លរម្ហូបអាហារនៅក្នុងកំឡុងពេលជំនួយដោយសារមហន្តរាយនេះឬ? ☐ មែន ☐ ទេ

សំរាប់ទទួលបំពេញ

☐ Disaster Application

Can the identify of the authorized representative be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Is work address in the disaster area?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

Can the household's residence be verified?
☐ YES ☐ NO
Type of verification:

ផ្នែក B – សមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសារ

5. សូមចុះឈ្មោះមិនស្បៀងគ្រប់ប្រភេទដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយ ។ ដោយគិតបញ្ចូលទាំងអ្នកដែលបានរស់នៅជាមួយលោកអ្នកនៅក្នុងពេលដែលមានមហន្តរាយ ។ បើសិនជាលោកអ្នករស់នៅជាបណ្តោះអាសន្នជាមួយក្រុមគ្រួសារដទៃទៀតពីព្រោះតែមហន្តរាយ សូមកុំចុះឈ្មោះសមាជិកនៃក្រុមគ្រួសារនោះ ។ *ការប្រាប់លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN) គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ។ លេខនេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណសកលសន្តិសុខរបស់លោកអ្នក ។

ឈ្មោះ(មេគ្រួសារ) (HH)	លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN*)	កាលបរិច្ឆេទកើត
a.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ	លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN*)
b.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ	លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN*)
c.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ	លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN*)
d.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ	លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN*)
e.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ	លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN*)
f.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេគ្រួសារ	លេខសន្និធិសង្គ្រោះ (SSN*)
g.		

ផ្នែក C – ប្រាក់ចំណូល/ធនធាន/ការចំណាយ

6. a. តើចំនួនសរុបនៃប្រាក់ចំណូលដែលយកមកផ្ទះ ឬប្រាក់ចំណូលដទៃទៀតនៃមនុស្សទាំងអស់ដែលបានចុះនៅខាងលើដែលបានទទួល ឬនឹងទទួលនៅក្នុងកំឡុងពេលជំនួយរាយការណ៍មហន្តរាយមានប៉ុន្មាន? \$ _____

b. ចុះឈ្មោះប្រភពប្រាក់ចំណូលទាំងអស់របស់លោកអ្នក :

7. ចុះឈ្មោះប្រភពប្រាក់ចំណូលទាំងអស់នៃមនុស្សដែលបានចុះនៅខាងលើដែលនឹងអាចទទួលបាននៅក្នុងកំឡុងពេលជំនួយដោយសារមហន្តរាយ ។ សូមកុំចុះប្រាក់ណាដែលបានចុះរួចហើយនៅក្នុងលេខ 6 ។

ប្រាក់នៅក្នុងដៃ	គណនីសន្សំ	គណនីសរសេរសែក	ដទៃទៀត
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. សូមចុះចំនួននៃការចំណាយសំរាប់ការបាត់បង់ឬខូចខាតទាក់ទងនឹងមហន្តរាយដែលលោកអ្នកបានបង់ ឬសង្ឃឹមថានឹងបង់នៅក្នុងកំឡុងពេលមានមហន្តរាយ ។ សូមកុំចុះចំនួនដែលនឹងបានបង់ដោយសារអ្នកណាដែលមិនបានចុះនៅខាងលើ ឬដែលនឹងបានបង់សងនៅក្នុងកំឡុងពេលមានមហន្តរាយ ។ ការចំណាយដែលអាចគិតបានអាចមានបញ្ចូលទាំងរបស់ខ្លះដូចមាននៅខាងក្រោមនេះ :

a. ការចំណាយដើម្បីជួសជុលលើការខូចខាតក្នុងផ្ទះសម្បែង ឬទ្រព្យសម្បត្តិសំខាន់ៗដទៃទៀតសំរាប់ការងារប្រមូលរបស់ដែលរកដោយខ្លួនឯងនៃសមាជិកនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ ។ \$ _____

b. ការចំណាយសំរាប់ទិលនៅជាបណ្តោះអាសន្ន បើសិនជាផ្ទះមិនអាចរស់នៅបាន ឬផ្ទះសម្បែងមិនអាចទៅដល់បាន ។ \$ _____

c. ការចំណាយសំរាប់ការប្រើទឹកនៃឆ្នេរចេញពីតំបន់ដែលត្រូវបានជម្លៀសចេញដោយសារតែមហន្តរាយ ។ \$ _____

d. ការចំណាយទាក់ទងទៅនឹងការការពារផ្ទះសម្បែងឬកន្លែងមុខរបរពីការខូចខាតដោយសារមហន្តរាយ ។ \$ _____

e. ការចំណាយផ្នែកពេទ្យដោយសារការមានរបួសផ្ទាល់ខ្លួន ។ \$ _____

f. ការចំណាយទាក់ទងទៅនឹងបណ្តាញខ្មោច ។ \$ _____

g. ថ្លៃឈ្នួលសំរាប់កន្លែងទុកដាក់នៃសត្វចិញ្ចឹម ។ \$ _____

h. ការចំណាយទាក់ទងទៅនឹងការទិញផ្លាស់ប្តូររបស់ប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួនជាចាំបាច់ និងក្នុងផ្ទះសម្បែង ដូចជាសំលៀកបំពាក់ គ្រឿងប្រដាប់ក្នុងផ្ទះ(ទូទឹកកក,ចង្កាន់។ល។) ប្រដាប់ប្រដារផ្សេងៗ និងសំភារៈសក្យា ។ \$ _____

i. ប្រេងឥន្ធនៈសំរាប់ម៉ាស៊ីនក្តៅដាំចបង ។ \$ _____

j. ការចំណាយសំរាប់សំភារៈសំរាប់សំអាត ។ \$ _____

k. ការចំណាយសំរាប់ថយន្តដែលបានខូចខាតដោយសារមហន្តរាយ ។ \$ _____

l. ការចំណាយសំរាប់កន្លែងឆ្នើបសំរាប់ក្នុងផ្ទះសម្បែង ។ \$ _____

9. a. តើមានអ្នកណាដែលបានចុះនៅខាងលើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្នទទួលជំនួយ CalFresh ឬទេ? ☐ មែន ☐ ទេ

បើមែន ជាអ្នកណា? _____ ខណ្ឌ _____ រដ្ឋ _____ ចំនួនបង់ឱ្យប្រចាំខែ \$ _____

b. តើពួកគេបានស្នើសុំ ឬទទួលបានប្រាក់ជំនួយ CalFresh ជាបន្ទាន់បង្កើនសំរាប់ខែនេះឬទេ? ☐ មែន ☐ ទេ

បើមែន តើពួកគេបានទទួល ឬនឹងទទួលបានចំនួនប៉ុន្មាន? _____

សេចក្តីបញ្ជាក់របស់លោកអ្នក

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ស្នើសុំទាញយកនៅលើពាក្យដាក់សុំ និងដែលក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំត្រូវការជំនួយ CalFresh ដោយសារមហន្តរាយ ។ ខ្ញុំបានអានអំពីប័រមនៃទោសបញ្ញត្តិ(ឬបានគេអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់) ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានជាចាំបាច់ណាដែលត្រូវការសម្រាប់ការស៊ើបអង្កេតជំនួយត្រឹមត្រូវរបស់ខ្ញុំ ។ បើសិនជាគេជ្រើសរើសខ្ញុំ ខ្ញុំនឹងធ្វើសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិកខណ្ឌ រដ្ឋ និងសហព័ន្ធក្នុងការពិនិត្យសារឡើងវិញដែលបានធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីកំឡុងពេលជំនួយសំរាប់ការមានមហន្តរាយ ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានរឹបអូសសងជំនួយណាដែលបានផ្តល់ឱ្យលើសដោយសារតែខ្ញុំ សមាជិកពេញវ័យនៅក្នុងផ្ទះសម្បែងដទៃទៀត ឬអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតដែលរាយការណ៍ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ។

ខ្ញុំសូមថ្លែងនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការភូតភូកក្រោមច្បាប់សហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យនៅក្នុងពាក្យដាក់សុំរបស់ខ្ញុំគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ ។

ហត្ថលេខា(សមាជិកពេញវ័យនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ ឬអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត)

កាលបរិច្ឆេទ

សាក្សី បើសិនជាចុះហត្ថលេខាដោយគ្មាន "X"

កាលបរិច្ឆេទ

សំរាប់ខណ្ឌបំពេញ

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from 6) \$ _____

B. Accessible Cash Resources (from 7) + \$ _____

C. Total disaster period income = (A+B) \$ _____

D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) - \$ _____

E. Accessible disaster period income (C-D) = \$ _____

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: ☐ YES ☐ NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____

2. Regular Allotment Already Received - \$ _____

3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ _____

EBT Card Number issued

☐ YES ☐ NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE

DFA 385 (CB) (9/11) REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTES PERMITTED

PAGE 2