

កម្មវិធីជំនួយជាសាច់ប្រាក់

សម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ (CAPI)

(អាសយដ្ឋានអ្នកទទួល)

[]

កាលបរិច្ឆេទនៃ
សេចក្តីជូនដំណឹង : _____
លេខករណី : _____
លេខ : _____
ឈ្មោះបុគ្គលិកសេវាសង្គម : _____
លេខ : _____
ទូរស័ព្ទលេខ : _____
អាសយដ្ឋាន : _____

មានចម្ងល់ ? សួរបុគ្គលិកសេវាសង្គមរបស់អ្នក

សវនាការរដ្ឋ : ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវិធានការណ៍នេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការ ។ ផ្នែកខាងក្រោយទំព័រនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបសុំ ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក មិនអាចធ្វើការ ផ្លាស់ប្តូរឡើយ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលវិធានការណ៍នេះកើតឡើង ។

ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ :

មានសុពលភាពចាប់ពី _____ ការបង់ចំណាយ CAPI របស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

ពី \$ _____ ទៅ \$ _____ ដោយសារតែ :

- ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ឬប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកធានាបានផ្លាស់ប្តូរ ។ (MPP49-035)
- ស្ថានភាពរៀបការរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ។ (MPP 49-035, MPP 49-050)
- ការរៀបចំការរស់នៅរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ។ (MPP 49-050)
- អ្នកត្រូវបានបង់ចំណាយឱ្យលើស(សូមមើលការអធិប្បាយ) (20 CFR 416.537)
- ផ្សេងៗ _____

ការបញ្ឈប់ :

មានសុពលភាពចាប់ពី _____ ការបង់ចំណាយ CAPI របស់អ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

ដោយសារតែ :

- សញ្ជាតិ/ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក មិនបំពេញតាមតម្រូវការ CAPI ។ (MPP 49-020)
- ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកចំនួន \$ _____ ដែលអាចបញ្ចូលចំណូលពីអ្នកធានារបស់អ្នកលើសពី កម្រិតអនុញ្ញាតឱ្យ ។ (MPP 49-035)
- ធនធានរបស់អ្នក ដែលអាចបញ្ចូលធនធានពីអ្នកធានារបស់អ្នក លើសពីកម្រិតអនុញ្ញាតចំនួន \$2,000 សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ ឬ \$3,000 សម្រាប់ពីរនាក់ ។ (MPP 49-040)
- ការខកខានផ្តល់ភស្តុតាងដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SSI ឬបានចាត់វិធានការណ៍ចាំបាច់ ដើម្បី ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SSI ។ (MPP 49-030)
- អត្ថប្រយោជន៍ SSI របស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត អ្នកមិនអាចទទួលបានទាំងអត្ថប្រយោជន៍ SSI និងការបង់ចំណាយដែលស្ថិតក្រោម CAPI ។ (MPP 49-030)
- ការខកខានសហការជាមួយខោនធី(សូមមើលការអធិប្បាយ) ។ (MPP 49-060.1)
- អ្នកគឺជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរថែទាំសាធារណៈ ។ (MPP 49-010.21)
- អ្នកមិនមែនជាអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ។ (MPP 49-010.14)
- ខោនធីមានព័ត៌មានថា អ្នកទទួលសេវាស្តាប់នាពេលនេះ ។ (MPP 49-060.33)
- អ្នកលែងពីការភ្នែក ឬពីការទ្រុឌទ្រោម ។ (MPP 49-025)
- អ្នកបានស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបញ្ឈប់ការបង់ចំណាយ CAPI របស់អ្នក ។ (MPP 49-060.35)
- អ្នកនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋមួយខែពេញ ។ (MPP 49-010.24)
- ផ្សេងៗ _____

អធិប្បាយ :

ទំនួលខុសត្រូវរាយការណ៍

ទឹកប្រាក់នៃការបង់ចំណាយ CAPI របស់អ្នក ផ្អែកលើព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងទទួល ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់ខោនធីរាល់ពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរ រួមមានការផ្លាស់ប្តូរចំណូល ធនធាន ឬ ការរៀបចំការរស់នៅសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ឪពុកម្តាយ ឬកូនដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក និងប្តីប្រពន្ធរបស់ពួកគេដោយមិនគិតពីកន្លែងពួកគេរស់នៅ ។

អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ក្នុងកំឡុងពេល 10 ថ្ងៃ ពីការផ្លាស់ប្តូរ ។ ចូរ ចាំថា ការផ្លាស់ប្តូរអាចធ្វើឱ្យការបង់ចំណាយប្រចាំខែ CAPI របស់អ្នកច្រើនជាង ឬតិចជាង ។ អ្នកអាចត្រូវការការបង់សងវិញ នូវការបង់ចំណាយលើសដែលអ្នកទទួលបាន ។

វិធាន : វិធានទាំងនេះអនុវត្ត ។ អ្នកអាចពិនិត្យមើលពួកវានៅការិយាល័យសុខុមាល-ភាពរបស់អ្នក : MPP 49-001 រហូតដល់ 49-070

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់
លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ បើសិនជាលោកអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសកម្មភាពរបស់
ខណ្ឌទេនោះ ។ លោកអ្នកមានពេលវេលាថ្ងៃទី ១ ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។ ចំនួន១០ថ្ងៃបានចាប់
ផ្ដើមនៅថ្ងៃបញ្ចប់ពេលវេលាដែលបានប្រគល់ ឬធ្វើសេចក្តីប្រកាសនេះទៅជូនលោកអ្នក ។

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់នៅមុនពេលសកម្មភាពទៅលើប្រាក់ជំនួយ ជំនួយមេឌី-ខាល
បណ្តាំទិញម្ហូប ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងបានចាប់ផ្ដើមឡើង :

- ប្រាក់ជំនួយ និងជំនួយមេឌី-ខាលរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដែលនៅក្នុងពេលលោកអ្នក រង់ចាំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។
- កិច្ចថែរក្សាក្មេងរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដែល នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីបិទ បញ្ចប់ ។
- បណ្តាំទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដែល រហូតទាល់តែពេលធ្វើសេចក្តីបិទ បញ្ចប់ ឬរហូត ទាល់តែកំឡុងពេលបញ្ចប់នៃការទទួលជំនួយបណ្តាំទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នក រយៈពេលណាមួយដែល ឆាប់ជាង ។ ។

បើសិនជាសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកថ្ងៃថ្នាំ យើងត្រឹមត្រូវ លោកអ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវប្រាក់ជំនួយ
បណ្តាំទិញម្ហូប ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងណាដែលលោកអ្នកបានទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬបញ្ឈប់ជំនួយ
របស់លោកអ្នកនៅមុនពេលសេចក្តីបិទបញ្ចប់ សូមគុណប្រអប់នៅខាងក្រោម :

មែន បន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ ប្រាក់ជំនួយ បណ្តាំទិញម្ហូប កិច្ចថែរក្សាក្មេង

នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកសំរាប់ :

កម្មវិធីជួយឱ្យរេចពីជំនួយសុខុមាលភាពទៅធ្វើការ (Welfare to Work) :

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីនេះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្មេងសំរាប់ការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពណាដែលបាន ទទួលយល់ព្រមដោយខណ្ឌនៅមុនពេលសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា ប្រាក់បង់ឱ្យសំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀតនឹងបញ្ចប់ លោកអ្នក នឹងមិនត្រូវបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យជាបន្តទៅទៀតទេ ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោក អ្នកក៏ដោយ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀត កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ នោះនឹងបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យតាមចំនួននិងរបៀបដែលយើងបានជំរាបលោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្តីប្រកាស នេះ ។

- ដើម្បីទទួលបានកិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែអញ្ជើញទៅកាន់សកម្មភាពដែលខណ្ឌបាន ជំរាបលោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- បើសិនជាចំនួនប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលខណ្ឌបង់ឱ្យនៅក្នុងពេលដែលលោកអ្នករង់ចាំ សេចក្តីបិទបញ្ចប់គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកចូលរួម លោកអ្នកអាចយល់បំភ្លឺកាន់សកម្មភាព នោះ ។

កម្មវិធីសិក្សាអប់រំនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាយចំពោះឥតកម្មវិធីជាក្មេងជំនង់ដែលទទួលប្រាក់ជំនួយ
(Cal-Learn) :

- លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Cal-Learn បានទេបើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងមិនអាចធ្វើការជូនលោកអ្នកបានទេនោះ ។
- យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់នៃកម្មវិធី Cal-Learn សំរាប់តែសកម្មភាពដែលទទួល ការយល់ព្រមឱ្យតែប៉ុណ្ណោះ ។

ព័ត៌មានដទៃទៀត

សមាជិកនៃគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពនៃកម្មវិធីមេឌី-ខាល : សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីប្រកាស នេះអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកក្នុងការទទួលគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នក អាចទាក់ទងទៅកិច្ចជួយចំពោះសមាជិកនៃគ្រោងការសុខភាពរបស់លោកអ្នក បើសិនជាលោកអ្នកមាន សំណួរ ។

កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ចំពោះក្មេង និង/ឬផ្នែកពេទ្យ : ភ្នាក់ងារទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់នៅក្នុងតំបន់នឹងជួយ ទាមទារប្រាក់បង់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដោយមិនអស់ប្រាក់ ទោះបីជាលោកអ្នកមិនទទួលប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ ។ បើសិនជានៅក្នុងពេលឥឡូវនេះ ពួកគេទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់សំរាប់លោកអ្នក ពួកគេនឹងបន្តកិច្ចការ នេះ រហូតដល់លោកអ្នកសរសេរប្រាប់ពួកគេឱ្យឈប់ ។ ពួកគេនឹងធ្វើប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលពួកគេទាមទារ បានក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ប៉ុន្តែពួកគេនឹងទុកប្រាក់មិនបានបង់ពីមុនមកដែលបានប្រមូលដែលលោកអ្នកជំពាក់ ខណ្ឌពីមុនមក ។

គំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យក្រសួងសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក នឹងផ្តល់ព័ត៌មានជូននៅពេល ដែលលោកអ្នកសាកសួរ ។

សំណុំរឿងនៃសេចក្តីបិទបញ្ចប់ : បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ការិយាល័យទទួលសេចក្តីបិទបញ្ចប់ (State Hearing Office) នឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើល សំណុំរឿងនេះនៅមុនពេលសេចក្តីបិទបញ្ចប់របស់លោកអ្នក និងទទួលនូវសេចក្តីចម្លងអំពីឋានភាពរបស់ខណ្ឌជា លាយលក្ខណ៍អក្សរទៅលើករណីរបស់លោកអ្នក នៅក្នុងពេលយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុនពេលធ្វើសេចក្តី បិទបញ្ចប់ ។ រដ្ឋប្រហែលជាទំនងប្រគល់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកទៅឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាព (Welfare Department) ក្រសួងសុខភាពនិងមនុស្សភាពនៃស.រ.អា (U.S. Department of Health and Human Services) និងក្រសួងកសិកម្មនៃស.រ.អា (U.S. Department of Agriculture) ។ **(តាមច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ននានាផ្នែក 10850 និង 10950) ។**

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ :

- សូមបំពេញទំព័រនេះ ។
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខាងនៃទំព័រនេះសំរាប់ជាកំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជា លោកអ្នកស្នើសុំ ខណ្ឌនឹងផ្តល់សន្លឹកចម្លងនៃទំព័រនេះមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក ។
- សូមផ្ញើ ឬទាសន្តិកនេះទៅឱ្យ :

ឬ
 • **ទូរស័ព្ទទៅលេខតបង់ប្រាក់ 1-800-952-5253** ឬសំរាប់លោកអ្នកដែលអន់ត្រចៀក ឬមិន អាចនិយាយបានហើយប្រើគ្រឿងប្រដាប់ TDD សូមទូរស័ព្ទ **1-800-952-8349** ។

ដើម្បីទទួលជំនួយ : លោកអ្នកអាចសាកសួរអំពីសិទ្ធិទទួលសេចក្តីបិទបញ្ចប់របស់លោកអ្នក ឬជំនួយណែនាំ ផ្នែកច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទតតិកប្រាក់របស់រដ្ឋដូចបានចុះនៅខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយផ្នែក ច្បាប់ដោយមិនគិតប្រាក់នៅការិយាល័យជួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬក៏សមាគមគាំទ្រសិទ្ធិ អ្នកទទួលជំនួយសុខុមាលភាព ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់តែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬអ្នកណាម្នាក់មក
ជាមួយលោកអ្នក ។

ការស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់

ខ្ញុំចង់បានសេចក្តីបិទបញ្ចប់ដោយសារតែសកម្មភាពនៃក្រសួងសុខុមាលភាពខណ្ឌ _____ ទៅលើជំនួយរបស់ខ្ញុំ ដូចខាងក្រោមនេះ

- ប្រាក់ជំនួយ បណ្តាំទិញម្ហូប ជំនួយមេឌី-ខាល
- ដទៃទៀត (សូមចុះ) _____

នេះគឺជាហេតុ : _____

- បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការការកែសម្រួល សូមគុណទៅនេះ និងបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ។**
- ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ពីខ្ញុំ ។ (សំរាប់ប្រើប្រាស់មិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅពេលធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់បានឡើយ ។)

ភាសាប្រក្រាសភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះនៃអ្នកដែលជំនួយត្រូវបានគេបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់

កាលបរិច្ឆេទកំណត់	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សែបកូដ
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះមនុស្សបំពេញសំណើនេះ	លេខទូរស័ព្ទ

- ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមនេះទៅជាតំណាងរបស់ខ្ញុំនៅពេលធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។ ខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះពិនិត្យមើលកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ ឬទៅកាន់សេចក្តីបិទបញ្ចប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្ស នេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ប៉ុន្តែគេមិនអាចបកប្រែឱ្យលោកអ្នកឡើយ ។)**

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សែបកូដ