

**សេចក្តីសំរេចយល់ព្រម
កម្មវិធីប្រាក់ជំនួយ
សំរាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍**

នៃទណ្ឌ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

កាលបរិច្ឆេទសេចក្តីប្រកាស : _____
 សណ្តោះ : _____
 លេខ : _____
 អ្នកកាន់សណ្តោះ : _____
 លេខ : _____
 លេខ : _____
 ទូរស័ព្ទ : _____
 អាសយដ្ឋាន : _____

(ADDRESSEE)

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកកាន់សណ្តោះរបស់លោកអ្នក ។

សេចក្តីបញ្ជាក់ : បើលោកអ្នកគិតថាសេចក្តីសំរេចនេះខុស លោកអ្នកអាចស្នើសុំ
សេចក្តីបំភ្លឺមួយ ។ នៅខាងខ្នងនៃទំព័រនេះមានជំហរលោកអ្នកអំពីរបៀប ។
ជំនួយរបស់លោកអ្នកប្រហែលជាមិនបានផ្លាស់ប្តូរទេ បើសិនជាលោកអ្នកដាក់ពាក្យ
សុំសេចក្តីបំភ្លឺនៅមុនពេលសេចក្តីសំរេចនេះអនុវត្ត ។

ពាក្យដាក់សុំរបស់លោកអ្នកសំរាប់កម្មវិធីប្រាក់ជំនួយសំរាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ (Cash Assistance Program for Immigrants ឬ CAPI) ដែលចុះកាលបរិច្ឆេទនៅ

_____ ត្រូវបានយល់ព្រមផ្តល់ឱ្យ ។
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

ប្រាក់ជំនួយដែលផ្តល់ឱ្យសំរាប់ខែទទួលបានជំនួយដំបូងរបស់លោកអ្នកគឺ \$ _____ ។

ថ្ងៃដំបូងនៃប្រាក់ជំនួយរបស់លោកអ្នកគឺ _____ ។
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

ការពន្យល់ :

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការរាយការណ៍

ចំនួនប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធីប្រាក់ជំនួយសំរាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ (Cash Assistance Program for Immigrants ឬ CAPI) របស់លោកអ្នកគឺអាស្រ័យទៅលើព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងបានទទួល ។ លោកអ្នកត្រូវតែប្រាប់ព័ត៌មានដែលមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរដោយគិតបញ្ចូលទាំងការផ្លាស់ប្តូរទៅលើប្រាក់ចំណូល ធនធាន ឬការរៀបចំនៃការរស់នៅសំរាប់លោកអ្នក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក ឪពុកម្តាយ ឬកូនដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក ឬអ្នកធានារបស់លោកអ្នក ហើយនិងប្តីប្រពន្ធរបស់គាត់ ដោយមិនគិតថាពួកគេរស់នៅទីណានោះឡើយ ។

លោកអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងឡាយនៅក្នុងរវាង១០ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ ។ សូមចងចាំថា ការផ្លាស់ប្តូរអាចធ្វើឱ្យជំនួយ CAPI របស់លោកអ្នកមានចំនួនច្រើនជាង ឬតិចជាងមុន ។ លោកអ្នកត្រូវបង់សងនូវប្រាក់ផ្តល់ឱ្យលើសណាដែលលោកអ្នកទទួល ។

ច្បាប់: ច្បាប់ទាំងនេះបានអនុវត្ត ។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យច្បាប់ទាំងនេះសាឡើងវិញនៅការិយាល័យសុខុមាលភាព (Welfare Office) របស់លោកអ្នក : ច្បាប់ក្រសួងសុខុមាលភាព និងស្ថាប័ននានា ភាគ៩, ផ្នែក៦, វគ្គទី 10.3, ចំពូក 18937 រហូតដល់ 18944 ។