

សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព

ខោនធីនៃ

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

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖ _____
 ឈ្មោះ ៖ _____
 សំណុំរៀង ៖ _____
 លេខសំណុំរៀង ៖ _____
 ឈ្មោះ ៖ _____
 អ្នកធ្វើការ ៖ _____
 លេខអ្នកធ្វើការ ៖ _____
 ទូរស័ព្ទ ៖ _____
 អាសយដ្ឋាន ៖ _____

(ADDRESSEE)



_____, ចាប់ពី _____,
 យើងកំពុងបន្ថយប្រាក់ជំនួយ របស់គ្រួសារអ្នក ពីចំនួន \$ _____ មក
 ចំនួន \$ _____ ដូចមានបង្ហាញនៅក្នុងទំព័របន្ទាប់នេះ ។ ជំនួយប្រាក់នឹង
 បញ្ឈប់សំរាប់អ្នក ។

យើងបានបន្ថយជំនួយប្រាក់របស់គ្រួសារអ្នក ពីព្រោះ អ្នកមិនមានមូលហេតុណាមួយក្នុង
 ការធ្វើអ្វីដែលអ្នកបានយល់ព្រមធ្វើក្នុងការអនុវត្តន៍តាមផែនការដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខា ។
 អ្នកបានយល់ព្រមធ្វើ ៖ _____

យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសំរាប់ការដឹកនាំតាមយានជំនិះ ឬការចំណាយលើការហ្វឹកហ្វឺនទាក់ទង
 នឹងការងារ ខណៈពេលដែលអ្នកឈប់ទទួលបានជំនួយប្រាក់ ។ យើងប្រហែលជាអាចបង់ថ្លៃសំរាប់
 ការមើលថែទាំទារក បើសិនជាអ្នកធ្វើការ ឬចូលរៀន ។

តើត្រូវធ្វើយ៉ាងណាឲ្យអ្នកអាចទទួលបានជំនួយប្រាក់ឡើងវិញ

ជំនួយប្រាក់របស់គ្រួសារអ្នកកំពុងត្រូវបានបន្ថយពីព្រោះ អ្នកមិនធ្វើនូវអ្វីដែលយើងបានសុំ
 ឲ្យអ្នកធ្វើ ឥឡូវអ្នកត្រូវបានគេដកចេញពីក្រុមទទួលបានជំនួយ ។ បើសិនជាប្រាក់ជំនួយរបស់
 គ្រួសារអ្នកត្រូវបានបន្ថយ អ្នកអាចទទួលបានចំណែកនៃប្រាក់ជំនួយរបស់អ្នកមកវិញ បើសិនជា
 អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ជំនួយនោះដោយទាក់ទងទៅ ខោនធី ហើយប្រាប់គេថាអ្នក
 ចង់បានប្រាក់ជំនួយនោះវិញ ហើយធ្វើតាមអ្វីដែលគេប្រាប់ឲ្យធ្វើ ។

ដើម្បីទាក់ទងទៅខោនធីអំពីរបៀប ទទួលបានជំនួយប្រាក់ឡើងវិញ សូមទូរស័ព្ទ _____

គ្រួសាររបស់ឪពុក-ម្តាយ ផ្សេងទៀត _____, អាចទទួលបានជំនួយប្រាក់ម្តង
 ទៀតផងដែរ បើសិនជាគេមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ជំនួយនោះដោយទាក់ទងទៅខោនធី
 ហើយប្រាប់គេថាគាត់ចង់បានប្រាក់ជំនួយនោះវិញ ហើយធ្វើតាមអ្វីដែលគេប្រាប់ឲ្យធ្វើ ។

តើអ្នកត្រូវការជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតយកថ្លៃឈ្នួលឬទេ? អ្នកអាចទទួលបានជំនួយដោយ
 ឥតយកថ្លៃឈ្នួលអំពីបញ្ហានេះ ពី ៖

ការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់តាមមូលដ្ឋាន ៖ ()

អង្គការសិទ្ធិរ៉ាល់ហ្វែរដ្ឋ ៖ ()

កម្មវិធី CalFresh ៖ បើសិនជាខ្លួនមិនធ្វើតាមការតម្រូវ របស់កម្មវិធី Welfare-to-
 Work ក៏បណ្តាលឲ្យមានការដាក់ទណ្ឌកម្មពីកម្មវិធី CalFresh អ្នកប្រហែលមិនអាច
 ទទួលបានជំនួយ CalFresh ដែរ ។ បើសិនជាមានការដាក់ទណ្ឌកម្មពីកម្មវិធី CalFresh អ្នក
 នឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងមួយដោយ ឡែកប្រាប់អ្នកពីរយៈពេលដែលជំនួយពីកម្មវិធី
 CalFresh របស់អ្នកនឹងត្រូវឈប់ ។

កម្មវិធី Medi-Cal ៖ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ មិនមានផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ ជំនួយពីកម្មវិធី
 Medi-Cal របស់អ្នកទេ ។ **រក្សាការពារស្លឹក (ច្រើន) ជាអត្តសញ្ញាណសំគាល់ជំនួយរបស់អ្នក ។**

វិធាន ៖ វិធានទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវអនុវត្ត ៖ CalWORKs MPP § 42-712 (ការលើក
 លែង); 42-713 (មូលហេតុល្អ); 42-721 (ការមិនប្រតិបត្តិតាម និងមូលហេតុល្អ) ។ CalFresh
 MPP § 63-407.521 ។ អ្នកអាចពិនិត្យវិធានទាំងនោះតាមការិយាល័យរ៉ាល់ហ្វែររបស់អ្នក ។

សំនួរ? សួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

សវនាការរដ្ឋ ៖ បើសិនជាអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស
 អ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការមួយបាន ។ ជំនួយរបស់អ្នក
 ប្រហែលជាមិនមានប្រែប្រួលទេ បើសិនជាអ្នកសុំធ្វើ
 សវនាការ មុនពេលសកម្មភាពនេះកើតឡើង ។ បើសិន
 ជាអ្នក និងខោនធីមិនយល់ស្របគ្នា ឬបើសិនជាអ្នក មិន
 ព្រួយបារម្ភអ្វីពីអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក សូមកុំរង់ចាំក្នុងការស្នើ
 សុំធ្វើសវនាការ ។ អ្នកត្រូវតែសុំធ្វើសវនាការមុនចំនួន
 ថ្ងៃដែលបានកំណត់ ។ សូមអានព័ត៌មានខាងខ្នងនៃទំព័រ
 នេះ សំរាប់ព័ត៌មានច្រើនថែមទៀត និងដើម្បីស្វែងយល់
 ពីរបៀបសុំធ្វើសវនាការ ។

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឱ្យអ្នក ឬបានផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះទៅអ្នក។ បើអ្នកមាន បញ្ហាហេតុអ្វី ដែលអ្នកមិនអាចប្តឹងធ្វើសវនាការក្នុងពេល 90 ថ្ងៃបានទេ អ្នកនៅតែអាច ប្តឹងធ្វើសវនាការបាន។ បើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងនៃបញ្ហាហេតុអ្វី 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។

បើការសម្រេចនៃសវនាការថ្លែងថាបើអ្នក អ្នកនឹងដាក់យើងនូវ 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 សូមប្តឹងបើអ្នកទៅធ្វើសកម្មភាពរបស់អ្នក ក៏ដោយ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ថ្លៃនោះនឹងបាន បង់តាមចំនួន និងក្នុងរបៀបដែលយើងបានប្រាប់អ្នក នៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាការគាំទ្រទាំងនោះ អ្នកត្រូវតែទៅធ្វើសកម្មភាព 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 សូមប្តឹងបើអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ។ បើគ្រូប្រមូលប្រាក់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សំរាប់អ្នកនៅ ឥឡូវនេះ គេនឹងធ្វើជាបន្តទៀត លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណៈអក្សរ ឱ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឱ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលដាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណៈអក្សរ 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 បើអ្នកត្រូវការការបន្ថែមសរសេរថែមទៀត។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកផ្តល់មកខ្ញុំ នូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្លាស់ប្តូរ 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 |
|---------|------|---------|