

សេចក្តីជូនដំណឹងពីវិធានការណ៍ ការផ្លាស់ប្តូរថែទាំកុមារ

ខោនធី

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

ថ្ងៃជូនដំណឹង : _____
 ឈ្មោះបណ្តឹង : _____
 លេខ : _____
 ឈ្មោះបុគ្គលិក : _____
 លេខ : _____
 លេខទូរស័ព្ទ : _____
 អាសយដ្ឋាន : _____

(អាសយដ្ឋានអ្នកទទួល)

┌
└

មានចម្ងល់ ? សួរបុគ្គលិករបស់អ្នក

សវនាការរដ្ឋ : ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវិធានការណ៍នេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការ ។ ផ្នែកខាងក្រោយនៃទំព័រនេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំ ។

┌
└

- មកទល់ _____ រហូតដល់ _____ :
- ខោនធីបានប្តូរទឹកប្រាក់ចំណាយសម្រាប់ការថែទាំកុមារពី \$ _____ ក្នុងមួយ _____ ទៅជា \$ _____ ក្នុងមួយ _____ ។
 - ខោនធីបានប្តូរវិធីបង់ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំកុមារ
 - Cal-Learn CalWorks ពី _____ ទៅជា _____ ។
 - អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកូនរបស់អ្នកបានប្តូរ ។ ការថែទាំកុមារ Cal-Learn CalWorks របស់អ្នកនៅ _____ ត្រូវបានបង់តាមរយៈ _____ ។ ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ _____ ចាប់ផ្តើមបន្ទាប់ពីថ្ងៃនោះ ។

នេះគឺជាមូលហេតុ :

- អត្រាថែទាំកូនរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ។
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកូនរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ។
- អាយុកូនរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ។
- ម៉ោងថែទាំកូនរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ។
- រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាបានផ្លាស់ប្តូរកំណត់ចំណាយ ។
- អ្នកបានស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរនេះ ។
- ផ្សេងៗ :

កម្រិតចំណាយថែទាំកូនរបស់អ្នក ត្រូវបានកំណត់ជាតួលេខនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។

ខោនធី នឹងបង់ឱ្យការថែទាំកុមារតែលើម៉ោង និងថ្ងៃដែលអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងសកម្មភាព/កម្មវិធីដែលយល់ព្រមពីអ្នកប៉ុណ្ណោះ ។ ខោនធី នឹងបង់ឱ្យសេវាថែទាំកុមារដល់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចុះឈ្មោះក្នុង Trustline ឬត្រូវបានដកចេញពីការចុះឈ្មោះក្នុង Trustline តែប៉ុណ្ណោះ ។

បើអ្នកបានជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាដែលតម្រូវឱ្យចុះឈ្មោះក្នុង Trustline អ្នកផ្តល់សេវានេះ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានការបង់ចំណាយ រហូតដល់ពួកគេត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Trustline ។ មកទល់ថ្ងៃទី 1 ខែ កុម្ភៈ ឆ្នាំ 2008 អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមារ ដែលលើកលែងពីការទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ដែលត្រូវបានតម្រូវឱ្យចុះឈ្មោះក្នុង Trustline នឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការបង់ចំណាយវិញក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលសេវាថែទាំកុមារ ត្រូវបានស្នើសុំ និងផ្តល់ឱ្យ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាចុះឈ្មោះក្នុង Trustline នាពេលក្រោយមក ។

វិធាន : វិធានទាំងនេះមានសុពលភាព ។ អ្នកអាចពិនិត្យមើលវាតាមការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក : CalWORKs MPP សេកសិន 47-260, 47-430.2, 47-620.32 ក្រុមសុខុមាលភាព និង ស្ថាប័ន សេកសិនលេខ 11322.9, 11323.6, 11323.8 និង 11324 ក្រុមសិក្សាធិការ សេកសិនលេខ 8350-8353, 8357 ។

អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើង មុនពេលអ្នកប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមារ លើកលែងតែក្នុងករណីបន្ទាន់ បើពុំនោះទេយើងប្រហែលជាមិនអាចអនុម័ត និងបង់ចំណាយដល់អ្នកផ្តល់សេវាថ្មីនោះឡើយ ។

កូន : _____

\$ _____ អត្រា
 X _____ ម៉ោង ថ្ងៃ សប្តាហ៍ ខែ

= \$ _____ ក្នុងមួយ _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា : _____

កូន : _____

\$ _____ អត្រា
 X _____ ម៉ោង ថ្ងៃ សប្តាហ៍ ខែ

= \$ _____ ក្នុងមួយ _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា : _____

កូន : _____

\$ _____ អត្រា
 X _____ ម៉ោង ថ្ងៃ សប្តាហ៍ ខែ

= \$ _____ ក្នុងមួយ _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា : _____

ការថែទាំកុមារសម្រាប់កុមារដែលមានរាយនៅទីនេះ នៅតែដដែល ។
 អត្រានេះ គឺជាអ្វីដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកូនរបស់អ្នកចង់បាន ឬភាគច្រើនបំផុត ដែលយើងបង់ឱ្យផ្អែកតាមចំណាយថែទាំកូនតាមផ្នែករបស់អ្នក ដែលមួយណាតិចជាង ។

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់
លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ បើសិនជាលោកអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសកម្មភាពរបស់
ខណ្ឌទេនោះ ។ លោកអ្នកមានពេលវេលាដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។ ចំនួន១០ថ្ងៃជាប់
ផ្ដើមនៅថ្ងៃបញ្ចប់ពេលវេលាដែលខណ្ឌបានប្រគល់ ឬធ្វើសេចក្តីប្រកាសនេះទៅជូនលោកអ្នក ។

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់នៅមុនពេលសកម្មភាពទៅលើប្រាក់ជំនួយ ជំនួយមេឌី-ខាល
បណ្តុំទិញម្ហូប ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងបានចាប់ផ្ដើមឡើង :

- ប្រាក់ជំនួយ និងជំនួយមេឌី-ខាលរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដែលនៅក្នុងពេលលោកអ្នក
រង់ចាំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។
- កិច្ចថែរក្សាក្មេងរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដែល នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីបិទ
បញ្ចប់ ។
- បណ្តុំទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដែល រហូតទាល់តែពេលធ្វើសេចក្តីបិទ ឬរហូត
ទាល់តែកម្រិតពេលវេលានៃការទទួលជំនួយបណ្តុំទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នក រយៈពេលណាមួយដែល
ជាប់ជាង ។ ។

បើសិនជាសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកថ្ងៃថ្នាំ យើងត្រឹមត្រូវ លោកអ្នកនឹងជំរកប្រាក់ជំនួយ
បណ្តុំទិញម្ហូប ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងដែលលោកអ្នកបានទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬបញ្ឈប់ជំនួយ
របស់លោកអ្នកនៅមុនពេលសេចក្តីបិទ សូមគូសប្រអប់នៅខាងក្រោម :

មែន បន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ ប្រាក់ជំនួយ បណ្តុំទិញម្ហូប កិច្ចថែរក្សាក្មេង

នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកនឹងរង់ចាំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ :

កម្មវិធីជួយឱ្យធ្វើការជំនួយសុខុមាលភាពទៅធ្វើការ (Welfare to Work) :

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីនេះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលបានប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្មេងសំរាប់ការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពណាដែលបាន
ទទួលយល់ព្រមដោយខណ្ឌនៅមុនពេលសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

បើសិនជាយើងបានជំរកលោកអ្នកថា ប្រាក់បង់ឱ្យសំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀតនឹងបញ្ឈប់ លោកអ្នក
នឹងមិនត្រូវបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យជាបន្តទៅទៀតទេ ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោក
អ្នកក៏ដោយ ។

បើសិនជាយើងបានជំរកលោកអ្នកថា យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀត កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់
នោះនឹងបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យតាមចំនួននិងរបៀបដែលយើងបានជំរកលោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្តីប្រកាស
នេះ ។

- ដើម្បីទទួលបានកិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែអញ្ជើញទៅកាន់សកម្មភាពដែលខណ្ឌបាន
ជំរកលោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- បើសិនជាចំនួនប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលខណ្ឌបង់ឱ្យនៅក្នុងពេលដែលលោកអ្នករង់ចាំ
សេចក្តីបិទបញ្ចប់គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកចូលរួម លោកអ្នកអាចយល់បំពេញសកម្មភាព
នោះ ។

កម្មវិធីសិក្សាសំរាប់និយោជកវិធីសិក្សាសំរាប់និយោជក (Cal-Learn) :

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

ព័ត៌មានដទៃទៀត

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

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

គំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យក្រសួងសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក នឹងផ្តល់ព័ត៌មានជូននៅពេល
ដែលលោកអ្នកសាកសួរ ។

សំណុំរឿងនៃសេចក្តីបិទបញ្ចប់ : បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ការិយាល័យទទួលសេចក្តីបិទបញ្ចប់
(State Hearing Office) នឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើល
សំណុំរឿងនេះនៅមុនពេលសេចក្តីបិទបញ្ចប់របស់លោកអ្នក និងទទួលបានសេចក្តីចម្លងអំពីសារភាពរបស់ខណ្ឌជា
លាយលក្ខណៈអក្សរទៅលើករណីរបស់លោកអ្នក នៅក្នុងពេលយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលធ្វើសេចក្តី
បិទបញ្ចប់ ។ រដ្ឋប្រហែលជានឹងប្រគល់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកទៅឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាព (Welfare
Department) ក្រសួងសុខភាពនិងមនុស្សភាពនៃស.រ.អា (U.S. Department of Health and
Human Services) និងក្រសួងកសិកម្មនៃស.រ.អា (U.S. Department of Agriculture) ។
(តាមច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ននានាផ្នែក10850 និង 10950) ។

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ :

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

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

ដើម្បីទទួលជំនួយ : លោកអ្នកអាចសាកសួរអំពីសិទ្ធិទទួលបានសេចក្តីបិទបញ្ចប់របស់លោកអ្នក ឬជំនួយណែនាំ
ផ្នែកច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទតតិកប្រាក់របស់រដ្ឋដូចបានចុះនៅខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយផ្នែក
ច្បាប់ដោយមិនគិតប្រាក់នៅការិយាល័យជួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬក៏សមាគមគាំទ្រសិទ្ធិ
អ្នកទទួលជំនួយសុខុមាលភាព ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់តែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬអ្នកណាម្នាក់មក
ជាមួយលោកអ្នក ។

ការស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់

ខ្ញុំចង់បានសេចក្តីបិទបញ្ចប់ដោយសារតែសកម្មភាពនៃក្រសួងសុខុមាលភាពខណ្ឌ
_____ ទៅលើជំនួយរបស់ខ្ញុំ ដូចខាងក្រោមនេះ

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

នេះគឺជាហេតុ : _____

- បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការការកែសម្រួល សូមគូសទៅទំនេរ និងបន្ថែមសន្លឹកគ្រួសារបន្ថែម ។
- ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ពីខ្ញុំ ។
(សំរាប់គ្រួសារមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅពេលធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់បានឡើយ ។)

ភាសាប្រកាសភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះនៃអ្នកដែលជំនួយត្រូវបានគេបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់

កាលបរិច្ឆេទកំណត់	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សែប្រកូដ
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះមនុស្សបំពេញសំណើនេះ	លេខទូរស័ព្ទ

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

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
ក្រុង	រដ្ឋ លេខហ្សែប្រកូដ