សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ

ស្រុកនៃ

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

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង : ____________________

ឈ្មោះករណី : ____________________

លេខករណី : ____________________

ឈ្មោះបុគ្គលិក : ____________________

លេខបុគ្គលិក : ____________________

លេខទូរស័ព្ទ : ____________________

អាស័យដ្ឋាន : ____________________

____

មានសំនួររឺ? សូមសួរបុគ្គលិករបស់លោកអ្នក ។

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ : ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា ចំណាត់ការនេះមិនត្រឹមត្រូវ លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការ ។ ផ្នែកខាងក្រោយនៃទំព័រនេះ មានប្រាប់លោកអ្នកពីរបៀបស្នើសុំ ។ អត្ថប្រយោជន៏របស់លោកអ្នកអាចនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនចំណាត់ការនេះត្រូវបានធ្វើឡើង ។

ប្រអប់ដែលបានគូស រឺគ្រីសពីលើ គឺបានន័យថា អត្ថន័យដែលនៅក្នុងនោះ ត្រូវលើរូបអ្នក :

☐ ____________________

ជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នក នឹងមិនត្រូវ ថយចុះនៅថ្ងៃ ____________ ដូចដែលយើងខ្ញុំបាន ជមរាបលោកអ្នកថាវានឹងត្រូវថយនោះទេ ។ យើងខ្ញុំមិន បន្ថយជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកទេ ដោយសារ តែលោកអ្នកមានហេតុផលសមរម្យសំរាប់ការដែលមិន បានធ្វើកិច្ចការសំរាប់គំរោងសុខមាលភាពដើម្បីការងារ របស់លោកអ្នក ។

- វានឹងមិនត្រូវរាប់ថាជាការល្មើសមិនបានប្រព្រឹត្តតាម នោះទេ នៅក្នុងកំណត់ត្រាករណីរបស់លោកអ្នក ។
- លោកអ្នកនៅតែត្រូវចូលរួមក្នុងសកម្មភាពរបស់ គំរោង សុខមាលភាពដើម្បីការងារ រហូតទាល់តែយើងខ្ញុំប្រាប់ ថាលោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមទេ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំនួរ សូមទូរស័ព្ទទៅបុគ្គលិក គំរោងសុខមាលភាពដើម្បីការងារ តាមរយះលេខ :

(   ) _______ - __________ ភ្លាម ។

☐ ____________________

ជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នក នឹងមិនត្រូវ ថយចុះនៅថ្ងៃ ____________ ដូចដែលយើងខ្ញុំបាន ជំរាបលោកអ្នកថាវានឹងត្រូវថយនោះទេ ។ លោកអ្នកមិន មានហេតុផលសមរម្យសំរាប់ការដែលមិនបានធ្វើកិច្ចការសំរាប់ គំរោងសុខមាលភាពដើម្បីការងារទេ ប៉ុន្តែលោកអ្នកបាន យល់ព្រមចុះហត្ថលេខាលើផែនការយល់ព្រមប្រព្រឹត្តតាម ។ ប្រសិនបើលោកអ្នក បំពេញបានតាមផែនការយល់ព្រមប្រព្រឹត្ត តាមនេះ វានឹងមិនត្រូវរាប់ថា ជាការល្មើសមិនបានប្រព្រឹត្តតាម នោះទេ នៅក្នុងកំណត់ត្រាករណីរបស់លោកអ្នក ។

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសុំអោយមានសវនាការរដ្ឋ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការរកឃើញរបស់ យើងខ្ញុំ ដែលថាលោកអ្នកមិនមានហេតុផលសមរម្យ សំរាប់ការដែលមិនបានធ្វើកិច្ចការរបស់លោកអ្នក ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនធ្វើតាមនូវអ្វីដែលមានចែង នៅក្នុងផែនការយល់ព្រមប្រព្រឹត្តតាម :

- យើងខ្ញុំនឹងបន្ថយជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នក រហូតដល់យើងខ្ញុំសំរេចថា លោកអ្នកមានហេតុផលសមរម្យ សំរាប់ការដែលមិនបានបំពេញតាមផែនការ ។
- លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងថ្មីមួយ ប្រសិនបើ យើងខ្ញុំត្រូវបន្ថយជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់ លោកអ្នក ។
- វានឹងត្រូវរាប់ថាជាការល្មើសមិនបានប្រព្រឹត្តតាម នៅក្នុងកំណត់ត្រាករណីរបស់លោកអ្នក ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំនួរ សូមទូរស័ព្ទទៅបុគ្គលិក គំរោងសុខមាលភាពដើម្បីការងារ តាមរយះលេខ :

(   ) _______ - __________ ភ្លាម ។

☐ ____________________

ជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នក នឹងត្រូវថយចុះនៅថ្ងៃ ____________ ដូចដែលយើងខ្ញុំបាន ជំរាបលោកអ្នកនៅក្នុសេចក្តីជូនដំណឹងព ១ណៅ ៨៤០ច ដែលបានផ្ញើរជូនលោកអ្នកនៅថ្ងៃទី ____________.

បន្ទាប់ពីបានជជែកជាមួយលោកអ្នក និង/រឺ ពិនិត្យមើល ពតិមានដែលលោកអ្នកប្រគល់អោយយើងខ្ញុំ : យើងខ្ញុំបាន សំរេចថាលោកអ្នកមិនមានហេតុផលសមរម្យសំរាប់ការ ដែលមិនបានធ្វើកិច្ចការសំរាប់ គំរោងសុខមាលភាព ដើម្បីការងារ របស់លោកអ្នក ហើយលោកអ្នកមិនបាន យល់ព្រមចុះហត្ថលេខាលើផែនការយល់ព្រមប្រព្រឹត្តតាម ដូចអ្វីដែលគេតំរូវឡើយ ។

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសុំអោយមានសវនាការរដ្ឋ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសំរេចនេះ ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំនួរ សូមទូរស័ព្ទទៅបុគ្គលិក គំរោងសុខមាលភាពដើម្បីការងារ តាមរយះលេខ :

(   ) _______ - __________ ភ្លាម ។

បទបញ្ញត្តិ : បទបញ្ញតិទាំងនេះអនុវត្តសំរាប់ : ជាល្បឺគ្រស់ ភភ្ទ ៤២ — ៧១២ (អញ្ញាត្រកម្ម) ៤២-៧១៣ (បុព្វហេតុសមរម្យ) ៤២-៧២១ (ការមិនប្រព្រឹត្តិតាម និង បុព្វហេតុសមរម្យ) ។ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ភភ្ទ ៦៣-៤០៧ ។៥២១ ។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យមើលបទបញ្ញត្តិទាំងនេះ នៅការិយាល័យសុខមាលភាពរបស់លោកអ្នក ។

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ បើសិនជាលោកអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសកម្មភាពរបស់ខណ្ឌទេនោះ ។ លោកអ្នកមានពេលតែ៩០ថ្ងៃទេ ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ ។ ចំនួន៩០ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលដែលខណ្ឌបានប្រគល់ ឬផ្ញើសេចក្តីប្រកាសនេះទៅជូនលោកអ្នក ។

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ<u>នៅមុន</u>ពេលសកម្មភាពទៅលើប្រាក់ជំនួយ ជំនួយមេឌី-ខាល បណ្ណទិញម្ហូប ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងបានចាប់ផ្តើមឡើង :

- ប្រាក់ជំនួយ និងជំនួយមេឌី-ខាលរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែលនៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ ។
- កិច្ចថែរក្សាក្មេងរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ ។
- បណ្ណទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួនណេនៅដដែល រហូតទាល់តែពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ ឬរហូតទាល់តែកំឡុងពេលបញ្ចប់នៃការទទួលជំនួយបណ្ណទិញម្ហូបរបស់លោកអ្នក រយៈពេលណាមួយដែលឆាប់ជាង ។ ។

បើសិនជាសេចក្តីសំរេចនៃសេចក្តីបំភ្លឺថ្លែងថា យើងត្រឹមត្រូវ លោកអ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវប្រាក់ជំនួយ បណ្ណទិញម្ហូប ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងណាដែលលោកអ្នកបានទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬបញ្ឈប់ជំនួយរបស់លោកអ្នកនៅមុនពេលសេចក្តីបំភ្លឺ សូមគូសប្រអប់នៅខាងក្រោម :

មែន បន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ ☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ បណ្ណទិញម្ហូប ☐ កិច្ចថែរក្សាក្មេង

នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីសំរេចនៃសេចក្តីបំភ្លឺសំរាប់ :

<u>កម្មវិធីជួយឱ្យចេញពីជំនួយសុខុមាលភាពទៅធ្វើការ (Welfare to Work)</u> :

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីនេះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្មេងសំរាប់ការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពណាដែលបានទទួលយល់ព្រមដោយខណ្ឌនៅមុនពេលសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា ប្រាក់បង់ឱ្យសំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀតនឹងបញ្ចប់ លោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យជាបន្តទៅទៀតទេ ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោកអ្នកក៏ដោយ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀត កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់នោះនឹងបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យតាមចំនួននិងរបៀបដែលយើងបានជំរាបលោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

- ដើម្បីទទួលកិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែអញ្ជើញទៅកាន់សកម្មភាពដែលខណ្ឌបានជំរាបលោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- បើសិនជាចំនួនប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលខណ្ឌបង់ឱ្យនៅក្នុងពេលដែលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីបំភ្លឺមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកចូលរួម លោកអ្នកអាចឈប់ទៅកាន់សកម្មភាពនោះ ។

<u>កម្មវិធីសិក្សាអប់រំនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាជួយចំពោះឪពុកម្តាយជាក្មេងជំទង់ដែលទទួលប្រាក់ជំនួយ (Cal-Learn)</u>:

- លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Cal-Learn បានទេបើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងមិនអាចធ្វើការជូនលោកអ្នកបានទេនោះ ។
- យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់នៃកម្មវិធី Cal-Learn សំរាប់តែសកម្មភាពដែលទទួលការយល់ព្រមឱ្យតែប៉ុណ្ណោះ ។

<u>ពត៌មានដទៃទៀត</u>

សមាជិកនៃគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពនៃកម្មវិធីមេឌី-ខាល : សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីប្រកាសនេះអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកក្នុងការទទួលគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នកអាចទាក់ទងទៅកិច្ចជួយចំពោះសមាជិកនៃគ្រោងការសុខភាពរបស់លោកអ្នក បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរ ។

កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ចំពោះក្មេង និង/ឬផ្នែកពេទ្យ : ភ្នាក់ងារទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់នៅក្នុងតំបន់នឹងជួយទាមទារប្រាក់បង់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដោយមិនអស់ប្រាក់ ទោះបីជាលោកអ្នកមិនទទួលប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ ។ បើសិនជានៅក្នុងពេលឥឡូវនេះ ពួកគេទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់សំរាប់លោកអ្នក ពួកគេនឹងបន្តកិច្ចការនេះ រហូតទាល់តែលោកអ្នកសរសេរប្រាប់ពួកគេឱ្យឈប់ ។ ពួកគេនឹងផ្ញើប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលពួកគេទាមទារបានក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ប៉ុន្តែពួកគេនឹងទុកប្រាក់មិនបានបង់ពីមុនមកដែលបានប្រមូលដែលលោកអ្នកជំពាក់ខណ្ឌពីមុនមក ។

គំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យក្រសួងសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក នឹងផ្តល់ពត៌មានជូននៅពេលដែលលោកអ្នកសាកសួរ ។

សំណុំរឿងនៃសេចក្តីបំភ្លឺ : បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ ការិយាល័យទទួលសេចក្តីបំភ្លឺរដ្ឋ (State Hearing Office) នឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើលសំណុំរឿងនេះនៅមុនពេលសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក និងទទួលនូវសេចក្តីចម្លងអំពីស្ថានភាពរបស់ខណ្ឌជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅលើករណីរបស់លោកអ្នក នៅក្នុងពេលយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុនពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ ។ 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) ។**

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ :

- **សូមបំពេញទំព័រនេះ ។**
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខ្នងនៃទំព័រនេះសំរាប់ជាកំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំ ខណ្ឌនឹងផ្តល់សន្លឹកចម្លងនៃទំព័រនេះមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក ។
- **សូមផ្ញើ ឬនាំសន្លឹកនេះទៅឱ្យ :**

ឬ

- **ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតបង់ប្រាក់ 1-800-952-5253** ឬសំរាប់លោកអ្នកដែលអន់ត្រចៀក ឬមិនអាចនិយាយបានហើយប្រើគ្រឿងប្រដាប់ TDD សូមទូរស័ព្ទ **1-800-952-8349** ។

ដើម្បីទទួលជំនួយ : លោកអ្នកអាចសាកសួរអំពីសិទ្ធិទទួលសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក ឬជំនួយណែនាំផ្នែកច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតប្រាក់របស់រដ្ឋដូចបានចុះនៅខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនគិតប្រាក់នៅការិយាល័យជួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬក៏ពីសមាគមគាំទ្រសិទ្ធិអ្នកទទួលជំនួយសុខុមាលភាព ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺតែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬអ្នកណាម្នាក់មកជាមួយលោកអ្នក ។

ការស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ

ខ្ញុំចង់បានសេចក្តីបំភ្លឺមួយដោយសារតែសកម្មភាពនៃក្រសួងសុខុមាលភាពខណ្ឌ ______________________ ទៅលើជំនួយរបស់ខ្ញុំ ដូចខាងក្រោមនេះ

☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ បណ្ណទិញម្ហូប ☐ ជំនួយមេឌី-ខាល

☐ ដទៃទៀត (សូមចុះ) ______________________

នេះគឺជាហេតុ : ______________________

____

____

____

____

____

☐ **បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមគូសនៅទីនេះ និងបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ។**

☐ ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ពីខ្ញុំ ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺបានឡើយ ។)

ភាសាឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : ______________________

ឈ្មោះនៃអ្នកដែលជំនួយត្រូវបានគេបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់

កាលបរិច្ឆេទកំណើត | លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង | រដ្ឋ | លេខហ្ស៊ីបកូដ

ហត្ថលេខា | កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះមនុស្សបំពេញសំណៅនេះ | លេខទូរស័ព្ទ

☐ **ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមនេះទៅជាតំណាងរបស់ខ្ញុំនៅពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះពិនិត្យមើលកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ ឬទៅកាន់សេចក្តីបំភ្លឺសំរាប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ប៉ុន្តែគេមិនអាចបកប្រែឱ្យលោកអ្នកឡើយ ។)**

ឈ្មោះ | លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង | រដ្ឋ | លេខហ្ស៊ីបកូដ