

# ការដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ CALFRESH (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម) , CASH AID (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់) ,

## និង/ឬ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព/MEDI-CAL

ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ ឬត្រូវការជំនួយចំពោះការដាក់ពាក្យសុំនេះសូមប្រាប់ឲ្យក្រសួងសុខាភិបាលភាពខោនធី (County) ដឹង ហើយគេនឹងជួយលោកអ្នកបាន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់និយាយអាន ឬសរសេរជាភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស County នឹងឲ្យអ្នកណាម្នាក់ជួយលោកអ្នកដោយមិនឲ្យលោកអ្នកបង់ចំណាយអ្វីទេ។

### តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យតាមវិធីណា ?

ប្រើពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយស្បៀងអាហារ (CalFresh), Cash Aid (ឱកាសការងាររដ្ឋាលើប្តូរញើសនិងការទទួលខុសត្រូវចំពោះកូនក្មេងឬជំនួយសាច់ប្រាក់សម្រាប់ជនភៀសខ្លួន) Medi-Cal និង/ឬកម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំតែជំនួយCalFresh លោកអ្នកអាចសុំ County នូវពាក្យសុំ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ។ CalFresh គឺជាកម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារជួយឲ្យលោកអ្នកក្នុងការទិញស្បៀងអាហារសម្រាប់ខ្លួនផ្ទះរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំតែការថែទាំសុខភាពលោកអ្នកអាចសុំ County នូវពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពប៉ុណ្ណោះ។ ការថែទាំសុខភាពមាន៖ ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់សម្រាប់ Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលអាចមានលទ្ធភាពទិញបាន ឬគណននាដែលអាចជួយឲ្យលោកអ្នកបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។

លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសម្រាប់កម្មវិធីទាំងនេះតាមអនឡាញតាមរយៈការចូលទៅកាន់ <http://www.benefitscal.org/>។

- ចូរបំពេញទម្រង់បែបបទទាំងមូល ប្រសិនបើលោកអ្នកអាចធ្វើទៅបាន។ យ៉ាងហោចណាស់លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខា របស់លោកអ្នក (សំណួរទីមួយលើទំព័រទី១ នៃពាក្យសុំ) ដើម្បីចាប់ផ្តើមកិច្ចដំណើរការពាក្យសុំសម្រាប់ CalFresh។ សម្រាប់ cash aid លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញសំណួរទី១ រហូតដល់សំណួរទី៥ លើទំព័រទី១ និងទំព័រទី២ នៃពាក្យសុំ ហើយចុះហត្ថលេខាលើវាដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការពាក្យសុំ។
- កម្មវិធីនីមួយៗមាននិមិត្តសញ្ញាមួយ (ដូចបានបង្ហាញនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រនេះ) ដែលបង្ហាញនូវសំណួរណាមួយទាក់ទងនឹងកម្មវិធីណា។ សម្រាប់កម្មវិធី Cash Aid វាជានិមិត្តសញ្ញាលម្អិតមួយសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh វាជានិមិត្តសញ្ញាទៀតដើម្បីដើរទៅកាន់ ហើយសម្រាប់ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពវាជាសញ្ញាឡានពេទ្យ។ ជាឧទាហរណ៍ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំ Cash Aid លោកអ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរដែលមាននិមិត្តសញ្ញាលម្អិតមួយសុទ្ធតែទេ។
- ដាក់ពាក្យសុំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ County តាមរយៈសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីនធឺណេត។
- ថ្ងៃដែល County ទទួលពាក្យសុំមានចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នកគឺជាថ្ងៃចាប់ផ្តើមផ្តល់ជំនួយដល់លោកអ្នកថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងបិទនៅក្នុងស្ថាប័នមួយពេលវេលានេះចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកចាកចេញ។

### តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីបន្ទាប់ ?

- អានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក (ទំព័ររៀបរាប់អំពីវិធាននៃកម្មវិធី) មុនពេលលោកអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ។
- លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើបទសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ អាចមានការរៀបចំផ្សេងសម្រាប់លោកអ្នក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានបំពេញពាក្យសុំទាំងអស់ លោកអ្នកអាចបំពេញវាក្នុងអំឡុងពេលនៃការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក។
- លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់កម្រិតបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលការ ចំណាយនិងស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិឬយ៉ាងណា។

### តើត្រូវចំណាយពេលយូរប៉ុណ្ណា ?

វាអាចចំណាយពេលយូររហូតដល់ 30ថ្ងៃដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំ CalFresh របស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ការស្នើសុំ Cash Aid និង Medi-Cal អាចចំណាយពេលយូររហូតដល់ 45ថ្ងៃ។ សួរ County អំពីរបៀបលោកអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ឬការថែទាំសុខភាពភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាបន្ទាន់។

### លោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី CalFresh ក្នុងរយៈពេល 3ថ្ងៃតាមប្រតិទិនប្រសិនបើ៖

- ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ទុក) មានចំនួនតិចជាង\$150 ហើយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកនៅក្នុងដៃ ឬគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំមានចំនួនតិចជាង\$100 ឬ
- ការចំណាយលើទិដ្ឋភាពនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ថ្លៃឈ្នួល/ប្រាក់កម្ចីជនានានានិងសេវាសាធារណៈ) តិចជាងប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែរបស់លោកអ្នក និងទឹកប្រាក់ក្នុងគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំ ឬ
- លោកអ្នកគឺជាជនអន្តោប្រវេសន៍ ឬកសិករធ្វើការតាមរដូវកាលក្នុងគ្រួសារដែលមានប្រាក់ចំណូល ឬប្រាក់សន្សំតិចជាង\$100 និង 1) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬ 2) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើម ប៉ុន្តែលោកអ្នកមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានច្រើនជាង\$25ក្នុងរយៈពេល10ថ្ងៃក្រោយ។

### សម្រាប់ Cash Aid លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយជាបន្ទាន់ប្រសិនបើ៖

- លោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង ឬមានការជូនដំណឹងអំពីការបណ្តេញចេញពីផ្ទះសំបែង ឬការជូនដំណឹងអំពីការបង់ប្រាក់ថ្លៃឈ្នួល ឬការជូនដំណឹងការរឹតខ្លាំង ឬ
- ស្បៀងអាហាររបស់លោកអ្នកនឹងអស់ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃ
- ការទទួលសេវាសាធារណៈរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបិទ ឬនឹងត្រូវបិទ
- លោកអ្នកមិនមានសម្លៀកបំពាក់ ឬកន្លប់កូនងៃត
- លោកអ្នកមានបញ្ហាគ្រោះអាសន្នមួយប្រភេទផ្សេងទៀតដែលសំខាន់ដល់សុខភាព និងសុវត្ថិភាព។

## ទំព័រព័ត៌មាន - សូមយកនិងរក្សាទុកជាឯកសាររបស់លោកអ្នក។

ដើម្បីជួយដល់ County ពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កាន់តែលាប្រសើរឬយ៉ាងណាសូមបំពេញសំណួរ 1 ក្នុងទម្រង់ពាក្យនេះ និងសំណួរ 6 រហូតដល់ 9, 15 និង 24 ក្នុងទម្រង់ SAWS 2 PLUS។ ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណទៅ County របស់លោកអ្នក (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន) ជាមួយពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

County នឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នកដើម្បីឲ្យលោកអ្នកដឹងថាតើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវបានឯកភាព ឬបដិសេធចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ។

**តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីទៀតសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍របស់ខ្ញុំ?**

ដើម្បីជៀសវាងភាពយឺតយ៉ាវ សូមនាំយកភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីរបស់របរដូចខាងក្រោមមកជាមួយសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍លោកអ្នក។ សូមរក្សាការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ក៏ដោយ។ County អាចជួយលោកអ្នកបាន ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយភស្តុតាងបញ្ជាក់។ ក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចសន្ទនា County នឹងពិនិត្យព័ត៌មានលើពាក្យសុំហើយនឹងផ្ញើឲ្យលោកអ្នកសួរសំណួរដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍និងបរិមាណនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកអាចទទួលបាន ឬយ៉ាងណា។

**ភស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍**

- អត្តសញ្ញាណ (ប័ណ្ណបើកបរ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋ លិខិតឆ្លងដែន)។
  - សំបុត្រកំណើតសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ។
  - ភស្តុតាងទីកន្លែងដែលលោកអ្នករស់នៅ (កិច្ចព្រមព្រៀងជួល វិក្កយបត្រថ្មីដែលមានអាសយដ្ឋានរបស់លោកអ្នក)។
  - លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ (ចូរមើលកំណត់សម្គាល់ខាងក្រោមអំពីភាពមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដ)។
  - លុយនៅក្នុងធនាគារសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (របាយការណ៍ពីធនាគារថ្មី)។
  - ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃកន្លងទៅ (កន្ទុយសែកបង់ប្រាក់ថ្មី លិខិតការងារពិនិយោជក)។
- កំណត់សម្គាល់:** ប្រសិនបើការងារម្ចាស់ការខ្លួនឯងប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ ឬឯកសារពន្ធ។
- ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក (អត្ថប្រយោជន៍នៃភាពគ្មានការងារធ្វើ, SSI, សន្តិសុខសង្គម អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ការគាំពារក្មេង សំណងកម្មករជំនួយ ឬប្រាក់កម្ចីរបស់សាលា ប្រាក់ចំណូលពីថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ។ល។)។
  - ឋានៈស្របច្បាប់នៃការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋស្របច្បាប់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ (ប័ណ្ណចុះឈ្មោះជនបរទេសទិដ្ឋាការ)។
- សម្គាល់:** អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដដាក់ពាក្យសុំឋានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដោយផ្អែកលើអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការវិនិច្ឆ័យខក្រិដ្ឋកម្ម ឬការរត់ពន្ធមិនត្រូវការភស្តុតាងបញ្ជាក់បញ្ហានេះទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមផងដែរ។

**ភស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី CalFresh បន្ថែម**

- ការចំណាយលើទីជម្រក (បង្គាន់ដៃបង់ប្រាក់ឈ្នួល វិក្កយបត្របង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារវិក្កយបត្របង់ពន្ធអចលនទ្រព្យ ឯកសារធានារ៉ាប់រង)។
- ចំណាយលើការប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទនិងសេវាសាធារណៈ។
- ចំណាយថ្លៃពេទ្យសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលចាស់ជរា (អាយុ 60 និងចាស់ជាង) ឬពិការ។
- ចំណាយលើការថែទាំកូនក្មេង និងមនុស្សពេញវ័យដោយសារអ្នកណាម្នាក់ធ្វើការស្វែងរកការងារការចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាលឬសាលារៀនឬការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពការងារដែលបានតម្រូវ។
- ការគាំពារកូនក្មេងដែលចំណាយដោយមនុស្សម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

**ភស្តុតាងបន្ថែមត្រូវការសម្រាប់ការចំណាយលើសុខភាព**

- ព័ត៌មានអំពីការងារទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានសម្រាប់គ្រួសារលោកអ្នក។
- ចំនួនគោលនយោបាយសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីណាមួយ។

**ភស្តុតាងបន្ថែមត្រូវការសម្រាប់ Cash Aid**

- ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការសម្រាប់កូនក្មេងអាយុ 6 ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះ។
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តសម្រាប់យានយន្តជាម្ចាស់របស់លោកអ្នក ឬរបស់អ្នកណាម្នាក់ដែលលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះបញ្ជីយានយន្តនោះ។

**តើធ្វើយ៉ាងម៉េចប្រសិនបើខ្ញុំគ្មានផ្ទះសំបែង ?**

សូមឲ្យ County ដឹងភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដើម្បីគេអាចជួយកំណត់រកអាសយដ្ឋានប្រើប្រាស់ក្នុងការទទួលបានការដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលបានការជូនដំណឹងពី County ទាក់ទងនឹងករណីរបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh និង Cash Aid គ្មានផ្ទះសំបែងគឺមានន័យថាលោកអ្នក៖

- A. កំពុងស្នាក់នៅក្នុងទីជម្រកដែលមានការគ្រប់គ្រង, ផ្លូវដើរ ឬទីកន្លែងស្រដៀងគ្នានេះ។
- B. ស្នាក់នៅផ្ទះរបស់មនុស្សម្នាក់ ឬគ្រួសារផ្សេងទៀតអស់រយៈពេលច្រើនជាង 90 ថ្ងៃ។
- C. ស្នាក់នៅកន្លែងមួយមិនបានកំណត់ ឬធម្មតាជាកន្លែងដែលបានប្រើប្រាស់ជាកន្លែងសម្រាប់ដេក (ផ្លូវដើរ) ស្ថានីយថយន្តក្រុងកន្លែងទទួលភ្ញៀវ ឬកន្លែងស្រដៀងគ្នានេះ)។

**ទំព័រព័ត៌មាន - សូមទទួលយកនិងរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង**

# សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវ

## អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវ៖

- ផ្តល់ជូន County នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់សម្រាប់កំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។
- ផ្តល់ជូនអាជ្ញាធរតំបន់នូវភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកមាននៅពេលចាំបាច់។
- រាយការណ៍ពីការកែប្រែតាមការតម្រូវ។ County នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីខ្លឹមសារពេលវេលានិងរបៀបរាយការណ៍។ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម) និង cash aid (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់) ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវស្តីពីការរាយការណ៍ពីគ្រួសាររបស់អ្នកអោយបានត្រឹមត្រូវបំផុត ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។
- ស្វែងរកទទួលយកនិងរក្សាការងារមួយ ឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាពផ្សេងៗ ប្រសិនបើ County ប្រាប់អ្នកថាចាំបាច់សម្រាប់ករណីរបស់អ្នក។
- សហការពេញលេញជាមួយមន្ត្រីនៃបុគ្គលិករបស់ county រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកត្រូវបានជ្រើសរើសធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ ឬស៊ើបអង្កេតដើម្បីធានាថាលក្ខណៈសម្បត្តិ និងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកំណត់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានមិនបានសហការក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញទាំងនេះ នឹងបណ្តាលឲ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។
- សងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី cash aid ឬ CalFresh ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

## អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- ដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ដោយផ្តល់តែឈ្មោះអាសយដ្ឋាននិងហត្ថលេខារបស់អ្នក។
- ស្នើសុំអ្នកបកប្រែពីរដ្ឋដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការចាំបាច់។
- ស្នើសុំរក្សាការសម្ងាត់ចំពោះព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនឲ្យ County លើកលែងជាប់ពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ County។
- ដកពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយមុនពេល County ធ្វើការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំ ឬស្វែងរកភស្តុតាងដែលអ្នកត្រូវការនិងស្នើសុំការពន្យល់អំពីវិធាននានា។
- ត្រូវបានទទួលរាក់ទាក់ប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនិងការគោរពហើយមិនត្រូវបានរើសអើង។
- ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសេវាលឿនលឿន (Expedited Service)។
- ទទួលបាន cash aid ក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់តម្រូវការបន្ទាន់ (Immediate Need)។
- ត្រូវបានសំគាល់នូវករណីរយៈពេលមួយសមហេតុផលដោយ County នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំហើយលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវកំណត់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ឬ 45 ថ្ងៃសម្រាប់កម្មវិធី cash aid និងកម្មវិធី Medi-Cal។
- មានរយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃ ដើម្បីផ្តល់ភស្តុតាងជូនអាជ្ញាធរតំបន់ដែលចាំបាច់សម្រាប់ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ។
- ទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សររយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃមុនពេល County កាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh និង cash aid របស់អ្នក។
- ពិភាក្សាជាមួយ County អំពីករណីរបស់អ្នកហើយត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នកនៅពេលត្រូវបានស្នើសុំឲ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ស្នើសុំធ្វើសវនកម្មការងាររដ្ឋបាលក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ County ចំពោះករណីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនកម្មមួយមុនចំណាត់ការលើករណីរបស់អ្នកអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវនៅដដែលរហូតដល់ពេលធ្វើសវនកម្ម ឬនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់របស់អ្នកអាស្រ័យលើករណីមួយណាដែលកើតឡើងមុន។ អ្នកអាចស្នើសុំឲ្យ County កែប្រែអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នករហូតដល់ក្រោយពេលសវនកម្មដើម្បីចៀសវាងត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលបានបើកលើស។ ប្រសិនបើចាំក្រុមច្បាប់រដ្ឋបាលវិនិច្ឆ័យឲ្យអ្នកឈ្នះនោះ County នឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលត្រូវបានកាត់ចេញវិញ។
- សាកសួរអំពីសិទ្ធិឡើងសវនកម្មរបស់អ្នក ឬស្នើសុំសេវាប្រឹក្សាច្បាប់តាមរយៈទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ 1-800-952-5253 ឬលេខ 1-800-952-8349 សម្រាប់បុគ្គលមានបញ្ហាខាងផ្នែកស្តាប់ឬនិយាយដែលត្រូវប្រើឧបករណ៍ TDD។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬសិទ្ធិសុខុមាលភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។
- នាំមិត្តម្នាក់ឬបុគ្គលណាម្នាក់មកចូលរួមសវនកម្មជាមួយអ្នកប្រសិនបើអ្នកមិនចង់មកម្នាក់ឯង។
- ស្នើសុំជំនួយពី County ដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត។
- រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនត្រូវបានតម្រូវឲ្យរាយការណ៍ប្រសិនបើអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬ CalFresh ឬ cash aid របស់អ្នក។
- ផ្តល់ភស្តុតាងស្តីពីការចំណាយក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអាចជួយឲ្យអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh កាន់តែច្រើន។ ការមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងដល់អាជ្ញាធរតំបន់មានន័យថាអ្នកគ្មានការចំណាយទាំងនោះហើយអ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh បន្ថែមទេ។
- ជូនដំណឹងដល់អាជ្ញាធរតំបន់ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យបុគ្គលណាមួយប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នកឬជួយក្នុងករណីកម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក (អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ)។
- អ្នកក៏ផ្តល់សិទ្ធិផងដែរដល់ទីភ្នាក់ងារកម្មវិធី Medi-Cal ក្នុងការស្វែងរកនិងទទួលយកការគាំទ្រផ្នែកថែទាំសុខភាពពីសហព័ន្ធឬឪពុកម្តាយ។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាការសហការដើម្បីប្រមូលយកការគាំទ្រផ្នែកថែទាំសុខភាពនឹងបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកនោះអ្នកអាចប្រាប់ដល់ទីភ្នាក់ងារកម្មវិធី Medi-Cal ហើយអ្នកអាចមិនចាំបាច់សហការឡើយ។

# សូមទទួលយកនិងរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង។

## វិធានកម្មវិធីនិងការពិន័យ

អ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាកំពុងប្រព្រឹត្តបទល្មើស ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬខុស ឬមានចេតនាមិនផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ ដើម្បីព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី CalFresh, cash aid, និង Medi-Cal ដែលអ្នកមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ឬដើម្បីជួយឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលអ្នកទទួលបាន ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើទម្រង់នេះដោយចេតនា ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាង \$950 ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាននោះ អ្នកត្រូវជាប់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ។

<p><b>សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ៖ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាប្រសិនបើខ្ញុំប្រព្រឹត្តបទល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនាតាមរយៈសកម្មភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>លាក់បាំងព័ត៌មានឬធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត</li> <li>ប្រើកាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អឡិចត្រូនិក (EBT) ដែលជាប់សំបុត្រលក់ទំនិញមួយច្រើន</li> <li>ប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ទិញគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់</li> <li>ជួញដូរលក់ ឬជូនជាអំណោយនូវអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬកាត EBT</li> </ul>	<p><b>ខ្ញុំអាច ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 12ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី1 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ</li> <li>បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី2 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ</li> <li>បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទី3 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ</li> <li>ត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ទៅ \$250,000 និងជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ទៅ 20ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដើម្បីទទួលបានសារធាតុហាមឃាត់ដូចគ្រឿងញៀន</li> <li>ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតស្តីពីអត្តសញ្ញាណរបស់ខ្ញុំ និងទីលំនៅរបស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh បន្ថែម</li> <li>ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទជួញដូរ ឬលក់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFreshដែលមានតម្លៃច្រើនជាង \$500 ឬជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ដើម្បីទទួលបានការភ្លើងអាវុធជាតិផ្ទះ ឬសារធាតុផ្ទះ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី1</li> <li>បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទី2។</li> <li>បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល10ឆ្នាំ រៀងរាល់ពេលប្រព្រឹត្តបទល្មើសម្តង</li> <li>បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូត</li> </ul>
<p><b>សម្រាប់កម្មវិធី cash aid ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាប្រសិនបើខ្ញុំ ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនា</li> <li>មិនអនុវត្តតាមវិធានកម្មវិធី cash aid</li> <li>ត្រូវបានកេរ្តិ៍ឈ្មោះមានទោសដោយតុលាការ ឬសវនកររដ្ឋបាលពីបទបំពានក្រោមទម្រង់ជាក់លាក់ណាមួយ</li> </ul>	<p><b>ខ្ញុំអាច ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>បាត់បង់ cash aid</li> <li>ត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ទៅ \$10,000 និង/ឬបញ្ជូនទៅដាក់ពន្ធនាគាររយៈពេល 5ឆ្នាំ</li> <li>បាត់បង់ cash aid រយៈពេល 6ខែ, 12ខែ, 2ឆ្នាំ, 4ឆ្នាំ, 5ឆ្នាំ ឬជារៀងរហូត។</li> </ul>

## ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋ

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ cash aid សម្រាប់បុគ្គលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាគ្រួសាររបស់អ្នកមានបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ។ ឧទាហរណ៍ខ្ញុំពុកម្តាយជាជនអន្តោប្រវេសន៍អាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ cash aid សម្រាប់កូនរបស់ពួកគេដែលជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាខ្ញុំពុកម្តាយអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក៏ដោយ។
- ការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍អាហារនិងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនិងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់គ្រួសារអ្នកឡើយ។ ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ត្រូវបានរក្សាឯកជនភាពនិងការសម្ងាត់។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ ហើយបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ និងត្រូវត្រួតពិនិត្យដោយទីភ្នាក់ងារសញ្ជាតិនិងអន្តោប្រវេសន៍នៃសហរដ្ឋអាមេរិក (USCIS)។ ច្បាប់សហព័ន្ធចែងថា USCIS មិនអាចប្រើព័ត៌មាននេះ សម្រាប់គោលបំណងណាមួយផ្សេងពីករណីនេះបានឡើយ។

## ឈប់ទទួលយកផលប្រយោជន៍

អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍លេខសន្តិសុខសង្គម ឬឯកសារសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលមិនមែនពលរដ្ឋដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ County ចាំបាច់ត្រូវដឹងអំពីព័ត៌មានស្តីពីចំណូលនិងធនធានរបស់ពួកគេដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃគ្រួសាររបស់អ្នកឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។ County នឹងមិនទាក់ទងទៅកាន់ USCIS ដើម្បីសាកសួរអំពីបុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។

## ការប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម(SSN)

កម្មវិធី CalFresh និង Cash Aid៖ បុគ្គលគ្រប់រូបដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ cash aid ចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខ SSN ប្រសិនបើអ្នកមានឬក៏ស្តុកស្តម្ភបញ្ជាក់ថាអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំលេខ SSN (ដូចជាលិខិតពីការិយាល័យលេខសន្តិសុខសង្គម)។ យើងខ្ញុំអាចបដិសេធមិនទទួលយកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិនបានផ្តល់លេខ SSNs ដើម្បីទទួលយកជំនួយ ដូចជាជនរងគ្រោះដោយសារអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារសាក្សីផ្តន្ទាទោស និងជនរងគ្រោះដោយសារអំពើជួញដូរមនុស្ស។ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព/Medi-Cal៖ យើងខ្ញុំត្រូវការលេខ SSN របស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសុខភាពហើយមានលេខ SSN ។ ការផ្តល់លេខ SSN របស់អ្នកអាចមានសារប្រយោជន៍ បើទោះបីជាអ្នកមិនចង់បានធានារ៉ាប់រងសុខភាព ព្រោះវាអាចជួយពន្លឿនដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំប្រើលេខ SSNs ដើម្បីត្រួតពិនិត្យកាត់ចំណូលនិងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដើម្បីដឹងថាបុគ្គលណាគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ទទួលបានជំនួយក្នុងការចំណាយលើធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានលេខ SSN សូមទាក់ទងមកកាន់លេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅកាន់វេបសាយ [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)។

## ការបើកឲ្យលើស

នេះបានន័យថាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគប្បីទទួលបាន។ អ្នកត្រូវសងវិញ បើទោះបីជា Countyមានកំហុស ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយចេតនា។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ លេខ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបើកយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលដំណាក់តាមរយៈតុលាការទីភ្នាក់ងារបើកប្រាក់ផ្សេងៗ ឬចំណាត់ការប្រមូលប្រាក់របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

## សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង

## ការបើកប្រាក់លើស

នេះមានន័យថាអ្នកទទួលបាន cash aid ច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគប្បីទទួលបាន។ មិនខុសគ្នាពីកម្មវិធី CalFresh ទេ អ្នកត្រូវសងវិញបើទោះបីជា County មានកំហុស ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអចេតនា។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ លេខ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបើកយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលធំពាក់តាមរយៈតុលាការទីភ្នាក់ងារបើកប្រាក់ផ្សេងៗ ឬចំណាត់ការប្រមូលប្រាក់របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

## ការរាយការណ៍

រាល់គ្រួសារដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់។ County របស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍ របៀបរាយការណ៍ និងពេលវេលារាយការណ៍។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាចបណ្តាលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍បានដែរ ប្រសិនបើមានហេតុការណ៍កើតឡើងដែលអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ដូចជាការទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចជាងមុនជាដើម។

## សវនការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកមានសិទ្ធិចូលសវនការថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំណាត់ការណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំធ្វើសវនការថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីចំណាត់ការដោយ County របស់អ្នកហើយអ្នកចាំបាច់ប្រាប់ពីមូលហេតុនៃការស្នើសុំនេះ។ លិខិតឯកភាពឬបដិសេធដែលអ្នកទទួលបានពី County នឹងមានព័ត៌មានស្តីពីរបៀបស្នើសុំធ្វើការតវ៉ា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនការមុនចំណាត់ការកើតឡើង អ្នកប្រហែលជាអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍ cash aid និង CalFresh របស់អ្នកនៅដដែលរហូតដល់ពេលសេចក្តីសម្រេចត្រូវបានធ្វើឡើង។

## ច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពនិងការបង្ហាញព័ត៌មាន

អ្នកកំពុងផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននេះក្នុងពាក្យសុំ។ County ប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាន County អាចបានចោលពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ កែប្រែ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកបានផ្តល់ជូន County។ County នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈកម្មវិធីផ្ទេរឯកសារកុំព្យូទ័រ រួមមានប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល និងប្រាក់កម្រៃ (IEVS)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីតាមដានអនុលោមភាពតាមបទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធីនិងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី។ County អាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យការជាមួយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងចាប់ខ្លួនបុគ្គលដែលរត់គេចពីសំណុំរឿងច្បាប់និងជាមួយទីភ្នាក់ងារប្រមូលសំណងឯកជន សម្រាប់ចំណាត់ការប្រមូលសំណង។ County អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារដែលបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ USCIS។ ព័ត៌មានដែល County ទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារទាំងនេះអាចជះឥទ្ធិពលលើលក្ខណៈសម្បត្តិនិងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

County នឹងប្រើព័ត៌មានក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នកដើម្បីពិនិត្យមើលលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកដើម្បីជួយដល់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ County នឹងពិនិត្យមើលថ្លៃរបស់អ្នកដោយប្រើព័ត៌មានក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិករដ្ឋនិងសហព័ន្ធនិងទិន្នន័យនៃទីភ្នាក់ងារចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិនិង/ឬទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ពីអតិថិជន។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះមិនត្រូវគ្នាអាចធ្វើការតំបន់អាចស្នើឱ្យអ្នកផ្តល់ភស្តុតាង។

## គ្មានការរើសអើង

គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋនិង County ចែងថាមនុស្សគ្រប់រូបមានសិទ្ធិស្មើគ្នាប្រកបដោយការគោរពនិងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ។ យោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធនិងគោលនយោបាយនៃក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) ការរើសអើងពូជសាសន៍ពណ៌សប្បុរសញាតិដើមកេរ្តិ៍អាយុសាសនានិទ្ទាការនយោបាយឬពិការភាពត្រូវបានហាមឃាត់ដាច់ខាត។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរើសអើង សូមទាក់ទងទៅកាន់មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃអាជ្ញាធរតំបន់របស់អ្នក ឬធ្វើលិខិតទៅកាន់ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ក្រសួងកសិកម្មនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ឬក្រសួងសេវាសង្គមនៃរដ្ឋ California (CDSS)៖

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (សម្លេង និង TDD)

CDSS  
Civil Rights Bureau  
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (ឥតគិតថ្លៃ)

USDA ផ្តល់ឱកាសការងារដោយស្មើភាព។

## វិធានការងារសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh

County អាចចាត់ចែងឱ្យអ្នកទៅកម្មវិធីការងារណាមួយ។ ពួកគេនឹងប្រាប់ថាតើកម្មវិធីការងារនោះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្តឬជាអ្នកត្រូវតែធ្វើកម្មវិធីការងារនោះដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសកម្មភាពការងារមួយដែលត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ហើយអ្នកមិនបានធ្វើវានោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។

អ្នកអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ប្រសិនបើអ្នកបានឈប់ពីការងារណាមួយកាលពីពេលថ្មីៗនេះ។

## សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំរេង

# វិធានការងារសម្រាប់កម្មវិធី CalWORKs (Welfare-to-Work) (កម្មវិធីឱកាសការងារនិងការទទួលខុសត្រូវចំពោះកូនក្មេងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា)

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន cash aid អ្នកចាំបាច់ត្រូវចូលរួមក្នុងកម្មវិធីWelfare-to-Work (WTW) លើកលែងករណីដែលអ្នកត្រូវបានលើកលែង។

អាជ្ញាធរតំបន់នឹងប្រាប់អ្នកដឹងថាអ្នកត្រូវបានលើកលែងពីWTW ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានធ្វើសកម្មភាពដែលត្រូវបានដាក់ជូន cash aid របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់។

## CalWORKs - ផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប

សមាជិកគ្រួសារដែលពេញវ័យគ្រប់រូបដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន cash aid ចាំបាច់ត្រូវផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប។

ប្រសិនបើបុគ្គលណាម្នាក់ដែលត្រូវបានតម្រូវឱ្យសហការអនុវត្តតាមវិធាននេះមិនបានផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូបគ្រួសារទាំងមូលនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។

ការផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូបគឺជាសកម្មភាពរក្សាការសម្ងាត់ហើយអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង្ការ ឬផ្ដន្ទាទោសអំពើពន់បាក់អត្ថប្រយោជន៍សុខុមាលភាពតែប៉ុណ្ណោះ។

## តើខ្ញុំទទួលបាន/ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច ?

### កម្មវិធី CalFresh និង cash aid ៖

- អាជ្ញាធរតំបន់នឹងធ្វើ ឬប្រគល់កាតអត្ថប្រយោជន៍អេឡិចត្រូនិក(EBT) ជូនអ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកាតនៅពេលអ្នកទទួលបាន។ អ្នកនឹងតំណត់លេខអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនដើម្បីដកប្រាក់ចេញពីម៉ាស៊ីនអេតិម(ATM) ឬដើម្បីទិញអាហារនិង/ ឬវត្ថុផ្សេងៗ។
- ប្រសិនបើកាត EBT របស់អ្នកបាត់ត្រូវបានលួចបំផ្លាញ ឬអ្នកយល់ថាមានគេដឹងពីលេខ PIN របស់អ្នកដែលបណ្តាលឱ្យអ្នកលែងចង់ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសូមទាក់ទងលេខ (877) 328-9677 ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ County ភ្លាមៗដើម្បីរាយការណ៍ពីបញ្ហានេះហើយប្តូរលេខ PIN របស់អ្នក។  
គួរចងចាំថាមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវនិងតំណាងពេញសិទ្ធិទាំងអស់ដឹងពីរបៀបរាយការណ៍ពីបញ្ហាទាំងនេះភ្លាមៗ។  
អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកមុនពេលអ្នករាយការណ៍ពីការបាត់ ឬលួចកាត EBT ឬលេខ PIN នឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។
- អ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកដើម្បីទិញអាហារស្ទើរគ្រប់មុខគ្រាប់ពូជនិងវត្ថុផ្សេងៗដើម្បីដាំដុះអាហារខ្លួនឯង។ អ្នកមិនអាចទិញគ្រឿងស្រវឹងថ្នាំដុះអាហារសត្វចិញ្ចឹមអាហារចម្រុះស្រាប់មួយចំនួន ឬទំនិញផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាអាហារ (ដូចជាថ្នាំដុះស្រូវស្រែស្រែដុះខ្លួន ឬក្រដាសអនាម័យ)។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ត្រូវបានទទួលបាននៅតាមបណ្តាហាងលក់ទំនិញប្រចាំថ្ងៃនិងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលលក់អាហារ។ cash aid អាចប្រើបាននៅតាមហាងនិង ATM ភាគច្រើន។ ការដកប្រាក់អាចត្រូវបានគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកដកប្រាក់ចេញពី ATM បាន ដង្កូចហើយ។ ដើម្បីមើលបញ្ជីរាយឈ្មោះទីតាំងដែលនៅក្បែរអ្នកដែលទទួលបានកាត EBT សូមចូលទៅកាន់ <https://www.ebt.ca.gov> ឬ <https://www.snapfresh.org> អ្នកក៏អាចពិនិត្យកម្រៃលើទីតាំង ដែលអ្នកអាចដកប្រាក់ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh គឺសម្រាប់អ្នកនិងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។ cash aid របស់អ្នកគឺសម្រាប់អ្នកនិងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបានឯកភាពផ្តល់ជូនតែប៉ុណ្ណោះ។ cash aid ត្រូវបានផ្តល់ជូនដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបំពេញតម្រូវការមូលដ្ឋាននៃគ្រួសាររបស់អ្នក (ផ្ទះ អាហារ សម្លៀកបំពាក់។ ល។ )។ សូមរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឱ្យបានគង់វង្ស។ ចូរកុំបាត់លេខ PIN របស់អ្នក។ សូមកុំដាក់លេខ PIN របស់អ្នកនៅជាមួយកាត EBT របស់អ្នក។
- ការប្រើកាត EBT ដោយអ្នកសមាជិកគ្រួសារតំណាងពេញសិទ្ធិ ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកបានឱ្យកាត EBT របស់អ្នកនិងលេខ PIN ដោយស្ម័គ្រចិត្តនឹងត្រូវចាត់ទុកថាមានការឯកភាពរបស់អ្នកហើយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។

### កម្មវិធី Medi-Cal និង Health Care ៖

- សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបានកាតអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍មួយ(BIC)។
  - ចុះហត្ថលេខាលើកាត BIC របស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានវា ហើយត្រូវប្រើវាដើម្បីទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់តែប៉ុណ្ណោះ។
  - មិនត្រូវបោះចោលកាត BIC របស់អ្នកជាដាច់ខាត។ (លើកលែងយើងខ្ញុំផ្តល់កាត BIC ថ្មីជូនអ្នក)។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរក្សាទុកកាត BIC របស់អ្នកបើទោះបីជាអ្នកយប់ប្រើ Medi-Cal ក៏ដោយ។ អ្នកអាចប្រើកាត BIC តែមួយប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន cash aid ឬ Medi-Cal ម្តងទៀត។
  - បង្ហាញកាត BIC នៅទីតាំងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនៅពេលអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកលឃឹ ឬមានការណាត់ជួប។
  - បង្ហាញកាត BIC នៅទីតាំងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលបានព្យាបាលអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ឱ្យបានឆាប់រហ័សបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបានក្រោយហេតុការណ៍បន្ទាន់បានកើតឡើង។
- សម្រាប់កម្មវិធីថែទាំសុខភាពដទៃទៀតអ្នកនឹងទទួលបានកាតគម្រោងសុខភាពមួយពីស្ថាប័នដែលទទួលបន្ទុក។

## សូមទទួលបានហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង

សូមប្រើប៊ិចពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌ខៀវ ពីព្រោះវាងាយស្រួលអាននិងថតចម្លងបានល្អបំផុត។ សូមសរសេរចម្លើយរបស់លោកអ្នកជាអក្សរពុម្ព។  
 ក្នុងការឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងសរសេរបន្ថែមសូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែមដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម។  
 សូមប្រាកដថាត្រូវកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណួរណាមួយដែលលោកអ្នកកំពុងសរសេរទាក់ទងនឹងសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមនោះ។

**1. ព័ត៌មានអ្នកស្នើសុំ**

ឈ្មោះ: (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល) ឈ្មោះផ្សេងទៀត (នាមត្រកូលស្រ្តីមុនរៀបការ ឈ្មោះហៅក្រៅ ។ល។) លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន ហើយក៏ផ្តល់ដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍)

អាសយដ្ឋាន ឬផ្លូវទៅកាន់ផ្ទះរបស់លោកអ្នក	ផ្ទះលេខ	ទីក្រុង	ខោនធី	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
អាសយដ្ឋាន (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)	ផ្ទះលេខ	ទីក្រុង	ខោនធី	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍

ខ្ញុំចង់ទទួលព័ត៌មានអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។  បាទ/ចាស  ទេ ខ្ញុំចង់ទទួលសារអំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។  បាទ/ចាស  ទេ

ទូរស័ព្ទផ្ទះ: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួស/សារ \_\_\_\_\_ អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីអ្វី?  
 CalFresh (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម)  
 Cash Aid (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់)  ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព

តើលោកអ្នកមានពិការភាពហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងឬ?  បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** សូមឲ្យ County ដឹងក្លាយប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដើម្បីពួកគេអាចជួយដោះស្រាយអាសយដ្ឋានប្រើក្នុងការទទួលស្គាល់ការដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលបានជូនដំណឹងពី County អំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

តើលោកអ្នកចង់អានភាសាអ្វី (ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស)? \_\_\_\_\_  
 តើលោកអ្នកចង់និយាយភាសាអ្វី (ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស)? \_\_\_\_\_

County និងផ្តល់អ្នកប្រែប្រួលលោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ ឬពិបាកស្តាប់ សូមគូសនៅទីនេះ:

តើចំណូលដុល្លារនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាង150ដុល្លារ ហើយគិតសាច់ប្រាក់ក្នុងដៃគណនីចរន្ត និងគណនីសន្សំមានទឹកប្រាក់ចំនួន100ដុល្លារឬតិចជាងនេះឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើសេវាសាធារណៈរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបិទ ឬតើលោកអ្នកបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការបិទឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើចំណូលដុល្លាររួមបញ្ចូលគ្នានៃគ្រួសារ និងធនធានរបស់លោកអ្នកមានចំនួន តិចជាងថ្លៃជួលផ្ទះសំបែងប្រាក់កម្ចីធនាគារ និងថ្លៃសេវាសាធារណៈរួមបញ្ចូលគ្នាឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើលោកអ្នកអត់ស្បៀងអាហារក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃប្រចាំថ្ងៃនេះឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនអន្តោប្រវេសន៍/កម្មករតាមរដ្ឋកាល/កសិករដែល មានធនធានរមិនលើស100ដុល្លារឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដឹកជញ្ជូនស្បៀងអាហារ សម្លៀកបំពាក់ការថែទាំសុខភាព ឬបញ្ហាគ្រោះអាសន្នផ្សេងទៀតឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើលោកអ្នកមានការជូនដំណឹងអំពីការបណ្តេញចេញ ឬការជូនដំណឹងអំពីការបង់ប្រាក់ល្បួលផ្ទះ ឬការជូនដំណឹងឲ្យចាកចេញឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើលោកអ្នកត្រូវការសម្លៀកបំពាក់សំខាន់ ដូចជាកន្ទុយកូនដីក ឬសម្លៀកបំពាក់ចាំបាច់សម្រាប់រដូវរងារឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

តើអ្នកណាម្នាក់មានថ្លៃពោះឬ?  បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើ**បាទ/ចាស** តើនាងមានប័ណ្ណសន្តតមានសិទ្ធិជាមុន (Presumptive Eligibility Card) ទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងខ្នងផ្ទះរបស់លោកអ្នកមានបញ្ហាបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួនទេ?  បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** ចូរគូសក្នុងប្រអប់:  មានថ្លៃពោះ:  តម្រូវការចាំបាច់បន្ទាន់ផ្នែកសុខភាព  ការបំពានចំពោះក្មេង  អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ  ការបំពានទៅលើមនុស្សចាស់  បញ្ហាបន្ទាន់ផ្សេងទៀតដែលគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពចូលនូវលះ

- តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ក្រោមទោសទណ្ឌនៃការនិយាយកុហក (ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត) ខ្ញុំយល់ថា៖
- ខ្ញុំអានឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ និងចម្លើយរបស់ខ្ញុំទៅនឹងសំណួរទាំងនេះក្នុងពាក្យសុំនេះ។
  - ចម្លើយរបស់ខ្ញុំចំពោះសំណួរទាំងឡាយគឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញតាមការយល់ដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។
  - ចម្លើយទាំងឡាយដែលខ្ញុំអាចនឹងផ្តល់សម្រាប់ដំណើរការពាក្យសុំនេះ នឹងជាការពិតប្រាកដហើយបំពេញទៅតាមការយល់ដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។
  - ខ្ញុំបានអានឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់ ហើយខ្ញុំយល់និងយល់ព្រមចំពោះសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវ (វិធាននៃកម្មវិធីទី១)។
  - ខ្ញុំបានអានឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវវិធាននៃកម្មវិធីនិងទណ្ឌកម្ម (វិធាននៃកម្មវិធីទី១ ២-4)។
  - ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយឬនាំឲ្យកាន់ប្រទ្ប ឬការផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ លាក់បាំង ឬមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានពិតដើម្បីបង្កើតភាពមានសិទ្ធិគឺជាអំពើបាត់បង់ការពារ ហើយខ្ញុំយល់ថាអំពើទាំងនេះត្រូវអនុលោមតាមទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដ។ ការក្លែងបន្លំនេះអាចបង្កជាគណៈពិបាកស្របច្បាប់ដែលត្រូវប្តឹងចំពោះរូបខ្ញុំនិង/ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានរារាំងមួយរយៈ (ឬមួយជីវិត) ពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី CalFresh និងកម្មវិធីជំនួយCash aid។
  - ខ្ញុំយល់ថាលេខសន្តិសុខសង្គម ឬស្រ្តី-អន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ អាចនឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលតាមការតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។
  - ខ្ញុំកំពុងផ្តល់សិទ្ធិដល់ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal ក្នុងការតាមដាននិងទទួលបានព័ត៌មាននិងសុខភាពផ្សេងទៀតដំណោះស្រាយច្បាប់ ឬពិភាក្សាបីដំបូងទៅតាម។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំអាណាព្យាបាល (ឬសមាជិកមនុស្សពេញវ័យនៃគ្រួសារ/តំណាងទទួលសិទ្ធិអន្តោក \*អាណាព្យាបាល)

**\*ប្រសិនបើលោកអ្នកមានតំណាងទទួលសិទ្ធិអន្តោកសូមបំពេញសំណួរ 2 នៅលើទំព័រឆ្លាស់។**

ហត្ថលេខាប្តីឬប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត មនុស្សពេញវ័យជាជំនួយផ្សេងទៀត ឬដៃគូក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះ



**2. តំណាងទទួលសិទ្ធិខ្លួនឯង៖**

លោកអ្នកអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកណាម្នាក់ដែលមានអាយុ 18ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះជួយដល់ខ្លួនឯងរបស់លោកអ្នកជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី CalFresh ។ មនុស្សម្នាក់នេះក៏អាចនិយាយតំណាងឱ្យលោកអ្នកបានផងដែរនៅក្នុងបទពិសោធន៍ជួយបំពេញទម្រង់បែបបទដល់លោកអ្នកទិញវ៉ាន់សម្រាប់លោកអ្នក។ លោកអ្នកត្រូវតែសងនូវអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលលោកអ្នកអាចទទួលបានដោយកំហុសដោយសារមនុស្សម្នាក់នេះផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យ County ហើយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលលោកអ្នកមិនចង់ឱ្យពួកគេចំណាយនឹងមិនត្រូវដាក់ជំនួសវិញទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគឺជាតំណាងទទួលសិទ្ធិលោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដល់ County សម្រាប់ខ្លួនអ្នកនិងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

តើលោកអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះអ្នកណាម្នាក់ដើម្បីឱ្យគាត់ជួយលោកអ្នកជាមួយនឹងករណី CalFresh របស់លោកអ្នកទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះ៖

ឈ្មោះអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិ	លេខទូរស័ព្ទនៃអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិ
--------------------------	----------------------------------

តើលោកអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះអ្នកណាម្នាក់ដើម្បីឱ្យគាត់ទទួលនិងចំណាយអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី CalFresh របស់លោកអ្នកសម្រាប់ខ្លួនឯងលោកអ្នកទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ:	លេខទូរស័ព្ទ
--------	-------------

អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
-----------	---------	------	--------------



**2a. តំណាងទទួលសិទ្ធិធានារ៉ាប់រងសុខភាព**

លោកអ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់អ្នកដែលលោកអ្នកទុកចិត្តម្នាក់ក្នុងការនិយាយអំពីការដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមើលព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកនិងធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់លោកអ្នកអំពីផ្នែកនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ តើលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសតំណាងទទួលសិទ្ធិម្នាក់សម្រាប់ផ្នែកនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** ចូរបំពេញព័ត៌មានក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី១។



**3. តើលោកអ្នកឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌាឬកំណើតអាឡាស្កាទេ?  បាទ/ចាស  ទេ**  
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**, ហើយដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រងសុខភាពចូរបន្តទៅកាន់ឧបសម្ព័ន្ធទី២សម្រាប់សំណួរបន្ថែម។



**សញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធ**



ព័ត៌មានអំពីសញ្ជាតិនិងជាតិពន្ធគឺជាជម្រើស។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានស្នើសុំដើម្បីធានាដល់ការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាក់ទងនឹងសញ្ជាតិពណ៌សម្បុរជាតិកំណើត។ ចម្លើយរបស់លោកអ្នកមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ទេ។ ចូរពិនិត្យគ្រប់ចំនុចមើលទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះលោកអ្នក។ ច្បាប់ចម្រងថា County ត្រូវតែគាំទ្រក្រុមជាតិពន្ធនិងសញ្ជាតិរបស់លោកអ្នក។  
 ចូរពិនិត្យប្រអប់នេះប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ County អំពីសញ្ជាតិនិងជាតិពន្ធរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ County នឹងបញ្ចូលព័ត៌មាននេះសម្រាប់ស្ថិតិនៃសិទ្ធិពលរដ្ឋប៉ុណ្ណោះ។

ជាតិពន្ធ	តើលោកអ្នកជាជនជាតិអាស្បាយឡាទីណូឬកំណើតអាស្បាយឡា? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ប្រសិនបើលោកអ្នកជាជនជាតិអាស្បាយឡាទីណូតើលោកអ្នកចាត់ទុកខ្លួនឯងជា៖ <input type="checkbox"/> ជនជាតិម៉ិចស៊ិកូ <input type="checkbox"/> ជនជាតិព័រតូរីកូ <input type="checkbox"/> គុយបា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____
----------	--	--

**សញ្ជាតិកំណើត/ជាតិពន្ធ**



- ស្បែកស  អាមេរិកាំងឥណ្ឌាឬកំណើតអាឡាស្កា  អាមេរិកាំងស្បែកខ្មៅឬអាហ្វ្រិក  ផ្សេងទៀតឬចម្រុះជាតិសាសន៍ \_\_\_\_\_
- ជនជាតិអាស៊ី (បើបានពិនិត្យច្បាស់ជ្រើសរើសជនជាតិមួយឬច្រើនដូចខាងក្រោម៖
- ហ្វីលីពីន  ចិន  ជប៉ុន  កម្ពុជា  កូរ៉េ  វៀតណាម  ឥណ្ឌាអាស៊ី  ឡាវ
- ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់) \_\_\_\_\_
- កំណើតហាវី ឬប្រជាជនរស់នៅកោះប៉ាស៊ីហ្វិក (បើបានពិនិត្យច្បាស់ជ្រើសរើសជនជាតិមួយឬច្រើនដូចខាងក្រោម៖  កំណើតហាវី
- ជនជាតិហ្គាមេនេឡា ឬ កាម្លឺ  ជនជាតិសាម៉ូ



**4. ការចង់បានកិច្ចសម្ភាសន៍**

លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកនិងដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ Cash Aid ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី CalFresh ។ កិច្ចសម្ភាសន៍សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ជាធម្មតាធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទរៀងរាល់ថ្ងៃលើលេខលោកអ្នកអាចត្រូវបានធ្វើសម្ភាសន៍នៅពេលណាពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកដាក់ទៅ County ដោយផ្ទាល់ប្រចុងសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធី Cash Aid ត្រូវតែធ្វើសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធី CalWORKs និង CalFresh ការសម្ភាសន៍ក្នុងកម្មវិធី CalFresh របស់លោកអ្នកនឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងពេលតែមួយដូចការសម្ភាសន៍លោកអ្នកក្នុងកម្មវិធី CalWORKs ក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតាដែរ។

- សូមពិនិត្យមើលប្រអប់នេះប្រសិនបើលោកអ្នកនឹងធ្វើសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ។
- សូមពិនិត្យមើលប្រអប់នេះប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការរៀបចំផ្សេងដោយសារពិការភាព។



**5. កម្មវិធីផ្សេងទៀត**

តើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងខ្លួនឯងរបស់លោកអ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈទេ (ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រ Tribal TANF, Medicaid, កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម ប្រៃសណីយ៍សម្រាប់ជនក្រីក្រទិញស្បៀងអាហារ) ជំនួយទូទៅ/ជំនួយសង្គ្រោះទូទៅ។ ល។ )?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នកណា?	កន្លែងណា (ខោនធីរដ្ឋ)?
ប្រសិនបើឆ្លើយ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នកណា?	កន្លែងណា (ខោនធីរដ្ឋ)?