ការដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ CALFRESH (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម) , CASH AID (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់) , និង/ឬ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព/MEDI-CAL

ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ ឬត្រូវការជំនួយចំពោះការដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមប្រាប់ឲ្យក្រសួងសុខុមាលភាពខោនធី (County) ដឹងហើយគេនឹងជួយលោកអ្នកបាន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់និយាយអាន ឬសរសេរជាភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស County នឹងឲ្យអ្នកណាម្នាក់ជួយលោកអ្នកដោយមិនឲ្យលោកអ្នកបង់ចំណាយអ្វីទេ។

តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យតាមវិធីណា?

ប្រើពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយស្បៀងអាហារ (CalFresh), Cash aid (ឱកាសការងាររដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា និងការទទួលខុសត្រូវចំពោះកូនក្មេង ឬជំនួយសាច់ប្រាក់សម្រាប់ជនភៀសខ្លួន) Medi-Cal និង/ឬកម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំតែជំនួយ CalFresh លោកអ្នកអាចសុំ County នូវពាក្យសុំ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ។ CalFresh គឺជាកម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារជួយឲ្យលោកអ្នកក្នុងការទិញស្បៀងអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំតែការថែទាំសុខភាពលោកអ្នកអាចសុំ County នូវពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពប៉ុណ្ណោះ។ ការថែទាំសុខភាពរួមមាន៖ ការចំណាយលើការធានារ៉ាប់ទាបសម្រាប់ Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលអាចមានលទ្ធភាពទិញបាន ឬតណាទានពន្ធដាដែលអាចជួយឲ្យលោកអ្នកបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ ចូរកុំប្រើពាក្យសុំនេះប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែថែទាំសុខភាពប៉ុណ្ណោះនោះ។

លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសម្រាប់កម្មវិធីទាំងនេះ តាមអនឡាញដោយចូលទៅកាន់ http://www.benefitscal.org/ ។

- ចូរបំពេញទម្រង់បែបបទទាំងមូល ប្រសិនបើលោកអ្នកអាចធ្វើទៅបាន។ យ៉ាងហោចណាស់លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ឈ្មោះ, អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក (សំណួរទីមួយលើទំព័រទី1 នៃពាក្យសុំ) ដើម្បីចាប់ផ្តើមកិច្ចដំណើរការពាក្យសុំសម្រាប់ CalFresh ។ សម្រាប់ cash aid លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញសំណួរទី១រហូតដល់សំណួរទី5 លើទំព័រទី1 និងទំព័រទី2 នៃពាក្យសុំ ហើយចុះហត្ថលេខាលើវាដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការពាក្យស្នើសុំ។
- កម្មវិធីនីមួយៗមាននិមិត្តសញ្ញាមួយ (ដូចបានបង្ហាញនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រនេះ) ដែលបង្ហាញនូវសំណួរណាទាក់ទងនឹងកម្មវិធីណា។ សម្រាប់កម្មវិធី cash aid វាជានិមិត្តសញ្ញាលុយដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh វាជានិមិត្តសញ្ញារទេះរុញដើរទិញតំវ៉ាន់ហើយសម្រាប់ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពវាជាសញ្ញាឡានពេទ្យ។ ជាឧទាហរណ៍ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ពាក្យស្នើ cash aid លោកអ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរដែលមាននិមិត្តសញ្ញាលុយដុល្លារទេ។
- ដាក់ពាក្យសុំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ County តាមរយៈសំបុត្រហ្វាក់ ឬអនឡាញ។
- ថ្ងៃដែល County ទទួលពាក្យសុំមានចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នកគឺជាថ្ងៃចាប់ផ្តើមផ្តល់ចម្លើយដល់លោកអ្នកថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងបិតនៅក្នុងស្ថាប័នមួយពេលវេលានេះចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកចាកចេញ។

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីបន្ទាប់?

- អានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក (ទំព័ររៀបរាប់អំពីវិធាននៃកម្មវិធី) មុនពេលលោកអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ។
- លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើបទសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការអាចមានការរៀបចំផ្សេងសម្រាប់លោកអ្នក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានបំពេញពាក្យសុំទាំងអស់ លោកអ្នកអាចបំពេញវាក្នុងអំឡុងពេលនៃការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក។
- លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលការចំណាយនិងស្ថានភាពផ្សេងទៀតដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិឬយ៉ាងណា។

តើត្រូវចំណាយពេលយូរប៉ុនណា?

វាអាចចំណាយពេលយូររហូតដល់30ថ្ងៃដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំ CalFresh របស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ការស្នើសុំ cash aid និង Medi-Cal អាចចំណាយពេលយូររហូតដល់45ថ្ងៃ។ សួរ County អំពីរបៀបលោកអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬការថែទាំសុខភាពភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាបន្ទាន់។

លោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី CalFresh ក្នុងរយៈពេល3ថ្ងៃតាមប្រតិទិនប្រសិនបើ៖

- ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ទុក) មានចំនួនតិចជាង $150 ហើយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកនៅក្នុងដៃ ឬគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំមានចំនួនតិចជាង $100 ឬ
- ការចំណាយលើទីជម្រកនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ថ្លៃឈ្នួល/ប្រាក់កម្ចីធនាគារ និងសេវាសាធារណៈ) តិចជាងប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែរបស់លោកអ្នក និងទឹកប្រាក់ក្នុងគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំឬ
- លោកអ្នកគឺជាជនអន្តោប្រវេសន៍ ឬកសិករធ្វើការតាមរដូវកាលក្នុងគ្រួសារដែលមានប្រាក់ចំណូល ឬប្រាក់សន្សំតិចជាង $100ដុល្លារ និង 1) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬ 2) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើម ប៉ុន្តែលោកអ្នកមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានច្រើនជាង $25 ក្នុងរយៈពេល 10ថ្ងៃក្រោយ។

សម្រាប់ cash aid លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយជាបន្ទាន់ប្រសិនបើ៖

- លោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង ឬមានការជូនដំណឹងអំពីការបណ្តេញចេញពីផ្ទះសំបែង ឬការជូនដំណឹងអំពីការបង់ប្រាក់ថ្លៃឈ្នួល ឬការជូនដំណឹងការរើផ្ទះ ឬ
- ស្បៀងអាហាររបស់លោកអ្នកនឹងអស់ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃ ឬ
- ការទទួលសេវាសាធារណៈរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបិទ ឬនឹងត្រូវបិទ ឬ
- លោកអ្នកមិនមានសម្លៀកបំពាក់ឬកន្ទបកូនងែត ឬ
- លោកអ្នកមានបញ្ហាគ្រាអាសន្នមួយប្រភេទផ្សេងទៀតដែលសំខាន់ដល់សុខភាពនិងសុវត្ថិភាព។

ទំព័រព័ត៌មាន-សូមយកនិងរក្សាទុកជាឯកសាររបស់លោកអ្នក។

ដើម្បីជួយដល់ County ពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កាន់តែឆាប់រហ័សឬយ៉ាងណាសូមបំពេញសំណួរ 1, 6 រហូតដល់9, 15 និង 24 ហើយផ្តល់ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណទៅ County របស់លោកអ្នក (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន) ជាមួយពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

County នឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នកដើម្បីឲ្យលោកអ្នកដឹងថាតើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវបានឯកភាព ឬបដិសេធចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីទៀតសម្រាប់ការធ្វើសម្គាសន៍របស់ខ្ញុំ?

ដើម្បីជៀសវាងភាពយឺតយ៉ាវ សូមនាំយកភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ពីរបស់ខ្លួនដូចខាងក្រោមមកជាមួយសម្រាប់ការធ្វើសម្គាសន៍លោកអ្នក។ សូមរក្សាការសម្គាសន៍របស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ក៏ដោយ។ County អាចជួយលោកអ្នកបាន ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយរកភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់។ ក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចសន្ទនា County នឹងពិនិត្យព័ត៌មានលើពាក្យសុំ ហើយនឹងស្នើឲ្យលោកអ្នកសួរសំណួរដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងបរិមាណនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកអាចទទួលបានឬយ៉ាងណា។

ភ័ស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍

- អត្តសញ្ញាណ (ប័ណ្ណបើកបរអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋលិខិតឆ្លងដែន)។
- សំបុត្រកំណើតសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ។
- ភ័ស្តុតាងទីកន្លែងដែលលោកអ្នករស់នៅ (កិច្ចព្រមព្រៀងជួល, វិក័យបត្រថ្មីៗដែលមានអាសយដ្ឋានរបស់លោកអ្នក)។
- លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ (ចូរមើលកំណត់សម្គាល់ខាងក្រោមអំពីភាពមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដ)។
- លុយនៅក្នុងធនាគារសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (របាយការណ៍ពីធនាគារថ្មីៗ)។
- ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកសម្រាប់រយៈពេល 30ថ្ងៃកន្លងទៅ (កន្ទុយសែកបង់ប្រាក់ថ្មីៗលិខិតការងារពីនិយោជក)។
  កំណត់សម្គាល់: ប្រសិនបើបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង ប្រាក់ចំណូលនិងការចំណាយឬឯកសារពន្ធ។
- ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក (អត្ថប្រយោជន៍នៃភាពគ្មានការងារធ្វើ, SSI, សន្តិសុខសង្គម, អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន, អាហារកិច្ចក្មេង, សំណងកម្មករ, ជំនួយឬប្រាក់កម្ចីរបស់សាលា, ប្រាក់ចំណូលពីថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ ។ ល។)។
- ហានៈស្របច្បាប់នៃការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋស្របច្បាប់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍**តែប៉ុណ្ណោះ** (ប័ណ្ណចុះឈ្មោះជនបរទេស, ទិដ្ឋាការ)។
  កំណត់សម្គាល់: អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដដាក់ពាក្យសុំហានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដោយផ្អែកលើអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ, ការកាត់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្ម, ឬការរត់ពន្ធមិនត្រូវការភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់បញ្ជានេះទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមផងដែរ។

ភ័ស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី CalFresh <u>បន្ថែម</u>

- ការចំណាយលើទីជម្រក (បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់ឈ្នួល, វិក្កយបត្របង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ, វិក្កយបត្របង់ពន្ធអចលនទ្រព្យ, ឯកសារធានារ៉ាប់រង)។
- ចំណាយលើការប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទនិងសេវាសាធារណៈ។
- ចំណាយថ្លៃពេទ្យសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលចាស់ជរា (អាយុ 60 និងចាស់ជាង) ឬពិការ។
- ចំណាយលើការចិញ្ចឹមកូនក្មេងនិងមនុស្សពេញវ័យ ដោយសារអ្នកណាម្នាក់ធ្វើការ, ស្វែងរកការងារ, ការចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាល ឬសាលារៀន, ឬការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពការងារដែលបានតម្រូវ។
- អាហារកិច្ចកូនដែលបង់ដោយមនុស្សម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

ភ័ស្តុតាងបន្ថែមត្រូវការសម្រាប់ការចំណាយលើសុខភាព

- ព័ត៌មានអំពីការងារទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានសម្រាប់គ្រួសារលោកអ្នក។
- ចំនួនគោលនយោបាយសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីៗណាមួយ។

ភ័ស្តុតាងបន្ថែមដែលត្រូវការសម្រាប់ Cash Aid

- ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការសម្រាប់កូនក្មេងអាយុ 6 ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះ។
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តសម្រាប់យានយន្តជាកម្មសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកឬរបស់អ្នកណាម្នាក់ដែលលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះបញ្ជីយានយន្តនោះ។

តើធ្វើយ៉ាងម៉េចប្រសិនបើខ្ញុំគ្មានផ្ទះសំបង?

សូមឲ្យ County ដឹងភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដើម្បីគេអាចជួយកំណត់រកអាសយដ្ឋានប្រើប្រាស់ក្នុងការទទួលយកការដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលការជូនដំណឹងពី County ទាក់ទងនឹងករណីរបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh និង cash aid គ្មានផ្ទះសំបែងគឺមានន័យថាលោកអ្នក៖

A. កំពុងស្នាក់នៅក្នុងទីជម្រកដែលមានការគ្រប់គ្រង, Halfway house ឬទីកន្លែងស្រដៀងគ្នានេះ។
B. ស្នាក់នៅផ្ទះរបស់មនុស្សម្នាក់ ឬគ្រួសារផ្សេងទៀត អស់រយៈពេលច្រើនជាង 90ថ្ងៃជាប់គ្នា។
C. ស្នាក់នៅកន្លែងមួយមិនបានកំណត់ឬធម្មតាជាកន្លែងដែលបានប្រើប្រាស់ជាកន្លែងសម្រាប់ដេក (ផ្លូវដើរ, ស្ថានីយរថយន្តក្រុង, កន្លែងទទួលភ្ញៀវឬកន្លែងស្រដៀងគ្នាៗនេះ)។

ទំព័រព័ត៌មាន - សូមយកនិងរក្សាទុកឯកសាររបស់លោកអ្នក។

សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវ

អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវ៖

- ផ្តល់ជូន County នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់សម្រាប់កំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។
- ផ្តល់ជូន County នូវភ័ស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកមាននៅពេលចាំបាច់។
- រាយការណ៍ពីការកែប្រែតាមការតម្រូវ។ County នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីខ្លឹមសារពេលវេលា និងរបៀបរាយការណ៍។ សម្រាប់កម្មវិធីCalFresh (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម) និង cash aid (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់) ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវស្តីពីការរាយការណ៍ពីគ្រួសាររបស់អ្នក
  ករណីរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបិទឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។
- ស្វែងរកទទួលយកនិងរក្សាការងារមួយឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាពផ្សេងៗ ប្រសិនបើ County ប្រាប់អ្នកថាវាចាំបាច់សម្រាប់ករណីរបស់អ្នក។
- សហការពេញលេញជាមួយមន្ត្រីនៃបុគ្គលិករបស់ County រដ្ឋឬសហព័ន្ធ 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 ឬស្វែងរកភ័ស្តុតាងដែលអ្នកត្រូវការនិងស្នើសុំការពន្យល់អំពីវិធាននានា។
- ត្រូវបានទទួលភាក់ទាក់ប្រកបដោយសុជីវធម៌ការរាប់អាននិងការគោរពហើយមិនត្រូវបានរើសអើង។
- ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល 3ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសេវាឆាប់រហ័ស (Expedited Service)។
- ទទួលបាន cash aid ក្នុងរយៈពេល 1ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់តម្រូវការបន្ទាន់ (Immediate Need)។
- ត្រូវបានសំភាសន៍ក្នុងរយៈពេលមួយសមហេតុផលដោយ County នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ហើយលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវកំណត់ក្នុងរយៈពេល 30ថ្ងៃសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ឬ
  45ថ្ងៃសម្រាប់កម្មវិធីcash aid និងកម្មវិធី Medi-Cal។
- មានរយៈពេលយ៉ាងតិច 10ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ភ័ស្តុតាងជូន County ដែលចាំបាច់សម្រាប់ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ។
- ទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សររយៈពេលយ៉ាងតិច 10ថ្ងៃមុនពេល County កាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh និង cash aid របស់អ្នក។
- ពិភាក្សាជាមួយ County អំពីករណីរបស់អ្នកហើយត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នកនៅពេលត្រូវបានស្នើសុំឲ្យធ្វើដូច្នេះ។
- ស្នើសុំធ្វើសវនការថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ County ចំពោះករណីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនការមួយមុនចំណាត់ការលើករណីរបស់អ្នក
  អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវនៅដដែលរហូតដល់ពេលធ្វើសវនការ ឬនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់របស់អ្នក អាស្រ័យលើករណីមួយណាដែលកើតឡើងមុន។ អ្នកអាចស្នើសុំឲ្យ County
  កែប្រែអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នករហូតដល់ក្រោយពេលសវនការដើម្បីចៀសវាងត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលបានបើកលើស។ ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល វិនិច្ឆ័យឲ្យអ្នកឈ្នះនោះ County
  នឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលត្រូវបានកាត់ចេញវិញ។
- សាកសួរអំពីសិទ្ធិឡើងសវនការរបស់អ្នក ឬស្នើសុំសេវាប្រឹក្សាច្បាប់តាមរយៈទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ **1-800-952-5253** ឬលេខ**1-800-952-8349**
  សម្រាប់បុគ្គលមានបញ្ហាខាងផ្នែកស្តាប់ឬនិយាយដែលត្រូវប្រើឧបករណ៍ TDD។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់
  ឬសិទ្ធិសុខុមាលភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។
- នាំមិត្តម្នាក់ ឬបុគ្គលណាម្នាក់មកចូលសវនការជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់មកម្នាក់ឯង។
- ស្នើសុំជំនួយពី County ដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត។
- រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនត្រូវបានតម្រូវឲ្យរាយការណ៍ប្រសិនបើវាអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬ CalFresh ឬ cash aidរបស់អ្នក។
- ផ្តល់ភ័ស្តុតាងស្តីពីការចំណាយក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអាចជួយឲ្យអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh កាន់តែច្រើន។ ការមិនបានផ្តល់ភ័ស្តុតាងដល់ County
  មានន័យថាអ្នកគ្មានការចំណាយទាំងនោះ ហើយអ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh បន្ថែមទេ។
- ជូនដំណឹងដល់ County ប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យបុគ្គលណាមួយប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក ឬជួយក្នុងករណីកម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក
  (អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធ)។

  អ្នកក៏ផ្តល់សិទ្ធិផងដែរដល់ទីភ្នាក់ងារកម្មវិធី Medi-Cal ក្នុងការស្វែងរកនិងទទួលយកការគាំទ្រផ្នែកថែទាំសុខភាពពីសហព័ទ្ធ ឬឪពុក/ម្តាយ។
  ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាការសហការដើម្បីប្រមូលយកការគាំទ្រផ្នែកថែទាំសុខភាពនឹងបង្ករគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកនោះ អ្នកអាចប្រាប់ដល់ទីភ្នាក់ងារកម្មវិធី Medi-Cal
  ហើយអ្នកអាចនឹងមិនចាំបាច់សហការឡើយ។

សូមទទួលយកនិងរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង។

វិធានកម្មវិធីនិងការពិន័យ

អ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាកំពុងប្រព្រឹត្តបទល្មើស ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតឬខុស ឬមានចេតនាមិនផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ដើម្បីព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី CalFresh, cash aid, និង Medi-Cal ដែលអ្នកមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ឬដើម្បីជួយឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលអ្នកទទួលបាន ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើទង្វើនេះដោយចេតនា ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាង $950 ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាននោះ អ្នកត្រូវជាប់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ។

សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh៖ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាប្រសិនបើខ្ញុំប្រព្រឹត្តបទល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនាតាមរយៈសកម្មភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖	**ខ្ញុំអាច .....**
• លាក់បាំងព័ត៌មានឬធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត។ • ប្រើកាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អេឡិចត្រូនិក (EBT) ដែលជារបស់បុគ្គលណាមួយផ្សេងឬឲ្យបុគ្គលណាមួយផ្សេងប្រើកាតរបស់ខ្ញុំ • ប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ទិញគ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំជក់ • ជួញដូរលក់ឬជួនជាអំណោយនូវអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFreshឬកាត EBT	• បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 12ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី1 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី2 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទី3 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ • ត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ទៅ $250,000 និងជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ទៅ 20ឆ្នាំឬទាំងពីរ
• ជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដើម្បីទទួលបានសារធាតុហាមឃាត់ ដូចជាគ្រឿងញៀន	• បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី1 • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទី2។
• ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតស្តីពីអត្តសញ្ញាណរបស់ខ្ញុំ និងទីលំនៅរបស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh បន្ថែម	• បបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 10ឆ្នាំរៀងរាល់ពេលប្រព្រឹត្តបទល្មើសម្តង
• ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទជួញដូរឬលក់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFreshដែលមានតម្លៃច្រើនជាង $500 ឬជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ដើម្បីទទួលបានកាំភ្លើងអាវុធជាតិផ្ទុះឬសារធាតុផ្ទុះ	• បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូត
សម្រាប់កម្មវិធី cash aid ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំ ... • ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនា • មិនអនុវត្តតាមវិធានកម្មវិធី cash aid • ត្រូវបានរកឃើញថាមានទោសដោយតុលាការ ឬសវនការរដ្ឋបាលពីបទឆបោកក្រោមទម្រង់ជាក់លាក់ណាមួយ	**ខ្ញុំអាច ...** • បាត់បង់ cash aid • ត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ទៅ $10,000 និង/ឬបញ្ជូនទៅដាក់ពន្ធនាគាររយៈពេល 5ឆ្នាំ • បាត់បង់ cash aid រយៈពេល 6ខែ, 12ខែ, 2ឆ្នាំ, 4ឆ្នាំ, 5ឆ្នាំ ឬជារៀងរហូត។

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋ

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ cash aid សម្រាប់បុគ្គលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាគ្រួសាររបស់អ្នកមានបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ។ ឧទាហរណ៍ឪពុកម្តាយជាជនអន្តោប្រវេសន៍អាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ cash aid សម្រាប់កូនៗរបស់ពួកគេដែលជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាឪពុកម្តាយអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក៏ដោយ។
- ការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍អាហារនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនិងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់គ្រួសារអ្នកឡើយ។ ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ត្រូវបានរក្សាឯកជនភាពនិងការសម្ងាត់។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិហើយបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ នឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យដោយទីភ្នាក់ងារសញ្ជាតិនិងអន្តោប្រវេសន៍នៃសហរដ្ឋអាមេរិក (USCIS)។ ច្បាប់សហព័ន្ធចែងថា USCIS មិនអាចប្រើព័ត៌មាននេះសម្រាប់គោលបំណងណាមួយផ្សេងឡើយ លើកលែងករណីឆបោក។

ឈប់ទទួលយកផលប្រយោជន៍

អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ លេខសន្តិសុខសង្គម ឬឯកសារសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលមិនមែនពលរដ្ឋដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍នោះឡើយ។ County ចាំបាច់ត្រូវដឹងអំពីព័ត៌មានស្តីពីចំណូលនិងធនធានរបស់ពួកគេដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃគ្រួសាររបស់អ្នកឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។ County នឹងមិនទាក់ទងទៅកាន់USCIS ដើម្បីសាកសួរអំពីបុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។

ការប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

<u>កម្មវិធី CalFresh និង Cash Aid ៖</u> បុគ្គលគ្រប់រូបដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ cash aid ចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខ SSN ប្រសិនបើអ្នកមានឬភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ថាអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ SSN (ដូចជាលិខិតពីការិយាល័យលេខសន្តិសុខសង្គម)។ យើងខ្ញុំអាចបដិសេធមិនទទួលយកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិនបានផ្តល់លេខ SSNs ដើម្បីទទួលយកជំនួយដូចជាជនរងគ្រោះដោយសារអំពើអហិង្សាក្នុងគ្រួសារសាក្សីផ្តន្ទាទោសនិងជនរងគ្រោះដោយសារអំពើជួញដូរមនុស្ស។
<u>ធានារ៉ាប់រងសុខភាព/Medi-Cal ៖</u> យើងខ្ញុំត្រូវការលេខ SSN របស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសុខភាពហើយមានលេខ SSN ។ ការផ្តល់លេខ SSN របស់អ្នកអាចមានសារប្រយោជន៍ បើទោះបីជាអ្នកមិនចង់បានធានារ៉ាប់រងសុខភាព ព្រោះវាអាចជួយពន្លឿនដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំប្រើលេខ SSNs ដើម្បីត្រួតពិនិត្យប្រាក់ចំណូលនិងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីដឹងថាបុគ្គលណាគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ទទួលបានជំនួយក្នុងការចំណាយលើធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានលេខ SSN សូមទាក់ទងមកកាន់លេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅកាន់វ៉ិបសាយ www.socialsecurity.gov។

ការបើកឲ្យលើស

នេះបានន័យថាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគប្បីទទួលបាន។ អ្នកត្រូវសងវិញ បើទោះបីជា County មានកំហុស ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអចេតនា។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ លេខ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបើកយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលជំពាក់តាមរយៈតុលាការ ទីភ្នាក់ងារបើកប្រាក់ផ្សេងៗ ឬចំណាត់ការប្រមូលប្រាក់របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង

ការបើកប្រាក់លើស

នេះមានន័យថាអ្នកទទួលបាន cash aid ច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគប្បីទទួលបាន។ មិនខុសគ្នាពីកម្មវិធី CalFresh ទេ អ្នកត្រូវសងវិញ បើទោះបីជា County មានកំហុស ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអចេតនា។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ លេខ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបើកយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលជំពាក់តាមរយៈតុលាការ ទីភ្នាក់ងារបើកប្រាក់ផ្សេងៗ ឬចំណាត់ការប្រមូលប្រាក់របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ការរាយការណ៍

រាល់គ្រួសារដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់។ County របស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍របៀបរាយការណ៍និងពេលវេលារាយការណ៍។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាចបណ្តាលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍បានដែរ ប្រសិនបើមានហេតុការណ៍កើតឡើងដែលអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ដូចជាការទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចជាងមុនជាដើម។

សវនការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកមានសិទ្ធិចូលសវនការថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំណាត់ការណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំធ្វើសវនការថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90ថ្ងៃបន្ទាប់ពីចំណាត់ការដោយ County របស់អ្នក ហើយអ្នកចាំបាច់ប្រាប់ពីមូលហេតុនៃការស្នើសុំនេះ។ លិខិតឯកភាព ឬបដិសេធដែលអ្នកទទួលបានពី County នឹងមានព័ត៌មានស្តីពីរបៀបស្នើសុំធ្វើការត់វា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនការមុនចំណាត់ការកើតឡើង អ្នកប្រហែលជាអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍ cash aid និង CalFresh របស់អ្នកនៅដដែលរហូតដល់ពេលសេចក្តីសម្រេចត្រូវបានធ្វើឡើង។

ច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពនិងការបង្ហាញព័ត៌មាន

អ្នកកំពុងផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននេះក្នុងពាក្យសុំ។ County ប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍ដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាន County អាចច្រានចោលពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិត្រួតពិនិត្យឡើងវិញកែប្រែឬកែតម្រូវព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកបានផ្តល់ជូន County ។ County នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈកម្មវិធីផ្ទូរផ្គងក្នុងកុំព្យូទ័ររួមមានប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិងប្រាក់កម្រៃ (IEVS)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីតាមដានអនុលោមភាពតាមបទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធី និងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី។ County អាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្លូវការជាមួយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងចាប់ខ្លួនបុគ្គលដែលរត់គេចពីសំណាញ់ច្បាប់ និងជាមួយទីភ្នាក់ងារប្រមូលសំណងឯកជនសម្រាប់ចំណាត់ការប្រមូលសំណង។ County អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារដែលបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈ ការទាក់ទងទៅកាន់ USCIS។ ព័ត៌មានដែល County ទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារទាំងនេះអាចជះឥទ្ធិពលលើលក្ខណៈសម្បត្តិនិងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

County នឹងប្រើព័ត៌មានក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នកដើម្បីពិនិត្យមើលលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកដើម្បីជួយដល់ការបង់ថ្លៃធានា៉ារ៉ាប់រងសុខភាព។ County នឹងពិនិត្យមើលចម្លើយរបស់អ្នកដោយប្រើព័ត៌មានក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិករដ្ឋនិងសហព័ន្ធនិងទិន្នន័យនៃទីភ្នាក់ងារចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ និង/ឬទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ពីអតិថិជន។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះមិនត្រូវគ្នា County អាចស្នើឲ្យអ្នកផ្តល់ភ័ស្តុតាង។

គ្មានការរើសអើង

គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋនិង County ចែងថាមនុស្សគ្រប់រូបមានសិទ្ធិស្មើៗគ្នាប្រកបដោយការគោរពនិងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ។ យោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធនិងគោលនយោបាយនៃក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក(USDA) ការរើសអើងពូជសាសន៍, ពណ៍សប្បុរ, សញ្ជាតិដើម, ភេទ, អាយុ,សាសនា, និន្នាការនយោបាយ, ឬពិការភាព ត្រូវបានហាមឃាត់ដាច់ខាត។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរើសអើង សូមទាក់ទងទៅកាន់មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃ County របស់អ្នក ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់ ឬទូរស័ព្ទទៅUSDA 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 អាចចាត់ចែងឲ្យអ្នកទៅកម្មវិធីការងារណាមួយ។ ពួកគេនឹងប្រាប់ថាតើកម្មវិធីការងារនោះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ឬថាអ្នកត្រូវតែធ្វើកម្មវិធីការងារនោះដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសកម្មភាពការងារមួយដែលត្រូវបានតម្រូវឲ្យធ្វើ ហើយអ្នកមិនបានធ្វើវានោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។

អ្នកអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ប្រសិនបើអ្នកបានឈប់ពីការងារណាមួយកាលពីពេលថ្មីៗនេះ។

សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង

វិធានការងារសម្រាប់កម្មវិធី CalWORKs (Welfare-to-Work)

ប្រសិនបើអ្នកទទួលយក cash aid អ្នកចាំបាច់ត្រូវចូលរួមក្នុងកម្មវិធីWelfare-to-Work (WTW) លើកលែងករណីដែលអ្នកត្រូវបានលើកលែង។ County នឹងប្រាប់ឲ្យអ្នកដឹងថាអ្នកត្រូវបានលើកលែងពី WTW ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានធ្វើសកម្មភាពដែលត្រូវបានដាក់ជូន cash aid របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។

CalWORKs - ផ្ទៃតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប

សមាជិកគ្រួសារដែលពេញវ័យគ្រប់រូបដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលយក cash aid ចាំបាច់ត្រូវផ្ទៃតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប។ ប្រសិនបើបុគ្គលណាម្នាក់ដែលត្រូវបានតម្រូវឲ្យសហការអនុវត្តតាមវិធាននេះ មិនបានផ្ទៃតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប គ្រួសារទាំងមូលនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ការផ្ទៃតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូបគឺជាសកម្មភាពរក្សាការសម្ងាត់ ហើយអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង្ការ ឬផ្តន្ទាទោសអំពើឆបោកអត្ថប្រយោជន៍សុខុមាលភាពតែប៉ុណ្ណោះ។

តើខ្ញុំទទួលយក/ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?

កម្មវិធី CalFresh និង Cash Aid ៖

- County នឹងធ្វើឬប្រគល់កាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អេឡិចត្រូនិក(EBT) ជូនអ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកាតនៅពេលអ្នកទទួលបាន។ អ្នកនឹងកំណត់លេខអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (PIN) ដើម្បីដកប្រាក់ចេញពី ATMs ឬដើម្បីទិញអាហារនិង/ឬវត្ថុផ្សេងៗ។
- ប្រសិនបើកាត EBT របស់អ្នកបាត់ត្រូវបានលួចបំផ្លាញឬអ្នកយល់ថាមានគេដឹងពីលេខ PIN របស់អ្នកដែលបណ្តាលឲ្យអ្នកលែងចង់ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសូមទាក់ទងលេខ (877) 328-9677 ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ County ភ្លាមៗ ដើម្បីរាយការណ៍ពីបញ្ហានេះ ហើយប្តូរលេខ PIN របស់អ្នក។
  គួរចងចាំថាមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវនិងតំណាងពេញសិទ្ធិទាំងអស់ដឹងពីរបៀបរាយការណ៍ពីបញ្ហាទាំងនេះភ្លាមៗ។
  អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកការាយការណ៍ពីការបាត់ ឬលួចកាត EBT ឬលេខ PIN នឹង**មិន**ត្រូវបានសងវិញឡើយ។
- អ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកដើម្បីទិញអាហារស្ងើរគ្រប់មុខគ្រាប់ពូជនិងរុក្ខជាតិដើម្បីដាំដុះអាហារខ្លួនឯង។ អ្នកមិនអាចទិញគ្រឿងស្រវឹង, ថ្នាំជក់, អាហារសត្វចិញ្ចឹម, អាហារចំអិនស្រាប់មួយចំនួន, ឬទំនិញផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាអាហារ (ដូចជាថ្នាំដុសធ្មេញ, សាប៊ូដុះខ្លួន, ឬក្រដាសអនាម័យ)។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ត្រូវបានទទួលយកនៅតាមបណ្តាហាងលក់ទំនិញប្រចាំថ្ងៃ និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលលក់អាហារ។ Cash aid អាចប្រើបាននៅតាមហាងនិង ATMs ភាគច្រើន។ ការដកប្រាក់អាចត្រូវបានគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកដកប្រាក់ចេញពីATMs បាន 3 ដងរួចហើយ។ ដើម្បីមើលបញ្ជីរាយឈ្មោះទីតាំងដែលនៅក្បែរអ្នកដែលទទួលយកកាត EBT សូមចូលទៅកាន់ https://www.ebt.ca.gov ឬhttps://www.snapfresh.org។ អ្នកក៏អាចពិនិត្យរកមើលទីតាំងដែលអ្នកអាចដកប្រាក់ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh គឺសម្រាប់អ្នកនិងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។ cash aid របស់អ្នកគឺសម្រាប់អ្នកនិងសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបានឯកភាពផ្តល់ជូនតែប៉ុណ្ណោះ។ cash aid ត្រូវបានផ្តល់ជូនដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបំពេញតម្រូវការមូលដ្ឋាននៃគ្រួសាររបស់អ្នក (ផ្ទះអាហារសម្លៀកបំពាក់ ។ល។)។ សូមរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឲ្យបានគង់វង្ស។ ចូរកុំប្រាប់គេពីលេខ PIN របស់អ្នក។ សូមកុំដាក់លេខPIN របស់អ្នកនៅជាមួយកាត EBT របស់អ្នក។
- ការប្រើកាត EBT ដោយអ្នកសមាជិកគ្រួសារតំណាងពេញសិទ្ធិឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកបានឲ្យកាត EBT របស់អ្នកនិងលេខ PIN ដោយស្ម័គ្រចិត្តនឹងត្រូវចាត់ទុកថាមានការឯកភាពរបស់អ្នកហើយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកនឹង**មិន**ត្រូវបានសងវិញឡើយ។

កម្មវិធី Medi-Cal និង Health Care ៖

- សម្រាប់ក្សវិធី Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបានកាតអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍មួយ(BIC)។
  - ចុះហត្ថលេខាលើកាត BIC របស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានវាហើយត្រូវប្រើវាដើម្បីទទួលយកសេវាថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់តែប៉ុណ្ណោះ។
  - មិនត្រូវបោះចោលកាត BIC របស់អ្នកជាដាច់ខាត។ (លើកលែងយើងខ្ញុំផ្តល់កាត BIC ថ្មីជូនអ្នក)។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរក្សាទុកកាត BIC របស់អ្នកបើទោះបីជាអ្នកឈប់ប្រើ Medi-Cal ក៏ដោយ។ អ្នកអាចប្រើកាត BIC តែមួយប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន cash aid ឬ Medi-Cal ម្តងទៀត។
  - បង្ហាញកាត BIC នៅទីតាំងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកឈឺឬមានការណាត់ជួប។
  - បង្ហាញកាត BIC នៅទីតាំងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលបានព្យាបាលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ឲ្យបានឆាប់រហ័សបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ក្រោយហេតុការណ៍បន្ទាន់បានកើតឡើង។
- សម្រាប់កម្មវិធីថែទាំសុខភាពដទៃទៀតអ្នកនឹងទទួលបានកាតគម្រោងសុខភាពមួយពីស្ថាប័នដែលទទួលបន្ទុក។

សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង

សូមប្រើបិចពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌ខៀវ ពីព្រោះវាងាយស្រួលអាននិងថត ចម្លងបានល្អបំផុត។ សូមសរសេរចម្លើយរបស់លោកអ្នកជាអក្សរពុម្ព
ក្នុងការឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងសរសេរបន្ថែម សូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម។ សូមប្រាកដថា ត្រូវកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណួរណាមួយ
ដែលលោកអ្នកកំពុងសរសេរទាក់ទង នឹងសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមនោះ។

1. ព័ត៌មានអ្នកស្នើសុំ

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ឈ្មោះផ្សេងទៀត (នាមត្រកូលស្រ្តីមុនរៀបការ ឈ្មោះហៅក្រៅ ។លៀ។	លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន ហើយកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍)

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

ខ្ញុំចង់ទទួលព័ត៌មាន អំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។ ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ខ្ញុំចង់ទទួលសារ អំពីការណ៍របស់ខ្ញុំតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។ ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ទូរស័ព្ទផ្ទះ	ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួស/ទូរស័ព្ទដៃសារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល

តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីអ្វីខ្លះ?
☐ CalFresh (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម) ☐ Cash Aid (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់)
☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើលោកអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

តើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស់** សូមឲ្យ County ដឹងភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះ សំបែង ដើម្បីពួកគេអាចជួយដោះស្រាយអាសយដ្ឋាន ប្រើក្នុងការទទួលស្គាល់ការដាក់ពាក្យសុំ និងទទួលការជូនដំណឹងពី County អំពីការណ៍របស់លោកអ្នក។

តើលោកអ្នកចង់អានភាសាអ្វី (ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស)?_____
តើលោកអ្នកចង់និយាយភាសាអ្វី (ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស)?_____
County នឹងផ្តល់អ្នកបកប្រែជូនលោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោក ថ្លង់ ឬពិបាកស្តាប់ សូមគូសធីកនៅទីនេះ ☐

តើចំណូលដុលនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាង $150 ហើយតើសាច់ប្រាក់ក្នុងដៃគណនីចរន្ត និងគណនីសន្សំមានទឹកប្រាក់ចំនួន $100ឬ តិចជាងនេះឬ?	☐ បាទចាស់ ☐ ទេ	តើសេវាសាធារណៈរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបិទ ឬតើលោកអ្នកបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការបិទឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
តើចំណូលដុលរួមបញ្ចូលគ្នានៃគ្រួសារ និងធនធានងាយបង្វិលជាសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាងថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/បង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ និងថ្លៃសេវាសាធារណៈរួមបញ្ចូលគ្នាឬ?	☐ បាទចាស់ ☐ ទេ	តើលោកអ្នកអត់ស្បៀងអាហារក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
តើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនអន្តោប្រវេសន៍/កម្មករតាមរដូវកាល/កសិករ ដែលមានធនធានងាយបង្វិលជាសាច់ប្រាក់មិនលើស $100ឬ?	☐ បាទចាស់ ☐ ទេ	តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដឹកជញ្ជូនស្បៀងអាហារសម្រៀកបំពាក់ ការព្យាបាលសុខភាព ឬបញ្ហាគ្រោះអាសន្នផ្សេងទៀតឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
តើលោកអ្នកមានការជូនដំណឹង អំពីការបណ្តេញចេញ ឬការជូនដំណឹងអំពីការប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬការជូនដំណឹងឲ្យចាកចេញឬ?	☐ បាទចាស់ ☐ ទេ	តើលោកអ្នកត្រូវការសម្រៀកបំពាក់សំខាន់ដូចជាកន្ទបកូនង៉ែត ឬសម្រៀកបំពាក់ចាំបាច់សម្រាប់រដូវងាឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

តើនរណាម្នាក់មានផ្ទៃពោះឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ តើនាងមានប័ណ្ណសន្ទតមានសិទ្ធិជាមុន (Presumptive Eligibility Card) ទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានបញ្ហាបន្ទាន់ផ្លាស់ខ្លួនទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរគូសធីកក្នុងប្រអប់៖ ☐ មានផ្ទៃពោះ
☐ តម្រូវការចាំបាច់បន្ទាន់ផ្នែកសុខភាព ☐ ការបំពានចំពោះក្មេង ☐ អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ☐ ការបំពានទៅលើមនុស្សចាស់ ☐ បញ្ហាបន្ទាន់ផ្សេងទៀត ដែលគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពចូរពន្យល់៖

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះក្រោមទោសទណ្ឌនៃការនិយាយកុហក (ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត) ខ្ញុំយល់ថា៖

- ខ្ញុំអាន ឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ និងចម្លើយរបស់ខ្ញុំទៅនឹងសំណួរទាំងនេះក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ចម្លើយទាំងឡាយ ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងទំព័រ1 រហូតដល់ទំព័រ18 និងឧបសម្ព័ន្ធ A ដល់ C នៃ SAWS2 Plus គឺជាចម្លើយត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដហើយបំពេញទៅតាម ស្មារតីទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំបានអាន ឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់ហើយខ្ញុំយល់និងយល់ព្រមចំពោះសិទ្ធិនិង ការទទួលខុសត្រូវ (វិធាននៃកម្មវិធីទំព័រ1)។
- ខ្ញុំបានអាន ឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវវិធាននៃកម្មវិធីនិងទណ្ឌកម្ម (វិធាននៃកម្មវិធី ទំព័រ2-4)។
- ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬនាំឲ្យភាន់ច្រឡំ ឬការផ្តល់ព័ត៌មានមិន ត្រឹមត្រូវលាក់ចាំង ឬមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានពិតដើម្បីបង្កើតភាពមានសិទ្ធិគឺជាអំពើបោកបញ្ឆោត ហើយខ្ញុំយល់ថាអំពើទាំងនេះត្រូវអនុលោមតាមទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដ។ ការក្លែងបន្លំនេះអាចបង្កជាការណ៍ព្រហ្មទណ្ឌ ដែលត្រូវប្តឹងចំពោះរូបខ្ញុំនិង / ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានរារាំងមួយរយៈ (ឬមួយជីវិត) ពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី CalFresh និងកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ (Cash aid)។
- ខ្ញុំយល់ថាលេខសន្តិសុខសង្គម ឬហ៊ាន:អន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍អាចចែករំលែកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលតាម ការតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។
- ខ្ញុំកំពុងផ្តល់សិទ្ធិដល់ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal ក្នុងការតាមដាន និងទទួលលុយពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ដំណោះស្រាយច្បាប់ ឬពីភាគីទីបីដទៃទៀត។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំអណាព្យាបាល (ឬសមាជិកមនុស្សពេញវ័យនៃគ្រួសារ/តំណាងទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាតអណាព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទ
***ប្រសិនបើលោកអ្នកមានតំណាងទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាត សូមបំពេញសំណួរ 2 នៅលើទំព័របន្ទាប់។**	
ហត្ថលេខាប្តី ឬប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតមនុស្សពេញវ័យជាជំនួយផ្សេងទៀត ឬដៃគូក្នុងគ្រួសារ ដែលបានចុះឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទ

2. តំណាងទទួលសិទ្ធិនៃគ្រួសារ

លោកអ្នកអាចអនុញ្ញាតឲ្យនរណាម្នាក់ ដែលមានអាយុ18ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ជួយដល់គ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី CalFresh។ មនុស្សម្នាក់នេះក៏អាចនិយាយតំណាងឲ្យលោកអ្នកបានផងដែរនៅក្នុងបទ ពិសោធន៍ជួយបំពេញទម្រង់បែបបទដល់លោកអ្នកទិញឥវ៉ាន់សម្រាប់លោក អ្នក។ លោកអ្នកត្រូវតែសងនូវអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ដែលលោកអ្នកអាច ទទួលបានដោយកំហុសដោយសារមនុស្សម្នាក់នេះផ្តល់ព័ត៌មានឲ្យ County ហើយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ដែលលោកអ្នកមិនចង់ឲ្យពួកគេចំណាយនឹង មិនត្រូវដាក់ជំនួសវិញទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគឺជាតំណាងទទួលសិទ្ធិ លោក អ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដល់ County សម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

តើលោកអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ដើម្បីឲ្យគាត់ជួយលោកអ្នកជាមួយនឹង ករណី CalFresh របស់លោកអ្នកទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះ៖

ឈ្មោះអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិ	លេខទូរស័ព្ទនៃអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិ

តើលោកអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ដើម្បីឲ្យគាត់ទទួលនិងចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់លោកអ្នកសម្រាប់គ្រួសារលោកអ្នកទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍

2a. តំណាងទទួលសិទ្ធិធានា៉រាប់រងសុខភាព

លោកអ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់អ្នក ដែលលោកអ្នកទុកចិត្តម្នាក់ក្នុងការ និយាយអំពីការដាក់ពាក្យសុំការធានា៉រាប់សុខភាពមើលព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកនិងធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់លោកអ្នកអំពីផ្នែកនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ តើលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសតំណាងទទួលសិទ្ធិម្នាក់សម្រាប់ផ្នែកមួយនៃការធានា៉រាប់រងសុខភាពនៃពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកទេ?

☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរបំពេញព័ត៌មានក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ C ។

3. តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនជាតិ ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬកំណើតអាឡាស្កាមែនឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ហើយដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាព ចូរបន្តទៅកាន់ឧបសម្ព័ន្ធ B សម្រាប់សំណួរបន្ថែម។

សញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធុ

ព័ត៌មាន អំពីសញ្ជាតិនិងជាតិពន្ធុគឺជាជម្រើស។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានស្នើសុំដើម្បី ធានាដល់ការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាក់ទងនឹងសញ្ជាតិ ពណ៌ សម្បុរ ឬជាតិកំណើត។ ចម្លើយរបស់លោកអ្នកមិនធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិ ឬបរិមាណ អត្ថប្រយោជន៍ទេ។ ចូរគូសធិកគ្រប់ចំនុចមើលទាំងអស់ ដែលអនុវត្តចំពោះលោក អ្នក។ ច្បាប់ចែងថា County ត្រូវតែកត់ត្រាក្រុមជាតិពន្ធុ និងសញ្ជាតិរបស់លោក អ្នក។

☐ ចូរគូសធិកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព៌ត៌មានដល់ County អំពីសញ្ជាតិ និងជាតិពន្ធុរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ County នឹងបញ្ចូលព័ត៌មាននេះសម្រាប់ស្ថិតិនៃសិទ្ធិពលរដ្ឋប៉ុណ្ណោះ។

ជាតិពន្ធុ	តើលោកអ្នកជាជនជាតិអេស្បាញឡាទីណូ ឬកំណើតអេស្បាញឬ?	ប្រសិនបើលោកអ្នកជាជនជាតិអេស្បាញ ឬកំណើតឡាទីណូ តើលោកអ្នកចាត់ ទុកខ្លួនឯងជា
	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ ជនជាតិមុិចសុិច ☐ ជនជាតិពើតូ រីកូ ☐ គុយបា ☐ ផ្សេងទៀត_____

សញ្ជាតិកំណើត/ជាតិពន្ធុ

☐ ស្បែកស ☐ អាមេរិកាំងឥណ្ឌា ឬកំណើតអាឡាស្កា ☐ អាមេកាំងស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វិត្ត ☐ ផ្សេងទៀត ឬចម្រុះជាតិសាសន៍ _____

☐ ជនជាតិអាស៊ី (បើបានគូសធិក ចូរជ្រើសរើសជនជាតិមួយ ឬច្រើនដូចខាងក្រោម៖

☐ ហ្វីលីពីន ☐ ចិន ☐ ជប៉ុន ☐ កម្ពុជា ☐ កូរ៉ៃ ☐ វៀតណាម ☐ ឥណ្ឌាអាស៊ី ☐ ឡាវ

☐ ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់)_____

☐ កំណើតហាវ៉ៃ ឬប្រជាជនរស់នៅកោះប៉ាស៊ីភិច (បើបានគូសធិក ចូរជ្រើសរើសជន ជាតិមួយ ឬច្រើនដូចខាងក្រោម៖ ☐ កំណើតហាវ៉ៃ

☐ ជនជាតិហ្គោមេនៀ ឬ កាម៉ូរ៉ូ ☐ ជនជាតិសាម៉ូវ

4. ការចង់បានកិច្ចសម្ភាសន៍

លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកនិងដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់Cash Aid ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី CalFresh។ កិច្ចសម្ភាសន៍សម្រាប់កម្មវិធី CalFreshជាធម្មតាធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទ វៀរលែងតែលោកអ្នកអាចត្រូវ បានធ្វើសម្ភាសន៍នៅពេលណាពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកដាក់ទៅ County ដោយផ្ទាល់ ឬចង់សម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធី Cash Aidត្រូវតែ ធ្វើសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធី CalWORKs និងCalFresh ការសម្ភាសន៍ក្នុងកម្មវិធី CalFreshរបស់លោកអ្នក នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងពេលតែមួយដូចការសម្ភាសន៍លោកអ្នកក្នុងកម្មវិធី CalWORKs ក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតាដែរ។

☐ សូមគូសធិកមើលប្រអប់នេះប្រសិនបើលោកអ្នកនឹងធ្វើសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh។

☐ សូមគូសធិកមើលប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការរៀបចំផ្សេងដោយសារ ពិការភាព។

5. កម្មវិធីផ្សេងទៀត

តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈទេ (ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រខ្សត់ Tribal TANF, Medicaid, កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម [ប័ណ្ណសម្រាប់ជនក្រីក្រទិញស្បៀងអាហារ] ជំនួយទូទៅ/ជំនួយសង្គ្រោះទូទៅ។ ល។)? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើនរណា?	កន្លែងណា (*ខោនធីរដ្ឋ*)?
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើនរណា?	កន្លែងណា (*ខោនធីរដ្ឋ*)?

6. ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ៖ មនុស្សពេញវ័យ

ចូរបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យទាំងអស់នៅក្នុងផ្ទះ។ ប្រសិនបើដាក់ពាក្យសុំការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពចូរបញ្ចូលមនុស្សពេញ វ័យ ដែលបានទាមទារប្រាក់ចំណូលជាប់ពន្ធរបស់លោកអ្នកផងដែរ។
សម្រាប់អ្នក ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំសូមបំពេញសំណួរបន្ថែម 6e និង 6f ។

ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ (*គួសធិកប្រភេទកម្មវិធីនីមួយៗ*)																		ឆ្លើយតែសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ។	លេខសន្តិសុខសង្គម គឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិកទាំងឡាយ ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។
CalFresh	ក្មេងជំនួយ Cash Aid	ក្មេងជំនួយថែទាំសុខភាព Medi-Cal	គ្មាន	**ឈ្មោះ** (នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល)	តើអ្នកនោះត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក?	**ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត**	**ភេទ** (ប្រុស ឬ ស្រី)	ស្ថានភាពគ្រួសារ: អ្នកជំងឺ	ស្ថានភាពគ្រួសារ: ប្រពន្ធ	ស្ថានភាពគ្រួសារ: ប្តី	ស្ថានភាពគ្រួសារ: ក្មេង	ស្ថានភាពគ្រួសារ: ជ្រុងមួយ	ស្ថានភាពគ្រួសារ: ជ្រុងមួយ (ស្ថានភាពគ្រួសារ)	ស្ថានភាពគ្រួសារ: ជ្រុងមួយ (ការងារ)	**ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិកឬពលរដ្ឋ** (គួសធិកមើលចម្លើយ បាទ/ចាស់ ឬ ទេ) **បើសិនឆ្លើយទេចូរបំពេញសំណួរ 6e។**	**លេខសន្តិសុខសង្គម**
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	

6a. តើអ្នកគ្រប់គ្នា ដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ6 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនងដូច គ្នាឬ? ☐ **បាទ/ចាស់** ☐ **ទេ** **បើឆ្លើយ ទេ សូមបំពេញព័ត៌មានទំនាក់ទំនងបុគ្គលនោះខាងក្រោម៖ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។**

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល)	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (ផ្លូវ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួសសារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល (ជម្រើស)				

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល)	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (ផ្លូវ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួសសារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល (ជម្រើស)				

6b. ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ៖ កូន

ចូរបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់កូនទាំងអស់ក្នុងផ្ទះ។ បើដាក់ពាក្យសុំការ ចំណាយលើការថែទាំសុខភាពចូលរួមបញ្ចូលកូន ដែលទាមទារប្រាក់ចំណូលពន្ធ របស់លោកអ្នកផងដែរ។
សម្រាប់អ្នក ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសូម បំពេញសំណួរបន្ថែម6e និង6f។

ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ (*គូសធីកប្រភេទកម្មវិធីនីមួយៗ*)				ឈ្មោះ (នាមត្រកូលនាមខ្លួននាមកណ្តាល)	តើអ្នកនោះត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទីកន្លែងកំណើត	ភេទ (ប្រុស/ស្រី)	ចូរគូសធីកគ្រប់ចំនួនទាំងអស់ ដែលអនុវត្តចំពោះ ឪពុកម្តាយរបស់ក្មេងម្នាក់ ឬទាំង ពីរ							ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់អ្នក ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ម្នាក់ៗ ប៉ុណ្ណោះ។	លេខសន្តិសុខសង្គម គឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិកទាំងឡាយ ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។
CalFresh	ការជួយជំនួយ Cash Aid	ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medi-Cal	គ្មាន						ជំនួយ	ជួរការងារ	Disabled	ស្លាប់	គ្មាន	(ឪពុកម្តាយ (១)) (១/០) (១/០)	(១/០) (១/០)	ជនជាតិ ឬពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ (គូសធីកចម្លើយ ១/០) (១/០) (១/០) **បើឆ្លើយ ១ ចូរបំពេញសំណួរ 6e ។**	**លេខសន្តិសុខសង្គម**
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ១ ☐ ០	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ១ ☐ ០	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ១ ☐ ០	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ១ ☐ ០	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ១ ☐ ០	

6c. ព័ត៌មានសន្តិសុខសង្គម

តើអ្នកគ្រប់គ្នា ដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ? ☐ ១/ចាស់ ☐ ០ បើឆ្លើយ **០** ចូរបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម
យើងត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នា ដែលកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំ ជំនួយ។ មានករណីលើកលែងមួយចំនួនសម្រាប់អ្នក ដែលជាជនរងគ្រោះនៃអំពើ ហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬជនរងគ្រោះដទៃទៀតដូចជាការរត់ពន្ធមនុស្ស។ បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយរកលេខសន្តិសុខសង្គម សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅកាន់វិបសាយ www.socialsecurity.gov។

ឈ្មោះ	ហេតុផល ដែលគ្មានលេខសន្តិសុខសង្គម	បានដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គម
	☐ អ្នក ដែលជាកូនមានអាយុតិចជាងមួយឆ្នាំ។ ☐ វាជាការប្រឆាំងនឹងសាសនារបស់ជននេះ។ ☐ ជននេះមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)។ ☐ ផ្សេងទៀត _____	តើបុគ្គលនេះបានដាក់ពាក្យសុំ SNNឬ? ☐ ១/ចាស់ ☐ ០
	☐ អ្នក ដែលជាកូនមានអាយុតិចជាងមួយឆ្នាំ។ ☐ វាជាការប្រឆាំងនឹងសាសនារបស់ជននេះ។ ☐ ជននេះមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)។ ☐ ផ្សេងទៀត _____	តើបុគ្គលនេះបានដាក់ពាក្យសុំ SNNឬ? ☐ ១/ចាស់ ☐ ០

6d. តើមាននរណាម្នាក់បម្រើកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិក ឬតើពួកគេជាប្តី ឬប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ ឬកូនរបស់នរណា?

☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើចម្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។ បើឆ្លើយ **ទេ** សូមបន្តទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ	ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក?	(✔) ឋានៈ	បទបញ្ជាចាកចេញពីការបម្រើកងទ័ពសម្រាប់ពិនិត្យបទគ្មានន្យាគារពៈ	កាលបរិច្ឆេទបម្រើកងទ័ព
	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ តួនាទីសកម្ម ☐ អតីតយុទ្ធជន ☐ ប្តីប្រពន្ធឪពុកម្តាយ ឬកូនរបស់បុគ្គលដែលបំពេញតួនាទីសកម្ម ឬអតីតយុទ្ធជន	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	
	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ តួនាទីសកម្ម ☐ អតីតយុទ្ធជន ☐ ប្តីប្រពន្ធឪពុកម្តាយ ឬកូនរបស់បុគ្គលដែលបំពេញតួនាទីសកម្ម ឬអតីតយុទ្ធជន	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	

6e. ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងភាពមិនមែនជាពលរដ្ឋ- សូមបំពេញបែបបទសម្រាប់អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ ពាក្យសុំ។

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទចូលសហរដ្ឋអាមេរិក (បើបានដឹង)	តើបុគ្គលនេះមានឋានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិដែរឬទេ? បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមភ្ជាប់លេខ និងឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេ។	បើបុគ្គលនេះបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកជាបន្ទាប់ពីចាប់តាំងពីឆ្នាំ1996 ឬ?	តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋចូលសញ្ជាតិឬ?	បានទទួលការធានា? (គ្មានធ្លាក់ចម្លើយ បាទ/ចាស់ ឬទេ) **បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរបំពេញសំណួរ 6f**
		ប្រភេទឯកសារ៖ លេខឯកសារ៖	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
		ប្រភេទឯកសារ៖ លេខឯកសារ៖	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
		ប្រភេទឯកសារ៖ លេខឯកសារ៖	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

តើអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងលើមានប្រវត្តិការងារយ៉ាងហោចរ10ឆ្នាំ *(40ត្រីមាស)* ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើជានរណា? _____

តើអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងលើមាន ឬតើពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំ ឬតើពួកគេគ្រោងដាក់ពាក្យសុំ T-Visa ឬ U-Visa, សំណើ VAWA ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើជានរណា? _____

តើមានអ្នក ដែលបានផ្លាស់ប្តូរឋានៈអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្លួនក្នុងរយៈពេល 12ខែឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

បើឆ្លើយ **ទេ** សូមបន្តទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ	តើអ្វីខ្លះបានផ្លាស់ប្តូរ?	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ	លេខរៀងជនបរទេស (បើមានការពាក់ព័ន្ធ)
ឈ្មោះ	តើអ្វីខ្លះបានផ្លាស់ប្តូរ?	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ	លេខរៀងជនបរទេស (បើមានការពាក់ព័ន្ធ)

6f. ព័ត៌មានអំពីអ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋបានទទួលការធានា - សូមឆ្លើយសម្រាប់អ្នក ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋបានទទួលការធានា ដែលលោក អ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំពួកគេ។
តើអ្នកធានាចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ I-864 ឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរដែលនៅសល់។
បើអ្នកធានាបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ I-134 ចូ**ររំលង**សំណួរនេះ។

តើអ្នកធានានោះជួយផ្តល់លុយជាទៀងទាត់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចំនួនលុយប៉ុន្មាន? $_____
តើអ្នកធានាជួយផ្តល់ជាទៀងទាត់នូវរបស់របរដូចខាងក្រោម (ចូរគូសធិកចម្លើយទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន)?
☐ ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ ☐ សម្លៀកបំពាក់ ☐ ចំណីអាហារ ☐ ផ្សេងៗ_____

ឈ្មោះអ្នកធានា	នរណាត្រូវបានធានា?	លេខទូរស័ព្ទអ្នកធានា
ឈ្មោះអ្នកធានា	នរណាត្រូវបានធានា?	លេខទូរស័ព្ទអ្នកធានា

6g. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះខាងលើក្នុងសំណួរ 6 ដែលមានអាយុក្រោម 21ឆ្នាំ មានឪពុកឬម្តាយដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះដែរឬទេ?
☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមរាយឈ្មោះកូន និងឈ្មោះឪពុកម្តាយ ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ។
បើឆ្លើយ ទេ សូមបន្តទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះកូន	ឈ្មោះឪពុកឬម្តាយ ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះ
ឈ្មោះកូន	ឈ្មោះឪពុកឬម្តាយ ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះ

6h. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 រស់នៅយ៉ាងតិចជាមួយកូនម្នាក់ ដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំ ហើយតើពួកគេជាមនុស្សសំខាន់ ដែលចាំថែទាំកូននេះឬ?
☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ ទេ សូមរំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។ **បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ តើនរណា?**_____

6i. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 មានបញ្ហាពិការភាពរាងកាយ បញ្ហាផ្លូវចិត្ត អារម្មណ៍ ឬពិការភាពក្នុងការចម្រើនលូតលាស់ ដែលរិតត្បិតដល់សកម្មភាពនានា (ដូចជា ងងឹត, ស្លៀកពាក់, បំពេញកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមរាយឈ្មោះអ្នកដែលមានពិការភាពនោះ។ បើឆ្លើយ ទេ សូមបន្តទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ៖_____ ឈ្មោះ៖_____

6j. ចូរបំពេញព័ត៌មានសម្រាប់ជនពិការម្នាក់ៗដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 ។

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ	តើបុគ្គលនោះត្រូវការជំនួយសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ តាមរយៈជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន ឬសម្ភារៈពេទ្យដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរពន្យល់៖
ពិការភាពត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានរយៈពេល៖ ☐ 30ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ ☐ 12ខែ ឬច្រើនជាងនេះ	តើបុគ្គលនេះធ្វើការ និងមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ដែលចាំបាច់ក្នុងការជួយឲ្យពួកគេនៅធ្វើការបានឬ? ឧទាហរណ៍ រទេះរុញខ្សែ, ព្រយុងជើង ។ល។ ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរពន្យល់។
តើបុគ្គលនេះត្រូវការការថែទាំដើម្បីឲ្យអ្នកផ្សេងទៀតអាចធ្វើការបាន ឬចូលរៀនបានដែរឬទេ? ☐ បាទចាស់ ☐ ទ	តើបុគ្គលនេះបិតនៅក្នុងវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកនោះឈ្មោះអ្វី?

ឈ្មោះបុគ្គល	តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការធ្វើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃតាមរយៈជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន ឬសម្ភារៈពេទ្យដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរពន្យល់៖
ពិការភាពត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានរយៈពេល៖ ☐ 30ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ ☐ 12ខែ ឬច្រើនជាងនេះ	តើបុគ្គលនេះធ្វើការ និងមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ដែលចាំបាច់ក្នុងការជួយឲ្យពួកគេនៅធ្វើការបានឬ? ឧទាហរណ៍ រទេះរុញខ្សែ, ព្រយុងជើង ។ល។ ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរពន្យល់។
តើបុគ្គលនេះត្រូវការការថែទាំ ដើម្បីឲ្យអ្នកផ្សេងទៀតអាចធ្វើការបាន ឬចូលរៀនបានដែរឬទេ? ☐ បាទចាស់ ☐ ទ	តើបុគ្គលនេះបិតនៅក្នុងវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកនោះឈ្មោះអ្វី?

6k. តើមានកូនក្មេង ឬជនពិការណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលត្រូវការការថែទាំពីសមាជិកគ្រួសារមួយផ្សេងទៀតដែរឬទេ?
☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមពន្យល់។ បើឆ្លើយ ទេ ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

6l. តើអ្នកស្គាល់គ្នាដែលមានអាយុចន្លោះពី 6 និង 18ឆ្នាំ ក្រោមបានរាយឈ្មោះក្នុង សំណួរ 6b ចូលរៀនទៀងទាត់ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទចាស់** សូមរាយឈ្មោះកូនឈ្មោះហើយនិងអាសយដ្ឋានសាលាដែលពួកគេចូលរៀន។
បើឆ្លើយ **ទេ** សូមពន្យល់មូលហេតុ ដែលកូននោះមិនចូលរៀនទៀងទាត់។

ឈ្មោះកូន	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានសាលា	ហេតុផលដែលមិនចូលរៀន
ឈ្មោះកូន	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានសាលា	ហេតុផលដែលមិនចូលរៀន

6m. សិស្ស

តើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កំពុងចូលរៀនមហាវិទ្យាល័យ ឬសាលាបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះបុគ្គល	ឈ្មោះសាលា/សាលាបណ្តុះបណ្តាល	ស្ថានភាពដែលបានចុះឈ្មោះ (✔ គូសធីកចម្លើយមួយ)	ធ្វើការ?
		☐ ពាក់កណ្តាលម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ ☐ តតិចជាងពាក់កណ្តាលម៉ោង ចំនួនឯកតា:_____	ម៉ោងធ្វើការគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍:_____
		☐ ពាក់កណ្តាលម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ ☐ តតិចជាងពាក់កណ្តាលម៉ោង ចំនួនឯកតា:_____	ម៉ោងធ្វើការគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍:_____

6n. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 ឬ 6b មានផ្ទៃពោះ ឬជាឪពុកម្តាយ ដែលមានវ័យជំទង់ឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ	តើបុគ្គលនោះមានអាយុក្រោម 20ឆ្នាំឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ តើបុគ្គលនោះជាឪពុកម្តាយដែលមានវ័យជំទង់ឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	ស្ថានភាពសាលា បើបិតក្រោមអាយុ 20ឆ្នាំ ☐ មានសញ្ញាប័ត្រទុតិយភូមិ ☐ មាន GED ☐ ចូលរៀនទៀងទាត់ ☐ មិនចូលរៀនទៀងទាត់ (ចូរពន្យល់ហេតុផល)៖	កាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់ (បើបានដឹង)	តើរំពឹងថាមានកូនប៉ុន្មានជាមួយការមានផ្ទៃពោះនេះ?
ឈ្មោះ	តើបុគ្គលនោះមានអាយុក្រោម 20ឆ្នាំឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ តើបុគ្គលនោះជាឪពុកម្តាយដែលមានវ័យជំទង់ឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	ស្ថានភាពសាលា បើបិតក្រោមអាយុ 20ឆ្នាំ ☐ មានសញ្ញាប័ត្រទុតិយភូមិ ☐ មាន GED ☐ ចូលរៀនទៀងទាត់ ☐ មិនចូលរៀនទៀងទាត់ (ចូរពន្យល់ហេតុផល)៖	កាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់ (បើបានដឹង)	តើរំពឹងថាមានកូនប៉ុន្មានជាមួយការមានផ្ទៃពោះនេះ?

6o. តើមាននរណាម្នាក់ធ្លាប់បានទទួលអ្វាន់លើកទឹកចិត្តជាសាច់ប្រាក់ ឬទោស ទណ្ឌ ឬជំនួយក្នុងការថែទាំកូន, ការដឹកជញ្ជូន ឬសេវាផ្សេងទៀតពីកម្មវិធី Cal-Learn ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ	ទីកន្លែង (ខោនធី)	កាលបរិច្ឆេទបានទទួល

6p. តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 ធ្លាប់បិតានៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹមមេទ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមពន្យល់។

ឈ្មោះ៖	នៅពេលណា៖	រដ្ឋ៖	តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 26ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះ ហើយតើពួកគេបានបិតានៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹមកាលពីអាយុ 18ឆ្នាំឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ឈ្មោះ៖	នៅពេលណា៖	រដ្ឋ៖	តើបុគ្គលនេះមានអាយុ 26ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះ ហើយតើពួកគេបានបិតានៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹមកាលពីអាយុ 18ឆ្នាំឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

6q. តើមានកូនចិញ្ចឹមរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** តើនរណា ?_____

សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមអំពីកូនចិញ្ចឹម៖

តើកូននេះត្រូវបានដាក់ក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកក្រោមដីកាតុលាការឬ ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
តើលោកអ្នកចង់បានកូនចិញ្ចឹមរាប់ចូលក្នុងករណី CalFresh របស់លោកអ្នកដែរឬទេ ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ដែលលោកអ្នកទទួលបាន នឹងត្រូវរាប់ជាប្រាក់ចំណូលមិនបានរកទេ។
បើឆ្លើយ **ទេ** ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំកូនចិញ្ចឹម នឹងមិនត្រូវរាប់ជាប្រាក់ចំណូលមិនបានរកឡើយ។

6r. តើកាលអ្នកដែលមានអាយុឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 រស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ហើយរំពឹងថាបន្តរស់នៅទីនេះដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **ទេ** ចូរពន្យល់។

6s. តើអ្នកដែលមានអាយុឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 មានគម្រោងនឹងចាកចេញពីរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់រយៈពេលច្រើនជាង 30ថ្ងៃដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរពន្យល់។

ឈ្មោះ	តើពួកគេមានគម្រោងនឹងចាកចេញទេ ?	តើបុគ្គលនេះមានគម្រោងនឹងវិលត្រឡប់មករដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែរឬទេ ? ☐ បាទចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ នៅពេលណា៖
ឈ្មោះ	តើពួកគេមានគម្រោងនឹងចាកចេញទេ ?	តើបុគ្គលនេះមានគម្រោងនឹងវិលត្រឡប់មករដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែរឬទេ ? ☐ បាទចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ នៅពេលណា៖

7. ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក

តើមានអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលមិនមែនមកពីការងារ (មិនបានរក) ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។

បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ចូរគូសធីកគ្រប់ប្រភេទប្រាក់ចំណូលមិនបានរកទាំងអស់ ដែលអនុវត្តចេញពីឧទាហរណ៍នេះ (អាចមានប្រាក់ចំណូលមិនបានរកផ្សេងទៀត ដែលមិនមានរាយ នៅទីនេះ)៖

- ☐ សន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ពិការភាព
- ☐ SSI/SSP
- ☐ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ (Cash Aid)
- ☐ CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA
- ☐ បន្ទប់ និងអាហារដាក់ក្នុង (ពីអ្នកផ្តល់សេវាជួល)
- ☐ ប្រាក់សោធននិវត្តន៍
- ☐ អាហារកិច្ចកូន/ប្តីឬប្រពន្ធ
- ☐ ប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់ការម្រៃពីការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ
- ☐ ការចូលនិវត្តន៍ដែលទទួលបានសេវាសន្តិសុខសង្គម ឬអត្ថប្រយោជន៍នៃអ្នកនៅរស់
- ☐ ប្រាក់បង់ឲ្យក្នុងមនុស្សម្នាក់
- ☐ ការសិក្សាការងារ/សុខុមាលភាពដើម្បីធ្វើការ ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀត
- ☐ ការលក់បណ្ណព័ត៌មាន កិច្ចសន្យា លិខិតប្រតិសិទ្ធិ បណ្ណជំពាក់ប្រាក់
- ☐ អត្ថប្រយោជន៍/ប្រាក់ចំណូលនៃការអប់រំអតីតយុទ្ធជន
- ☐ រដ្ឋាភិបាល/ពិការភាពដោយការបំពេញការងារនៅផ្លូវរថភ្លើង ឬចូលនិវត្តន៍
- ☐ អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ឬប្រាក់សោធននិវត្តន៍កងទ័ព
- ☐ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ប្រាក់ជំនួយសាលា/ប្រាក់កម្ចី/អាហារូបករណ៍)
- ☐ រង្វាន់ជាលុយ ឬប្រាក់កម្ចីផ្សេងទៀត
- ☐ ការធានារ៉ាប់រងគ្មានការងារធ្វើ/ការធានារ៉ាប់រងអសមត្ថភាពរដ្ឋ (SDI)
- ☐ ការសងជំងឺចិត្តកម្មករ
- ☐ ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការធ្វើកសិកម្ម/នេសាទ
- ☐ ការឈ្នះឆ្នោត/ល្បែង
- ☐ ការជួយបង់ប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ/ចំណីអាហារ/សម្លៀកបំពាក់
- ☐ ការធានារ៉ាប់រង ឬដំណោះស្រាយស្របច្បាប់
- ☐ ពិការភាពឯកជន ឬការចូលនិវត្តន៍
- ☐ ប្រាក់ចំណេញ និងប្រាក់ចំណូលការប្រាក់
- ☐ អត្ថប្រយោជន៍នៃកូដកម្ម
- ☐ ផ្សេងទៀត_____

បុគ្គលដែលទទួលលុយ ?	**ពីកន្លែងណា ?**	**ចំនួនប៉ុន្មាន ?**	**បានទទួលជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ?** (ម្តង, ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែ, ឬផ្សេងទៀត)	**រំពឹងនឹងបន្តទទួលបាន ?** (គូសធីកចម្លើយ បាទ/ចាស់ ឬ ទេ)
				☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
				☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
				☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
				☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើប្រាក់ចំណូលនេះ មិនត្រូវបានរំពឹងនឹងបន្ត សូមពន្យល់៖

8. ប្រាក់ចំណូលដែលបានរក

តើមាននរណាម្នាក់ទទួលប្រាក់ចំណូលពីការងារទេ (ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក)? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរឆ្លើយសំណួរនេះ។
បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

កំណត់សម្គាល់: បើបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង ចូរបំពេញសំណួរ 8a ខាងក្រោម។

ចូររាយឈ្មោះប្រាក់ចំណូល**មុន**កាត់ពន្ធ ឬការកាត់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ប្រាក់ចំណូលដុល)។

ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលបានរកគឺ (ឧទាហរណ៍ទាំងនេះអាចជាការងារពេញម៉ោង, ការងារតាមរដូវកាលបណ្ដោះអាសន្ន ឬការបណ្ដុះបណ្ដាល និងអាចមានប្រាក់ចំណូលដែលមិនបានរកផ្សេងទៀត មិនបានរាយនៅទីនេះ)៖

- ប្រាក់ឈ្នួល
- ប្រាក់កម្រៃជើងសារ
- ប្រាក់ទឹកតែ
- ប្រាក់ខែ
- សិក្សាការងារ (សិស្សនិស្សិត)
- រួមបញ្ចូលទាំងការងារទទួលប្រាក់ចំណូលដែល County បានជួយលោកអ្នកឲ្យទទួលបាន។

បុគ្គលដែលកំពុងធ្វើការ	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក	កម្រៃគិតជាម៉ោង	ម៉ោងគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្ដាហ៍	បានទទួលប្រាក់ចំណូលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ម្ដង, ប្រចាំសប្ដាហ៍, ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)	ប្រាក់ចំណូលរកបានដុលដែលបានទទួលខែនេះ?	រំពឹងនឹងបន្តទទួលបាន? (✔ គូសធិកចម្លើយ បាទ/ចាស់ ឬ ទេ)
			$			$	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
			$			$	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
			$			$	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
			$			$	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលនេះ មិនត្រូវបានរំពឹងទទួលបានបន្ត ចូរពន្យល់៖

តើមាននរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ, ផ្លាស់ប្ដូរការងារ, ចាកចេញពីការងារ ឬការងារកាត់បន្ថយម៉ោង ក្នុងរយៈពេល 60ថ្ងៃកន្លងទៅដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
តើ County បានជួយរកការងារនេះឲ្យបុគ្គលនេះទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ តើនរណា?	កាលបរិច្ឆេទបាត់បង់ការងារចាកចេញពីការងារ ឬផ្លាស់ប្ដូរការងារ	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ចុងក្រោយ	ហេតុផល?

តើមាននរណាធ្វើកូដកម្មទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ តើនរណា?	កាលបរិច្ឆេទធ្វើកូដកម្ម	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ចុងក្រោយ	ហេតុផល?

8a. ការងារផ្ទាល់ខ្លួន

សមាជិកគ្រួសារ ដែលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងអាចចំណាយលើការងារផ្ទាល់ខ្លួន ជាក់ស្ដែង (ឬសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ឬកម្មវិធី Cash aid ការកាត់ 40% នៃប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនតាមបទដ្ឋាន)។ សម្រាប់កម្មវិធី Cash aid លោកអ្នកក៏ អាចជ្រើសរើសប្រើមធ្យមប្រចាំខែបានផងដែរ (ការចំណាយអាជីវកម្មប្រចាំឆ្នាំ ចែកនឹង12ខែ)។
បើលោកអ្នកជ្រើសរើសយកការចំណាយជាក់ស្ដែងលោកអ្នកត្រូវរាយឈ្មោះការ ចំណាយលើអាជីវកម្មរបស់លោកអ្នកនៅលើសន្លឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែកមួយ។

បុគ្គលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង	ឈ្មោះអាជីវកម្ម	ប្រភេទអាជីវកម្ម	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្ដើមដំណើរការអាជីវកម្ម	ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែ	ការចំណាយលើការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង (✔ គូសធិកចម្លើយមួយ)	*ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ
				$	☐ អត្រាទូទៅ 40% (CalFresh/Cash aid) ☐ ការចំណាយជាក់ស្ដែង $ ______________ ☐ មធ្យមភាគប្រចាំខែ $ ________________	$
				$	☐ អត្រាទូទៅ 40% (CalFresh/Cash aid) ☐ ការចំណាយជាក់ស្ដែង $ ______________ ☐ មធ្យមភាគប្រចាំខែ $ ________________	$
				$	☐ អត្រាទូទៅ 40% (CalFresh/Cash aid) ☐ ការចំណាយជាក់ស្ដែង $ ______________ ☐ មធ្យមភាគប្រចាំខែ $ ________________	$

* ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ គឺជាចំណូលប្រចាំខែដុលដក នឹងការចំណាយ។

9. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

តើមាននរណាខ្លះ ដែលទទួលទឹកប្រាក់ ឬថ្លៃឈ្នួលសេវាសាធារណៈ:ម្ហូបអាហារ ឬសម្លៀកបំពាក់ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬជាការដោះដូរនឹងការងារទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរឆ្លើយសំណួរនេះ។
បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

សម្ភារៈទទួលបាន	ដោយឥតគិតថ្លៃ	សម្រាប់ការងារ	អ្នកណាទទួលសម្ភារៈ?	តម្លៃ	អ្នកណាផ្តល់សម្ភារៈ?
ថ្លៃឈ្នួលទីជម្រក	☐	☐		$	
សេវាសាធារណៈ	☐	☐		$	
ម្ហូបអាហារ	☐	☐		$	
សម្លៀកបំពាក់	☐	☐		$	

10. ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ

តើប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់នរណាម្នាក់ (ចំណូលមិនបានរកចំណូល ដែលបានរកនិងការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង) ផ្លាស់ប្តូរពីមួយខែទៅមួយខែឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរ។
បើឆ្លើយ **ទេ** សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ	តើនៅឆ្នាំនេះប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ពួកគេនឹងមានចំនួនប៉ុន្មាន?	តើនៅឆ្នាំក្រោយប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ពួកគេនឹងមានចំនួនប៉ុន្មាន (បើលោកអ្នកគិតថា វានឹងមានភាពខុសគ្នា)?
	$	$
	$	$

11. កូនរបស់គ្រួសារ/ការចំណាយលើការថែទាំមនុស្សធំ (បរិមាណចំណាយជាក់ស្តែង ប្រសិនបើអនុញ្ញាតឲ្យការចំណាយជាការកាត់កងចេញ)។

តើមាននរណាម្នាក់បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំកូនមនុស្សធំពិការ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ផ្សេងទៀតដើម្បីលោកអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតអាចទៅធ្វើការទៅរៀន ឬស្វែងរក ការងារធ្វើបានទេ?
☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរ។
បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

នរណាទទួលការថែទាំ?	នរណាផ្តល់ការថែទាំ? (ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់ការថែទាំ)	ចំនួនទឹកប្រាក់បានចំណាយ?	បានចំណាយញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		$	
		$	
		$	
		$	

តើមាននរណាម្នាក់ជួយចេញការចំណាយខាងលើដល់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលជាផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃការថែទាំកូន/មនុស្សធំរបស់លោកអ្នកទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរបំពេញខាងក្រោម។

នរណាទទួលការថែទាំ?	នរណាជួយបង់ការចំណាយ?	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ?	បានចំណាយញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		$	
		$	

12. ការបង់អាហារកិច្ចកូន

តើអ្នកមានឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 មានកាតព្វកិច្ចផ្លូវច្បាប់បង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចកូន រួមទាំងការគាំពារកូនដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។
បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

នរណាបង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចកូន?	ឈ្មោះកូនដែលទទួលអាហារកិច្ច:	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ?	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		$	
		$	

13. អាហារកិច្ចប្តីឬប្រពន្ធ/ប្រាក់គាំពារប្តីឬប្រពន្ធក្រោយការលែងលះ

តើអ្នកមានឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរ 6 ជាប់កាតព្វកិច្ចបង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចប្តីឬប្រពន្ធ/ប្រាក់គាំពារប្តីឬប្រពន្ធក្រោយការលែងលះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។

បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

នរណាជាអ្នកបង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចប្តីប្រពន្ធ/ប្រាក់គាំពារប្តីឬប្រពន្ធក្រោយការលែងលះ?	**ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ?**	**ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** (ប្រចាំសប្តាហ៍, ពីរសប្តាហ៍ម្តង, ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
	$	
	$	

14. ការចំណាយលើតម្រូវការពិសេស

តើមាននរណាដែលមានលក្ខខណ្ឌសុខភាពពិសេស ឬស្ថានភាពដែលតម្រូវឲ្យមានដូចខាងក្រោមទេ?

របបអាហារពិសេសតាមវេជ្ជបញ្ជា?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	តម្រូវការពិសេសផ្សេងទៀត? (សូមបញ្ជាក់)	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ទូរស័ព្ទពិសេស ឬបរិក្ខារផ្សេងទៀត?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	_____	
កិច្ចការផ្ទះ (គ្មាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះអាចធ្វើវាបាន)?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	សូមរាយឈ្មោះអ្នកដែលមានតម្រូវការពិសេស និងពន្យល់៖	
ប្រើសេវាសាធារណៈខ្ពស់ខ្លាំង?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	_____	
សេវាបោកគក់ពិសេស?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ		

15. ការចំណាយរបស់គ្រួសារ

តើមាននរណាដែលលោកអ្នកទិញ និងរៀបចំចំណីអាហារចូលជាមួយ ទទួលវិក្កយបត្រសម្រាប់ការចំណាយគ្រួសារទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។

បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

កំណត់សម្គាល់៖ ចូរកុំបញ្ចូលចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយដែលធ្វើឡើងតាមរយៈជំនួយផ្នែកទីជម្រកដូចជា HUD ឬ ផ្នែក8។ សេវាផ្គត់ផ្គង់កម្តៅត្រជាក់, ទូរស័ព្ទ, សេវាសាធារណៈផ្សេងទៀត និងការផ្គត់ផ្គង់ទីជម្រកដល់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង ត្រូវបានកំណត់ជាប្រាក់ឧបត្ថម្ភ។ មិនចាំបាច់បំពេញបរិមាណទឹកប្រាក់ជាក់ស្តែងដែលបានជំពាក់ទេ។

ប្រភេទនៃការចំណាយ	**មានការចំណាយ?**	**នរណាបង់?**	**ចំនួនទឹកប្រាក់ជំពាក់**	**តើទទួលបានវិក្កយបត្រញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?** (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ)
ប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬការបង់ថ្លៃផ្ទះ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ		$	
ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ និងការធានារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមានវិក្កយបត្រដោយឡែកពីប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬបង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ)	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ		$	
ហ្គាស, អគ្គិសនី, ឬប្រេងឥន្ធនៈផ្សេងទៀត ដែលបានប្រើសម្រាប់ដុតកម្តៅ ឬត្រជាក់ ដូចជាអុស ឬប្រេងកែន (ប្រសិនបើមានវិក្កយបត្រដោយឡែកពីប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬបង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ)	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ			
ទូរស័ព្ទ/ទូរស័ព្ទដៃ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ			
ការចំណាយលើភាពគ្មានទីជម្រក	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ			
ទឹក, ទឹកសំអុយ, សំរាម	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ			
តើមាននរណាដែលមិននៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកជួយចេញការចំណាយខាងលើឲ្យលោកអ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមបំពេញ។		នរណាជួយបង់?	ប៉ុន្មាន? $	តើបានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

តើលោកអ្នកទទួល ឬរំពឹងថានឹងទទួលការបង់ចំណាយពីកម្មវិធីជំនួយថាមពលដល់ផ្ទះដែលមានចំណូលទាប (LIHEAP) ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

16. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព៖

តើលោកអ្នក ឬអ្នកដែលលោកអ្នកទិញឬរៀបចំម្ហូបអហារចូលជាមួយ ជាមនុស្សចាស់ (60ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ) ឬជនពិការដែលមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពទេ?

☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរ។

បើឆ្លើយ **ទេ** ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

កំណត់សម្គាល់៖ ចូរកុំរាយឈ្មោះប្តីឬប្រពន្ធ ឬកូនដែលទទួលបានប្រាក់សម្រាប់អ្នកក្នុងបន្ទុកសម្រាប់ SSI ឬពិការភាព និងអ្នកទទួលដែលពិការភ្នែក។ រាយឈ្មោះមុខចំណាយដែលលោកអ្នករំពឹងថានឹងមាននៅក្នុងពេលអនាគត់។

ការចំណាយលើសុខភាពដែលអាចអនុញ្ញាតឲ្យគឺ៖

- ☐ ការថែទាំសុខភាព ឬការថែទាំធ្មេញ
- ☐ ការសម្រាកពេទ្យ/អ្នកទទួលការព្យាបាលសម្រាកនៅផ្ទះ/ការថែទាំអ្នកជំងឺ
- ☐ ការប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា
- ☐ សុខភាព និងប្រាក់ចំណាយលើគោលនយោបាយធានា៉ាប់រងក្នុងការសម្រាក ពេទ្យ
- ☐ ប្រាក់ចំណាយលើ Medicare (ការរំលែកការចំណាយលើ Medi-Cal)
- ☐ ធ្មេញសប្បនិមិត្មជំនួយការស្តាប់ និងផ្នែកសប្បនិមិត្មនៃរាយកាយ
- ☐ រក្សាទុកអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺម្នាក់ ដែលចាំបាច់ដោយសារវ៉យជំងឺ ឬភាពទ្រុឌទ្រោម រាងកាយ
- ☐ ចំនួន និងចំណាយលើអាហារ ដែលផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ
- ☐ ឱសថអាចទិញដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា
- ☐ ចំណាយលើការដឹកជញ្ជូន (ម៉ែយ៍ ឬថ្លៃឈ្នួល) និងការស្នាក់នៅដើម្បីទទួលការ ព្យាបាល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ☐ ពាក់វ៉ែនតានិងពាក់ Contact Lense ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា
- ☐ បរិក្ខារ និងការផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រតាមវេជ្ជបញ្ជា
- ☐ ចំណាយលើសេវាសត្វពាហនៈ (រិក្តយបត្រចំណីអាហារពេទ្យសត្វ ។ល។)

ឈ្មោះមនុស្សចាស់/ជនពិការ	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ	បានចំណាយញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំខែប្រចាំសប្តាហ៍ផ្សេងទៀត)	ប្រភេទនៃការចំណាយ? (វេជ្ជបញ្ជា, ធ្មេញសប្បនិមិត្ម, ចំនួនពេលអាហារសម្រាប់អ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ ។ល។)	តើគ្រួសារនឹងត្រូវបានបង់ឲ្យវិញសម្រាប់ចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ? (ដោយ Medi-Cal, ការធានា៉ាប់រង, សមាជិកគ្រួសារ ។ល។)
	$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ នរណាបង់ឲ្យ? ប៉ុន្មានៈ $
	$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ នរណាបង់ឲ្យ? ប៉ុន្មានៈ $

17. ការចំណាយដែលអាចកាត់ពន្ធផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើនរណាម្នាក់បង់អ្វីមួយដែលអាចកាត់លើប្រាក់ចំណូលពន្ធសហព័ន្ធ ការប្រាប់ឯឹងនេះដល់យើងខ្ញុំនៅទីនេះ អាចធ្វើឲ្យចំណាយលើការធានា៉ាប់រងសុខភាពមានតម្លៃទាបបន្តិច។ ចូរកុំបញ្ជូលអ្វីមួយដែលលោកអ្នកបានបញ្ជូលទៅក្នុងការចំណាយលើការបម្រើការងារឲ្យខ្លួនរួចហើយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការចំណាយដែលអាចកាត់ទុកផ្សេងទៀត សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ប្រភេទនៃការចំណាយ	មានការចំណាយ?	នរណាបង់?	បានបង់ញឹកញាប់? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ)
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធក្រោយការលែងលះ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ		
ការប្រាក់លើប្រាក់កម្ចីរបស់សិស្សនិស្សិត	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ		
ការកាត់ទុកផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់)	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ		

18. តើអ្នកដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរ 6 ទទួលអាហារពីកន្លែងណាមួយដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

- ផ្ទះបាយរួមសម្រាប់មនុស្សចាស់/ជនពិការ
- កម្មវិធីចែកចាយអាហារប្រតិបត្តិដោយការបម្រុងទុករបស់អ្នកស្រុកដើមកំណើតអាមេរិកាំង។
- កម្មវិធីស្បៀងអាហារផ្សេងទៀត

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ នរណា?	កម្មវិធីអ្វី?
បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ នរណា?	កម្មវិធីអ្វី?

19. តើអ្នកមានឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 រស់នៅកន្លែងណាមួយដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរ។ បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

- ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង
- ទីជម្រកសម្រាប់ស្ត្រីចាស់ជរា
- ទីកន្លែងបម្រុងសម្រាប់អ្នកស្រុកដើមកំណើតអាមេរិកាំង
- មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹង/ថ្នាំញាណ
- មណ្ឌលកែប្រែ/ស្ថាប័នព្រហ្មទណ្ឌ (គុកឬមន្ទីរឃុំឃាំង)
- ការរៀបចំការរស់នៅជាក្រុមសម្រាប់មនុស្សខ្វាក់/ជនពិការ
- ទីជម្រកឧបត្ថម្ភធនដោយរដ្ឋសហព័ន្ធ
- មន្ទីរពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ/ស្ថាប័នព្យាបាលផ្លូវចិត្ត
- មន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំរយៈពេលយូរ ឬក្រុមប្រឹក្សា និងមណ្ឌលថែទាំ

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ	ឈ្មោះស្ថាប័ន (មជ្ឈមណ្ឌល, ទីជម្រក, មណ្ឌល។ ល។)	កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីកន្លែងនេះតាមការរំពឹងទុក (ប្រសិនបើអនុវត្ត)

20. តើមាននរណាម្នាក់កំពុងទទួលបានសេវាគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS) ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

តើនរណាទទួលបានសេវាកម្មនេះ ?	តើលោកអ្នកបង់ចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយខែសម្រាប់សេវាកម្មនេះ ?
	$

21. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរទី 6 ទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយលោកអ្នកដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **ទេ** រាយឈ្មោះអ្នកដែលមិនទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយលោកអ្នក។

ឈ្មោះ	ឈ្មោះ
ឈ្មោះ	ឈ្មោះ

21a. តើមាននរណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នកអាយុ 60ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ និងមិនអាចទិញអាហារ និងធ្វើម្ហូបផ្សេងគ្នាដោយសារតែពិការភាពដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** តើជានរណា៖_____

22. ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលត្រូវការការធានា៉ាប់រងសុខភាព។ តើបច្ចុប្បន្នមាននរណាម្នាក់ចុះឈ្មោះនៅក្នុងការធានា៉ាប់រងសុខភាពដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ ?
☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមធិចលើប្រភេទនៃការធានា៉ាប់រង រួចសរសេរឈ្មោះបុគ្គលទាំងនេះនៅជិតការធានា៉ាប់រងដែលពួកគេមាន។

☐ Medicaid/Medi-Cal (កម្មវិធីថែទាំសុខភាព)	☐ ការធានា៉ាប់រងរបស់និយោជក
☐ CHIP (កម្មវិធីធានា៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ)	ឈ្មោះនៃការធានា៉ាប់រងសុខភាព
☐ Medicare (កម្មវិធីធានា៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)	លេខគោលនយោបាយ៖
☐ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព TRICARE (មិនត្រូវធិច ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការថែទាំដោយផ្ទាល់ ឬកាតពូកិច្ច)	តើនេះគឺជាការធានា៉ាប់រង COBRA (កម្មវិធីធានា៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់និយោជិត) មែនទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ តើនេះគឺជាគម្រោងសុខភាពសម្រាប់និវត្តជនមែនទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
☐ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA	តើនេះគឺជាគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍និយោជិតរបស់រដ្ឋមែនទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
☐ Peace Corps (កម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តរបស់រដ្ឋាភិបាលអាមេរិក)	☐ ផ្សេងៗ
	ឈ្មោះការធានា៉ាប់រងសុខភាព
	លេខគោលនយោបាយ៖
	តើគម្រោងនេះគឺជាគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍មានដែនកំណត់ដូចគ្នានឹងគោលនយោបាយឧប្បត្តិហេតុនៅតាមសាលាមែនទេ ? ☐ បាទចាស់ ☐ ទេ

22a. តើមាននរណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទទួលបានការធានា៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពពីការងារដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** លោកអ្នកត្រូវបំពេញ និងបញ្ជូលឧបសម្ព័ន្ធ A។

22b. តើការធានា៉ាប់រងសុខភាពរបស់នរណាម្នាក់ នឹងត្រូវបញ្ចប់ ឬបានបញ្ចប់ នៅក្នុងរយៈពេល90ថ្ងៃចុងក្រោយដែរ ឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើ **ទេ** សូមរំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

ក្រុមហ៊ុនធានា៉ាប់រង	បុគ្គល ដែលបានធានា៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	មូលហេតុនៃការបញ្ចប់ ឬនឹងត្រូវបញ្ចប់

22c. តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវការជំនួយសម្រាប់វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រពីរយៈពេល បីខែចុងក្រោយដែរ ឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** តើជានរណា៖_____

23. តើអ្នក ដែលមានរាយឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរទី6 មានគម្រោងធ្វើប្រតិវទន៍របាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធនៅឆ្នាំក្រោយដែរ ឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកធ្វើប្រវទន៍នីមួយៗ។
ប្រសិនបើ **ទេ** សូមរំលងទៅកាន់សំណួរទី 23e។

23a. សូមបំពេញផ្នែកនេះសម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ ដែលមានគម្រោងចង់ធ្វើប្រតិវទន៍របាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធ**នៅឆ្នាំក្រោយ** ប្រសិនបើលោកអ្នកឆ្លើយ បាទ/ចាំស សម្រាប់សំណួរទី23។ លោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំការធានា៉ាប់រងសុខភាពបានដដែល ទោះបីជាលោកអ្នកមិនបានធ្វើប្រតិវទន៍របាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធក៏ដោយ។

23b. រាយឈ្មោះអ្នក ដែលមានគម្រោងធ្វើប្រតិវទន៍របាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធ៖

23c. តើបុគ្គលនេះនឹងធ្វើប្រតិវទន៍រួមគ្នាជាមួយនឹងប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមសរសេរឈ្មោះប្តី/ប្រពន្ធ៖_____

23d. តើបុគ្គលនេះនឹងទាមទាររបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធរបស់អ្នកនៅ ក្នុងបន្ទុករបស់ពួកគេដែរ ឬទេ៖ ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមរាយឈ្មោះអ្នកធ្វើប្រតិវទន៍ពន្ធ ដែលនឹងទាមទារវា៖_____

23e. តើបុគ្គលនេះមានទំនាក់ទំនងដូចម្តេចជាមួយនឹងអ្នកធ្វើប្រតិវទន៍ពន្ធ ដែលនឹងទាមទាររបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធនេះ៖_____

23f. ដើម្បីធ្វើវាឲ្យកាន់តែងាយស្រួលក្នុងការកំណត់ពីសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការបង់ថ្លៃធានា៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំទៀត។
ខ្ញុំយល់ស្របឲ្យលោកអ្នកប្រើប្រាស់ទិន្នន័យចំណូលរួមទាំងព័ត៌មានពីរបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធ។
លោកអ្នកនឹងផ្ញើឲ្យខ្ញុំនូវសេចក្តីជូនដំណឹងមួយច្បាប់អនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយហើយខ្ញុំអាចបដិសេធមិនចូលរួមនៅពេលណាមួយ។
បបាទ/ចាំស បន្តសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេល (សូមធិចចម្លើយមួយ) ៖ ☐ 5 ឆ្នាំក្រោយ ☐ 4 ឆ្នាំក្រោយ ☐ 3 ឆ្នាំក្រោយ ☐ 2 ឆ្នាំក្រោយ ☐ 1 ឆ្នាំក្រោយ ☐ ទេ មិនត្រូវប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីរបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធដើម្បីបន្តការធានា៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។

24. ធនធាននៅក្នុងគ្រួសារ

តើមានរណាម្នាក់មានធនធានណាមួយ (សាច់ប្រាក់ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ, វិញ្ញាបនបត្រផ្ទើប្រាក់, ភាគហ៊ុន និងសញ្ញាប័ណ្ណ ។ល។) ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើ **ទេ** សូមរំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

លើកលែងចំពោះការថែទាំសុខភាព។ សូមឆ្លើយប្រសិនបើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមានអាយុ 65ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ ឬមានពិការភាព។ ប្រសិនបើស្នើសុំ cash aid និង CalFresh លោកអ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរនេះ។

ធិចលើធនធាននីមួយៗនៅខាងក្រោម ដែលលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកមាន៖

- ☐ គណនីធនាគារ/សមាគមឥណទាន (គណនីចរន្ត)
- ☐ គណនីធនាគារ/សមាគមឥណទាន (គណនីសន្សំ)
- ☐ ប្រអប់ប្រាក់តម្កល់សុវត្ថិភាព
- ☐ ប័ណ្ណសន្សំរដ្ឋាភិបាល
- ☐ សិទ្ធិយកប្រេង ឬរ៉ែ
- ☐ គណនីទីផ្សារហិរញ្ញវត្ថុ
- ☐ សង្គហធន/មូលនិធិក្នុងភារៈគ្រប់គ្រង
- ☐ វិញ្ញាបនបត្រផ្ទើប្រាក់ (CD)/IRA
- ☐ សាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ
- ☐ ធនបត្រអ៊ីប៉ូតែកលិខិតប្រគល់អាណត្តិព្យាបាលភាព
- ☐ ភាគហ៊ុន
- ☐ សញ្ញាប័ណ្ណ
- ☐ មូលប្បទានបត្រមិនទាន់បើក
- ☐ ការធានា៉រាប់រងអាយុជីវិត ឬការបញ្ចុះសព
- ☐ ផ្សេងៗ៖ _____

ប្រសិនបើមានគណនីរួមជាមួយនឹងបុគ្គលម្នាក់ទៀតសូមបញ្ជាក់វានៅខាងក្រោម។

សម្រាប់ប្រអប់ ដែលបានធិចនីមួយៗខាងលើ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

តើឈ្មោះនរណា ដែលមានធនធានទាំងនេះ ?	ប្រភេទធនធាន	តើធនធាននេះ មានតម្លៃប៉ុន្មាន ?	តើធនធាននេះនៅកន្លែងណា ? (រួមមានឈ្មោះធនាគារ ឬក្រុមហ៊ុន ដែលរក្សាទុកប្រាក់)
		$	
		$	
		$	
		$	

តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកបានលក់, ធ្វើជំនួញ, ផ្តល់ឲ្យទទេ ឬផ្ទេរធនធានមួយនៅក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30)ខែចុងក្រោយដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

នៅពេល ?	ធនធានអ្វីខ្លះ ?	វាមានតម្លៃប៉ុន្មាន ?	តើលោកអ្នកទទួលបានប៉ុន្មានពីវា
		$	$

ប្រសិនបើលោកអ្នកជួញដូរ ឬឲ្យទទេរនូវធនធាននេះ សូមពន្យល់៖ _____

_____

លើកលែងចំពោះការថែទាំសុខភាព។ សូមឆ្លើយ ប្រសិនបើអ្នកដែលបានដាក់ពាក្យមានអាយុ 65ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ ឬមានពិការភាព។

25. ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន

តើនរណាម្នាក់មានទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ឬពាក់ព័ន្ធនឹងអាជីវកម្មណាមួយដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើ **ទេ** សូមរំលងទៅកាន់ សំណួរបន្ទាប់។

- ☐ ឧបករណ៍
- ☐ សន្និធិពាណិជ្ជកម្ម
- ☐ បសុសត្ថ
- ☐ បរិក្ខារប្រើប្រាស់ក្នុងការិយាល័យ
- ☐ ឧបករណ៍កីឡាកាំភ្លើង
- ☐ ទូកគ្មានម៉ាស៊ីននិង/ ឬរថសណ្តោង
- ☐ ប៉ារាំបញ្ជររថយន្ត
- ☐ ឧបករណ៍ផ្ទាល់ខ្លួន
- ☐ គ្រឿងអលង្ការ, វិចិត្រកម្ម, វត្ថុបុរាណវត្ថុ, ការប្រមូលផ្ទុំ, ឧបករណ៍តន្ត្រី (ព្យាណូ, អកហ្គ៍ ។ល។)

សូមបញ្ចូលរបស់របរ ទោះបីជាវាជាកម្មសិទ្ធិរួមគ្នាជាមួយនឹងបុគ្គលម្នាក់ទៀតក៏ដោយ។ មិនត្រូវរួមបញ្ចូលចិញ្ចៀនភ្ជាប់ពាក្យ ឬអាពាហ៍ពិពាហ៍, កេរ៉ុម៉ែរកតគ្រួសារ ។ល។
រាយឈ្មោះគ្រឿងអលង្ការផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃ $100 ឬលើសពីនេះ និងបរិក្ខារប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ឬរបស់របរផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានតម្លៃលើសពី $500 ក្នុងមួយមុខ។

របស់របរ	តើវាជាក់សម្រាប់ លក់មែនទេ ?	ថ្លៃទិញ ឬថ្លៃបច្ចុប្បន្ន	ចំនួនដែលជំពាក់
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ	$	$

ជម្រើសសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។ ឆ្លើយសំណួរសម្រាប់អ្នកដែល ដាក់ពាក្យសុំមានអាយុ65ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬពិការប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Cash aid លោកអ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរនេះ។

26. យានយន្ត

តើមានអ្នកណាម្នាក់មានប្រើប្រាស់ ឬមានឈ្មោះរបស់ខ្លួននៅក្នុងការចុះបញ្ជីយានយន្តណាមួយ ដូចជា រថយន្ត ម៉ូតូ យានយន្តបើកលើទឹកកក រថយន្តលំហែកាយ (RV) ឬកាណូត ។ល។ ទោះបីយានយន្តនោះ មិនដំណើរការក៏ដោយ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

	យានយន្ត (1)	**យានយន្ត (2)**	**យានយន្ត (3)**
ម្ចាស់យានយន្ត			
ឈ្មោះអ្នកដែលប្រើយានយន្តនោះ			
ឆ្នាំ/ម៉ាក/ម៉ូដែល			
ស្លាកលេខ			
តើយានយន្តនេះជាអំណោយ កាដូ ឬផ្ទេរឲ្យលោកអ្នកដោយសមាជិក គ្រួសារឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរគូសក្នុងប្រអប់សមស្រប ☐ កាដូ ☐ អំណោយ ☐ ផ្ទេរឲ្យដោយសមាជិកគ្រួសារ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរគូសក្នុងប្រអប់សមស្រប ☐ កាដូ ☐ អំណោយ ☐ ផ្ទេរឲ្យដោយសមាជិកគ្រួសារ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** ចូរគូសក្នុងប្រអប់សមស្រប ☐ កាដូ ☐ អំណោយ ☐ ផ្ទេរឲ្យដោយសមាជិកគ្រួសារ
តម្លៃប៉ាន់ស្មាន	$	$	$
តើលោកអ្នកនៅជំពាក់ថ្លៃទិញយានយន្តនោះប៉ុន្មាន?	$	$	$
តើការចុះបញ្ជីយានយន្តនោះត្រូវបានបង់ប្រាក់នៅពេលថ្មីៗនេះឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតថ្មីៗនេះ កំពុងជួលយានយន្ត នោះឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
តើលោកអ្នកប្រើប្រាស់យានយន្តនោះ យ៉ាងដូចម្តេច?			
ដូចជាផ្ទះឬ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ទៅធ្វើការ ទៅបណ្តុះបណ្តាល ឬទៅរកការងារធ្វើ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ប្រើប្រាស់សម្រាប់ការងារផ្ទាល់ខ្លួន ជួយទ្រទ្រង់ខ្លួនឯង ឬសម្រាប់អាជីវកម្ម?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ដឹកសមាជិកក្នុងផ្ទះដែលពិការ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
ដឹកប្រេងឥន្ធនៈ ឬទឹកសម្រាប់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងលំហែប៉ុណ្ណោះ?	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

27. តើអ្នកដែលឋិតនៅក្នុងសំណួរទី 6 មានកម្មសិទ្ធិ ឬតើពួកគេនឹងទិញ ផ្ទះ ដីធ្លី ឬអចលនទ្រព្យ នៅកន្លែងណាមួយ រួមទាំងនៅក្នុងរដ្ឋផ្សេង ឬប្រទេសណាផ្សេងដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមពន្យល់។

ជម្រើសសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឆ្លើយសំណួរសម្រាប់អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមានអាយុ65ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬពិការប៉ុណ្ណោះ។

តើនរណាមានកម្មសិទ្ធិ ឬនឹងទិញ ផ្ទះ/អចលនទ្រព្យ?	**អាសយដ្ឋានផ្ទះ/អចលនទ្រព្យ**	**តើនរណាម្នាក់កំពុងជួលផ្ទះនេះពីម្ចាស់ផ្ទះឬ?**	**តើម្ចាស់ផ្ទះទទួលបានថ្លៃឈ្នួលប៉ុន្មាន?**		**ឥឡូវនេះមិនទាន់នៅទេ ប៉ុន្តែម្ចាស់ផ្ទះកំពុងចាត់ចាំ ពីក្រឡាប់មកស៊ីនៅ ផ្ទះវិញ នៅថ្ងៃណាមួយ?**
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	$	☐ មិនបានជួល	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ
		☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ	$	☐ មិនបានជួល	☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

28. Diversion Program (កម្មវិធីបង្វែរតម្រូវការជំនួយបន្ថែម)

តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ពីកម្មវិធី Diversion ឬ សេវាមិនមែនសាច់ប្រាក់ពី County ឬរដ្ឋដទៃទៀតដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស់** សូមឆ្លើយសំណួរ។ បើឆ្លើយ **ទេ** រំលងទៅសំណួរ បន្ទាប់។

ឈ្មោះ	**County/រដ្ឋទទួលបានពី**	**ចំនួនទឹកប្រាក់ បានទទួល**	**បញ្ជីឈ្មោះសេវានានាដែលបានទទួល**	**តម្លៃប៉ាន់ស្មាន នៃសេវានានា**	**កាលបរិច្ឆេទបាន ទទួលចុងក្រោយ**
		$		$	

29. អត្ថប្រយោជន៍នៃការលួចចម្លង

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់បានដាក់ទោស ក្នុងការទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP (ឈ្មោះសហព័ន្ធសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយមួយ អាហារ) ដែលបានចម្លងក្លែងក្លាយ នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយក្រោយថ្ងៃទី22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ1996 ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____

30. អត្ថប្រយោជន៍នៃការជួញដូរខុសច្បាប់

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់បានដាក់ទោស ក្នុងការជួញដូរខុសច្បាប់ (ការអនុញ្ញាតឲ្យប្រើប្រាស់ឬលក់ប័ណ្ណ EBT ទៅឲ្យអ្នក ដទៃ) នូវអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលមានតម្លៃ500$ ឬលើសពីនេះក្រោយថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញាឆ្នាំ1996 ដែរ ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____

31. អត្ថប្រយោជន៍នៃការជួញដូរថ្នាំញៀន

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ជាប់ពិរុទ្ធភាពលើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សម្រាប់ការជួញដូរថ្នាំញៀនក្រោយថ្ងៃទី22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ1996 ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____

32. អត្ថប្រយោជន៍នៃការជួញដូរកាំភ្លើងឬគ្រឿងផ្ទុះ

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ជាប់ពិរុទ្ធភាពលើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សម្រាប់ការជួញដូរកាំភ្លើងអាវុធយុទ្ធភ័ណ្ឌ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ក្រោយថ្ងៃទី22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ1996 ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____

33. ការបាកបន្ទំ

តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានគេបញ្ឈប់cash aid សម្រាប់ការជាប់ពិរុទ្ធភាពលើការបាកបន្ទំធនឧបត្ថម្ភដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____ នៅពេលណា? _____

នៅកន្លែងណា? _____

34. គ្មានសហប្រតិបត្តិការ/សច្ចាប៉ន

តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានគេបញ្ឈប់ cash aid សម្រាប់ការគ្មានសហប្រតិបត្តិការជាមួយនឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសច្ចាប៉នការងារ/ការបណ្តុះបណ្តាល ឬមូលហេតុណាមួយផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____ នៅពេលណា? _____

នៅកន្លែងណា? _____ មូលហេតុអ្វី? _____

35. បទឧក្រិដ្ឋក្នុងការគេចខ្លួន

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក កំពុងលាក់ខ្លួន ឬរត់ គេចពីច្បាប់ ដើម្បីគេចវេសការកាត់ទោសស្ថិតក្នុងការឃុំឃាំង ឬជាប់ពន្ធនាគារ សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទឧក្រិដ្ឋដោយការប៉ុនប៉ងដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____

36. ការបំពានលើការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ/ការដោះលែងជាបណ្តោះអាសន្ន

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ត្រូវតុលាការរកឃើញថា រំលោភបំពានលើការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងជាបណ្តោះអាសន្នដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** តើជានរណា? _____

37. បទឧក្រិដ្ឋថ្នាំញៀន

តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាមួយក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់បានដាក់ទោសលើបទឧក្រិដ្ឋក្នុងការរក្សាទុកប្រើប្រាស់ផលិត ឬចែកចាយសារធាតុហាមឃាត់ (ថ្នាំខុសច្បាប់ ឬថ្នាំមួយចំនួន ដែលត្រូវការវេជ្ជបញ្ជារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត) ក្រោយថ្ងៃទី22 ខែសីហាឆ្នាំ1996 ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** ហើយការដាក់ទោសលើបទឧក្រិដ្ឋ គឺសម្រាប់ការរក្សាទុកសារធាតុហាមឃាត់ តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារនោះបានធ្វើ (ឬនឹងធ្វើ) កម្មវិធីណាមួយដូចខាងក្រោម (CalFresh ប៉ុណ្ណោះ) ៖

a) បញ្ចប់កម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀន ដែលមានការទទួលស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

b) ចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀន ដែលមានការទទួលស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

c) ចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀន ដែលមានការទទួលស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

d) បានដាក់ក្នុងបញ្ជីរង់ចាំសម្រាប់កម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀន ដែលមានការទទួល ស្គាល់ពីរដ្ឋាភិបាល? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

e) ឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុហាមឃាត់ហើយមានកស្តុតាងបញ្ជាក់ថាលោកអ្នកបានឈប់? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមពន្យល់ ៖ _____

_____

38. តម្រូវការពិសេសផ្សេងៗ

តើក្រុមគ្រួសារចង់ដាក់ពាក្យសុំការទូទាត់លើតម្រូវការពិសេស សម្រាប់ការស្នាក់នៅ ឬសម្ភារៈប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះចាំបាច់ដែលបានបាត់ឬខូចខាតដោយសារតែស្ថានភាពភ្លាមៗ និង/ឬ ខុសប្រក្រតីដូចជាអគ្គីភ័យរញ្ជួយផែនដី ឬទឹកជំនន់ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមពន្យល់ៃ

39. សេវាផ្សេងៗ

សេវាខាងក្រោមនេះ គឺអាចរកបាន។ ចម្លើយលោកអ្នកសម្រាប់សំណួរទាំងនេះ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបស់លោកអ្នកឡើយ។

A. ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពដ៏ទៀងទាត់ ដើម្បីជួយការពារសុខភាពរបស់គ្រួសារ លោកអ្នក គឺអាចរកបានទៅតាមការស្នើសុំតាមរយៈកម្មវិធីបង្ការពិការភាពនិង សុខភាពកុមារ (CHDP) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារលោកអ្នក ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានដែលមានអាយុក្រោម 21ឆ្នាំ។

- តើលោកអ្នក ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវា CHDP ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
- តើលោកអ្នកត្រូវការសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ CHDP ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
- តើលោកអ្នកត្រូវការសេវាទន្តសាស្ត្រ CHDP ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ
- តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការណាត់ជួប ឬការធ្វើដំណើរទៅកាន់សេវា CHDP ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

B. តើលោកអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

C. ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតទទួលបានអាហារ ដែលមានសុខភាពល្អ និងជំនួយផ្សេងទៀត។ តើលោកអ្នកចង់និយាយជាមួយនរណាម្នាក់អំពីជំនួយនេះទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

D. តើអ្នកកំពុងបំបៅដោះកូនមែនទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** តើអ្នកបានសម្រាលកូននៅក្នុងរយៈពេល 12ខែចុងក្រោយដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ប្រសិនបើលោកអ្នកគូសយកចម្លើយ **បាទ/ចាំស** សម្រាប់សំណួរ 39 C ឬ D នោះលោកអ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម ដែលបានផ្តល់ជូនដោយ កម្មវិធីអាហារបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ស្ត្រីទារក និងកុមារ (WIC)។

E. តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ ត្រូវការសេវាផែនការគ្រួសារដោយ ឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃទាប ដើម្បីជួយធ្វើផែនការក្នុងការបង្ការការមានផ្ទៃពោះ ដោយចៃដន្យ និង/ឬការមានកូនបន្ទាប់ដែរឬទេ ? ☐ បាទ/ចាំស ☐ ទេ

ប្រសិនបើ **បាទ/ចាំស** សូមទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោងថែទាំសុខភាព ឬវេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំកាយរបស់លោកអ្នក។ ឬសម្រាប់ព័ត៌មាន និងទីតាំងនៃគ្លីនិកផ្តល់ផែនការគ្រួសារដែលលាក់ការសម្ងាត់ សូមទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃមកកាន់លេខ 1-800-942-1054។

ចន្លោះសម្រាប់សរសេរបន្ថែម

ចន្លោះសម្រាប់សរសេរបន្ថែម

មិនត្រូវបំពេញ- សម្រាប់ County ប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ

IF THE ANSWER IS "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than $150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts $100 or less? ☐ Yes ☐ No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance? ☐ Yes ☐ No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding $100? ☐ Yes ☐ No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice? ☐ Yes ☐ No

ឧបសម្ព័ន្ធ A

ធានា៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការ

លោកអ្នក**មិន**ចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ វៀរលែងតែ នរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះមានសិទ្ធិទទួលបានធានា៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការណាមួយ។
ប្រសិនបើមានមនុស្សលើសពីម្នាក់ត្រូវ បានផ្តល់ធានា៉ាប់រងសុខភាពពីនិយោជកមួយផ្សេងទៀតលោកអ្នកអាចថតចម្លងទំព័រនេះហើយប្រើវាសម្រាប់អ្នកទីពីរ (ឬតាមចំនួនដែលលោកអ្នកត្រូវការ)។
ជាដំបូងសូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារ (និយោជក) ដែលផ្តល់ការធានា៉ាប់រង។

1. ឈ្មោះនិយោជិក (នាមខ្លួននាមកណ្តាលនាមត្រកូល)	2. លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់និយោជិក __ __

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

3. ឈ្មោះនិយោជក		4. អត្តលេខនិយោជក (EIN) __
5. អាសយដ្ឋាននិយោជក		6. លេខទូរស័ព្ទនិយោជក ( ) __
7. ទីក្រុង	8. រដ្ឋ	9. កូដប្រៃសណីយ៍
10. អ្នកដែលយើងខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងសួរនាំអំពីការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពរបស់និយោជកនៅកន្លែងធ្វើការងារនេះ?		
11. លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីលេខទូរស័ព្ទនិយោជក) ( )	12. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលរបស់និយោជក (តំណាងរបស់និយោជក)	

13. តើបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានា៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្តល់ដោយនិយោជកនេះឬតើលោកអ្នកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងរយៈពេលបីខែក្រោយដែរឬទេ?

☐ ទេ (ឈប់ត្រង់នេះសម្រាប់ផ្នែកនៃពាក្យស្នើសុំនេះ)

☐ បាទ/ចាស៉ (បន្ត)

13a. ប្រសិនបើលោកអ្នកបិតក្នុងរយៈពេលរងចាំ ឬរយៈពេលសាកល្បង តើលោកអ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងធានា៉ាប់រងនៅពេលណា? _____
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

រាយឈ្មោះអ្នកផ្សេងៗទៀតដែលមានសិទ្ធិ ឬនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការធានា៉ាប់រងពីកន្លែងធ្វើការនេះ។

ឈ្មោះ៖_____ ឈ្មោះ៖_____ ឈ្មោះ៖_____

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីផែនការសុខភាពដែលផ្តល់ដោយនិយោជករូបនេះ។

14. តើនិយោជកផ្តល់ផែនការសុខភាពដែលបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាដែរឬទេ *? ☐ បាទ/ចាស៉ ☐ ទេ

14a. តើនេះជាផែនការអត្ថប្រយោជន៍និយោជិករបស់រដ្ឋឬ? ☐ បាទ/ចាស៉ ☐ ទ

15. សម្រាប់ផែនការចំណាយទាបបំផុតដែលបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាត្រូវបានផ្តល់ឲ្យតែនិយោជិកប៉ុណ្ណោះ (ចូរកុំបញ្ចូលផែនការគ្រួសារ)៖

ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីសុខភាព ចូរផ្តល់បុព្វលាភធានា៉ាប់រងដែលនិយោជិកបង់ឲ្យ ប្រសិនបើគាត់បានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃអតិបរមាសម្រាប់ការឈប់ជក់បារី (កម្មវិធីជួយឲ្យនិយោជិកឈប់ជក់បារី) ហើយមិនបានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃណាមួយផ្សេងទៀតផ្អែកលើកម្មវិធីសុខភាព។

a. តើនិយោជិកត្រូវបង់បុព្វលាភធានា៉ាប់រងប៉ុន្មានសម្រាប់ផែនការនេះ? $_____

b. ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ ប្រចាំឆ្នាំ

☐ និយោជកមិនផ្តល់កម្មវិធីសុខភាពទេ។

16. តើនិយោជកនឹងធ្វើឲ្យមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ឆ្នាំផែនការថ្មី (បើបានដឹង)?

☐ និយោជកនឹងលែងផ្តល់ធានា៉ាប់រងសុខភាពទៀតហើយ។

☐ និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ធានា៉ាប់រងសុខភាពដល់និយោជិកឬចាប់ផ្តើមផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានា៉ាប់រង សម្រាប់ផែនការចំណាយទាបបំផុតដែលមានសម្រាប់តែនិយោជិកណាដែលបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាប៉ុណ្ណោះ។

a. តើនិយោជិកត្រូវបង់បុព្វលាភធានា៉ាប់រងចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់ផែនការនេះ? $_____

b. ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? ☐ ប្រចាំសប្តាហ៍ ☐ ប្រចាំពីរសប្តាហ៍ ☐ ពីរដងក្នុងមួយខែ ☐ ប្រចាំខែ ☐ ប្រចាំត្រីមាស ☐ ប្រចាំឆ្នាំ

c. កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖_____

☐ គ្មានរំពឹងថានឹងការផ្លាស់ប្តូរទេ។

*ផែនការសុខភាពឧបត្ថម្ភដោយនិយោជកបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរិមា ប្រសិនបើចំណែករបស់ផែនការក្នុងចំណាយលើអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតសរុបដែល៉ាប់រងដោយផែនការនេះ មានចំនួនមិនតិចជាង 6% នៃការចំណាយ (ផ្នែក 36B (c) (2) (C) (ii) នៃក្រមផ្ទៃក្នុងស្តីពីប្រាក់ចំណូលឆ្នាំ 1986។ ចូរបំពេញផ្នែកនេះ

ឧបសម្ព័ន្ធ B សំណួរសម្រាប់ជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំងនិងជនជាតិដើមអាឡាស្កា

ប្រសិនបើលោកអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ (ប្តីឬប្រពន្ធនិង/ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក) ជាជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំងឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។
ចូរដាក់ផ្នែកជាមួយនឹងទម្រង់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

ចូរប្រាក់យើងខ្ញុំអំពីសមាជិកនៃក្រុមគ្រួសារដែលជាជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។

ជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំងនិងជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាចទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌានៅក្នុងទីក្រុង។ ពួកគេក៏អាចនឹងមិនបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយ ហើយអាចទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំខែពិសេស។ ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមដើម្បីឲ្យប្រាកដថាគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបានជំនួយច្រើនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមនុស្សនិយាយប្រាប់យើងខ្ញុំលើសពីពីរនាក់ ចូរថតចម្លងទំព័រនេះហើយភ្ជាប់វាជាមួយ។ លោកអ្នកក៏អាចប្រើសន្លឹកក្រដាសដោយឡែកបានផងដែរ។ គ្រាន់តែចងចាំពីការសរសេរលេខរៀងសំណួរនៅក្បែរចម្លើយរបស់លោកអ្នក។

		ជនជាតិ AI/AN ទី 1	ជនជាតិ AI/AN ទី 2
1.	ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល	នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល
2.	សមាជិកនៃក្រុមកុលសម្ព័ន្ធទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ?	☐ បាទ/ចាស៎ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស៎** ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស៎ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស៎** ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____ ☐ ទេ
3.	តើបុគ្គលនេះធ្លាប់បានទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬតាមរយៈអ្នកផ្តល់អន្តរាគមន៍ពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះទេ?	☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **ទេ** តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលសេវានានាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិកុលសម្ព័ន្ធ កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិឥណ្ឌាក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនបន្តពីកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ	☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ បើឆ្លើយ **ទេ** តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលសេវានានាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិកុលសម្ព័ន្ធ កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិឥណ្ឌាក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនបន្តពីកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស៎ ☐ ទេ
4.	លុយមួយចំនួនអាចនឹងមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលសម្រាប់កម្មវិធី Medicaid ឬ Children's Health Insurance Program (CHIP) (កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ)។ រាយរាប់ប្រាក់ចំណូល (ចំនួននិងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា) ដែលបានរាយការណ៍នៅលើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ដែលរួមបញ្ចូលទាំងលុយមកពីប្រភពទាំងនេះផងដែរ៖ • ប្រាក់កម្រៃក្នុង ម្នាក់ៗផ្តល់ឲ្យដោយកុលសម្ព័ន្ធដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ ការជួល ឬប្រាក់កម្រៃពីការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ • ប្រាក់កម្រៃបានមកពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម កសិដ្ឋានធំៗ ការនេសាទការជួល ឬប្រាក់កម្រៃបានពីការប្រើប្រាស់ដីធ្លីដែលកំណត់ជាដីប្រគល់អាណត្តិកាន់កាប់នៃជនជាតិឥណ្ឌាដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ (រួមទាំងការបម្រុងទុក និងការបម្រុងទុកកន្លងមក) • លុយបានមកពីការលក់វត្ថុទាំងឡាយដែលមានសារសំខាន់ផ្នែកវប្បធម៌	☐ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស៎ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖ ☐ គ្មានអ្វីត្រូវរាយការណ៍ $_____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំថ្ងៃ ប្រចាំសប្តាហ៍ ពីរសប្តាហ៍ម្តងប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ ។ល។) _____	☐ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស៎ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖ ☐ គ្មានអ្វីត្រូវរាយការណ៍ $_____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំថ្ងៃ ប្រចាំសប្តាហ៍ ពីរសប្តាហ៍ម្តងប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ ។ល។) _____

ឧបសម្ព័ន្ធ C

ជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ

បើសិនលោកអ្នកចង់ឲ្យអ្នកណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងទទួលសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃពាក្យសុំនេះ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយនៅលើទំព័រនេះ។ បើសិនលោកអ្នកគឺជាតំណាងតែងតាំងស្របច្បាប់សម្រាប់អ្នកណាម្នាក់ទាក់ទងនឹងពាក្យសុំនេះ សូមដាក់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ។

1. ឈ្មោះតំណាងទទួលសិទ្ធិ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

2. អាសយដ្ឋាន

3. ផ្ទះលេខ ឬលេខកន្លែងស្នាក់នៅ

4. ទីក្រុង

5. រដ្ឋ

6. កូដប្រៃសណីយ៍

7. លេខទូរស័ព្ទ

( )

8. ឈ្មោះអង្គភាព (បើពាក់ព័ន្ធ)

9. អត្តលេខ (បើពាក់ព័ន្ធ)

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា លោកអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យជននេះទទួលព័ត៌មានផ្លូវការអំពីផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃពាក្យសុំនេះ និងធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់លោកអ្នកលើគ្រប់កិច្ចការទាំងអស់ជាមួយ Covered California (ធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) ឬ County Human Services Agency (ទីភ្នាក់សេវាមនុស្សជាតិនៃខោនធី) របស់លោកអ្នក។ ជាការដាស់តឿន លោកអ្នកជានិច្ចកាលអាចផ្លាស់ប្តូរតំណាងទទួលសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកបានតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ខោនធីឬចូលទៅកាន់វិបសាយ. www.HealthCare.gov ។

10. ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក

11. កាលបរិច្ឆេទ

សម្រាប់តែអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាពាក្យសុំដែលមានការបញ្ជាក់ អ្នកតម្រង់ទិស ភ្នាក់ងារ និងឈ្មួញកណ្តាលប៉ុណ្ណោះ។

ចូរបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកគឺជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាពាក្យសុំដែលមានការបញ្ជាក់ អ្នកតម្រង់ទិស ភ្នាក់ងារ ឬ ឈ្មួលកណ្តាលដែលបំពេញពាក្យសុំនេះសម្រាប់អ្នកផ្សេងទៀត។

1. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃពាក្យសុំ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

2. នាមខ្លួនឈ្មោះកណ្តាលនាមត្រកូលនិងពាក្យខាងចុង

3. ឈ្មោះអង្គភាព

4. អត្តលេខ (បើពាក់ព័ន្ធ)