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

# ແຈ້ງການເລື້ອງການອະນຸມັດ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CALFRESH

ວັນທີແຈ້ງການ : ______________________
ຊື່ ກໍລະນີ : ______________________
ເລກ : ______________________
ຊື່ ພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ : ______________________
ເລກ : ______________________
ໂທຣະສັບ : ______________________
ທີ່ຢູ່ : ______________________
______________________
______________________

(ADDRESSEE)

ມີຄຳຖາມບໍ່? ຖາມພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

**ການພິຈາລະນາຄະດີຂອງຣັຖ: ຖ້າວ່າ ທ່ານຄິດວ່າ ການປະຕິບັດນີ້ຜິດ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້. ດ້ານໜ້າຂອງໜ້ານີ້ຈະບອກວິທີການ. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານອາດບໍ່ຖືກປ່ຽນແປງ ຖ້າວ່າ ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກ່ອນຈະມີການດຳເນີນການນີ້.**

---

☐ **ໃບສະໝັກຂອງທ່ານສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CALFRESH ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ**

ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈຳນວນທຳອິດຂອງທ່ານແມ່ນ: $__________ ສຳລັບ __________. ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານສຳລັບລະຍະເວລາທີ່ເຫຼືອໃນລະຍະຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານຈະແມ່ນ $__________ ຈາກ __________ ຮອດ __________.

**ຖ້າວ່າ ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍ CASH AID ດ້ວຍ**, ແລະມັນຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດເທື່ອ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຂອງທ່ານອາດຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼື ຢຸດຊະງັກໂດຍບໍ່ມີການແຈ້ງ ຖ້ຳວ່າ cash aid ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ.

☐ ສິດທິໄດ້ຮັບ CalFresh ຂອງທ່ານເລີ້ມໃນວັນດຽວກັນກັບວັນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ cash aid.
☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເດືອນທຳອິດຂອງທ່ານລວມມີເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນຈຳນວນຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງເດືອນເນື່ອງຈາກວັນທີທີ່ໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ.
☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເດືອນທຳອິດຂອງທ່ານແມ່ນຖືກແບ່ງຕາມສັດສ່ວນຈາກວັນທີທີ່ທ່ານສົ່ງໃບສະໝັກ.

---

☐ **ເນື່ອງຈາກທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CALFRESH ທັນທີ,** ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສົ່ງເອກະສານຢັ້ງຢືນຕໍ່ໄປນີ້:

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນແກ່ພວກເຮົາກ່ອນວັນທີ __________ ຫຼືບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ສິດທິໄດ້ຮັບ CalFresh ຂອງທ່ານຈະຢຸດຊະງັກ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການອີກສະບັບໜຶ່ງ. ຖ້ຳວ່າ ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນທີ່ທ່ານສົ່ງໃຫ້ນັ້ນປ່ຽນແປງສິດທິໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼືເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາກໍຈະດຳເນີນການປ່ຽນແປງ. ທ່ານ**ຈະບໍ່**ໄດ້ຮັບແຈ້ງການລ່ວງໜ້າກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະດຳເນີນການນີ້.

---

ຄົວເຮືອນ CalFresh ຂອງທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບ ເງິນຈ່າຍ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄ່າສາທາລະນູປະໂພກຂອງຣັຖ (State Utility Assistance Subsidy, SUAS). ຖ້າວ່າມີສິດໄດ້ຮັບ, ທາງຄາວຕີ້ຈະໃຫ້ລາງວັນເປັນເງິນຈ່າຍ SUAS ຈຳນວນ $20.01. ນີ້ແມ່ນການຈ່າຍຄັ້ງດຽວຕໍ່ປີ ແລະຖ້າວ່າມີສິດໄດ້ຮັບ ເງິນຈ່າຍນີ້ຈະຖືກເອົາໃສ່ບັນຊີເງິນສົດ EBT ຂອງທ່ານ. ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ມີບັນຊີເງິນສົດ EBT, ກໍຈະມີການເປີດບັນຊີ ໃຫ້ທ່ານອັນໜຶ່ງໃນບັດ CalFresh EBT ຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະບໍ່ຕ້ອງເຮັດຫຍັງເລີຍເພື່ອເອົາບັດໃໝ່, ແຕ່ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ບັດນັ້ນເພື່ອໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆ ທີ່ບໍ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ CalFresh. ການຈ່າຍຄັ້ງນີ້ແມ່ນເຮັດໃຫ້ທາງຄາວຕີ້ສາມາດນຳໃຊ້ ການຫັກລົດຄ່າສາທາລະນູປະໂພກໄດ້ສູງສຸດ (ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າສາທາລະນູປະໂພກມາດຕະຖານ (Standard Utility Allowance (SUA)) ສຳລັບເງິນຄ່າອາຫານ. ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ເງິນຈຳນວນ $20.01 ນີ້ໄດ້ເມື່ອທ່ານ ນຳໃຊ້ບັດ EBT ຂອງທ່ານ. ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນຕື່ມ, ກະຣຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ ຄາວຕີ້ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

**ກົດລະບຽບ:** ນຳໃຊ້ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້:
ທ່ານສາມາດກວດກາຄືນກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ທີ່ຫ້ອງການສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ.

## ສິດທິໃນການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ

**ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳການປະຕິບັດໃດໆ ຂອງຄາວຕີ້. ທ່ານມີເວລາ 90 ວັນເທົ່ານັ້ນໃນການຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ. ຈຳນວນວັນ 90 ວັນແມ່ນເລີ່ມແຕ່ວັນຫຼັງຈາກວັນທີ່ຄາວຕີ້ໄດ້ໃຫ້ ຫຼື ສົ່ງແຈ້ງການສະບັບນີ້ໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າວ່າ ທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້ທັນພາຍໃນ 90 ວັນ, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້. ຖ້າວ່າ ທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີ, ການພິຈາລະນາຄະດີກໍຍັງອາດຈັດໃຫ້ມີຂຶ້ນໄດ້.**

**ຖ້າວ່າ ທ່ານຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ ກ່ອນ ມີການດຳເນີນການເລື້ອງ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດ, Medi-Cal, CalFresh , ຫຼື ຄ່າຝາກເດັກ ເກີດຂຶ້ນ:**

- ຜົນປະໂຫຍດດ້ານເງິນສົດ ຫຼື Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະຍັງຄົງຄືເກົ່າໃນຂະນະທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາຄະດີ.
- ການບໍລິການຮັບຝາກເດັກຂອງທ່ານຈະຍັງຄົງຄືເກົ່າໃນຂະນະທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາຄະດີ.
- ຜົນປະໂຫຍດ CalFresh ຈະຍັງຄືເກົ່າ ຈົນກວ່າຮອດການພິຈາລະນາຄະດີ ຫຼື ສິ້ນສຸດໄລຍະການຢັ້ງຢືນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ອັນໃດກໍໄດ້ທີ່ເກີດຂຶ້ນກ່ອນ.

**ຖ້າວ່າ ການຕັດສິນຄະດີບອກວ່າ ພວກເຮົາຖືກ, ທ່ານກໍຈະເປັນໜີ້ພວກເຮົາສຳລັບເງິນສົດພິເສດໃດໆ, CalFresh ຫຼື ຄ່າຝາກເດັກ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.** ເພື່ອບອກໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດລົງ ຫຼື ຍຸດຕິຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານກ່ອນມີການພິຈາລະນາຄະດີ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ແມ່ນ, ໃຫ້ຫຼຸດລົງ ຫຼື ຍຸດຕິ: ☐ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດ

☐ CalFresh ☐ ເງິນຊ່ວຍຄ່າຝາກເດັກ

**ໃນຂະນະທ່ານລໍຖ້າການຕັດສິນຄະດີສຳລັບ:**

Welfare to Work:

ທ່ານບໍ່ຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຕ່າງໆ.

ທ່ານອາດໄດ້ຮັບເງິນຈ່າຍຄ່າຝາກເດັກສຳລັບການຈ້າງງານ ແລະສຳລັບກິດຈະກຳຕ່າງໆ ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກຄາວຕີ້ກ່ອນແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ຖ້າວ່າ ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ເງິນຈ່າຍຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຖືກຍຸດຕິ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຈ່າຍຕື່ມໃດໆ, ເຖິງວ່າ ທ່ານຈະໄປເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳຂອງທ່ານກໍຕາມ.

ຖ້າວ່າ ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆຂອງທ່ານ, ເງິນທີ່ຈະຈ່າຍໃຫ້ນັ້ນແມ່ນຢູ່ໃນຈຳນວນເງິນ ແລະສຳລັບສິ່ງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານໄວ້ໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອເຫຼົ່ານັ້ນ, ທ່ານຕ້ອງໄປເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳທີ່ທາງຄາວຕີ້ໄດ້ບອກໃຫ້ທ່ານໄປເຂົ້າຮ່ວມ.
- ຖ້າວ່າ ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທາງຄາວຕີ້ຈ່າຍໃຫ້ໃນຂະນະທ່ານລໍຖ້າຄຳຕັດສິນຄະດີ ແມ່ນບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໄດ້, ທ່ານກໍບໍ່ຕ້ອງໄປເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳກໍໄດ້.

Cal-Learn:

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Cal-Learn ໄດ້ ຖ້າວ່າ ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບໃຊ້ທ່ານໄດ້.
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍສະເພາະສຳລັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ Cal-Learn ສຳລັບກິດຈະກຳທີ່ອະນຸມັດເທົ່ານັ້ນ.

## ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

**ສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບ Medi-Cal Managed Care:** ການດຳເນີນການຕາມແຈ້ງການສະບັບນີ້ອາດລະງັບບໍ່ໃຫ້ທ່ານຮັບບໍລິການຈາກແຜນສຸຂະພາບແບບການຈັດການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຕ້ອງການຕິດຕໍ່ກັບພະແນກບໍລິການສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຖ້າວ່າທ່ານມີຄຳຖາມ.

**ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລ້ຽງລູກ ແລະ/ຫຼື ຄ່າປິ່ນປົວ:** ອົງການດູແລຄ່າລ້ຽງດູລູກ ຈະຊ່ວຍເກັບເງິນຄ່າລ້ຽງດູລູກໂດຍທ່ານບໍ່ຕ້ອງເສັຽຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ ເຖິງວ່າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດ. ຖ້າວ່າ ດຽວນີ້ ເຂົາເຈົ້າສາມາດເກັບກຳ ຄ່າລ້ຽງດູລູກໃຫ້ທ່ານໄດ້, ເຂົາເຈົ້າກໍຈະເຮັດແນວນັ້ນໄປເລື້ອຍໆ ຈົນກວ່າທ່ານຈະບອກໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເຊົາໂດຍຂຽນບອກເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ເຂົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນຄ່າລ້ຽງດູລູກງວດປັດຈຸບັນທີ່ເຂົາເຈົ້າເກັບກຳໄດ້ໃຫ້ທ່ານ ແຕ່ເຂົາເຈົ້າຈະເກັບເງິນທີ່ຄ້າງຊຳລະ ຊຶ່ງເປັນໜີ້ຕໍ່ຄາວຕີ້ເອົາໄວ້.

**ການວາງແຜນຄອບຄົວ:** ຫ້ອງການສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານເມື່ອທ່ານຂໍ.

**ການຍື່ນຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ, ທາງພະແນກພິຈາລະນາຄະດີຂອງຣັຖກໍຈະເຮັດແຟ້ມສຳນວນຂຶ້ນ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍເບິ່ງສຳນວນກ່ອນທີ່ຈະມີການພິຈາລະນາຄະດີ ແລະ ຂໍເອົາສຳເນົາສະແດງຈຸດຢືນຂອງຄາວຕີ້ໃນຄະດີຂອງທ່ານ ຢ່າງໜ້ອຍສອງວັນກ່ອນ ການພິຈາລະນາຄະດີ. ທາງຣັຖອາດສົ່ງສຳນວນຂອງທ່ານໄປທີ່ ກົມສະຫວັດດີການ ແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະປະຊາສົງເຄາະ ແລະກະສິກຳແຫ່ງສະຫະຣັຖ. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

## ເພື່ອຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ:

- **ປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ໜ້ານີ້.**
- ເຮັດສຳເນົາຂອງດ້ານໜ້າ ແລະດ້ານຫຼັງຂອງເຈ້ຽນີ້ເພື່ອເກັບໄວ້ເປັນຫຼັກຖານຂອງທ່ານເອງ.
  ຖ້າວ່າທ່ານຂໍ, ພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະເອົາສຳເນົາຂອງໜ້ານີ້ໃຫ້ທ່ານ.
- **ສົ່ງ ຫຼື ເອົາໜ້ານີ້ໄປທີ່:**

  **ຫຼື**
- **ໂທຣຟຣີ: 1-800-952-5253 ຫຼື** ສຳລັບຜູ້ບົກພ່ອງດ້ານການໄດ້ຍິນ ແລະການປາກເວົ້າທີ່ໃຊ້ສາຍໂທຣ TDD, **1-800-952-8349.**

**ເພື່ອຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດຖາມກ່ຽວກັບສິດທິດ້ານການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ ຫຼື ກ່ຽວກັບການສົ່ງຕໍ່ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍ ທີ່ເລກໂທຣຟຣີຂອງຣັຖທີ່ບົ່ງໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້.** ທ່ານອາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າທີ່ຫ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍໃນເຂດຂອງທ່ານ ຫຼື ດ້ານສິດທິດ້ານສະຫວັດດີການ.

**ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປຟັງການພິຈາລະນະຄະດີຕາມລຳພັງ, ທ່ານສາມາດພາໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ໃຜຜູ້ໜຶ່ງໄປກັບທ່ານໄດ້.**

### ຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີເນື່ອງມາຈາກການປະຕິບັດຂອງກົມສະຫວັດດີການຂອງ ______________ ຄາວຕີ້ກ່ຽວກັບ:

☐ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດ ☐ CalFresh

☐ Medi-Cal

☐ ອື່ນໆ (ໃຫ້ບອກ) ______________________________

**ນີ້ແມ່ນເຫດຜົນ:** ______________________________

______________________________

______________________________

______________________________

______________________________

______________________________

☐ **ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຂຽນຕື່ມອີກ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ບ່ອນນີ້ ແລະເພີ່ມໜ້າເຈ້ຽໄດ້ອີກ.**

☐ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຣັຖຈັດຫານາຍພາສາໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ. (ຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼື ເພື່ອນບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ທີ່ບ່ອນພິຈາລະນາຄະດີ.)

ພາສາ ຫຼື ພາສາທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: ________________

| | | |
|---|---|---|
| ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງເຂົາຖືກປະເສດ, ປ່ຽນແປງ ຫຼື ຍຸດຕິ | | |
| ວັນເດືອນປີເກີດ | ເລກໂທຣະສັບ | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ | | |
| ເມືອງ | ຣັຖ | ລະຫັດໄປສະນີ |
| ລາຍເຊັນ | ວັນທີ | |
| ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ປະກອບຟອມນີ້ | ເລກໂທຣະສັບ | |

☐ **ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ລຸ່ມນີ້ເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ບ່ອນພິຈາລະນາຄະດີ. ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການອະນຸຍາດແກ່ບຸກຄົນນີ້ໃນການເບິ່ງບັນທຶກ ຫຼື ໄປທີ່ບ່ອນພິຈາລະນະຄະດີເພື່ອຂ້າພະເຈົ້າ. (ບຸກຄົນນີ້ ສາມາດເປັນ ໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງກໍໄດ້ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້.)**

| | | |
|---|---|---|
| ຊື່ | ນ້ຳເບີໂທຣະສັບ | |
| ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ | | |
| ເມືອງ | ຣັຖ | ລະຫັດໄປສະນີ |