

CALFRESH

គណនី EBT

| | | |
|--------------------------|---|-------|
| កាលបរិច្ឆេទសេចក្តីប្រកាស | : | _____ |
| សំណុំរៀង | : | _____ |
| លេខអ្នកកាន់សំណុំរៀង | : | _____ |
| លេខ | : | _____ |
| ទូរស័ព្ទ | : | _____ |
| អាសយដ្ឋាន | : | _____ |

ADDRESSEE

មានសំណួរ? សូមសួរអ្នកកាន់សំណុំរៀងរបស់លោកអ្នក ។

សេចក្តីប្រកាស : បើលោកអ្នកគិតថាសេចក្តីសំរេចនេះខុស លោកអ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីប្រកាសថ្មី ។ នៅខាងខ្នងនៃសេចក្តីប្រកាសនេះមានប្រាប់អំពីរបៀប ។ ជំនួយរបស់លោកអ្នកអាចមិនបានផ្លាស់ប្តូរ បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីប្រកាសថ្មីមុនពេលសេចក្តីសំរេចនេះអនុវត្ត ។

គណនីដែលបានបញ្ចប់ដំណើរការ

កំណត់ហេតុរបស់យើងបង្ហាញថា លោកអ្នកមិនបានប្រើគណនីជំនួយ CALFRESH របស់លោកអ្នក សំរាប់ពេលច្រើនជាង១៣៥ថ្ងៃ ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនបានប្រើប័ណ្ណជំនួយ CalFresh របស់លោកអ្នកនៅត្រឹម _____ ទេ ខណ្ឌនឹងបញ្ចប់ការទទួលជំនួយ CalFresh តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិករបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នកអាចធ្វើកិច្ចការបញ្ចប់នេះបាន ដោយប្រើប័ណ្ណជំនួយ CalFresh របស់លោកអ្នក ។

កំណត់ហេតុរបស់យើងបង្ហាញថា លោកអ្នកមិនបានប្រើគណនីជំនួយ CALFRESH របស់លោកអ្នក សំរាប់ពេលច្រើនជាង១៨០ថ្ងៃ ។

នៅ _____ ខណ្ឌបានបញ្ចប់ការទទួលជំនួយ CalFresh របស់លោកអ្នក ។ សូមទូរស័ព្ទទៅអ្នកកាន់សំណុំរៀងនៃខណ្ឌរបស់លោកអ្នក ដើម្បីបើកដំណើរការគណនីជំនួយ CalFresh តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិករបស់លោកអ្នកឡើងវិញ ។

បើសិនជាលោកអ្នកមានជំនួយ CALFRESH តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកណាដែលមិនបានប្រើសំរាប់ពេល៣៦៥ថ្ងៃ ជំនួយដែលមិនបានប្រើនោះនឹងត្រូវបានដកចេញពីគណនី EBT របស់លោកអ្នក ហើយដែលមិនអាចផ្តល់ឱ្យវិញបានទេ ។

គណនីដែលបានធ្វើឱ្យមានដំណើរការឡើងវិញ

នៅ _____ ខណ្ឌបានចាប់ផ្តើមនូវការទទួលជំនួយ CalFresh តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិករបស់លោកអ្នក ។

បើសិនជាលោកអ្នកបាត់ប័ណ្ណរបស់លោកអ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅ 1-877-328-9677 ។ បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ដើម្បីប្រើប័ណ្ណ EBT របស់លោកអ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅអ្នកកាន់សំណុំរៀងខណ្ឌរបស់លោកអ្នក ។

សេចក្តីប្រកាសនេះ :

- មិនផ្លាស់ប្តូរភាពអាចទទួលជំនួយរបស់លោកអ្នកឡើយ ។
- មិនផ្លាស់ប្តូរការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នកដើម្បីរាយការណ៍នូវការផ្លាស់ប្តូរណាដែលប៉ះពាល់ទៅលើសិទ្ធិទទួលជំនួយរបស់លោកអ្នក និង
- មិនផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ជំនួយ និងជំនួយមេឌី-ខាលរបស់លោកអ្នកឡើយ ។ បើសិនជំនួយទាំងនេះផ្លាស់ប្តូរ លោកអ្នកនឹងទទួលសេចក្តីប្រកាសមួយផ្សេងទៀត ។

ច្បាប់ : ច្បាប់ទាំងនេះបានអនុវត្ត : លោកអ្នកអាចពិនិត្យច្បាប់ទាំងនេះសាឡើងវិញនៅឯ ក្រសួងសុខុមាលភាព (Welfare office) របស់លោកអ្នក ។
MPP 16-120 ។

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីបិទបិទ

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសេចក្តីបិទបិទ បើសិនជាលោកអ្នកមិនយល់រូបរាងមួយនឹងសកម្មភាពណាមួយរបស់ខ្លួន ។ លោកអ្នកមានពេលវេលា ១០ ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទបិទមួយ ។ ចំនួន ១០ ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលដែលខ្លួនបានប្រគល់ ឬស្នើសេចក្តីប្រកាសនេះទៅជូនលោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនមូលហេតុសមរម្យដែលបណ្តាលឱ្យលោកអ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យសុំសេចក្តីបិទបិទនៅក្នុងពេល ១០ ថ្ងៃ លោកអ្នកអាចនៅតែអាចសុំសេចក្តីបិទបាន ។ បើសិនជាលោកអ្នកផ្តល់មូលហេតុសមរម្យ សេចក្តីបិទមួយអាចត្រូវបានធ្វើការណាត់ជួប ។

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទមួយនៅមុនពេលសកម្មភាពទៅលើប្រាក់ជំនួយ ជំនួយមេឌី-ខាល ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងក្នុងចាប់ផ្តើមឡើង :

- ប្រាក់ជំនួយ និងជំនួយមេឌី-ខាលរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែលនៅក្នុងពេលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីបិទមួយ ។
- កិច្ចថែរក្សាក្មេងរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល នៅក្នុងពេលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីបិទមួយ ។
- ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) របស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល រហូតទាល់តែពេលធ្វើសេចក្តីបិទ ឬរហូតទាល់តែកំឡុងពេលបញ្ចប់នៃការទទួលជំនួយរបស់លោកអ្នក យករយៈពេលណាមួយដែលជាប់ជាង ។ ។

បើសិនជាសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកបិទបិទ យើងត្រូវត្រូវ លោកអ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវប្រាក់ជំនួយជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងណាដែលលោកអ្នកបានទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬបញ្ឈប់ជំនួយ របស់លោកអ្នកនៅមុនពេលសេចក្តីបិទ សូមគូសប្រអប់នៅខាងក្រោម :

មែន សូមបន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ : ប្រាក់ជំនួយ ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) កិច្ចថែរក្សាក្មេង

នៅក្នុងពេលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកនឹងមានសេចក្តីបិទសំរាប់ : **កម្មវិធីជួយឱ្យចេញពីជំនួយសុខុមាលភាពទៅធ្វើការ (Welfare to Work) :**

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីនេះទេ ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្មេងសំរាប់ការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពណាដែលបានទទួលយល់ព្រមដោយខ្លួននៅមុនពេលសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា ប្រាក់បង់ឱ្យសំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀតរបស់លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់ លោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យជាបន្តទៅទៀតទេ ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោកអ្នកក៏ដោយ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀត កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់នោះនឹងបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យតាមចំនួននិងរបៀបដែលយើងបានជំរាបលោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

- ដើម្បីទទួលបានកិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែអញ្ជើញទៅកាន់សកម្មភាពដែលខ្លួនបានជំរាបលោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- បើសិនជាចំនួនប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលខ្លួនបានបង់ឱ្យនៅក្នុងពេលដែលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីបិទមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកចូលរួម លោកអ្នកអាចឈប់ទៅកាន់សកម្មភាពនោះ ។

កម្មវិធីសិក្សាអប់រំនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាជួយចំពោះឥតកម្មវិធីជាភ្នាក់ងារដែលទទួលបានប្រាក់ជំនួយ (Cal-Learn) :

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

ព័ត៌មានដទៃទៀត

សមាជិកនៃគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពនៃកម្មវិធីមេឌី-ខាល : សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីប្រកាសនេះអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកក្នុងការទទួលបានគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នកអាចទាក់ទងទៅកិច្ចជួយចំពោះសមាជិកនៃគ្រោងការសុខភាពរបស់លោកអ្នក បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរ ។

កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ចំពោះក្មេង និង/ឬផ្នែកពេទ្យ : ភ្នាក់ងារទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់នៅក្នុងតំបន់នឹងជួយទាមទារប្រាក់បង់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដោយមិនអស់ប្រាក់ ទោះបីជាលោកអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ ។ បើសិនជានៅក្នុងពេលឥឡូវនេះ ពួកគេទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់សំរាប់លោកអ្នក ពួកគេនឹងបន្តកិច្ចការនេះ រហូតដល់លោកអ្នកសរសេរប្រាប់ពួកគេឱ្យឈប់ ។ ពួកគេនឹងរងប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលពួកគេទាមទារបានក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ប៉ុន្តែពួកគេនឹងទុកប្រាក់មិនបានបង់ពីមុនមកដែលបានប្រមូលដែលលោកអ្នកជំពាក់ខណ្ឌពីមុនមក ។

គំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យក្រសួងសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក នឹងផ្តល់ព័ត៌មានជូនទៅពេលដែលលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទ ។

សំណុំរឿងនៃសេចក្តីបិទ : បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទមួយ ការិយាល័យទទួលសេចក្តីបិទរដ្ឋ (State Hearing Division) នឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើលសំណុំរឿងនេះនៅមុនពេលសេចក្តីបិទរបស់លោកអ្នក និងទទួលបានសេចក្តីជំនាញពីស្ថានភាពរបស់ខ្លួនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅលើករណីរបស់លោកអ្នក នៅក្នុងពេលយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលធ្វើសេចក្តីបិទ ។ រដ្ឋប្រហែលជាខឹងប្រគល់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកទៅឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាព (Welfare Department) និងក្រសួងសុខុមាលភាពនិងមនុស្សភាពនៃស.រ.អា (U.S. Department of Health and Human Services) ។ (តាមច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ននានាផ្នែក 10850 និង 10950) ។

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទ :

- សូមបំពេញទំព័រនេះ ។
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខាងនៃទំព័រនេះសំរាប់ដាក់កំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំ ខ្លួននឹងផ្តល់សន្លឹកចម្លងនៃទំព័រនេះមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក ។
- សូមផ្ញើ ឬទូរស័ព្ទនេះទៅឱ្យ :

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

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : លោកអ្នកអាចសាកសួរអំពីសិទ្ធិទទួលបានសេចក្តីបិទរបស់លោកអ្នក ឬជំនួយណែនាំផ្នែកច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតប្រាក់របស់រដ្ឋដូចបានចុះនៅខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនគិតប្រាក់នៅការិយាល័យជួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬក៏សមាគមគាំទ្រសិទ្ធិអ្នកទទួលបានជំនួយសុខុមាលភាព ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសេចក្តីបិទតែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬអ្នកណាម្នាក់មកជាមួយលោកអ្នក ។

ការស្នើសុំសេចក្តីបិទ

ខ្ញុំចង់បានសេចក្តីបិទមួយដោយសារតែសកម្មភាពនៃក្រសួងសុខុមាលភាពខណ្ឌ _____ ទៅលើជំនួយរបស់ខ្ញុំ :

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

នេះគឺជាហេតុ : _____

- បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការការទន្ទេងបន្ថែម សូមគូសទៅទំនេរ និងបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ។
- ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ពីខ្ញុំ ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅពេលធ្វើសេចក្តីបិទបានឡើយ ។)

ភាសាប្រាសាទសំរាប់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះលោកអ្នកដែលជំនួយត្រូវបានគេបង់សេចក្តី ឆ្នាំសំបូរ ឬបញ្ឈប់

| | |
|-------------------------|---|
| កាលបរិច្ឆេទកំណើត | លេខទូរស័ព្ទ |
| អាសយដ្ឋានផ្លូវ | |
| ក្រុង | រដ្ឋ លេខប័ណ្ណកូដ |
| ហត្ថលេខា | កាលបរិច្ឆេទ |
| ឈ្មោះមនុស្សបំពេញសំណៅនេះ | លេខទូរស័ព្ទ |

ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមនេះទៅជាតំណាងរបស់ខ្ញុំនៅពេលធ្វើសេចក្តីបិទ ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះពិនិត្យមើលកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ ឬទៅកាន់សេចក្តីបិទសំរាប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ប៉ុន្តែគេមិនអាចបកប្រែឱ្យលោកអ្នកឡើយ ។)

ឈ្មោះ: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ: _____

ក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខប័ណ្ណកូដ: _____