



សិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត

សម្រាប់កម្មវិធី ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង CalFresh (កាលពីមុនហៅថា បណ្ណជំនួយម្ហូបអាហារ (food stamps)) និង/ឬ Medi-Cal (កម្មវិធីជំនួយពីរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព)/34-County Medical Services Program (CMSP) (កម្មវិធីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ប្រជាជនរស់នៅក្នុងខោនធីចិន្ត 34 នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា)

ឯកសារនេះផ្តល់ជូនព័ត៌មានស្តីពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ព្រមទាំងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត។ County ត្រូវការព័ត៌មានពីរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង CalFresh និង/ឬ Medi-Cal/34-County CMSP ឬយ៉ាងណា និងដើម្បីកំណត់នូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកនឹងទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានសំណួរណាមួយ សូមសាកសួរបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់លោកអ្នក។ កម្មវិធី ជំនួយសាច់ប្រាក់ រួមមាន CalWORKs (កម្មវិធីឱកាសការងារនិងទំនួលខុសត្រូវចំពោះកុមារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) និង RCA (ជំនួយសាច់ប្រាក់សម្រាប់ជនភៀសខ្លួន)។ Medi-Cal/34-County CMSP រួមមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal/34-County CMSP ពេញលេញ និងការថែទាំបន្ទាន់ និងពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះដែលមានការដាក់កំហិត។

សិទ្ធិរបស់អ្នក

1. ទទួលបានសេវាស្មើគ្នាដោយគ្មានការប្រកាន់ពូជសាសន៍ ពណ៌ សម្បុរ ជាតិសាសន៍ សាសនា និន្នាការនយោបាយ ស្ថានភាពគ្រួសារ ភេទ ពិការភាព ឬអាយុ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីការរើសអើងតាមរយៈការពិការភាពជាបឋមជាមួយនិងតំណាងសិទ្ធិជនស៊ីវិលរបស់អ្នកដែលត្រូវបានកំណត់ដោយ county ឬហៅទូរស័ព្ទដោយ

State Civil Rights Bureau
744 P Street, MS 8-16-70
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430

ឥតគិតថ្លៃទៅកាន់លេខ 1-866-741-6241 ឬលេខ 1-800-688-4486 សម្រាប់បុគ្គលខ្សោយសមត្ថភាពស្តាប់ (TDD)។

2. ដើម្បីទទួលបានជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ ឬបន្តទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាផ្សេងៗប្រសិនបើអ្នកជាជនពិការ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដោយសារពិការភាពសូមជូនដំណឹងដល់ county ។
3. ដើម្បីស្នើសុំជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬស្នើសុំទម្រង់បែបបទ ជំនួយសាច់ប្រាក់, CalFresh, ឬ Medi-Cal/34-County CMSP ណាមួយផ្សេងទៀត។
4. ដើម្បីស្នើសុំអ្នកបកប្រែ និងស្នើសុំបកប្រែទម្រង់ និងលិខិតជូនដំណឹង ប្រសិនបើអ្នកមិនចេះនិយាយឬអានភាសាអង់គ្លេស។
5. ដើម្បីទទួលបានសេវាប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ការយកចិត្តទុកដាក់ និងការគោរព។
6. ធ្វើកិច្ចសំភារន៍ដោយ county យ៉ាងឆាប់រហ័សនៅពេលដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ និងដើម្បីកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃដើម្បីទទួលបាន cash aid និង Medi-Cal/34-County CMSP (ឬក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដើម្បីទទួលបាន Medi-Cal ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ធ្វើការកំណត់ពិការភាព) និងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh។
7. ដើម្បីពិគ្រោះពីការណ៍របស់អ្នកជាមួយ county និងដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវការណ៍របស់អ្នកនៅពេលអ្នកធ្វើការស្នើសុំ។
8. ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ ភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំយល់ឃើញថាអ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ នោះអ្នកនឹងត្រូវសំភារន៍ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃ។
9. ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីវិធានសម្រាប់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំយល់ឃើញថាអ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ភ្លាមៗ នោះអ្នកនឹងត្រូវបានសំភារន៍ភ្លាមៗ និងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល 03 ថ្ងៃ។
10. ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal/34-County CMSP ឆាប់រហ័សបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ប្រសិនបើអ្នកមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមានផ្ទៃពោះ ក្នុងករណីអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់។
11. ដើម្បីបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង Medi-Cal ដោយឥតអាក់ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅពី county មួយទៅ county មួយទៀត ដរាបណាអ្នកនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
12. ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីវិធានសម្រាប់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រតិសកម្ម Medi-Cal។
13. ដើម្បីកាត់បន្ថយការជួយសម្រាលការចំណាយបច្ចុប្បន្នណាមួយ ដែលអ្នកអាចមាន ដោយប្រគល់វិក្កយបត្រមិនទាន់ទូទាត់ជូន county នៅពេលដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ។

14. ដើម្បីជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពបង់ប្រាក់មុន (PHP) សេវាគ្របដណ្តប់បង់ថ្លៃ (ប្រសិនបើមាន) អង្គការថែទាំសុខភាព (HMO) ឬ Medi-Cal នៅពេលដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។
15. ដើម្បីស្នើសុំប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (BIC) របស់អ្នក ឬទទួលបានប័ណ្ណប្រាក់ EBT ថ្មី ប្រសិនបើបាត់ក្នុងសំបុត្រប្រសណីយ៍ ខូចខាត ឬត្រូវបានប្តូរឆ្លាញ់ចោល។ County និងជូនដំណឹងដល់អ្នកប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
16. ដើម្បីស្នើសុំប្រាក់បន្ថែម ប្រសិនបើចំណូលរបស់អ្នកធ្លាក់ចុះ ឬ បាត់បង់ចំណូល (សម្រាប់ជំនួយសាច់ប្រាក់ តែប៉ុណ្ណោះ)។
17. ដើម្បីស្នើសុំការបង់ថ្លៃសម្រាប់បំពាក់ លំនៅដ្ឋាន ឬសម្ភារប្រើប្រាស់សំខាន់ៗ ដែលបានបាត់បង់ ខូចខាត ឬមិនអាចប្រើប្រាស់បាន ដោយសារការលះរោគភ្លាមៗ និងវិសាមញ្ញ (សម្រាប់ ជំនួយសាច់ប្រាក់ តែប៉ុណ្ណោះ)។
18. ដើម្បីស្នើសុំការបង់ថ្លៃសម្រាប់តម្រូវការពិសេសដែលកំពុងបន្ត ដូចជាបឋមអាហារពិសេស ការដឹកជញ្ជូនសម្រាប់ថែទាំសុខភាពដែលកំពុងបន្ត សេវាបោកគក់ពិសេស ទូរស័ព្ទសម្រាប់បុគ្គលមានការពិបាក ក្នុងការស្តាប់ វិក្កយបត្រទឹកភ្លើងដែលមានទឹកប្រាក់ខ្ពស់ ។ល។ (សម្រាប់ ជំនួយសាច់ប្រាក់ តែប៉ុណ្ណោះ)។
19. ដើម្បីទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលដែលពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាត បដិសេធ ឬនៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ ឬត្រូវបានបញ្ឈប់។
20. ដើម្បីស្នើសុំរក្សាការសម្ងាត់កំណត់ត្រារបស់អ្នកដោយ county និងរដ្ឋ លើកលែងករណីដែលអ្នកកំពុងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ CalFresh ហើយមានដីកាចាប់ខ្លួនពីបទគ្រឿងញើន្ត អ្នក ឬ លើកលែងមានការចែងផ្សេងពីនេះដោយច្បាប់។
21. ដើម្បីពិភាក្សាជាមួយបុគ្គលណាម្នាក់មកពី county ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងផ្លូវការមួយទៅកាន់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសកម្មភាពណាមួយរបស់ county។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃទៅកាន់លេខ 1-800-952-5253 ឬលេខ 1-800-952-8349 សម្រាប់បុគ្គលខ្សោយសមត្ថភាពស្តាប់ (TDD)។
22. ដើម្បីស្នើសុំធ្វើការជំនុំជំរះថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្រោយ សកម្មភាពរបស់ county ពាក់ព័ន្ធនឹងជំនួយសាច់ប្រាក់, CalFresh និង Medi-Cal។
23. ដើម្បីស្នើសុំធ្វើការជំនុំជំរះថ្នាក់រដ្ឋមួយ អ្នកអាចសរសេរលិខិតទៅកាន់ county ឬហៅទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃទៅកាន់ស្ថាប័នរដ្ឋ ដូចមានផ្តល់ជូននៅក្នុងចំណុចទី 21 ខាងលើ។
24. ដើម្បីចូលខ្លួនក្នុងការជំនុំជំរះថ្នាក់រដ្ឋដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់ សមាជិកគ្រួសារ មិត្តភក្តិ មេធាវី ឬបុគ្គលណាមួយផ្សេងទៀតតាមការជ្រើសរើសរបស់អ្នក។ បញ្ជាក់ ៖ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ឬក្រុមការងារសិទ្ធិសុខុមាលភាព។
25. ដើម្បីធ្វើដំណើរ ដោយសមហេតុផល ទៅកាន់ទីតាំងដកយកអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ដែលត្រូវវាយចំណាយតិចតួចបំផុត ឬមិនចាំបាច់ចំណាយ។
26. ដើម្បីទទួលបានប័ណ្ណផ្គត់ផ្គង់ដែលប្រាប់អោយអ្នកដឹងអំពីរបៀបប្រើប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក និងរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ដែលត្រូវវាយចំណាយតិចតួចបំផុត ឬមិនចាំបាច់ចំណាយ។
27. ដើម្បីទទួលបានបញ្ជីរាយនាមកាត ATM ដែលមិនមានការគិតប្រាក់បន្ថែម និងហាងទំនិញដែលអ្នកអាចបើកយកប្រាក់វិញដោយឥតគិតថ្លៃ នៅពេលដែលអ្នកទិញទំនិញដោយប្រើប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីរាយនាមទីតាំងទាំងនេះពីបុគ្គលិករបស់យើងខ្ញុំ ឬតាមរយៈវេបសាយ www.ebt.ca.gov។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ឋានភាពពលរដ្ឋ/ជនអន្តោប្រវេសន៍

ចុះហត្ថលេខាក្រោមអាណត្តិរបស់ស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិភាពមិនពិត ដែលកំណត់ថាបុគ្គលិកនីមួយៗ ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង CalFresh គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក សញ្ជាតិអាមេរិក ឬ មានឋានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់។ យើងខ្ញុំនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ ជាមួយនិងទីភ្នាក់ងារសេវាពលរដ្ឋ និង អន្តោប្រវេសន៍អាមេរិក (USCIS) ដើម្បីបញ្ជាក់ថាបុគ្គលម្នាក់មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ប្រយោជន៍។ សម្រាប់ CalFresh ប្រសិនបើ មានសមាជិកក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh នោះអ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពីឋានភាពរបស់ពួកគេជាពលរដ្ឋ ឬជាជនអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបាន Medi-Cal/34-County CMSP អ្នកចាំបាច់ត្រូវធ្វើការប្រកាសអំពីឋានៈរបស់អ្នកជាពលរដ្ឋជនអន្តោប្រវេសន៍ ក្រោមច្បាប់ស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិកម្មមិនពិត។ ប្រសិនបើអ្នកប្រកាសថាអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ប៉ុន្តែកាន់ប័ណ្ណស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ស្របច្បាប់ (LPR) ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ជាជនបរទេសដែលទទួលបានការលើកលែងទោសដែលកាន់ប័ណ្ណ I-688 ដែលមានសុពលភាព ឬជាបុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋស្នាក់នៅស្របច្បាប់តាមការណែនាំនៃគ្រូស្រាវជ្រាវ (PRUCOL) ឋានៈរបស់អ្នកជាជនអន្តោប្រវេសន៍នឹងត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយនិង USCIS។ ព័ត៌មានដែល USCIS ទទួលបានសម្រាប់ ផ្ទៀងផ្ទាត់ឋានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គល អាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់កំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal/34 -County CMSP តែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ការអនុវត្តច្បាប់ស្តីពីជនអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ លើកលែងករណីអ្នកកំពុងប្រព្រឹត្តអំពើពន្ធនាគារ។

ស្នាមម្រាមដៃ/វបថត

សមាជិកជានីតិជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទាំងអស់សម្រាប់ ទទួលបាន cash aid និង រាល់នីតិជនដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយសម្រាប់ កូន ចាំបាច់ត្រូវផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូបនេះ ក៏ប៉ុន្តែអ្នកមិនត្រូវបានគេផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូបនោះគ្រួសាររបស់អ្នកទាំងមូលនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយសាច់ប្រាក់ ឡើយ។ (ផ្នែក 40-105.3 សៀវភៅណែនាំពីគោលនយោបាយ និងនីតិវិធី (Manual of Policies and Procedures, MPP))

ស្នាមម្រាមដៃ/វបថតត្រូវបានរក្សាការសម្ងាត់។ យើងខ្ញុំអាចប្រើវាដើម្បីទប់ស្កាត់អំពើពន្ធនាគារ ឬដើម្បីកសាងសំណុំរឿងបទល្មើសប្រឆាំងនឹងបុគ្គលចំពោះអំពើពន្ធនាគារខាងផ្នែកសុខុមាលភាពតែប៉ុណ្ណោះ។

វិធានស្តីពីលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)

លេខសន្តិសុខសង្គមនឹងត្រូវបានប្រើក្នុងកុំព្យូទ័រដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងធានាជាមួយនិងកំណត់ត្រាពីពន្ធដារ សុខុមាលភាព ការងាររដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម និងទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត។ ភាពខុសគ្នាអាចត្រូវបានរកឃើញតាមរយៈនិយោជក ធនាគារ និងស្ថាប័នផ្សេងៗ។ ការថ្លែង ខុសការពិត ឬការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការពិត និងស្ថានភាពទាំងអស់ដែលប៉ះពាល់ដល់លក្ខណៈសម្បត្តិ និងការបើកប្រាក់ ជំនួយសាច់ប្រាក់, CalFresh និង Medi-Cal/34-County CMSP អាចនាំទៅ ដល់ការសង់អត្ថប្រយោជន៍វិញ និង/ឬវិធានការតាមច្បាប់ព្រហ្មទណ្ឌ ឬ ច្បាប់រដ្ឋប្បវេណី។

អត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង CalFresh ៖ អ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវលេខសន្តិសុខសង្គម សម្រាប់បេក្ខជននីមួយៗ ឬអ្នកទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង/ឬ CalFresh។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធមិនព្រមផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ឬក៏ស្តាប់បញ្ជាក់ពីការដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គម អ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Cash Aid ឬ CalFresh ឡើយ។ សម្រាប់ CalFresh ប្រសិនបើមានបុគ្គលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ពួកគេឡើយ។ សម្រាប់ ជំនួយសាច់ប្រាក់ អ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ស្តីពីការដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គមក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការដាក់ពាក្យសុំ ជំនួយសាច់ប្រាក់ ហើយត្រូវផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គមដល់ county នៅពេលអ្នកទទួលបាន។ (ផ្នែក 40-105.2 ក្នុង MPP)

រាល់បេក្ខជនស្នើសុំ Medi-Cal/34-County CMSP ដែលប្រកាសថា ខ្លួនជាពលរដ្ឋអាមេរិក, មានសញ្ជាតិអាមេរិក, កាន់ LPR នៅសហរដ្ឋអាមេរិក, ជនបរទេសដែលត្រូវបានលើកលែងទោសដែលកាន់ I-688 ដែលនៅមានសុពលភាព, ឬ PRUCOL នឹងត្រូវបានបដិសេធមិនអោយទទួលបាន Medi-Cal ប្រសិនបើពួកគេមិនព្រមផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ឬក៏ស្តាប់បញ្ជាក់ពីការដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គម។ រាល់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋដែលគ្មានលេខសន្តិសុខសង្គម មិនមែនជាជនបរទេសដែលត្រូវបានលើកលែងទោសដែលកាន់ I-688 ដែលនៅមានសុពលភាព នៅតែអាចទទួលបាន Medi-Cal/34-County CMSP មានកម្រិត ប្រសិនបើពួកគេគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិតាមវិធានកំណត់ រួមមានការស្នាក់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់

ផ្តល់ភស្តុតាងគាំទ្រដល់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នក មិនអាចរកបានភស្តុតាង យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នកដើម្បីស្វែងរក។ អ្នកអាចនឹង ចាំបាច់ត្រូវចុះហត្ថលេខាលម្អិតចំពោះព័ត៌មានតិចតួច ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្រោយមសត្វប្រណិធាន។ (ផ្នែក 40-105.1, 40-157.212, 40-157.213 ក្នុង MPP) កិច្ចសហការ

សហការជាមួយ county រដ្ឋ និងបុគ្គលិកសហព័ន្ធ។ សម្រាប់ ជំនួយសាច់ប្រាក់ បុគ្គលិក county ម្នាក់អាចចុះដល់លំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកតាមពេល កំណត់មួយដើម្បីស្វែងយល់ពីការពិគររបស់អ្នក រួមមានការជួបជាមួយ សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់របស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងមិនទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ ប្រសិនបើអ្នក មិនធ្វើការសហការ។

ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង MEDI-CAL

ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ ឬចំនូលណាមួយដែលបុគ្គលគ្រប់រូបមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបាន ដូចជា អត្ថប្រយោជន៍គ្មាន ការងារធ្វើ (UIB) ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីការភាព អត្ថប្រយោជន៍អតិថយុទ្ធជន សន្តិសុខសង្គម ឬ Medicare ។ល។

ការគាំទ្រសម្រាប់កូន/ស្វាមី/ភរិយា និងសុខភាព

សហការជាមួយ county និងទីភ្នាក់ងារគាំទ្រកុមារក្នុងមូលដ្ឋាន ដើម្បី ៖

- កំណត់អត្តសញ្ញាណ និងកំណត់ទីតាំងឪពុកម្តាយអវត្តមាន ណាម្នាក់ក្នុងករណីរបស់អ្នក។
 - ប្រាប់ county ឬទីភ្នាក់ងារគាំទ្រកុមារក្នុងមូលដ្ឋានរាល់ពេល ដែលអ្នកទទួលបានព័ត៌មានពីឪពុកម្តាយអវត្តមាន ដូចជា ទីលំនៅ ឬទីតាំងប្រកបការងារ។
 - កំណត់ពីបិតុភាពនៃកុមារណាម្នាក់ក្នុងករណីរបស់អ្នក នៅ ពេលចាំបាច់។
 - ទទួលបានគាំទ្រសុខភាពពីឪពុកម្តាយអវត្តមានណាម្នាក់ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ នោះអ្នកនឹងទទួលបាន ប្រាក់គាំទ្រកុមារ។
 - ផ្តល់ប្រាក់គាំទ្រកុមារដល់ទីភ្នាក់ងារគាំទ្រកុមារក្នុងមូលដ្ឋាន និងប្រាក់គាំទ្រកូន/ស្វាមី/ភរិយាដែលអ្នកទទួលបាន។
 - ប្រាប់ county ពីសេវាគ្របដណ្តប់ការថែទាំសុខភាព ឬប្រាក់ សម្រាប់ទទួលបានសេវាសុខភាពដែលត្រូវបានបង់ជូនដោយ ឪពុកម្តាយអវត្តមាន។
- ជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នកនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយ ប្រសិនបើអ្នកមិនព្រម សហការដោយគ្មានមូលហេតុសមរម្យ។ (ផ្នែក 40-157.212, 40-157.213 ក្នុង MPP)

MEDI-CAL

ប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BIC)

ចុះហត្ថលេខាលើប័ណ្ណ BIC របស់អ្នកនៅពេលទទួលបាន ហើយប្រើវាសម្រាប់ទទួលបានសេវាសុខភាពចាំបាច់តែ ប៉ុណ្ណោះ។

• មិនត្រូវបោះប័ណ្ណ BIC ចោលឡើយ (លើកលែងករណីយើង ខ្ញុំផ្តល់ប័ណ្ណថ្មីដល់អ្នក) ។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរក្សាប័ណ្ណ BIC បើ ទោះបីជាអ្នកឈប់ប្រើ Medi-Cal ក៏ដោយ។ អ្នកអាចប្រើ ប័ណ្ណ BIC តែមួយ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ Medi-Cal ម្តងទៀត។

• បង្ហាញប័ណ្ណ BIC ដល់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់អ្នកនៅ ពេលអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ឈឺ ឬមានការណាត់ជួប ត្រូវពេទ្យ។

• បង្ហាញប័ណ្ណ BIC ដល់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដែលព្យាបាល អ្នក ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក ក្នុងស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ អោយបានឆាប់រហ័សបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ក្រោយស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះ។

សេវាគ្របដណ្តប់ថែទាំសុខភាព/ធានារ៉ាប់រង

• ប្រាប់ county និងរាល់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអំពីសេវាគ្រប ដណ្តប់ថែទាំសុខភាព/ធានារ៉ាប់រងណាមួយដែលអ្នក ឬ សមាជិកគ្រួសារមាន។

• រក្សាទុកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬដោយការចំណាយសមហេតុផល។

• ប្រើគម្រោងសុខភាពបង់ប្រាក់មុន គម្រោងរបស់អង្គការថែទាំ សុខភាព ឬគម្រោងធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព ដែលអ្នកមាន មុនពេលប្រើ Medi-Cal/34-County CMSP លើកលែង ករណីគម្រោងនោះមិនមានផ្តល់សេវាសុខភាពដែលត្រូវការ។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវប្រើគម្រោងទាំងនេះ ព្រោះ Medi-Cal នឹងមិន បង់ថ្លៃសេវាណាមួយដែលត្រូវបានបង់ប្រាក់ និង/ឬផ្តល់ជូន ដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាំងនេះឡើយ។

• ចុះឈ្មោះ និងរក្សាឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាពជាមួយ ពាក់ព័ន្ធនឹងការងារ នៅពេល Medi-Cal យល់ព្រមលើការ បង់ថ្លៃគម្រោងដោយរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកលើការរាយការណ៍

អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីព័ត៌មានជាក់លាក់ដល់ county ។ ប្រសិន បើអ្នកមិនច្បាស់អំពីរបៀបរាយការណ៍ ខ្លឹមសារត្រូវរាយការណ៍ ឬ ក៏សុំតាងដែលយើងត្រូវការ សូមសាកសួរបុគ្គលិកយើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បុគ្គលិកយើងខ្ញុំនឹងប្រាប់អ្នក ថាតើអ្នកជាគ្រួសារដែលត្រូវរាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ ឬត្រូវសារ ដែលត្រូវផ្លាស់ប្តូរការរាយការណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន get Medi-Cal/34-County CMSP county និងប្រាប់ពីពេលវេលា ដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍។ (ផ្នែក 40-181 ក្នុង MPP)

បេក្ខជន CalWORKs -ប្រសិនបើការពិតណាដែលអ្នកបានប្រាប់ខោនធីផ្លាស់ប្តូរ អ្នកត្រូវរាយការណ៍ពីការពិតថ្មីទៅខោនធីក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃ។

របៀបដែលអ្នកត្រូវរាយការណ៍

សម្រាប់ការរាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំអំពី ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង CalFresh បន្ថែមលើ SAWS 2 ប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នក អ្នកចាំបាច់ត្រូវ ដាក់របាយការណ៍ស្តីពីលក្ខណៈសម្បត្តិពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (SAR 7) អោយបានត្រឹមថ្ងៃទី5 នៃខែបន្ទាប់នៃខែរាយការណ៍របស់អ្នក ហើយត្រូវ រាយការណ៍ពីរាល់ការផ្លាស់ប្តូរចាំបាច់ទាំងអស់អោយ county បានដឹងក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ។

សម្រាប់ការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ CalFreshអ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ៖

- តាមរយៈសំបុត្រ ទូរស័ព្ទ ឬដោយផ្ទាល់ដៃ នៅការិយាល័យ CalFresh របស់ county ឬ
- លើ SAR 3 ឬ AR 3 ឬ
- លើ CF 377.5, របាយការណ៍ CalFresh ស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរក្នុងគ្រួសារ

សម្រាប់ Medi-Cal អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ ហើយត្រូវដាក់របាយការណ៍ស្ថានភាពពេញលេញ អោយបានត្រឹមថ្ងៃទី5 នៅពេល county ធ្វើ ឬប្រគល់វាជូនអ្នក។

ពេលវេលាដែលអ្នកត្រូវរាយការណ៍

សម្រាប់ការរាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់ ជំនួយសាច់ប្រាក់ និង CalFresh

វិធានស្តីពីការរាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (SAR) កំណត់អោយអ្នក រាយការណ៍ពីបញ្ហាជាក់លាក់មួយចំនួនអោយបានពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ របាយការណ៍ទីមួយត្រូវជាពាក្យសុំ ឬការកំណត់ឡើងវិញ/ការបញ្ជាក់ ឡើងវិញ (RD/RC) លើទម្រង់នៃការរៀបចំការពិតរបស់អ្នក (SAWS 2 PLUS)។ របាយការណ៍ទីពីរត្រូវជារបាយការណ៍លក្ខណៈសម្បត្តិពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (SAR 7)។ របាយការណ៍ SAR 7 ត្រូវដាក់ជូនអោយបាន ត្រឹមថ្ងៃទី5 នៃខែទី6 គិតចាប់ពីការដាក់ពាក្យសុំ ឬ RD/RC ប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នក ហើយនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការបញ្ជាក់ប្រសិនបើមិនទាន់ទទួលបានត្រឹមថ្ងៃទី11។ ប្រសិនបើ SAR 7 របស់អ្នកយឺត អ្នកត្រូវសង ជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ CalFresh ណាមួយដែលអ្នកមិនត្រូវទទួលបាន។ អ្នក នឹងត្រូវរាយការណ៍ពីចំណូលដុល និងការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងចំណូលរបស់អ្នក ដែលអ្នកច្បាស់ថានឹងកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 6 ខែបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរចំនួនមនុស្សក្នុងគ្រួសារ និងព័ត៌មានអំពីសមាជិកគ្រួសារថ្មី ទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានទិញឬលក់ដោយមនុស្សក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ ខែ រាយការណ៍ត្រូវបានបញ្ជាក់នៅខាងដើមទម្រង់ SAR 7 ។ ប្រសិនបើអ្នក មិនដាក់ជូនរបាយការណ៍ SAR 7 ដែលបានបំពេញចេញអោយបានត្រឹម ដំណាច់ថ្ងៃធ្វើការទីមួយ ក្រោយខែដែលអ្នកត្រូវដាក់របាយការណ៍ អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ឈប់។ ប្រសិនបើ អ្នកដាក់របាយការណ៍ SAR 7 ដែលបានបំពេញចេញនៅពេលណាមួយ ក្នុងខែបន្ទាប់ពីខែដែលត្រូវដាក់របាយការណ៍ SAR 7 អត្ថប្រយោជន៍ សម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមឡើងវិញគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដាក់ របាយការណ៍ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។

ខ្លឹមសារដែលអ្នកត្រូវរាយការណ៍ក្នុងរបាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (SAR 7)

1. **ចំណូលដែលរកបាន៖** ចំណូលដុលដែលអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់រកបានក្នុងខែរាយការណ៍។ ចំណូលនេះរួមមាន ប្រាក់ឈ្នួល លុយជីប ប្រាក់ឈប់សម្រាក ប្រាក់រង្វាន់សេវាគាំទ្រក្នុងលំនៅដ្ឋាន (IHSS) ប្រាក់បានពីការប្រកបការងារដោយខ្លួនឯង ឬពីវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ព្រមទាំងចំណូលណាមួយ ដែលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ទទួលបានពីការប្រកបការងារ ដូចជា ការមិនគិតថ្លៃឈ្នួល សម្លៀកបំពាក់ ឬអាហារ។

2. **ចំណូលមិនចាំបាច់រក ឬផ្អែកលើការរកព្រមព្រៀង៖** រាល់ចំណូលផ្សេងទៀត ទាំងអស់ដែលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ទទួលបានក្នុងខែ រាយការណ៍។ ចំណូលនេះរួមមានប្រាក់គាំទ្រកូន/ស្វាមី/ភរិយា ការប្រាក់ ឬភាគលាភ ប្រាក់ឈ្នួលពីការលេងល្បែង/ត្រូវឆ្នោតសំណងធានារ៉ាប់រង ឬ ផ្នែកច្បាប់ អត្ថប្រយោជន៍ពីកូដកម្ម សាច់ប្រាក់ អំណោយប្រាក់កម្ចី អាហារូបករណ៍ ការសងប្រាក់ពន្ធត្រឡប់វិញ អត្ថប្រយោជន៍ពីរដ្ឋាភិបាលដូចជា សន្តិសុខសង្គម ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម/ការបង់ប្រាក់បន្ថែមថ្នាក់ រដ្ឋ (SSI/SSP) ភាពគ្មានការងារធ្វើ សំណងកម្មករ ការធានាសង របស់រដ្ឋចំពោះពិការភាព (SDI) ការចូលនិវត្តន៍របស់អតីតយុទ្ធជន ឬ បុគ្គលិកផ្លូវដែក ឬពិការភាពឬការចូលនិវត្តន៍របស់ក្រុមហ៊ុនឯកជន ឬ រដ្ឋាភិបាល ចំណូលបានមកពីថ្លៃឈ្នួល និងប្រាក់គាំទ្រដល់ការជួល លំនៅដ្ឋាន/សេវាទឹកភ្លើង/សម្លៀកបំពាក់/អាហារមិនគិតថ្លៃ ឬរាល់ប្រភេទ ប្រាក់ដែលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ទទួលបាន។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ក្នុងទម្រង់ SAR 7 ពីការផ្លាស់ប្តូរចំណូលណាមួយ ដែល អ្នកច្បាស់ថានឹងកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 6 ខែបន្ទាប់ រួមមានការផ្លាស់ប្តូរ ចំណូលដែលរកបាន ចំណូលមិនចាំបាច់រក និងចំណូលផ្អែកលើ ពិការភាព។

3. **ទ្រព្យសម្បត្តិ៖** រាល់ទ្រព្យសម្បត្តិរួមមាន យានយន្ត គណនីធនាគារ ប្រាក់ធានាសន្សំ ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង លំនៅដ្ឋាន ឬដី មូលនិធិ សមតុល្យ សាច់ប្រាក់ EBT ។ល។ ដែលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ទទួល បានចាប់ពីពេលរាយការណ៍លើកមុន ហើយនៅបន្តមាននៅពេលនេះ ដោយមិនខ្វល់ខ្វែងទទួលបានដោយការទិញ តាមរយៈការជួញដូរ ឬជា អំណោយឡើយ។ county នឹងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចថាតើ គ្រួសាររបស់អ្នកឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពី ការលក់ ជួញដូរ និងជូនដំណើរការនូវទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយដោយរូបអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ចាប់ពីពេលរាយការណ៍លើកមុន។

4. **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬបុគ្គលណាម្នាក់ពីចូល ឬចេញពីលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក៖** បុគ្គលណាម្នាក់ (រួមមានទារកទើបកើត) ដែលបានរៀបចំលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកចាប់ពីពេលរាយការណ៍លើកមុន ហើយបច្ចុប្បន្នកំពុងបន្តស្នាក់នៅ។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការរើចេញ ឬមរណភាពរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកចាប់ពី ពេលរាយការណ៍លើកមុន។

5. **ឧក្រិដ្ឋជនតំរូវខ្លួន និងជនល្មើសព្យួរទោស/ដោះលែងមុនពេលកំណត់៖** ឈ្មោះរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលកំពុងលាក់ខ្លួន ឬរត់គេចពីសំណាញ់ច្បាប់ដើម្បីចៀសវាងការផ្តន្ទាទោស ការជាប់ឃុំឬការជាប់ពន្ធនាគារដោយសារបទឧក្រិដ្ឋ ឬការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ។ ឈ្មោះរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបានតុលាការច្បាប់ដាក់ទោសពីការប្រព្រឹត្តល្មើសនឹងការព្យួរទោស ឬការដោះលែងមុនពេលកំណត់។

6. **ចំនួនម៉ោងធ្វើការចម្រុះ៖** ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុចន្លោះ 19 និង 50 ឆ្នាំ ហើយអ្នកមិនមានបន្ទុកមើលថែកូនមិនទាន់គ្រប់អាយុអ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍នៅពេលដែលម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នកធ្លាក់ចុះក្រោម 20 ម៉ោង ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ 80 ម៉ោងក្នុងមួយខែ។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ ប្រសិនបើអ្នកដឹងថាម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នកនឹងថយចុះក្រោមកម្រិតកំណត់ ក្នុងរយៈពេល 06 ខែបន្ទាប់។

សម្រាប់ Medi-Cal/34-County CMSP អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ នៅពេល៖

1. បុគ្គលណាម្នាក់ចូល ឬចាកចេញពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ ឬអង្គការថែទាំរយៈពេលវែង។
2. បុគ្គលណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាព ដូចជា SSI/SSP សន្តិសុខសង្គម អតីតយុទ្ធជន ឬការចូលនិវត្តន៍សម្រាប់បុគ្គលិកផ្លូវដែក។
3. បុគ្គលណាម្នាក់ដែលទទួលសេវាថែទាំសុខភាព ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬការរងរបួស ដោយសារសកម្មភាព ឬការខកខានធ្វើសកម្មភាពរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ផ្សេងទៀត។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកលើការរាយការណ៍ (បន្ត)

សម្រាប់ការរាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំស្តីពី Non-Assistance CalFresh

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍នៅពេល៖

1. រាល់ពេលដែលចំណូលដល់សរុបរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរធ្ងន់ធ្ងរ រឺ ប្រសិនបើអ្នកបានប្តូរស្ថានភាពរាយការណ៍ពីចំណូល (IRT) សម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក។ IRT របស់អ្នកគឺ 130% នៃកម្រិតក្រីក្រសហព័ន្ធសម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក។ county និងប្រាប់អ្នកពី IRT របស់អ្នក។
2. បុគ្គលណាម្នាក់ដែលជានិរន្តរ៍ទទួលបាន CalFresh ដែលមានសមត្ថភាព និងគ្មានបន្ទុកគ្រួសារ (ABAWD) ហើយចំនួនម៉ោងធ្វើការ ឬម៉ោងបណ្តុះបណ្តាលរបស់ពួកគេធ្លាក់ចុះក្រោម 20ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ 80ម៉ោងក្នុងមួយខែ។

សម្រាប់ CalWORKs អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់មួយចំនួន នៅពេលផ្សេងទៀត៖

ក្រោមកាលៈទេសៈជាក់លាក់ អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ (ក្នុងរយៈពេល10ថ្ងៃប្រាកាយការផ្លាស់ប្តូរ) បើទោះបីជាមិនទាន់ដល់ខែ រាយការណ៍របស់អ្នកក៏ដោយ ៖

1. រាល់ពេលដែលចំណូលដល់សរុបរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ (ទាំងចំណូលរកបាន និងចំណូលមិនបានរក) មានចំនួនច្រើនជាងកម្រិតរាយការណ៍ចំណូល (IRT) សម្រាប់គ្រួសារអ្នក។ county និងប្រាប់អ្នកពី IRT របស់អ្នក។ ប្រសិនបើគ្រួសារអ្នកមានតែចំណូលមិនបានរក អ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ពីចំណូលរបស់អ្នកក្នុងទម្រង់ របាយការណ៍លក្ខណៈសម្បត្តិពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (SAR 7) និងរបាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ (SAWS 2 PLUS)។
2. រាល់ពេលដែលបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបាន ក្លាយខ្លួនជាឧក្រិដ្ឋជន រត់គេចខ្លួន ឬត្រូវបានតុលាការកម្រើតថាបានរំលោភទៅលើការព្យួរទោស ឬការដោះលែងមុនពេលកំណត់។
3. រាល់ពេលដែលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការ ផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន ដើម្បីផ្តល់លទ្ធភាពអោយ county បានដឹងពី ទីតាំងដែលត្រូវធ្វើ SAR 7 និងលិខិតជូនដំណឹងផ្សេងៗ។

រាយការណ៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការរាយការណ៍ CalWORKs និង CalFresh ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ៖

អ្នកក៏អាចរាយការណ៍ពីព័ត៌មានផ្សេងៗដោយស្ម័គ្រចិត្តផងដែរ បើទោះបីជាមិនមែនជាខែរាយការណ៍របស់អ្នកក៏ដោយ។ ការរាយការណ៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តអាចជួយអោយអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នកកើនឡើង។ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលត្រូវបានរាយការណ៍នាំអោយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក កើនឡើង county និងចាត់វិធានការក្នុងរយៈពេល10ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកផ្តល់ការបញ្ជាក់។ មានករណីលើកលែងនៅពេលការកើនឡើងបណ្តាលមកពីការបន្ថែមបុគ្គលម្នាក់ទៀតចូលក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ ក្នុងស្ថានភាពនេះ county និងចាត់វិធានការដើម្បីបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងខែទីមួយក្រោយពេលអ្នកផ្តល់ការបញ្ជាក់។

ឧទាហរណ៍មួយចំនួនអំពីការរាយការណ៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត ដែលអាចជួយ អោយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកកើនឡើង៖

- អ្នកចាត់បង់ចំណូល ឬចំណូលធ្លាក់ចុះ។
- បុគ្គលម្នាក់ដែលមានចំណូលតិចតួច ឬគ្មានចំណូលបានដីចូលក្នុងលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក (រាប់បញ្ចូលទាំងទារកទើបកើត) ។
- បុគ្គលដែលមានចំណូលបានដីចេញពីលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក។
- អ្នកជឿជាក់ថាអ្នក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានប្រាក់តម្រូវការពិសេស CalWORKs ដូចជា តម្រូវការពិសេសសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬបុរសអាហារពិសេស។

ឧទាហរណ៍បន្ថែមសម្រាប់ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ ៖

- សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់អាហារកិច្ចសម្រាប់កូនតាមការបង្គាប់ របស់តុលាការ ជូនកូនម្នាក់ដែលមិនបានស្នាក់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋាន។
- សមាជិកគ្រួសារម្នាក់មានអាយុ 60ឆ្នាំ ឬលើស 60ឆ្នាំ។
- សមាជិកណាម្នាក់ពីការ ឬមានអាយុ 60ឆ្នាំ ឬលើស 60ឆ្នាំ មានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ឬមានការចំណាយថ្មីលើការថែទាំ សុខភាព (ប្រសិនបើមានការបញ្ជាក់ CalFresh របស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ) ។

នៅគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់ អ្នកអាចស្នើសុំអោយ county បញ្ឈប់ករណី របស់អ្នកទាំងមូល ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលបានចាកចេញពីលំនៅដ្ឋាន ឬ មិនត្រូវបានតម្រូវអោយស្ថិតក្នុងក្រុមដែលត្រូវការការគាំទ្រ។ អ្នកក៏អាចស្នើ សុំអោយ county បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់មួយចំនួនផងដែរ ដូចជា Medi-Cal ឬ CalFresh។ ការទទួលបានតែ Medi-Cal ឬ CalFresh និងមិន គិតចូលក្នុងពេលកំណត់ ជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នកឡើយ។

ព័ត៌មានបន្ថែមសម្រាប់គ្រួសារដែលទទួលបាន CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ហើយអ្នក រាយការណ៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តថាបុគ្គលណាម្នាក់បានដីចូល ឬចេញពីលំនៅដ្ឋាន របស់អ្នក county និងចាត់វិធានការលើការផ្លាស់ប្តូរនោះ បើទោះបីជាវាអាច ធ្វើអោយអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកធ្លាក់ចុះក៏ដោយ។

ការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតសម្រាប់ការរាយការណ៍ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ៖

មានការផ្លាស់ប្តូរផ្សេង ទៀតដែលនឹងធ្វើអោយ county កាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ក្នុងអំឡុងពេលដែលការផ្លាស់ប្តូរនោះកើតឡើង។ ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយចំនួន៖

- នីតិវិធីម្នាក់ក្នុងគ្រួសារបានគ្រប់រយៈពេលកំណត់ 48ខែសម្រាប់ CalWORKs ។
- សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ត្រូវបានព្រមាន ឬដាក់ទណ្ឌកម្ម។
- កុមារម្នាក់គ្រប់អាយុ18ឆ្នាំ (ហើយនឹងមិនបញ្ចប់ការសិក្សាកម្រិតវិទ្យាល័យ មុនអាយុ19ឆ្នាំ)។
- បុគ្គលម្នាក់ក្នុងគ្រួសារអ្នកចាប់ផ្តើមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងគ្រួសារមួយ ទៀត។
- កុមារមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ម្នាក់ត្រូវបានដាក់អោយស្ថិតក្រោមការ ថែទាំជំនួស។
- បុគ្គលណាម្នាក់ដែលជានិរន្តរ៍ទទួលបាន CalFresh ដែលមាន សមត្ថភាព និងគ្មានបន្ទុកគ្រួសារ (ABAWD) ហើយម៉ោងធ្វើការ ឬម៉ោងបណ្តុះបណ្តាលរបស់ពួកគេធ្លាក់ចុះក្រោម20ម៉ោងក្នុងមួយ សប្តាហ៍ ឬ80ម៉ោងក្នុងមួយខែ។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកលើការរាយការណ៍ (បន្ត)

ការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ CALFRESH

សម្រាប់ការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ CalFresh អ្នកចាំបាច់ត្រូវ រាយការណ៍នៅពេល ៖

1. ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម ត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬផ្លាស់ប្តូរលើស ចំនួន \$50។
2. ប្រភពចំណូលរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ផ្លាស់ប្តូរ។
3. បុគ្គលណាម្នាក់រើចេញ ឬចូលលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក។
4. បុគ្គលណាម្នាក់ចូលរួម ឬចាកចេញពីគ្រួសាររបស់អ្នក។
5. អ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬផ្លាស់អាសយដ្ឋានថ្មី។
6. ថ្លៃឃ្នាល និងថ្លៃទឹកភ្លើងរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ។
7. ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរទៅលើចំនួននៃអាហារកិច្ចតាមការបង្គាប់របស់ តុលាការ ដែលត្រូវបង់ជូនដោយសមាជិកម្នាក់នៃគ្រួសារសម្រាប់កុមារម្នាក់ ដែលមិនបានស្នាក់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋាន។
8. បុគ្គលណាម្នាក់ដែលនីតិវិធីដែលធ្វើការដោយប្រាក់ចំណូលទាបនិងដែលគ្មានអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក (ABAWD) ដែលជាអ្នកទទួលបាន CalFresh ហើយចំនួនម៉ោងធ្វើការ ឬម៉ោងបណ្តុះបណ្តាលរបស់ពួកគេធ្លាក់ចុះក្រោម 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ 80 ម៉ោងក្នុងមួយខែ។
9. សមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសារអ្នកកំពុងចៀសវាង ឬរត់គេចពីសំណាញ់ ច្បាប់ដើម្បីរួចផុតពីការផ្តន្ទាទោសឧក្រិដ្ឋ ការឃុំឃាំង ឬការបង្ខាំងខ្លួន ក្រោយ ការកាត់ទោស ឬត្រូវបានតុលាការរកឃើញថាបានរំលោភទៅលើការព្យួរ ទោស ឬការដោះលែងមុនពេលកំណត់។

សម្រាប់ការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ CalFresh អ្នកអាចរាយការណ៍ នៅពេល៖

1. ជំងឺផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្តរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ចាប់ផ្តើម ឬបញ្ឈប់។
2. ឋានភាពពលរដ្ឋ/ជនអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គលណាម្នាក់ផ្លាស់ប្តូរ ឬបុគ្គល ណាម្នាក់ទទួលបានលិខិត ទម្រង់ ឬប័ណ្ណថ្មីពី USCIS ។
3. អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរការចំណាយលើការថែទាំសមាជិកក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក។
4. សមាជិកណាម្នាក់ដែលពិការ ឬមានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬលើស 60 ឆ្នាំ មានការ ផ្លាស់ប្តូរការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ឬមានការចំណាយថ្មីលើការ ថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើមានការបញ្ជាក់ ការបែងចែកអត្ថប្រយោជន៍ ជូន អ្នកនឹងត្រូវបានគណនាឡើងវិញ។
5. សមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់អាហារកិច្ចតាមការបង្គាប់ របស់តុលាការ ជូនកូនម្នាក់ដែលមិនបានស្នាក់នៅក្នុងលំនៅដ្ឋាន។

ការរាយការណ៍ CalWORKs ប្រចាំឆ្នាំ សម្រាប់ករណីកុមារដាក់លាក់ (AR/CO)

ករណី CalWORKs ភាគច្រើនដែលមានតែកុមារដែលជាអ្នកទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ តម្រូវអោយមានការរាយការណ៍រៀងរាល់មួយឆ្នាំម្តងតែប៉ុណ្ណោះ លើកលែងករណីមានការផ្លាស់ប្តូរចាំបាច់មួយចំនួនដែលចាំបាច់ត្រូវ រាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃក្រោយពេលកើតឡើង។ ករណីទាំងនេះ ត្រូវបានហៅថាជាករណីរាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ/សម្រាប់ករណីកុមារដាក់លាក់ (AR/CO)។ County នឹងប្រាប់អោយអ្នកដឹងថាករណីរបស់អ្នកជា ករណី AR/CO ឬយ៉ាងណា។

ករណី AR/CO តម្រូវអោយធ្វើការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរក្នុង RD ប្រចាំ ឆ្នាំតែប៉ុណ្ណោះ ដោយមានករណីលើកលែងដូចខាងក្រោម ៖

- រាល់ពេលដែលចំណូលដុលសរុបរបស់គ្រួសារអ្នក រាប់ទាំងចំណូលរកបាន និងចំណូលមិនចាំបាច់រក មានចំនួនលើសកម្រិតរាយការណ៍ពីចំណូល (IRT) សម្រាប់គ្រួសារអ្នក។ County នឹងជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរដល់អ្នកអំពីកម្រិត IRT របស់អ្នក។
- រាល់ពេលដែលបុគ្គលណាម្នាក់រើចេញ ឬចេញពីលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក រាប់បញ្ចូលទាំងទារក ទើបកើត និងកូនដែលត្រូវបានដាក់អោយស្ថិតក្រោមការ ថែទាំជំនួស។
- រាល់ពេលដែលអ្នកផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន។
- រាល់ពេលដែលបុគ្គលណាម្នាក់ចូលរួម ឬស្ថិតក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ក្លាយខ្លួនជាឧក្រិដ្ឋជន រត់គេចខ្លួន ឬត្រូវបានរកឃើញដោយតុលាការថាបានរំលោភទៅលើការព្យួរ ទោស ឬការដោះលែងមុនពេលកំណត់ ហើយករណីនេះមិនទាន់ត្រូវបានរាយការណ៍។

ករណី CalWORKs AR/CO ដែលទទួលបាន CalFresh

គ្រួសារ CalFresh ដែលជាផ្នែកមួយនៃករណី CalWORKs AR/CO ត្រូវរាយការណ៍ពីដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ សូមអានខ្លឹមសារទំព័រទី 3 និងទី 4 ស្តីពីការទទួលខុសត្រូវលើការរាយការណ៍ពីដងក្នុងមួយឆ្នាំ។

ការរាយការណ៍ដោយស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ករណី CalWORKs AR/CO និង គ្រួសារដែលរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ CalFresh

អ្នកក៏អាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនដោយស្ម័គ្រចិត្តផងដែរ។ ការ រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនអាចជួយអោយ ជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នក កើនឡើង។ សូមអានខ្លឹមសារទំព័រទី 4 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី ការរាយការណ៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកលើការរាយការណ៍ (បន្ត)

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់ ជំនួយសាច់ប្រាក់ តែប៉ុណ្ណោះ

ឪពុកម្តាយគ្មានការងារធ្វើ

ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ជំនួយសាច់ប្រាក់ ក្នុងនាមជាឪពុកម្តាយគ្មានការងារធ្វើ អ្នករកប្រាក់ចម្បង (PE) ចាំបាច់ត្រូវ ៖

- គ្មានការងារធ្វើ ហើយមិនបានប្រកបការងារក្នុងរយៈពេល 04 សប្តាហ៍ចុងក្រោយ។
- ដាក់ពាក្យសុំ និងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងគ្មានការងារធ្វើណា មួយដែលអ្នកត្រូវទទួលបាន។

PE ចាំបាច់ត្រូវជាឪពុកម្តាយដែលរកប្រាក់បានច្រើនជាងគេក្នុង រយៈពេល 24ខែចុងក្រោយ។

ការឧបត្ថម្ភចំពោះជនអនាថា

អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានប្រាក់សម្រាប់បង់ថ្លៃទិដ្ឋប្រកបណ្តុះអាសន្ន ទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ ឬដើម្បីទប់ស្កាត់ការបណ្តេញ ចេញ។ នេះគឺជាការបង់ប្រាក់ដែលមានតែម្តងក្នុងមួយជីវិត លើកលែងករណី អ្នកបំពេញលក្ខខណ្ឌលើកលែង។ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការឧបត្ថម្ភចំពោះ ជនអនាថាហើយ ប៉ុន្តែនៅតែត្រូវការប្រាក់បន្ថែម បុគ្គលិកយើងខ្ញុំនឹងប្រាប់ អ្នកពីលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។

ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារ

អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងតាមការស្នើសុំរបស់ county ដើម្បីបញ្ជាក់ថា ៖

- កុមារក្រោមអាយុ 06ឆ្នាំបានទទួលវ៉ាក់សាំងសមស្របតាមអាយុ របស់ពួកគេ (ផ្នែក 40-105.4; 40-105.5 ក្នុង MPP)

ប្រាក់ជំនួយអតិបរមា (MAP)

ប្រាក់ជំនួយអតិបរមា(MAP)មាន 02កម្រិត។ គ្រួសារភាគច្រើនដែល ទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ ទទួលបាន MAP កម្រិតទាប។ គ្រួសារខ្លះអាច ទទួលបាន MAP កម្រិតខ្ពស់ ប្រសិនបើឪពុកម្តាយ ឬអ្នកថែទាំនិមួយៗក្នុង ក្រុមទទួលបានការគាំទ្រ (AU) ៖

- ពិការ និងកំពុងទទួលបានចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម/ប្រាក់បន្ថែម ថ្នាក់រដ្ឋ (SSI/SSP) ឬសេវាគាំទ្រក្នុងលំនៅដ្ឋាន (IHSS) ឬ ធានារ៉ាប់រងពិការភាពថ្នាក់រដ្ឋ (SDI) ឬសំណងកម្មករ បណ្តុះអាសន្ន (TWC) ឬអត្ថប្រយោជន៍ការធានាសង ពិការភាពបណ្តោះអាសន្ន។
 - កំពុងថែទាំកុមារដែលត្រូវការជំនួយ ដែលមិនមែនជាកូនរបស់ខ្លួន ហើយអ្នកថែទាំមិនបានទទួល ជំនួយសាច់ប្រាក់ ។
- មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបាន MAP កម្រិតខ្ពស់ ៖
- គ្រួសារដែលទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ជនគៀសខ្លួន (RCA) ប្រសិនបើវិនិច្ឆ័យនិមួយៗបំពេញលក្ខខណ្ឌទទួលបានការ លើកលែង។

វិធានជំនួយគ្រួសារអតិបរមា (MFG)

វិធាន MFG អនុវត្តចំពោះរាល់កុមារកើតក្រោយថ្ងៃទី31 ខែសីហា ឆ្នាំ1997។ វិធាន MFG កំណត់ថាជំនួយ ជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នកនឹងមិនកើនឡើងដោយសារគ្រួសារអ្នកបានបង្កើតកូនម្នាក់ឡើយ ប្រសិនបើគ្រួសារ អ្នកបានទទួលបាន ជំនួយសាច់ប្រាក់ រយៈពេល10ខែជាប់គ្នាមុនកំណើតរបស់កូន នោះ។ មានស្ថានភាពមួយចំនួនដែលវិធាននេះមិនត្រូវបានអនុវត្ត។ បុគ្គលិក យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារវិធាន MFG មួយច្បាប់ និងឆ្លើយតបនឹងសំណួររបស់អ្នក។ បន្ទាប់មកអ្នកត្រូវចុះហត្ថលេខាលើលិខិតមួយដែល បញ្ជាក់ថាអ្នកបានយល់ច្បាស់ពីវិធាននេះ។

ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ការពិត

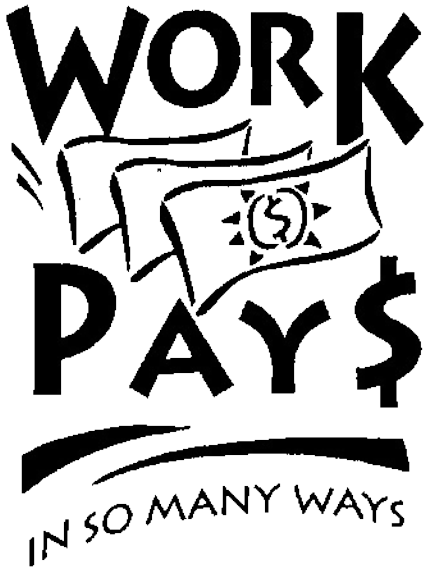
ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ ជំនួយសាច់ប្រាក់ ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំក្រោយការបញ្ឈប់ county ចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យមើលសំណុំឯកសារករណីរបស់អ្នកកាលពីមុន ថាតើមានភ័ស្តុតាងចាំបាច់សម្រាប់កំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកហើយ ឬនៅ ៖

- អ្នកមិនអាចរកភ័ស្តុតាងបាន ឬ
- អ្នកត្រូវចំណាយប្រាក់ដើម្បីរកភ័ស្តុតាង ឬ
- ដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកនឹងត្រូវពន្យារពេល ពីព្រោះអ្នកត្រូវការពេលវេលាយូរដើម្បីរកភ័ស្តុតាង។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ ជំនួយសាច់ប្រាក់ ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំក្រោយការបញ្ឈប់ ហើយប្រសិនបើ county ពុំមានភ័ស្តុតាងដែលគេត្រូវការ នោះអ្នកត្រូវផ្តល់ភ័ស្តុតាង។ ប្រសិនបើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរថ្មី ចាប់ពីពេលដែលអ្នកទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ លើកចុងក្រោយ county នឹងត្រូវការភ័ស្តុតាងថ្មី។

វត្តមានទៅសាលា

កូនក្មេងទាំងអស់អាយុចន្លោះរវាង 6 និង 18 ឆ្នាំដែលកំពុងទទួលបានជំនួយត្រូវចូលសាលារៀន។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកអាយុចន្លោះរវាង 16 និង 18 ឆ្នាំ ដែលមិនកំពុងចូលសាលារៀនជាទៀងទាត់ទេ ប្រសិនបើមិនមានហេតុផលល្អទេ លុយជំនួយរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបន្ថយ រហូតទាល់តែគាត់ចាប់ផ្តើមទៅសាលារៀនឬបំពេញតាមការលើកលែង។



លោកអ្នកអាចធ្វើការ ហើយនៅតែអាចទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់៖

✓ នៅក្នុងករណីភាគច្រើន នៅពេលដែលលោកអ្នកធ្វើការ ចំណូលដុលររបស់លោកអ្នក (ចំណូលមុនពេលកាត់កង) មិនមែនជាដុល្លារដែលបានដកហូតចេញពីការបង់ជំនួយសាច់ប្រាក់នោះទេ។ លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការកាត់កងពាក់ព័ន្ធនឹងការងារ។ នៅពេលដែលលោកអ្នកបូកវាបញ្ចូល លោកអ្នកមាន \$\$\$\$ បន្ថែមសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារលោកអ្នក។

✓ នៅពេលដែលលោកអ្នកមានការងារបណ្តុះបណ្តាលនៅនឹងកន្លែងធ្វើការផ្នែកលើប្រាក់ឧបត្ថម្ភ (OJT) ការបង់ជំនួយសាច់ប្រាក់ទាំងអស់ ឬមួយផ្នែករបស់លោកអ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយនិយោជកលោកអ្នកដើម្បីជួយបង់ប្រាក់ខែលោកអ្នក។ លោកអ្នកមិនមានការកាត់កងពាក់ព័ន្ធនឹងការងារសម្រាប់ប្រាក់ខែ OJT ដែលផ្អែកលើប្រាក់ឧបត្ថម្ភឡើយ។

✓ លើសពីនេះ លោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានចំណាយថែទាំកុមារដែលបង់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់លោកអ្នក។

សូមមើលទំព័រទី8 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខខណ្ឌការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល ការលើកទឹកចិត្តក្នុងការងាររួមមានកម្មវិធីថែទាំកុមារ។ សាកសួរឬគ្រូបង្គោលសង្គមកិច្ចរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីកម្មវិធី **Work Pays** និងរបៀបដែល **OJT** ផ្អែកលើប្រាក់ឧបត្ថម្ភអាចធ្វើការសម្រាប់លោកអ្នក។

ខាងក្រោមនេះ គឺជារបៀបដែលកម្មវិធី **Work Pays** (កម្មវិធីលើកកម្ពស់ការងារសម្រាប់អ្នកទទួលសុខុមាលភាព) ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ ៖

- ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវ \$\$\$\$ បន្ថែមសម្រាប់ជួយទ្រទ្រង់គ្រួសារលោកអ្នក
- កសាងជីវិតឲ្យកាន់តែប្រសើរសម្រាប់លោកអ្នក និងក្រុមគ្រួសារ
- បង្កើតជំនាញការងារ
- បង្កើតទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯង
- ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការពេញចិត្តផ្ទាល់ខ្លួន

ត្រូវចងចាំថា លោកអ្នកអាចធ្វើការ ហើយនៅតែអាចទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ដរាបណាលោកអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌរាយការណ៍ឲ្យបានទាន់ពេលវេលា។

វិធានស្តីពីការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល

បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចលោកអ្នកនឹងប្រាប់លោកអ្នកពីលក្ខខណ្ឌការងារនៃជំនួយសាច់ប្រាក់ និង/ឬ CalFresh (កម្មវិធីជំនួយអាហារ រូបវន្តបន្ថែម) ដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមមុន និងក្រោយពេលដែលពាក្យសុំលោកអ្នកត្រូវបានអនុម័ត។ លោកអ្នកអាចនឹងតម្រូវឱ្យស្ថិតនៅក្នុងសកម្មភាពការងារ ការបណ្តុះបណ្តាល ឬការអប់រំដើម្បីបន្តទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ CalFresh ឬកម្មវិធីទាំងពីរបស់លោកអ្នក។ សមាជិកគ្រួសារប្រើនាវាអាចតម្រូវឱ្យអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌការងារនៃជំនួយសាច់ប្រាក់ និង/ឬ CalFresh។ ប្រសិនបើមានរណាម្នាក់គ្មានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ការមិនអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌការងារ ឬការបណ្តុះបណ្តាល សមាជិកដូសេងទៀតនៃគ្រួសារពួកគេនៅតែអាចទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ CalFresh ដរាបណាពួកគេនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ប៉ុន្តែបរិមាណនៃជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ CalFresh ដែលពួកគេទទួលបានអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។

លក្ខខណ្ឌការងារនៃជំនួយសាច់ប្រាក់

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ និងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬគ្រាន់តែទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ លោកអ្នកនឹងត្រូវចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាព Welfare-to-Work (កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលជំនាញការងារ) ដើម្បីបន្តទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ និងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh។ ខោនធីនឹងប្រាប់លោកអ្នកពីចំនួនម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលលោកអ្នកត្រូវចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពទាំងនេះ ឬប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានលើកលែងពីលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ។ សកម្មភាពនៃកម្មវិធី Welfare-to-Work រួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមតែការងារដែលមាន ឬគ្មានធនធានបន្ត បទពិសោធន៍ការងារ សេវាសហគមន៍ ការអប់រំថ្នាក់មូលដ្ឋានចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ និងការស្វែងរកការងារធ្វើ។ ធនធានបន្តមានន័យថា ខោនធីឬប្រគល់មូលនិធិមួយចំនួនផ្សេងទៀតដល់ជូននិយោជកលោកអ្នកសម្រាប់ប្រាក់ខែខ្លះៗរបស់លោកអ្នក។

លក្ខខណ្ឌការងារនៃជំនួយសាច់ប្រាក់ក៏បានចែងថា លោកអ្នកត្រូវ ៖

- ចុះហត្ថលេខាលើគម្រោងកម្មវិធី Welfare-to-Work។
- ទទួលយកការងារសមស្របដែលបានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។
- មិនបោះបង់ការងារ ឬកាត់បន្ថយប្រាក់ចំណូលលោកអ្នក។

ទណ្ឌកម្មសម្រាប់ការមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងារនៃជំនួយសាច់ប្រាក់

រាល់ពេលដែលលោកអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងារនៃជំនួយសាច់ប្រាក់ ហើយលោកអ្នកមិនមានហេតុផលសមស្របនោះជំនួយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបញ្ឈប់រហូតទាល់តែលោកអ្នកធ្វើអ្វីដែលលោកអ្នកគប្បីធ្វើ។ ក្រោយពេលដែលជំនួយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយ លោកអ្នកអាចទទួលបានវិញក្នុងករណីដែលលោកអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងារដែលខ្លួនមិនបានបំពេញ ឬក្នុងករណីដែលលោកអ្នកត្រូវបានលើកលែង។ ប្រសិនបើជំនួយសាច់ប្រាក់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh លោកអ្នកក៏អាចនឹងត្រូវបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយផងដែរ។

លក្ខខណ្ឌការងាររបស់ CalFresh សម្រាប់បុគ្គលដែលមិនទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានតែអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh នោះ លោកអ្នកអាចត្រូវចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលមួយចំនួនដើម្បីបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់លោកអ្នក។ សកម្មភាពទាំងនេះ រួមមាន ការស្វែងរកការងារ ការបណ្តុះបណ្តាលមុននឹងទទួលបានការងារ ការអប់រំថ្នាក់មូលដ្ឋានសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ។ ខោនធីនឹងប្រាប់លោកអ្នកពីចំនួនម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលលោកអ្នកត្រូវចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពទាំងនេះ ឬប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវបានលើកលែងពីលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ។

លក្ខខណ្ឌការងាររបស់ CalFresh ក៏បានចែងថា លោកអ្នកត្រូវ ៖

- ឆ្លើយរាល់សំណួរអំពីបទពិសោធន៍ការងារ និងសកម្មភាពធ្វើការរបស់លោកអ្នក។
- ត្រួតពិនិត្យការងារអាចធ្វើបានដែលយើងខ្ញុំប្រាប់លោកអ្នក និងទទួលយកការងារសមស្របដែលផ្តល់ជូនលោកអ្នក។
- មិនបោះបង់ការងារ ឬកាត់បន្ថយចំនួនម៉ោងធ្វើការលោកអ្នកឱ្យតិចជាង 30ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ការពិន័យសម្រាប់តែ CalFresh ប៉ុណ្ណោះ

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងាររបស់ CalFresh ហើយលោកអ្នកមិនមានមូលហេតុសមរម្យនោះ អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ឈប់សម្រាប់រយៈពេលមួយបី ឬប្រាំមួយខែអាស្រ័យទៅលើចំនួនដងដែលលោកអ្នកមិនបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ។ ក្រោយពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់លោកអ្នក ត្រូវបានបញ្ឈប់ លោកអ្នកអាចទទួលបានឡើងវិញនៅពេលបញ្ឈប់ការពិន័យ ឬក្លាយជាបន្ទាប់ពីលោកអ្នកទទួលបានការលើកលែង។

លក្ខខណ្ឌការងារសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យមានចំណូលទាបដែលគ្មានអ្នកក្នុងបន្ទុក ដែលមិនទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានតែអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ហើយលោកអ្នកមិនមានកូនក្នុងបន្ទុកនោះ វាមានលក្ខខណ្ឌការងារមួយផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នកត្រូវតែបំពេញផងដែរ។ លោកអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងារនេះឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុតិចជាង18ឆ្នាំ លើសពី49ឆ្នាំ មានផ្ទៃពោះ ឬលោកអ្នកជាផ្នែកមួយនៃគ្រួសារ CalFresh ដែលមានកូនក្នុងបន្ទុកនោះ។ លោកអ្នកអាចត្រូវបានលើកលែងសម្រាប់មូលហេតុផ្សេងទៀតដែលបុគ្គលខោនធីរបស់លោកអ្នកអាចពន្យល់បាន។

លក្ខខណ្ឌការងារបានចែងថាប្រសិនបើលោកអ្នកជាមនុស្សពេញវ័យមានចំណូលទាបដែលគ្មានអ្នកក្នុងបន្ទុក លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើការយ៉ាងតិច20ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ឬ80ម៉ោងក្នុងមួយខែក្នុងការងារដែលទទួលបានចំណូល ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងបណ្តុះបណ្តាលមុននឹងទទួលបានការងារទៅតាមចំនួនម៉ោងដែលតម្រូវ ឬចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពបណ្តុះបណ្តាលដែលបានអនុម័តសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងតិច20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ 80ម៉ោងក្នុងមួយខែ។ ក្នុងអំឡុងពេល 36ខែ អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh នឹងបញ្ឈប់ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងាររយៈពេលបីខែ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកលែងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងារជាលើកទីពីរសម្រាប់មូលហេតុដូចជា ត្រូវបានបញ្ឈប់ពីការងារ លោកអ្នកអាចនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់រយៈពេលបីខែជាប់ៗគ្នា ដោយមិនចាំបាច់បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនេះ។ បន្ទាប់មក លោកអ្នកអាចទទួលបានតែអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ប៉ុណ្ណោះប្រសិនបើលោកអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងារ ឬត្រូវបានលើកលែង។

ការមិនរាប់បញ្ចូលចំណូល CalWORKs (កម្មវិធីឱកាសការងារ និងការទទួលខុសត្រូវចំពោះកុមារនៃរដ្ឋ California)

បរិមាណសរុបនៃជំនួយសាច់ប្រាក់ដែលគ្រួសារលោកអ្នកទទួលបាន អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារលោកអ្នក និងចំណូលផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នកអាចមាន។ ច្បាប់អនុញ្ញាតមិនឱ្យរាប់បញ្ចូលចំណូលខ្លះ នៅពេលដែលបរិមាណសរុបនៃជំនួយសាច់ប្រាក់ដែលលោកអ្នកនឹងទទួលបាន ត្រូវបានគណនា។

- ប្រសិនបើគ្រួសារលោកអ្នកទទួលបានលើសពី \$225 ក្នុងមួយខែនៃចំណូលពិការភាព (DI) មានតែ \$225 ដំបូងប៉ុណ្ណោះមិនបានរាប់បញ្ចូល។
- ប្រសិនបើគ្រួសារលោកអ្នកទទួលបាន \$225 ក្នុងមួយខែ ឬតិចជាង DI គ្មានចំណូលណាមួយនឹងត្រូវរាប់បញ្ចូលជាចំណូល ហើយប្រសិនបើលោកអ្នកមានចំណូលរកបាន (EI) ផងនោះ រាល់បរិមាណនៅសល់នៃ \$225មិនរាប់បញ្ចូលឡើយរហូតដល់ \$225 និងមិនរាប់បញ្ចូលជាចំណូល។
- លើសពីនេះ 50ភាគរយនៃចំណូលរកបានផ្សេងទៀតនឹងមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលឡើយ។
- ចំនួននៅសល់គឺជា ចំណូលសុទ្ធដែលអាចរាប់បានរបស់លោកអ្នក ហើយជាចំនួនដែលនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីគណនាជំនួយសាច់ប្រាក់លោកអ្នក។

ការប្រព្រឹត្តិចំពោះការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង

ប្រសិនបើលោកអ្នកធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង លោកអ្នកនឹងមានជម្រើសក្នុងការគណនាពីចំណាយអាជីវកម្មលោកអ្នក ដោយផ្អែកទៅលើការកាត់កងជាបទដ្ឋាន 40ភាគរយនៃចំណូលដុល ឬការប្រើប្រាស់ចំណាយអាជីវកម្មជាក់ស្តែង។ នៅពេលដែលលោកអ្នកជ្រើសរើសវិធីសាស្ត្រក្នុងការគណនាពីចំណូលសុទ្ធនៃការធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូររបៀបក្នុងការ គណនាចំណាយនៅពេលកំណត់ឡើងវិញប៉ុណ្ណោះ ឬរាល់ប្រាំមួយខែម្តង មិនថាកើតឡើងឆាប់ជាងនេះឡើយ។

កម្មវិធីថែទាំកុមារ CalWORKs

អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំកុមារអាចមានសម្រាប់អ្នកទទួលបានដែលត្រូវការការថែទាំកុមារសម្រាប់ការធ្វើការ ឬចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីWelfare-to-work ដែលបានអនុម័តដោយខោនធីដូចជា ការចូលរួមកម្មវិធីអប់រំ ឬការបណ្តុះបណ្តាលការងារ។

ការថែទាំកុមារនៃនាយកដ្ឋានអប់រំរដ្ឋ California (CDE)

អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំកុមារក៏ អាចរកបានពី CDE ផងដែរ។ ទំនាក់ទំនងទីភ្នាក់ងារបញ្ជូននិងធនធានក្នុងមូលដ្ឋានលោកអ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

Medi-Cal អន្តរកាល (TMC)

លោកអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal សម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 12ខែប្រសិនបើលោកអ្នកចាកចេញពីជំនួយសាច់ប្រាក់ដោយសារតែលោកអ្នកធ្វើការងារនោះ។ ក្រុមគ្រួសារលោកអ្នកត្រូវទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់សម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់បីខែនៃប្រាំមួយខែចុងក្រោយមុនពេលដែលជំនួយសាច់ប្រាក់ត្រូវបានបញ្ឈប់។ ដើម្បីទទួលបាន TMC លើសពីរយៈពេលប្រាំមួយខែ ចំណូលលោកអ្នកត្រូវតែស្ថិតនៅក្រោមចំនួនកំណត់ជាក់លាក់មួយចំនួន ហើយលោកអ្នកត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌយករណីរបស់ TMC។

ការព្រមានការដាក់ពិន័យ

Cash Aid និង CalFresh នៃការដាក់ពិន័យការដកសិទ្ធិ

ការដាក់ពិន័យការដកសិទ្ធិចាប់ផ្តើមបន្ទាប់ពីសវនាការរដ្ឋ ឬតុលាការច្បាប់រកឃើញថាបុគ្គលបានប្រព្រឹត្តការលោភកម្មវិធីដាយេចតនា (IPV)។ ជាមួយគ្នានេះ អ្នកណាម្នាក់ដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការលោភកម្មវិធីដាយេចតនា (IPV) អាចយល់ព្រមឲ្យដកសិទ្ធិដោយចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងយល់ព្រមការដកសិទ្ធិរដ្ឋបាល ឬការលើកែលម្អ (cash aid) ឯសវនាការការដកសិទ្ធិ។ នរណាម្នាក់ដែលចុះហត្ថលេខាលើឯកសារមួយក្នុងចំណោមឯកសារទាំងនេះចេះបង់សិទ្ធិសវនាការ និងទទួលបានទំនួលខុសត្រូវដើម្បីបង់សងនូវការបង់លើសំណុំរយលុយសុទ្ធនានា និង/ឬ ការចេញឲ្យលើសខាង **calFresh**។

វិធានការច្បាប់ និងទណ្ឌកម្មរបស់កម្មវិធី

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំកំពុងត្រូវប្រព្រឹត្តការលោភកម្មវិធីដាយេចតនា ដែលអាចជាបទឧក្រិដ្ឋ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ឲ្យព័ត៌មានបន្លំ ឬខុស ឬប្រសិនបើខ្ញុំមិនផ្តល់ឲ្យព័ត៌មានទាំងអស់ដាយេចតនាដើម្បីព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ (CalFresh, cash aid និង Medi-Cal) ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬដើម្បីជួយនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឲ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃដល់ពួកគេមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬប្រសិនបើខ្ញុំប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំខុស (នេះត្រូវបានហៅថាជាការជួញដូរ)។ ប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើដូច្នោះដាយេចតនា ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍លើសពី \$950 ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ខ្ញុំអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការលោភកម្មវិធីដាយេចតនា។

លើសពីនេះ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវតែបង់សងវិញនូវអត្ថប្រយោជន៍នានាដែលខ្ញុំទទួលបាន ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬដែលខ្ញុំបានប្រើខុស។

<p>ការលោភកម្មវិធី</p> <p>ស្រមាប់ CalFresh: ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចបានប្រព្រឹត្តការលោភកម្មវិធីដាយេចតនា ប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើដូចខាងក្រោម:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍អឡិចត្រូនិច (EBT) ដែលជាកម្មសិទ្ធិនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ឬអនុញ្ញាតឲ្យនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតប្រើប្រាស់របស់ខ្ញុំ • ផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីតម្លៃជានរណា ឬខ្ញុំស្រេចចិត្ត • ព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីរ ជាឧទាហរណ៍ ដាក់ពាក្យនៅក្នុងខោនធី ឬដូច្នោះឬប្រើប្រាស់នៅកន្លែងផ្សេងទៀតដែលជាមួយគ្នា • ដាក់មកនូវឯកសារក្នុងក្លាយស្រមាប់កូន ឬសមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលមិនមានសិទ្ធិ ឬដែលមិនមានសេសវា • រំលោភលក្ខខណ្ឌនៃការព្យាបាលមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់របស់ខ្ញុំ • រត់ចេញបន្ទាប់ពីការដាក់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ • ជួញដូរ ទិញ លក់ លួច ឬឲ្យទេទូនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬប័ណ្ណ EBT ឬប័ណ្ណបង់ ជួញដូរ ទិញ លក់ លួច ឬឲ្យទេទូនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬប័ណ្ណ EBT • ជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬប័ណ្ណបង់ ជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ស្រមាប់: លុយសុទ្ធ កាត់ក្រី ទំនិញ បារី ជាតិផ្ទុះ អាវុធយុទ្ធភ័ណ្ណ សារធាតុហាមឃាត់មិនមានសិទ្ធិដូចជា ថ្នាំសង្កូវ ឬជាតិអាល់កុល • ជាវ (ទិញ) ផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែលមិនត្រូវបានដាក់កម្រិតឡើយ ដាយេចតនា (ដោយបំណង) ចោះបង់បាលនូវរបស់ក្នុងចំណុះ ហើយប្រើប្រាស់ដាក់សម្រាប់ចំនួនប្រាក់កក់ ឬ ប័ណ្ណបង់ ឆ្លើយកិច្ចសន្យាប្រើប្រាស់ដាក់ស្រមាប់ចំនួនប្រាក់កក់ • ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ហើយលក់វាឲ្យវិញដាយេចតនាជាថ្មីនឹងលុយសុទ្ធឬប្រើប្រាស់វាដើម្បីប្រើប្រាស់ដល់មនុស្សដទៃទៀត 	<p>ការពិន័យ</p> <p>ខ្ញុំអាចបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ស្រមាប់មួយឆ្នាំស្រមាប់បទល្មើសទីមួយ ពីរឆ្នាំស្រមាប់បទល្មើសទីពីរ ឬជាប់រហូត • ត្រូវពិន័យជាប្រាក់ រហូតដល់ \$ 250,000.00, ដាក់ពន្ធនាគារ (បញ្ជូនទៅគុក/ពន្ធនាគារ) រហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ
<p>ស្រមាប់ជំនួយលុយសុទ្ធ (cash aid): ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចបានប្រព្រឹត្តការលោភកម្មវិធីដាយេចតនា ហើយខ្ញុំអាចបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ ប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើដូចខាងក្រោម:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ផ្តល់ឲ្យព័ត៌មានខុសអំពីតម្លៃជានរណា ឬខ្ញុំស្រេចចិត្ត • ព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីរ ជាឧទាហរណ៍ ដាក់ពាក្យនៅក្នុងខោនធី ឬដូច្នោះឬប្រើប្រាស់នៅកន្លែងផ្សេងទៀតដែលជាមួយគ្នា • ដាក់មកនូវឯកសារក្នុងក្លាយស្រមាប់កូន ឬសមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលមិនមានសិទ្ធិ ឬដែលមិនមានសេសវា • រំលោភលក្ខខណ្ឌនៃការព្យាបាលមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់របស់ខ្ញុំ • រត់ចេញបន្ទាប់ពីការដាក់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ 	<p>ខ្ញុំអាចបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ជំនួយលុយសុទ្ធ (cash aid):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ស្រមាប់ប្រាំមួយខែ មួយឆ្នាំ ពីរឆ្នាំ ប្រាំឆ្នាំ ឬជាប់រហូត • ហើយត្រូវពិន័យជាប្រាក់ រហូតដល់ \$10,000 និង/ឬបញ្ជូនទៅគុក/ពន្ធនាគាររហូតដល់ប្រាំឆ្នាំ

**ការបញ្ជាក់ពីបេក្ខជន
/អ្នកទទួល**

**(ការបញ្ជាក់របស់បុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបាន)
ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION**

- ខ្ញុំដឹងថា គោលបំណងមួយដែលខ្ញុំចង់បានសម្រាប់ជំនួយសាច់ប្រាក់គឺ ដើម្បីជួយបំពេញតម្រូវការមូលដ្ឋានរបស់គ្រួសារខ្ញុំមានទាំងកន្លែងស្នាក់នៅ ម្ហូបអាហារ សំលៀកបំពាក់។
- ខ្ញុំដឹងពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយយល់ព្រមអនុវត្តតាមការទទួលខុសត្រូវនានារបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំក៏ដឹងពីការពិន័យសម្រាប់ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពេញលេញ ឬមិនពិតផងដែរ ឬសម្រាប់ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីព័ត៌មាន ឬស្ថានភាពដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការទទួលបាន ឬកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ CalFresh និង/ឬចំណែកនៃចំណាយ Medi-Cal/34-County CMSP របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំទទួលបានឯកសារស្តីពីសិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត (SAWS 2A)។

• ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ ខ្ញុំទទួលបានឯកសារខាងក្រោមមួយច្បាប់ ៖

ការជូនដំណឹងពីកម្មវិធី Welfare to Work (WTW 5)

_____ (ឈ្មោះបេក្ខជន/អ្នកទទួល)

- ខ្ញុំបញ្ជាក់ផងដែរថាប្រសិនបើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal/34-County CMSP ខ្ញុំទទួលបាន MC 219 /CMSP 219 មួយច្បាប់ ហើយខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំ។

I certify that the applicant/recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A SAR)

For cash aid:
 Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

ហត្ថលេខា (សាច់ប្រាក់អ្នកថែទាំ ឬមាតាបិតា សមាជិកគ្រួសារ ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់ CalFresh អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/ហត្ថលេខារបស់ Medi-Cal/34-County CMSP)		កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា (មាតាបិតាម្ខាងទៀតដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ ដៃគូរស់ដែលបានចុះបញ្ជី)	សាក្សីប្រសិនបើលោកអ្នកចុះហត្ថលេខាជាមួយ "X"	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាបុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបាន	លេខបុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបាន	កាលបរិច្ឆេទ

**ការបញ្ជាក់ពីបេក្ខជន
/អ្នកទទួល**

**(ការបញ្ជាក់របស់បុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបាន)
ELIGIBILITY WORKER'S CERTIFICATION**

- ខ្ញុំដឹងថា គោលបំណងមួយដែលខ្ញុំចង់បានសម្រាប់ជំនួយសាច់ប្រាក់គឺ ដើម្បីជួយបំពេញតម្រូវការមូលដ្ឋានរបស់គ្រួសារខ្ញុំមានទាំងកន្លែងស្នាក់នៅ ម្ហូបអាហារ សំលៀកបំពាក់។
- ខ្ញុំដឹងពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយយល់ព្រមអនុវត្តតាមការទទួលខុសត្រូវនានារបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំក៏ដឹងពីការពិន័យសម្រាប់ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពេញលេញ ឬមិនពិតផងដែរ ឬសម្រាប់ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីព័ត៌មាន ឬស្ថានភាពដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការទទួលបាន ឬកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ CalFresh និង/ឬចំណែកនៃចំណាយ Medi-Cal/34-County CMSP របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំទទួលបានឯកសារស្តីពីសិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត (SAWS 2A)។

• ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ ខ្ញុំទទួលបានឯកសារខាងក្រោមមួយច្បាប់ ៖

ការជូនដំណឹងពីកម្មវិធី Welfare to Work (WTW 5)

_____ (ឈ្មោះបេក្ខជន/អ្នកទទួល)

• ខ្ញុំបញ្ជាក់ផងដែរថាប្រសិនបើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal/34-County CMSP ខ្ញុំទទួលបាន MC 219 /CMSP 219 មួយច្បាប់ ហើយខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំ។

I certify that the applicant/recipient appears to understand:

- his/her rights and responsibilities and
- the penalties for giving incomplete or wrong facts, or for failing to report facts or situations that may affect his/her eligibility or benefit level for cash aid or CalFresh, and/or share of cost for Medi-Cal/34-County CMSP

I also certify that the applicant/recipient was given a copy of:

- The Rights, Responsibilities, and Other Important Information (SAWS 2A SAR)

For cash aid:
 Welfare to Work Informing Notice (WTW 5)

- For Medi-Cal/34-County CMSP: the MC 219/CMSP 219 and that its contents were explained to him/her.

ហត្ថលេខា (សាច់ប្រាក់អ្នកថែទាំ ឬមាតាបិតា សមាជិកគ្រួសារ ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់ CalFresh អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/ហត្ថលេខារបស់ Medi-Cal/34-County CMSP)		កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា (មាតាបិតាម្ខាងទៀតដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ ដៃគូរស់ដែលបានចុះបញ្ជី)	សាក្សីប្រសិនបើលោកអ្នកចុះហត្ថលេខាជាមួយ "X"	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាបុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបាន	លេខបុគ្គលិកផ្នែកសិទ្ធិទទួលបាន	កាលបរិច្ឆេទ