



ពាក្យសុំសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH

ប្រសិនបើអ្នកពិការឬត្រូវការជំនួយអំពីកម្មវិធីនេះសូមឱ្យនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពខោនធីឌីង (ខោនធី) ហើយនឹងមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចូលចិត្តអាននិយាយឬសរសេរជាភាសាក្រៅពីភាសា អង់គ្លេសខោនធី នឹងទទួលបាននរណាម្នាក់ដើម្បីជួយអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំដូចម្តេច?

ប្រើពាក្យស្នើសុំនេះប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ។ កម្មវិធី CalFresh គឺជាកម្មវិធី ជំនួយម្ហូបអាហារមួយដែលជួយអ្នកក្នុងការទិញម្ហូបអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក។ កម្មវិធី CalFresh គឺជាកម្មវិធីជំនួយម្ហូបអាហារមួយ ដែលជួយអ្នកក្នុងការទិញម្ហូបអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CalFresh ឬកម្មវិធីដទៃទៀតតាមរយៈអនឡាញ <http://www.benefitscal.org>។ អ្នកអាចមើលថាតើអ្នកអាចមានសិទ្ធិដោយចូលទៅ <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>។

- សូមបំពេញទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំ ប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើបាន។ យ៉ាងហោចណាស់អ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យខោនធីនូវឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក (សំណួរលេខ 1 នៅទំព័រទី 1) ដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការពាក្យសុំ។
- ដាក់ពាក្យសុំទៅខោនធីដោយផ្ទាល់តាមរយៈអ៊ីម៉ែលតាមទូរសារ ឬនៅលើអ៊ិនធឺណិត។
- ថ្ងៃដែលខោនធីទទួលបានកម្មវិធី ដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកចាប់ផ្តើមពេលដើម្បីផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកថាតើអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថាប័នមួយពេលនេះនេះចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញ។

តើខ្ញុំត្រូវធ្វើដូចម្តេចបន្ទាប់ទៀត?

- សូមអានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (វិធានស្តីពីកម្មវិធីទី 1 ដល់ទី 5) មុនពេលអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ។
- អ្នកត្រូវមានកិច្ចសម្ភាសន៍ជាមួយខោនធីដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ការសម្ភាសន៍ភាគច្រើនធ្វើឡើងតាមទូរស័ព្ទ ប៉ុន្តែវាអាចត្រូវបានធ្វើឡើង ដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យខោនធីឬនៅកន្លែងផ្សេងទៀតដែលបានរៀបចំជាមួយខោនធី។ ប្រសិនបើអ្នកពិការទេនោះការរៀបចំផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានធ្វើឡើង។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញគ្រប់កម្មវិធីទេអ្នកអាចបញ្ចប់វាក្នុងកំឡុងពេលសម្ភាសន៍របស់អ្នក។
- អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលការចំណាយនិងកាលៈទេសៈផ្សេងទៀតដើម្បីពិនិត្យថាតើអ្នកមានសិទ្ធិដែរឬទេ។

តើតម្រូវពេលយូរប៉ុណ្ណាដែរ?

វាអាចចំណាយពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសេវាកម្មមួយដែលមានល្បឿនលឿន៖

- ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុននឹងដកប្រាក់) តិចជាង \$ 150 ហើយប្រាក់របស់អ្នកនៅលើដៃ ឬក្នុងគណនីត្រួតពិនិត្យឬគណនីសន្សំមានតម្លៃ \$ 100 ឬតិចជាងនេះ; ឬ
- ថ្លៃផ្ទះសំបែងរបស់អ្នក (ការជួល / ប្រាក់កម្ចីនិងសេវា) មានច្រើនជាងប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែនិង
- អ្នកគឺជាគ្រួសារកសិករអន្តោប្រវេសន៍ឬតាមរដូវកាលដែលមានប្រាក់ចំណូលតិចជាង 100 ដុល្លារក្នុងការត្រួតពិនិត្យឬសន្សំនិង
1) ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកបានបញ្ឈប់ឬ 2) ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើមប៉ុន្តែអ្នកមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានច្រើនជាង 25 ដុល្លារក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃខាងមុខនេះ។

ដើម្បីជួយឱ្យខោនធីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃសូមឆ្លើយសំណួរទី 1 6 ដល់ 8 11 និង 16 និងផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍ប្រសិនបើអ្នកមាន) ជាមួយកម្មវិធី។

ខោនធីនឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងដល់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័តឬបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែរឬទេ។

សន្និសីទទីភ្នាក់ងារ

សន្និសីទទីភ្នាក់ងារគឺជាដំណើរការមួយដែលផ្តល់ឱ្យគ្រួសារនូវសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំកិច្ចប្រជុំជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងសិទ្ធិទទួលបានមួយ (ការប្រជុំនេះអាចត្រូវបានចូលរួមដោយបុគ្គលិកដែលមានសិទ្ធិនិងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ) ដើម្បីដោះស្រាយជម្លោះក្រៅផ្លូវការជាលក្ខណៈគ្រួសារដើម្បីបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសេវាឆាប់រហ័ស។

សន្និសីទភ្នាក់ងារនេះនឹងត្រូវបានកំណត់ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការនៃសំណើរលុះត្រាតែគ្រួសារស្នើសុំការគ្រោងទុកនៅពេល ក្រោយឬបញ្ជាក់ថាពួកគេមិនចង់មានសន្និសីទភ្នាក់ងារ។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីសម្រាប់ការសម្ភាសន៍របស់ខ្ញុំ?

ដើម្បីចៀសវាងការយឺតយ៉ាវចូរនាំមកនូវភស្តុតាងដូចខាងក្រោមជាមួយអ្នកដើម្បីសម្ភាសន៍របស់អ្នក។ រក្សាការសំភាសន៍របស់ អ្នកទោះបីជាអ្នកមិនមានភស្តុតាងក៏ដោយ។ ខោនធីអាចជួយបានប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលភស្តុតាង។ ក្នុង កំឡុងពេលសំភាសន៍ខោនធីនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីហើយនិងសួរអ្នកនូវសំណួរដើម្បីដឹងថាតើអ្នកអាចទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបាន។

ភស្តុតាងដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍

- អត្តសញ្ញាណ (ប័ណ្ណបើកបរ, អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋ, លិខិតឆ្លងដែន) ។
- កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ (កិច្ចព្រមព្រៀងជួលរឹកយប់ត្រដែលមានអាសយដ្ឋាន របស់អ្នក) ។
- លេខសន្តិសុខសង្គម (សូមមើលកំណត់សម្គាល់នៅខាងក្រោមអំពីជន មិន ស្គាល់សន្តិសុខសង្គម) ។
- ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (របាយការណ៍ធនាគារថ្មីៗ) ។
- ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (របាយការណ៍ធនាគារថ្មីៗ) ។ **កំណត់សារៈ** : ប្រសិនបើខ្លួនឯងមានការងារធ្វើ ប្រាក់ចំណូលនិងការចំណាយឬកំណត់ត្រាពន្ធ។
- ប្រាក់ចំណូលដែលមិនទាន់បានទទួល (អត្ថប្រយោជន៍ពីភាពអត់ការងារធ្វើ SSI សន្តិសុខសង្គម អត្ថប្រយោជន៍របស់អតីតយុទ្ធជន ការគាំទ្រកុមារ សំណងរបស់កម្មករ ជំនួយឥតសំណងរបស់សាលាឬប្រាក់កម្ចីប្រាក់កម្ចីជួលជាដើម)។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់តែប៉ុណ្ណោះសម្រាប់អ្នក ដែលមិនមែនជា ជនសង្ស័យប៉ុណ្ណោះសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ (កាតចុះឈ្មោះជនបរទេសទិដ្ឋាការ)។

កំណត់សារៈ អ្នកដែលមិនមែនជាជនសង្ស័យដែលស្នើសុំ ស្ថានភាព អន្តោប្រវេសន៍ដោយផ្អែកលើអំពើហិង្សាផ្ទះ គ្រួសារការកាត់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬការផ្តល់ជំនួយប្រហែល ជាមិនត្រូវការភស្តុតាងនេះទេ។ ពួកគេក៏ប្រហែលជាមិន ត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមដែរ។

ភស្តុតាងដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh កាន់តែច្រើន

- តម្លៃនៃការស្នាក់នៅ (បង្កាន់ដៃជួល រឹកយប់ត្រកម្ចីប្រាក់ រឹកយប់ត្រពន្ធលើ អចលនទ្រព្យ ឯកសារធានារ៉ាប់រងនានា)។
- តម្លៃចំណាយលើ ទូរស័ព្ទ និងការប្រើប្រាស់នានា។
- ការចំណាយលើ ថ្នាំសង្កូវសម្រាប់នរណាម្នាក់នៅក្នុង គ្រួសាររបស់អ្នកដែលជាមនុស្សចាស់ជរា (អាយុ 60 ឆ្នាំនិងច្រើនជាងនេះ) ឬមានពិការភាព។
- ការចំណាយលើការថែទាំក្មេង និងមនុស្សពេញវ័យ ដោយសារ នរណាម្នាក់ កំពុងធ្វើការស្វែងរកការងារធ្វើចូលរួមរួមគ្នា បណ្តាល ឬ សិក្សា ឬចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពការងារចាំ បាច់។
- កម្មវិធីឧបត្ថម្ភកុមារដែលចំណាយដោយមនុស្សម្នាក់នៅកុ នុង គ្រួសាររបស់អ្នក។

ភស្តុតាងចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពីកម្មវិធី CalFresh

- ខោនធីនឹងផ្ញើរឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកាតអេកអេឡិចត្រូនិក (Electronic Benefit Transfer, EBT) ។ អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបាន ដាក់នៅលើកាតនៅពេលដែលពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត។ ចុះហត្ថលេខាប័ណ្ណរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបាន។ អ្នកនឹងបង្កើតលេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (Personal Identification Number, PIN) ដើម្បីប្រើកាតរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើកាត EBT របស់អ្នកត្រូវបានបាត់បង់ត្រូវបានលួចឬ បំផ្លាញ ឬអ្នកគិតថានរណាម្នាក់អាចស្តាប់លេខកូដសម្ងាត់ របស់អ្នក ដែលអ្នកមិនចង់ប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក (877) 328-9677 ឬហៅទៅខោនធីភ្លាមៗ។ ត្រូវ ប្រាកដថាមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវនឹងអ្នកកំណត់ដែលទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកក៏ចេះរាយការណ៍អំពីបញ្ហា ទាំងនេះភ្លាមៗដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ថាមនុស្សម្នាក់ទៀតដែលអ្នកមិនចង់ចំណាយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក មានលេខសម្ងាត់របស់អ្នក ហើយ អ្នកមិនទទួលបានលេខសម្ងាត់របស់អ្នកទេអត្ថប្រយោជន៍ដែលប្រើនឹងមិនត្រូវបាន ជំនួសទេ។
- អ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក ដើម្បីទិញអាហារស្ទើរតែទាំងអស់ក៏ដូចជាគ្រាប់ពូជនិងរុក្ខជាតិដើម្បីដាំ អាហារផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចទិញអាវកុលថ្នាំដក់ម្ហូបអាហារចិញ្ចឹមម្ហូបអាហារឆ្អិនខ្លះឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលមិន មែនជាអាហារ (ដូចជាថ្នាំដុសធ្មេញ សាប៊ូឬកន្សែងក្រដាស) ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ត្រូវបានទទួលយកនៅតាមហាងលក់គ្រឿងទេស និងកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែលលក់អាហារ។ សម្រាប់បញ្ជីទីតាំងក្បែរអ្នកដែលទទួលយក EBT សូមចូលទៅ៖ <https://www.ebt.ca.gov> ឬ <https://www.snapfresh.org>.
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh គឺសម្រាប់តែអ្នកនិងសមាជិកគ្រួសារអ្នក។ រក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឱ្យបានសុវត្ថិភាព។ កុំឱ្យលេខ PIN របស់អ្នកទៅគេ។ កុំរក្សាទុកលេខសម្ងាត់របស់អ្នកជាមួយកាត EBT របស់អ្នកឡើយ។

ចុះប្រសិនបើអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង?

សូមឱ្យខោនធីដឹងក្លាយប្រសិនបើអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដូច្នោះពួកគេអាចជួយអ្នកដោះស្រាយបញ្ហាដើម្បីប្រើប្រាស់ ដើម្បី ទទួលបានកម្មវិធីរបស់អ្នកនិងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងពីខោនធីទាក់ទងនឹងសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ សម្រាប់ CalFresh គ្មាន ផ្ទះសំបែងមានន័យថាអ្នកមាន៖

- A. ស្នាក់នៅក្នុងទីជំរកត្រួតពិនិត្យផ្ទះពាក់កណ្តាលឬកន្លែងស្រដៀងគ្នា។
- B. ស្នាក់នៅផ្ទះរបស់មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀតឬក្រុមគ្រួសារមិនឱ្យលើសពី 90 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា។
- C. គេងនៅកន្លែងដែលមិនត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យគេង ឬជាធម្មតាត្រូវបានគេប្រើជាកន្លែងដេក (ឧ. ផ្លូវដើរ, ចំណត ឡានក្រុង, ឡប់ប៊ីឬកន្លែងស្រដៀងគ្នា) ។

ទំព័រផ្តល់ព័ត៌មាន - សូមយកនិងរក្សាទុកសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។

សិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវ

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវដើម្បី៖

- ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ខោនធីទាំងអស់ដែលត្រូវការដើម្បីកំណត់សិទ្ធិរបស់អ្នក។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីព័ត៌មានដែលអ្នកមាននៅពេលដែលត្រូវការ។
- រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរដូចបានតម្រូវ។ ខោនធីនិងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីអ្វី ពេលណា និងរបៀបរាយការណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមការស្នើសុំរបស់អ្នកករណីរបស់អ្នកនឹងត្រូវបិទឬអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកអាចត្រូវបានបន្ថយឬបញ្ឈប់។
- ស្វែងរករកនិងរកស៊ុកការងារឬចូលរួមសកម្មភាពផ្សេងៗ ប្រសិនបើខោនធីប្រាប់អ្នកថាត្រូវបានទាមទារនៅក្នុងករណីរបស់អ្នក។
- សហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករដ្ឋបាល ខោនធី ឬសហព័ន្ធ ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញឬការស៊ើបអង្កេត ដើម្បីធានាថាកម្រិតសិទ្ធិនិងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានគេគិតគូរត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានក្នុងការសហការក្នុងការត្រួតពិនិត្យទាំងនេះនឹងនាំឱ្យមានការបាត់បង់ផលប្រយោជន៍របស់អ្នក។
- ការបង់លុយសងផលប្រយោជន៍ CalFresh ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួល។

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី ៖

- បញ្ជូនកម្មវិធីសម្រាប់ CalFresh ដោយគ្រាន់តែផ្តល់ឈ្មោះអាសយដ្ឋាននិងហត្ថលេខា។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ មានអ្នកបកប្រែភាសាដែលផ្តល់ដោយរដ្ឋដោយឥតគិតថ្លៃ។
- មានព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យខោនធីដែលរកស៊ុកការសម្ងាត់លើកលែងតែទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកម្មវិធីរដ្ឋបាលខោនធី
- បញ្ឈប់ការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បានមួយមុនពេលដែលខោនធីកំណត់លក្ខណៈ គ្រប់គ្រាន់។
- សុំជំនួយដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh និងទទួលបានការពន្យល់ពីចុប។
- សុំជំនួយសម្រាប់ការរកបានភស្តុតាងដែលត្រូវការចាំបាច់។
- ត្រូវបានប្រព្រឹត្តិទៅលើ ដោយការគួរសម ការគោរព និងការគោរពហើយមិនត្រូវបានរើសអើងឡើយ។
- ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់សេវាពន្លឺន។
- ត្រូវបានសម្គាល់ក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលមួយ ដោយខោនធីនៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំនិងដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេចក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។
- ទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ 10 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ភស្តុតាងសម្រាប់ខោនធីដែលត្រូវការដើម្បីកំណត់ការទទួលបានសិទ្ធិ។
- ទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយ៉ាងហោចណាស់ 10 ថ្ងៃមុនពេលខោនធីបន្ថយឬបញ្ឈប់ផលប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។
- ពិភាក្សាសាករណីរបស់អ្នកជាមួយខោនធីនិងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកនៅព្រលអ្នកស្នើសុំឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ស្នើសុំសវនាការរដ្ឋក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយខោនធីអំពីសំណុំរឿង CalFresh របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលសកម្មភាពនៅលើសំណុំរឿង CalFresh របស់អ្នកកើតឡើងផលប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅដដែលរហូតដល់ថ្ងៃសវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យខោនធីអនុញ្ញាតឱ្យអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ រហូតដល់ក្រោយពីសវនាការដើម្បីចៀសវាងការសងបំណុល។ ប្រសិនបើចៅក្រមចុបប្រឆាំងបុគ្គលគ្រប់គ្រងលើការអនុគ្រោះរបស់អ្នក ខោនធីនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលត្រូវបានគេកាត់។
- សួរអំពីសិទ្ធិសវនាការអ្នកឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយផ្នែកចុបនៅលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ 1-800-952-5253 ឬសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ឬនិយាយដែលប្រើ TDD លេខ 1-800-952-8349 ។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយខាងចុបដោយមិនអស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងចុបមូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។
- នាំមិត្តឬនរណាម្នាក់មកជាមួយអ្នក មកកាន់សវនាការប្រសិនបើអ្នកពុំចង់មកតែម្នាក់ឯង។
- ទទួលបានជំនួយពីខោនធីដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត។
- រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលអ្នកមិនត្រូវបានរាយការណ៍ ប្រសិនបើវាអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។
- ផ្តល់ភស្តុតាងអំពីការចំណាយរបស់គ្រួសារអ្នក ដែលអាចជួយអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទៀត។ មិនផ្តល់ភស្តុតាងដល់ខោនធីដូចគ្នានឹងការនិយាយថា អ្នកមិនមានចំណាយនោះទេហើយអ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទៀតបានទេ។
- សូមឱ្យខោនធីដឹងថា តើអ្នកចង់អោយនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកសម្រាប់គ្រួសារឬជំនួយរបស់អ្នកជាមួយនឹងករណី CalFresh របស់អ្នក (អ្នកកំណត់ដែលមានសិទ្ធិ) ។

សូមយកនិងរកស៊ុកសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

វិន័យនិងពិន័យរបស់កម្មវិធី

អ្នកកំពុងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬខុស ឬមិនផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុងគោលបំណង ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែលអ្នកគ្មានសិទ្ធិទទួលបានឬដើម្បីជួយអ្នកផ្សេងទៀតទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដែលពួកគេមិនអាចទទួលបាន ។ អ្នកត្រូវតែបង់លុយផលប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបានដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

<p>ការបំពានលើកម្មវិធីសម្រាប់ CalFresh: ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំប្រហែលជាបានប្រព្រឹត្តការរំលោភបំពានកម្មវិធីដោយចេតនាប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើដូចខាងក្រោម:</p> <ul style="list-style-type: none"> • លាក់ព័ត៌មានឬធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្លែងក្លាយ • ប្រើកាតផ្សេងប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍អេឡិចត្រូនិច (EBT) ដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬឱ្យនរណាម្នាក់ប្រើប្រាស់កាតរបស់ខ្ញុំ • ប្រើអត្ថប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ទៅទិញស្ករ ឬថ្នាំជក់ • ជួញដូរ ទិញ លក់ លួចឬផ្តល់ឱ្យនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬកាត EBT ឬព្យាយាមធ្វើពាណិជ្ជកម្ម ទិញដូរលក់លួចឬផ្តល់ឱ្យនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬកាត EBT • ព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេ ជាឧទាហរណ៍ សូមដាក់ពាក្យសុំនៅក្នុងរដ្ឋបាលពីរប្រើប្រាស់ស្រុកឬរដ្ឋផ្សេងៗគ្នាក្នុងពេលតែមួយ • ដាក់ឯកសារក្លែងបន្លំសម្រាប់កុមារ ឬសមាជិកគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យដែលមិនមានសិទ្ធិឬអ្នកដែលមិនមាន • បំពានលក្ខខណ្ឌនៃការព្យាបាល ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌរបស់ខ្ញុំ • រត់គេចបន្ទាប់ពីការផ្តន្ទាទោសឧក្រិដ្ឋ • ការទិញ (ទិញ) ផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែលមានប្រាក់បញ្ញើ ត្រឡប់មកវិញដោយចេតនា បោះចោលនូវមាតិកានិងប្រគល់ផង សម្រាប់ចំនួនដាក់ប្រាក់ ឬប៉ុនប៉ងប្រគល់ផង សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដាក់ប្រាក់ • ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh និងលក់វាដោយចេតនាសម្រាប់សាច់ប្រាក់ឬអ្វីផ្សេងទៀត ក្រៅពីអាហារដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ 	<p>ពិន័យដែលខ្ញុំអាច:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់រយៈពេល 12 ខែ សម្រាប់បទល្មើសទីមួយហើយត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់លុយផលប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានបង់។ • ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់រយៈពេល 24 ខែ សម្រាប់បទល្មើសទីមួយហើយត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់លុយផលប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានបង់។ • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ជាអចិន្ត្រៃយ៍ សម្រាប់បទល្មើសទីបីហើយត្រូវបានតម្រូវឱ្យសងផលប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានបង់ • ត្រូវបានគេពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 និងត្រូវជាប់គុករហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ
<ul style="list-style-type: none"> • អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ពាណិជ្ជកម្មឬព្យាយាមជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់: សាច់ប្រាក់ អាវុធ របស់ប្រើប្រាស់មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬសារធាតុដូចជាគ្រឿងញៀន 	<ul style="list-style-type: none"> • ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់រយៈពេល 24 ខែសម្រាប់បទល្មើសទីមួយ • ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់បទល្មើសទីពីរ
<ul style="list-style-type: none"> • ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតអំពីអ្នកដែលខ្ញុំនឹងកន្លែងដែលខ្ញុំរស់នៅដូច្នេះខ្ញុំអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទៀត 	<ul style="list-style-type: none"> • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់រយៈពេល 10 ឆ្នាំសម្រាប់បទល្មើសទីមួយ
<ul style="list-style-type: none"> • ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីការជួញដូរការលក់ឬប៉ុនប៉ងជួញដូរផលប្រយោជន៍ CalFresh ដែលមានតម្លៃច្រើនជាង \$500 ឬការជួញដូរឬប៉ុនប៉ងធ្វើពាណិជ្ជកម្មផលប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់អាវុធ កាំភ្លើង ឬរសេរផ្ទះ 	<ul style="list-style-type: none"> • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ជាអចិន្ត្រៃយ៍

សូមយកនិងរក្សាសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នកគ្មានសញ្ជាតិ

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សំរាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធភាពបើទោះបីជាគ្រួសាររបស់អ្នក រាប់បញ្ចូលអ្នកដទៃដែលមិនមានសិទ្ធិ។ ឧទាហរណ៍អាណាព្យាបាលអន្តោប្រវេសន៍អាចស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់ពលរដ្ឋអាមេរិកប្លុកនូវ ៗ អន្តោប្រវេសន៍ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ទោះបីឪពុកម្តាយអាចមិនមាន សិទ្ធិទទួលបាន។
- ការទទួលបានផលប្រយោជន៍ម្ហូបអាហារនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នក ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់គ្រួសារអ្នកឡើយ។ ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍គឺឯកជននិងសម្ងាត់។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ជនមិនគ្រប់ខែដែលមានសិទ្ធិនិងដាក់ពាក្យសុំប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានត្រួត ពិនិត្យជាមួយនិងសេវាកម្មសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) របស់សហរដ្ឋអាមេរិក។ ចុះបាបរបស់សហព័ន្ធចែងថា USCIS មិនអាចប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន សម្រាប់អ្វីផ្សេងទៀតទេលើក លែងតែករណីល្អចបន្លំ។

ជ្រើសដកឈ្មោះចេញ

អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍លេខសន្តិសុខសង្គម ឬ ឯកសារសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលមិនមានសញ្ជាតិ ណាមួយ ដែល មិនស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឡើយ។ ខោនធីនឹងត្រូវដឹងពីប្រាក់ចំណូលនិងព័ត៌មានអំពីធនធាន ដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់គ្រួសារអ្នកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ ខោនធីនឹងមិនទាក់ទងទៅ USCIS អំពីមនុស្សដែលមិន ស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។

ចុះបាបឯកជននិងការបញ្ចេញព័ត៌មាន: អ្នកកំពុងតែផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងពាក្យសុំ។ ខោនធីប្រើ ព័ត៌មានដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាន ដែលបានស្នើសុំនោះ ខោនធីអាចបដិសេធពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញផ្លាស់ប្តូរ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ទៅ ឱ្យខោនធី។ ខោនធីនឹងមិនបង្ហាញព័ត៌មានរបស់អ្នកឬផ្តល់ដល់អ្នកដទៃទេ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវ ការអនុញ្ញាតឬចុះបាបរដ្ឋនិងសហព័ន្ធអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេធ្វើដូច្នោះ។ 273.2(b)(4) សេចក្តីថ្លែងការណ៍នៃក្រមស្តីពីសិទ្ធិ ឯកជន។ ក្នុងនាមជាទីភ្នាក់ងារខោនធី យើងត្រូវជូនដំណឹងដល់គ្រួសារទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំនិងត្រូវបានបញ្ជាក់ ឡើងវិញ សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដូចខាងក្រោម:

- ការប្រមូលព័ត៌មាននេះរាប់បញ្ចូលទាំងលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) នៃសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោម ចុះបាបហ្វីដស្តែមបេតិកភណ្ឌឆ្នាំ 1977 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម 7 USC. 2011-2036 ។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើ ដើម្បីកំណត់ថាតើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិឬនៅតែបន្តមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី CalFresh ដែរឬទេ។ យើងនឹង ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់ជូនកុំព្យូទ័រ រួមទាំងប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិងប្រាក់ចំណូល (Income and Earnings Verification System, IEVS) ។ ព័ត៌មាននេះក៏នឹងត្រូវប្រើដើម្បីតាមដានការអនុលោមតាម បទបញ្ជាកម្មវិធីនិងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី។
- ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋដទៃទៀតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យជាផ្លូវការនិងមន្ត្រី អនុវត្តចុះបាប ក្នុង គោលបំណងចាប់បាត់ខ្លួនមនុស្សដែលគេចង់ចាប់។
- ប្រសិនបើការទាមទារ CalFresh កើតឡើងចំពោះគ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មានស្តីពីពាក្យស្នើសុំនេះរួមទាំង SSN ទាំងអស់អាចត្រូវបាន បញ្ជូនទៅភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋព្រមទាំងភ្នាក់ងារប្រមូលប្រាក់ឯកជនសម្រាប់សកម្មភាព ប្រមូលសំណង។
- ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំរួមទាំង SSN របស់សមាជិកគ្រួសារ នីមួយៗ គឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះយ៉ាង ណាក៏ដោយការខកខានក្នុងការផ្តល់ SSN នឹងនាំឱ្យមានការបដិសេធនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗ ដែលមិនបានផ្តល់ SSN ។ រាល់ SSNs ដែលបានផ្តល់នឹងត្រូវបានប្រើនិងបង្ហាញនៅក្នុងលក្ខណៈដូចគ្នានឹង SSN របស់ សមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ខោនធីអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ដោយទាក់ទងទៅ USCIS ។ ព័ត៌មានដែលខោនធីទទួលបានពីភ្នាក់ងារទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់អ្នកនិងកម្រិតនៃផលប្រយោជន៍។

ខោនធី នឹងពិនិត្យមើលចម្លើយរបស់អ្នកដោយប្រើព័ត៌មាននៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិករបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ពីសេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិនិ / ឬភ្នាក់ងាររាយការណ៍អតិថិជន។ ប្រសិនបើព័ត៌មានមិនស្មើគ្នាទេ ខោនធីនឹងស្នើសុំអ្នកអោយផ្ញើរភស្តុតាង ។

សូមយកនិងរក្សាសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

ការប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Numbers, SSN)

មនុស្សគ្រប់រូបដែលស្នើសុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ត្រូវការផ្តល់លេខកូដសម្ងាត់ SSN ប្រសិនបើពួកគេមានឬបញ្ជាក់ថាពួកគេបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ SSN (ដូចជាលិខិតពីការិយាល័យសន្តិសុខសង្គម) ។ ខោនធីអាចបដិសេធន៍អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្បែងអ្នកប្តូរសមាជិកណាមួយក្នុងគ្រួសារអ្នកដូចមិនផ្តល់ឱ្យយើងនូវ SSN ។ មនុស្សមួយចំនួនមិនចាំបាច់ផ្តល់ឱ្យ SSN ដើម្បីទទួលបានជំនួយដូចជាជនរងគ្រោះពីការរំលោភបំពាន ក្នុងផ្ទះពីរដ្ឋមិនពិបាកស្រាវជ្រាវ និងជនរងគ្រោះពីការជួញដូរ។

ការបើកអោយហួសចំនួន

នេះមានន័យថាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ច្រើនជាងអ្នកគួរមាន។ អ្នកនឹងត្រូវសងវិញបើទោះបីជាខោនធីបានធ្វើកំហុសក៏ដោយ ឬប្រសិនបើវាមិនមានគោលបំណង។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវអាចគេបន្ថយ ឬបញ្ឈប់។ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីប្រមូលចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍ ដែលជំពាក់តុលាការតាមរយៈភ្នាក់ងារប្រមូលប្រាក់ផ្សេងទៀត ឬសកម្មភាពប្រមូលរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

រាយការណ៍

រាល់គ្រួសារដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន។ ខោនធីរបស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីៗដែលប្រហែលជាត្រូវរាយការណ៍ របៀបដើម្បីរាយការណ៍ពួកគ្នា និងព្រះរាជក្រឹត្យរាយការណ៍។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាចបណ្តាលឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកត្រូវបានថយចុះឬបញ្ឈប់។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍បានផងដែរ ប្រសិនបើរឿងរ៉ាវកើតឡើង ដែលអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកដូចជាទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចតួច។

សវនាការរដ្ឋ (State Hearing)

អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះសវនាការរដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ នឹងសកម្មភាពណាមួយ ដែលបានអនុវត្តឡើងទាក់ទងនឹងការបញ្ជាក់ឡើងវិញរបស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលកំពុងបន្ត។ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃនៃសកម្មភាពរបស់ខោនធីហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកចង់បានសវនាការ។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុម័តឬការបដិសេធដែលអ្នកទទួលបានពីខោនធីនឹងមានព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលសកម្មភាពកើតឡើងអ្នកអាចរកស្រាវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកឱ្យដូចគ្នានឹងរហូតដល់ការសម្រេចចិត្តត្រូវបានធ្វើឡើង។

សេចក្តីថ្លែងការមិនរើសអើង៖ អនុលោមតាមច្បាប់សិរិលសហព័ន្ធនិងក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (USDA) បទបញ្ជាសិទ្ធិមនុស្សនិងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក ភ្នាក់ងារ ការិយាល័យនិងនិយោជិតរបស់ខ្លួននិងស្ថាប័នដែលចូលរួមគ្រប់គ្រងកម្មវិធីក្រសួងកសិកម្មត្រូវហាមឃាត់មិនឱ្យមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិ ដើមកំណើត ភេទ គោលជំនឿ សាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការសងសឹក ឬការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិសិរិលមុន ៗ នៅក្នុងកម្មវិធីឬសកម្មភាពណាមួយដែលធ្វើឡើង ឬឧបត្ថម្ភដោយក្រសួងកសិកម្ម។

ជនពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតសម្រាប់ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍អក្សរសម្រាប់ព្រឹត្តិបោះពុម្ពផ្សាយ ជំនួយភាសាសញ្ញាអាមេរិចជាដើម) គួរតែទាក់ទងភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬ លដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលថ្លង់ពិបាកស្តាប់ឬពិការអាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ វាកម្មបញ្ជូនតិចសហព័ន្ធតាមលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះព័ត៌មានកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងកម្មវិធីបំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA (AD 3027) ដែលត្រូវបានរក ព្យតាមអ៊ីនធើណេត http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, និងនៅការិយាល័យក្រសួងការពារជាតិណាមួយឬទាក់ទងអ្នកសំរាប់រលសិទ្ធិសិរិលរបស់អ្នកខោនធីឬសរសេរលិខិតផ្ញើទៅក្រសួងកសិកម្មហើយផ្តល់នៅក្នុងលិខិតនូវរាល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងសំណុំបែបបទវិសេសទៅកាន់រដ្ឋាភិបាលនៃនាយកដ្ឋាន

សេវាសង្គម (California Department of Social Services, CDSS) ខាងក្រោម។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបណ្តឹងតវ៉ាសូមហៅទូរស័ព្ទ (866) 632-9992 ។ ដាក់ស្នើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញឬលិខិតរបស់អ្នកទៅ USDA ដោយ៖

- | | | |
|----------------|--|---|
| (1) សូមផ្ញើទៅ៖ | U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410 | CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (ដោយមិនអស់លុយ) |
| (2) ទូរសារ៖ | (202) 690-7442; or | |
| (3) អ៊ីមែល៖ | program.intake@usda.gov | |

ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្នើភាពគ្នា។

សូមយកនិងរកស្រាវសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

ការពិនិត្យសំណុំរឿងករណីឡើងវិញ

ករណីរបស់អ្នកអាចត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញបន្ថែម ដើម្បីធានាថាសិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានគេគិតពិចារណាឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ អ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករដ្ឋបាលខោនធី ឬសហព័ន្ធក្នុងការសើបអង្កេតឬការពិនិត្យឡើងវិញណាមួយ រួមទាំងការពិនិត្យឡើងវិញនៃការគ្រប់គ្រងគុណភាព។ ការខកខានក្នុងការសហការក្នុងការត្រួតពិនិត្យទាំងនេះអាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់ផលប្រយោជន៍របស់អ្នក។

វិន័យកិច្ចការសម្រាប់ CalFresh

ខោនធីអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកម្មវិធីការងារមួយ។ ពួកគេនឹងប្រាប់អ្នកថាតើវាជាការស្ម័គ្រចិត្ត ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវតែ ធ្វើកម្មវិធីការងារ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសកម្មភាពការងារចាំបាច់ ហើយអ្នកមិនធ្វើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានបន្ថយឬបញ្ឈប់។ អ្នកអាចនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលយកកម្មវិធី CalFresh ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបោះបង់ការងារដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវ។

ការប្រើប័ណ្ណ EBT

អត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលទទួលបានពីគណនីរបស់អ្នកមុនអ្នកសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នករាយការណ៍ថាភាគ EBT ឬ PIN ត្រូវបានបាត់បង់ឬត្រូវបានលួច។

រាល់ការប្រើប្រាស់ភាគ EBT របស់អ្នកដោយសមាជិកសមាជិកគ្រួសារអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកឬអ្នកដែលអ្នកស្ម័គ្រចិត្តផ្តល់ភាគ EBT របស់អ្នកនិងលេខសម្ងាត់និងត្រូវចាត់ទុកថាត្រូវបានយល់ព្រមដោយអ្នកហើយអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយ ដែលបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានជំនួសទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ថាមនុស្សម្នាក់ទៀតដែលអ្នកមិនចង់ចំណាយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមានលេខសម្ងាត់របស់អ្នក ហើយ អ្នកមិនទទួលបានលេខសម្ងាត់របស់អ្នកទេអត្ថប្រយោជន៍ដែលប្រើនឹងមិនត្រូវបានជំនួសទេ។

សូមយកនិងរក្សាសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

កំណត់សារ

សូមប្រើទឹកខ្មៅពាណិជ្ជកម្មខ្មៅឬពាណិជ្ជកម្មខ្មៅព្រោះវាងាយស្រួលអាននិងថតចម្លង។ សូមសរសេរផ្ដិតនូវចម្លើយរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងទំនេរច្រើនដើម្បីឆ្លើយសំណួរសូមប្រើទំព័រ 10 "ផ្នែកសរសេរលម្អិត" និងភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែមប្រសិនបើអ្នកត្រូវការដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មាន។ សូមប្រាកដថាការដាក់អត្តសញ្ញាណសំណួរណាមួយដែលអ្នកកំពុងសរសេរអំពីទំហំបន្ថែមឬលើសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម។

1. ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

Table with 4 columns: Name (ឈ្មោះ), Address (លេខផ្ទះ/ផ្លូវ), Date of Birth (លេខសន្តិសុខសង្គម), and Social Security Number (លេខសន្តិសុខសង្គម). Includes sub-rows for applicant and sponsor information.

ទាក់ទងនឹងអាជ្ញាធរ

សូមផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងលម្អិតបំផុតដល់ខោនធីដើម្បីទាក់ទងអ្នក។ ធ្វើបែបនេះនឹងជួយក្នុងដំណើរការនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។ តាមរយៈការផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកខាងក្រោមនេះអ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យខោនធីទាក់ទងមកអ្នកតាមទូរស័ព្ទអ៊ីម៉ែលឬអត្ថបទឬដើម្បីទុកសារទូរស័ព្ទទាក់ទងនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក។

Table with 3 columns: Contact Information (ទូរស័ព្ទ/អ៊ីម៉ែល), Agency (ទូរស័ព្ទចម្លង), and Consent (សូមត្រួតពិនិត្យប្រអប់សម្រាប់ចុះ). Includes a checkbox for consent.

តើអ្នកគ្មានផ្ទះបំបែងឬ? បាទ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់សូមអនុញ្ញាតឱ្យខោនធីដឹងក្លាយប្រសិនបើអ្នកគ្មានទីជម្រកដូច្នោះពួកគេអាចជួយអ្នកដោះស្រាយ អាសយដ្ឋានដែលត្រូវប្រើដើម្បីទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកហើយទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងពីខោនធីអំពីការរើសអើងអ្នក។

តើភាសាណាមួយពេញចិត្តនឹងអាន (ប្រសិនបើពុំមែនភាសាអង់គ្លេស?) _____
តើភាសាណាមួយពេញចិត្តនឹងនិយាយ (ប្រសិនបើពុំមែនភាសាអង់គ្លេស?) _____

ខោនធីនឹងផ្តល់អ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកចូលចិត្យ ឬស្តាប់មិនឮ សូមត្រង់នេះ:

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានពិការភាព (សំណួរស្រេចចិត្ត)? បាទ ទេ (សូមជ្រើសយកមួយ)

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវការកន្លែងស្នាក់នៅដោយសារពិការភាព (សំណួរស្រេចចិត្ត)? បាទ ទេ

តើមានអំពើហិង្សាសាមញ្ញ / ការរំលោភបំពានក្នុងគ្រួសារ (សំណួរស្រេចចិត្ត) ដែរឬទេ? បាទ ទេ

តើអ្នកមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ឬ? ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា បាទ/ចាស់ ខោនធីនឹងប្រើប្រាស់ចម្លើយរបស់អ្នកដើម្បី ស៊ើបសួរប្រសិនបើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal។ បាទ ទេ

តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នកតិចជាង \$ 150 និងសាច់ប្រាក់នៅលើដៃ ឬក្នុងគណនីត្រួតពិនិត្យ និងគណនីសន្សំមានតម្លៃ \$ 100 ឬតិចជាងនេះដែរឬទេ? បាទ ទេ

តើប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់អ្នកនិងប្រាក់សន្សំរបស់អ្នកនៅក្នុងគ្រួសារឬនៅក្នុងការត្រួតពិនិត្យនិងគណនីសន្សំមានចំនួនតិចជាងតម្លៃដូច្នោះ / ប្រាក់កម្ចីនិងសេវាកម្មប្រើប្រាស់? បាទ ទេ

តើគ្រួសាររបស់អ្នកគឺជាគ្រួសារកសិករអន្តោប្រវេសន៍ / គ្រួសារតាមរដូវកាលដែលមានធនធានមិនលើសពី \$100 ទេ ហើយប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ឬអ្នកនឹងមិនទទួលបានច្រើនជាង 25 ដុល្លារក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃខាងមុខនេះទេ? បាទ ទេ

ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះក្រោមការពិន័យពីការធ្វើសម្បថ (ធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត) ថា:

- ខ្ញុំអាន ឬបានអានខ្ញុំព័ត៌មាននៅក្នុងកម្មវិធីនេះនិងចម្លើយរបស់ខ្ញុំចំពោះសំណួរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ចម្លើយរបស់ខ្ញុំចំពោះសំណួរទាំងឡាយ គឺពិតនិងពេញលេញទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។
- ចម្លើយដែលខ្ញុំអាចផ្តល់ជូនសម្រាប់ដំណើរការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ នឹងជាការពិតនិងពេញលេញទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំបានអានឬបានអានឱ្យខ្ញុំហើយខ្ញុំយល់និងយល់ព្រមចំពោះសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ (វិធានស្តីពីកម្មវិធីទំព័រទី 1) សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ។
- ពួកគេបានអានឬបានអានឱ្យខ្ញុំនូវច្បាប់និងព័ត៌មានរបស់កម្មវិធី CalFresh (វិធីកម្មវិធីទំព័រទី 2) ។
- ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្លែងបន្លំ ឬខុស លាក់បាំងឬលាក់ទុកការពិត ដើម្បីបង្កើតលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ CalFresh គឺជាការក្លែងបន្លំ។ ការក្លែងបន្លំអាចបណ្តាលឱ្យមានការរឹតត្បិតបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌប្រឆាំងនឹងខ្ញុំនិង / ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានហាមឃាត់ក្នុងរយៈពេល (ឬជំរិត) ពីការទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។
- ខ្ញុំយល់ថាលេខសន្តិសុខសង្គមឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំប្រយោជន៍អាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលសមស្របតាមការតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។

Table with 2 columns: Signature/Printed Name (ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (ឬសមាជិកគ្រួសារអ្នកកំណត់) / អ្នកកំណត់ដែលមានសិទ្ធិ * / អ្នកអាណាព្យាបាល) and Date (កាលបរិច្ឆេទ)

*ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកកំណត់ដែលមានសិទ្ធិសម្រាប់ពេញសំណួរទី 2 នៅទំព័របន្ទាប់។

2. អ្នកកំណត់មានសិទ្ធិអាចរបស់គ្រួសារ

អ្នក អាច អនុញ្ញាតអ្នកដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឲ្យជួយគ្រួសាររបស់អ្នកជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។ ឬគ្រូនេះក៏អាចនិយាយសម្រាប់អ្នកនៅឯការសម្ភាសន៍ ជួយអ្នកបំពេញបែបបទ ទិញសម្រាប់អ្នកនិងរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវសងផលប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយកំហុស ព្រោះតែព័ត៌មានដែលប្រគល់នេះផ្តល់ឱ្យខោនធីនិងផលប្រយោជន៍ណាមួយដែលអ្នកមិនចង់ឱ្យពួកគេចំណាយនិងមិនត្រូវបានជំនួស។ ប្រសិនបើអ្នកជាតំណាងដែលមានសិទ្ធិអ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់ខោនធីសម្រាប់ខ្លួនអ្នកនិងអ្នកដាក់ពាក្យ។

តើអ្នកចង់ឲ្យនរណាម្នាក់ឈ្មោះជួយអ្នក ជាមួយនឹងករណី CalFresh? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ

ចាស់ទេប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់, សូមបំពេញវគ្គនេះ។

ឈ្មោះរបស់អ្នកកំណត់ដែលទទួលសិទ្ធិ	លេខទូរស័ព្ទឈ្មោះរបស់អ្នកកំណត់ដែលទទួលសិទ្ធិ
---------------------------------	--

តើអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ដើម្បីទទួលនិងចំណាយអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ

ចាស់ទេប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមបំពេញវគ្គនេះ។

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

អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង:	រដ្ឋ:	លេខសិបកូដ
-----------------	----------	-------	-----------

3. សាសន៍/ជាតិព័ន្ធ

មានពាក់ព័ន្ធសាសន៍និងជាតិសាសន៍គឺស្រេចចិត្ត។ វាត្រូវបានស្នើសុំដើម្បីធានាថាអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ដោយមិនទាក់ទងទៅនឹងពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរឬប្រភពដើមរបស់ជាតិចម្លើយរបស់អ្នកនិងមិនប៉ះពាល់ដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឡើយក្នុងយកកកក្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នក។ ចុចបំបែងថាខោនធីត្រូវតែកត់ត្រាជាតិសាសន៍និងពូជសាសន៍របស់អ្នក។

សូមគូសយកប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីខោនធីអំពីពូជពង្សនិងពូជសាសន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើទេ ខោនធីនឹងបញ្ឈប់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់ស្ថិតិសិទ្ធិសិរិលបុណ្ណោះ។

ជាតិព័ន្ធ	តើអ្នកជាជនអេសបាញ ឬ ឡាតាំង? (សូមគូសយកមួយ)	ប្រសិនបើអ្នកមានជនជាតិដើមនិយាយភាសាអេសបាញឬ ឡាតាំង តើអ្នកពិចារណាខ្លួនឯងថា:
	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> មិនកាំង <input type="checkbox"/> ពុយតូ រីកាំង <input type="checkbox"/> គុយបា <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត _____

ពូជសាសន៍/ជាតិព័ន្ធដើម

ពណ៌ ស ជនជាតិដើមឥណ្ឌា អាមេរិក ឬអាឡាស អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកក ផ្សេងទៀត ឬចម្រុះ: _____

អាស៊ី (ប្រសិនបើគូស សូមជ្រើសរើសដូចនៅខាងក្រោម):

- ជនជាតិហ្វីលីពីន ចិន ជប៉ុន ខ្មែរ កូរ៉េ វៀតណាម ឥណ្ឌា អាស៊ី ឡាវ
- អាស៊ីដទៃ (បញ្ជាក់) _____

ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ា ស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើគូស សូមជ្រើសរើសដូច ើ ខាងក្រោម):

- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ហ្គាម ឬនាមូរី សាម៉ៅ

4. ចំណង់ចំណូលការសម្ភាសន៍

អ្នកឬសមាជិកពេញវ័យផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកនឹងត្រូវមានកិច្ចសម្ភាសន៍ជាមួយខោនធីដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នកនិងដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។ ការសម្ភាសន៍សម្រាប់ CalFresh ជាទូទៅត្រូវបានធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទលើកលែងតែអ្នកអាចត្រូវបានសម្ភាសនៅពេលផ្តល់ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅ ឱ្យខោនធីដោយផ្ទាល់ឬចង់សំភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ បទសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់នឹងកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតារបស់ខោនធី។

- សូមគូសប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកចូលចិត្តបទសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។
- សូមគូសជ្រើស ប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការរៀបចំផ្សេងទៀតដោយសារពិការភាព។

គូសប្រអប់ខាងក្រោមសម្រាប់ថ្ងៃនដី ពេលវេលាដែលអ្នកចង់សម្ភាសន៍:

ថ្ងៃ: ថ្ងៃនេះ ថ្ងៃទ័នេរក្រោយទៀត ថ្ងៃណាក៏បាន ថ្ងៃចន្ទ ថ្ងៃអង្គារ ថ្ងៃពុធ ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ថ្ងៃសុក្រ
ម៉ោង: ព្រឹកព្រលឹម ព្រឹក ថ្ងៃ ល្ងាច ពេលណាក៏បាន

5. កម្មវិធីទៀត

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈ (ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រ ទទួល Medicaid, កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម [CalFresh], ជំនួយទូទៅ (GR) / ការស្រោចស្រង់ទូទៅ (GR) ជាដើម)? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា?	ទីណា (ខោនធី/រដ្ឋ)?
ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា?	ទីណា (ខោនធី/រដ្ឋ)?

6a. ព័ត៌មានទំហំគ្រួសារ

បំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សគ្រប់រូបនៅផ្ទះដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហាររួមទាំងអ្នក។ ប្រសិនបើដាក់ពាក្យសម្រាប់អ្នកមិនទាន់ចូលសញ្ជាតិ សូមបំពេញសំណួរ **6b** និង **6c**។ បើមិនដូច្នោះទេ សូមទៅសំណួរ **6d**។

លេខសន្តិសុខសង្គមគឺស្រេចចិត្តសម្រាប់សមាជិកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំ ប្រយោជន៍។ អ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលដាក់ពាក្យសុំ ប្រយោជន៍។

ដាក់ពាក្យសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ (✓) ជ្រើសយកប្រាក់/ ចាស់ ឬ ទេ)	ឈ្មោះ: (ត្រកូល ឈ្មោះខ្លួន ដើមអក្សរឈ្មោះកណ្តាល)	តើជននេះជាប់សាច់ឈាមនឹងអ្នកដូចម្តេចដែរ?	កាលបរិច្ឆេទកំណើត	ភេទ ប្រុស / ស្រី	ប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ ជនជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (✓) គូសយកប្រាក់/ ចាស់ ឬ ទេ) ប្រសិនបើទេ សូមបំពេញសំណួរ 6b ខាងក្រោម	លេខសន្តិសុខសង្គម
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		រូបអ្នក			<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ					<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	

សូមរាយឈ្មោះអ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដែលមិនទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយអ្នក:

ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ:
ឈ្មោះ:	ឈ្មោះ:

6b. ព័ត៌មានសម្រាប់ជនមិនទាន់ចូលសញ្ជាតិ- បំពេញសម្រាប់អ្នកដែលបានរាយនៅក្នុងសំណួរ 6A ខាងលើដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋនិងកំពុងស្នើសុំជំនួយ។

ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទនៃការចូលក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក (ប្រសិនបើដឹង)	សូមផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយដូចតទៅ (ប្រសិន បើមាន): លេខជំនួញបញ្ជីបរទេស ។ល។	មានការរ៉ាប់រងឬ? (✓) គូសប្រាក់/ ចាស់ ឬ ប្រាក់សម្រេចសំណួរ 6c ដូចខាងក្រោម:
		ប្រភេទនៃឯកសារ _____ លេខនៃឯកសារ _____	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		ប្រភេទនៃឯកសារ _____ លេខនៃឯកសារ _____	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		ប្រភេទនៃឯកសារ _____ លេខនៃឯកសារ _____	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ

តើមាននរណាម្នាក់ដែលបានចុះបញ្ជីខាងលើមានប្រវត្តិការងារឬសេវាកម្មយោធាយ៉ាងតិច 10 ឆ្នាំ (40 ភាគបួន) នៅសហរដ្ឋអាមេរិកទេ? (សូមជ្រើសយកមួយ) បាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា? _____

តើមាននរណាម្នាក់ដែលបានចុះបញ្ជីខាងលើមានឬបានដាក់ពាក្យសុំឬកើតមានគម្រោងស្នើសុំទិដ្ឋាការ T-Visa, ស្ថានភាព U-Visa ឬ VAWA បាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា? _____

6c. ព័ត៌មានសម្រាប់ជនដែលធានា ពុំទាន់ចូលសញ្ជាតិ- បំពេញសម្រាប់ក្នុងសំណួរ 6b ខាងលើដែលជាមនី មែនជាពលរដ្ឋដែលបានត្រូវបានធានា និង ដាក់ពាក្យសុំជំនួយ។

តើអ្នកធានាបានចុះហត្ថលេខា 1-864 ឬទេ? បាទ ទេ ប្រសិនបើអ្នកឧបត្ថម្ភបានចុះហត្ថលេខាលើ 1-134 សូមរំលងសំណួរនេះ។

តើអ្នកឧបត្ថម្ភជាទៀងទាត់ជួយលុយ? បាទ ទេ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ តើចំនួនប៉ុន្មាន? \$ _____

តើអ្នកឧបត្ថម្ភជាទៀងទាត់ជួយអ្វីមួយដូចខាងក្រោម (គូសផឹកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)?
 ជួល សម្លៀកបំពាក់ អាហារ ផ្សេងទៀត _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកធានា	តើអ្នកទទួលបានការធានា?	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកធានា
ឈ្មោះរបស់អ្នកធានា	តើអ្នកទទួលបានការធានា?	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកធានា

6d. សិស្ស

តើនរណាម្នាក់ដែលកំពុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍រួមទាំងអ្នកដទៃ ចូលរៀនមហាវិទ្យាល័យឬសាលាវិជ្ជាជីវៈ? (សូមគូសមួយ)

បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះរបស់បុគ្គល	ឈ្មោះសាលា / ការបណ្តុះបណ្តាល	ស្ថានភាពចុះឈ្មោះ (✓ សូមគូសមួយ)	តើពួកគេកំពុងធ្វើការឬ?
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល <input checked="" type="checkbox"/> ប្រចាំថ្ងៃ ចំនួនអង្គភាព: _____	ចំនួនអាគ្រាម៉ោងធ្វើការ ប្រចាំសប្តាហ៍: _____
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល <input type="checkbox"/> ឬច្រើនជាងកំពុងពាក់កណ្តាលពេលវេលា ចំនួនអង្គភាព: _____	ចំនួនអាគ្រាម៉ោងធ្វើការ ប្រចាំសប្តាហ៍: _____

6e. តើមានកូនចិញ្ចឹមកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាសតើអ្នកណា? _____
 សូមឆ្លើយសំនួរខាងក្រោមអំពីកូន ៗ ៖

តើកុមារនេះត្រូវបានគេដាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកក្រោមសេចក្តីបង្គាប់របស់តុលាការឬទេ? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ

តើអ្នកចង់ឱ្យកូនចិញ្ចឹមរបស់អ្នករាប់ក្នុងករណី CalFresh របស់អ្នកឬទេ? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ

បើឆ្លើយថាបាទ / ចាសចំណូលដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវបានរាប់ជាប្រាក់ចំណូលដែលមិនទាន់រកបាន។ បើឆ្លើយថាទេ

ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំចិញ្ចឹមនឹងមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាប្រាក់ចំណូលមិនទាន់រកបានទេ។

7. ប្រាក់ចំណូលមិនមកពីធ្វើការ

តើអ្នកឬអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដោយទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលមិនមែនមកពីការងារទេ (មិនទាន់បើក)?

(សូមគូសមួយ) បាទ ចាស ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមឆ្លើយនឹងសំណួរនេះ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ពិនិត្យមើលគ្រប់ប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូលដែលមិនធ្លាប់មានដែលអនុវត្តពីឧទាហរណ៍ទាំងនេះ (ប្រហែលជាមានអ្នកផ្សេងទៀតដែលមិនបានចុះបញ្ជីនៅទីនេះ)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ជើងចាស់ | <input type="checkbox"/> ប្រាក់មកពីទ្រព្យ/ឈ្នះល្បែង |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធនយោធា | <input type="checkbox"/> ជំនួយសម្រាប់ថ្លៃឈ្នួល/អាហារ/សម្លៀកបំពាក់ |
| <input type="checkbox"/> ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ | <input type="checkbox"/> ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ជំនួយឥតសំណង / ប្រាក់កម្ចី / អាហារូបករណ៍) | <input type="checkbox"/> ដំណោះស្រាយពីការធានារ៉ាប់រងប្តីរៀបរយ |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> អំណោយជាប្រាក់សុទ្ធ | <input type="checkbox"/> ពិការភាពឯកជនឬចូលនិវត្តន៍ |
| <input type="checkbox"/> បន្ទប់និងជម្រក (ពីអ្នកជួលរបស់អ្នក) | <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងភាពអត់ការងារធ្វើ / ធានារ៉ាប់រងពិការភាពរដ្ឋ (State Disability Insurance, SDI) | <input type="checkbox"/> ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍កូដកម្ម |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់រំក្រើក | <input type="checkbox"/> ប្រាក់សំណងកម្មករ | <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត _____ |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន/ប្តីឬប្រពន្ធ | | |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់អសមត្ថភាពរដ្ឋ/ រដ្ឋរទេះភ្លើង ឬចូលនិវត្តន៍ | | |

បុគ្គលកំពុងទទួលប្រាក់?	មកពីណា?	ចំនួនប៉ុន្មាន?	តើបានទទួលមាតិកប៉ុណ្ណា? (ម្តង, ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែឬផ្សេងទៀត)	រំពឹងទុកទទួលបានបន្ត? (✓ គូសមួយប្រចាំសប្តាហ៍ ឬ ទេ)
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ

ប្រសិនបើចំណូលនេះមិនត្រូវបានរំពឹងទុកនឹងបន្តសូមពន្យល់៖

8. ប្រាក់មកពីការងារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារជាមួយនឹងប្រាក់ចំណូលពីការងារ (ប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាន)? (សូមគូសមួយ)
 បាទ ចាស ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស, សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំឭកទៅសំណួរ 9 ។

កំណត់សារ : កំណត់សារ : ប្រសិនបើធ្វើដោយខ្លួនឯង បំពេញសំណួរ 8a.

សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលទាំងអស់មុនពេលបង់ពន្ធឬការកាត់ចេញផ្សេងទៀត (ប្រាក់ចំណូលសរុប) ។

ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលរកបានគឺ (ឧទាហរណ៍ទាំងនេះអាចជាពេញម៉ោងបណ្តោះអាសន្នរដូវកាល ឬវគ្គបណ្តុះបណ្តាលហើយអាចមានអ្នកផ្សេងទៀតដែលមិនបានចុះបញ្ជីនៅទីនេះ)៖

- ប្រាក់ឈ្នួល
- កម្រៃជើងសារ
- កម្រៃក្រៅ
- ប្រាក់ខែ
- ការងារសិក្សា (និសិក្ស)

បុគ្គលកំពុងធ្វើការ	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់នយោជិក	លេខទូរស័ព្ទរបស់នយោជិក	ប្រាក់ជួលប្រចាំម៉ោង	ចំនួនម៉ោង ម៉ោងប្រចាំសប្តាហ៍	តើបងជាពិភពលោក? (ម្តង ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែឬផ្សេងទៀត)	ប្រាក់ចំណូលសរុបដែល បាន ទទួលខែ ខែ	រំពឹងទុកទទួលបានបន្ត? (✓ គូសយកបានឬចាស់ ឬ ទេ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ

ប្រសិនបើចំណូលនេះមិនត្រូវបានរំពឹងថានឹងបន្តសូមពន្យល់៖

តើមាននរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារធ្វើផ្លាស់ប្តូរការងារឈប់ធ្វើការ ឬបន្ថយម៉ោងធ្វើការក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះទេ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា?	កាលបរិច្ឆេទបាត់បង់ ឈប់ ឬផ្លាស់ប្តូរការងារ	កាលបរិច្ឆេទទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលចុងក្រោយ
មូលហេតុ?		

នរណាម្នាក់នៅធ្វើកូដកម្មឬ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា?	កាលបរិច្ឆេទបានធ្វើកូដកម្ម	កាលបរិច្ឆេទទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលចុងក្រោយ
មូលហេតុ?		

8a. ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង

សមាជិកគ្រួសារដែលធ្វើការដោយខ្លួនឯងអាចកាត់បន្ថយចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនដោយខ្លួនឯងឬកាត់បន្ថយ 40% តាមបទដ្ឋានប្រាក់ចំណូលដោយខ្លួនឯង។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចំណាយជាក់ស្តែងអ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយរបស់ខ្លួន។

ជនដែលធ្វើការដោយខ្លួនឯង	កាលបរិច្ឆេទ	ប្រភេទនៃពាណិជ្ជកម្មនិងឈ្មោះ	ប្រាក់ចំណូលសរុប	ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង។ (សូម ✓ គូសយកមួយ)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____

9. ការចំណាយរបស់កុមារ / ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យរបស់គ្រួសារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារជាមួយនឹងប្រាក់ខែសម្រាប់ការថែទាំរបស់កុមារមនុស្សពេញវ័យពិការឬអ្នកដែលពឹងពាក់ផ្សេងទៀតដូច្នោះអ្នកឬមនុស្សផ្សេងទៀតអាចទៅធ្វើការសាលារៀនបណ្តុះបណ្តាលឬរកការងារធ្វើ? (សូមគូសមួយ)

បាទ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់, សូមឆ្លើយសំណួរនេះ៖ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

អ្នកទទួលបានការថែទាំ?	តើនរណាផ្តល់ការថែទាំ? (ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់សេវា)	ចំនួនប្រាក់បានទទួល?	តើបង់ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើអ្នកណាម្នាក់អាចជួយគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ប្រាក់ទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃការចំណាយលើការថែទាំកូន ៗ / អ្នកដទៃដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងលើដែរឬទេ? បាទ ទេ ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ បំពេញខាងក្រោម។

អ្នកទទួលបានការថែទាំ?	អ្នកជួយបង់ឱ្យ?	ចំនួនប្រាក់បានទទួល?	តើបង់ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	

10. ការទូទាត់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន

តើអ្នកឬអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដែលមានភាគពួកចំនួនច្រើនបញ្ចូលការបង់ថ្លៃទ្រទ្រង់កូន ៗ រាប់បញ្ចូលទាំងការគាំទ្រកូនក្មេងដែរឬទេ?

បាទ ចាស់ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់, សូមឆ្លើយសំណួរនេះ៖ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

តើអ្នកណាបង់ការឧបត្ថម្ភកូន?	ឈ្មោះកូនដែលបានទទួលការឧបត្ថម្ភកូន៖	ចំនួនប្រាក់បានទទួល?	តើបង់ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	

11. ការចាយវាយប្រចាំគ្រួសារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយក្នុងគ្រួសារ? បាទ ទេ

ទេប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ៖ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

កំណត់សារ : កំបញ្ចូលចំនួនប្រាក់ដែលបានផ្តល់ដោយជំនួយការផ្ទះដូចជា HUD ឬផ្នែកទី 8 ។ កំដៅនិងត្រជាក់, ទូរស័ព្ទ, ផ្សេងទៀតឧបករណ៍ប្រើប្រាស់និងទិដ្ឋភាពដែលគ្មានទិលនៅត្រូវបានកំណត់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភហើយអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ជាភ្នែងដែលជំពាក់ឡើយ។

ប្រភេទនៃការចាយវាយ	មានការចាយវាយ? (សូមគូសមួយ)	អ្នកបង់ប្រាក់?	ចំនួនជាប់ជំពាក់	តើទទួលបានវិក័យបត្រជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)
ការទូទាត់ផ្ទះជួល ឬផ្ទះទិញ	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ពន្ធអចលនទ្រព្យនិងការធានារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមានការចេញវិក័យបត្រដាច់ដោយឡែកពីការជួលឬប្រាក់កក់)	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ឧស្ម័ន អគ្គិសនី ឬកន្លះផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានប្រើសម្រាប់កំដៅឬត្រជាក់ដូចជាអុសឬប្រកាន (ប្រសិនបើមានការចេញវិក័យបត្រផ្សេងពីការជួល ឬប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ)	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
ទូរស័ព្ទ/ទូរស័ព្ទចល័ត	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
ការចាយវេលើទិដ្ឋភាពសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
ទឹក ទឹកស្អុយ សម្រាម	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
តើអ្នកណាម្នាក់ដែលមិននៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ជួយអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ការចំណាយខាងលើដែរឬទេ? (សូមគូសមួយ)		អ្នកជួយបង់ឱ្យ?	ចំនួនប៉ុន្មាន?	តើបង់ជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?
<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ចាស់ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់, សូមបំពេញ។			\$	

តើគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានឬរំពឹងថានឹងទទួលបានប្រាក់សំណងពីកម្មវិធីជំនួយថាមពលផ្ទះទាប (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ

12. ការចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រ៖

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ទិញ ឬរៀបចំអាហារជាមួយ មនុស្សចាស់ជរាដែលមានអាយុ (60 ឬចាស់ជាង) ឬជនពិការដែលមានការចាយវាយចេញពី ហោប៉ៅណាឬទេ? បាទ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

បញ្ជីនៃការចាយវាយដែលអ្នករំពឹងថានឹងមាននាអនាគត។

ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអាចទទួលបានគឺ៖ (គូសយកកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំខាងវេជ្ជសាស្ត្រឬធ្មេញ | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ Medicare (ចំណែក Medi-Cal នៃតម្លៃ ។ល។) | <input type="checkbox"/> តម្លៃនៃការដឹកជញ្ជូន (ម៉ាយល៍ឬក៏ថ្លៃសេវា) និងការស្នាក់នៅដើម្បីទទួលបាន ការព្យាបាលឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ វ៉ែនតាកែវនិងកែវភ្នែក |
| <input type="checkbox"/> ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ / ការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រោមន្ទីរពេទ្យ / ការថែទាំថែទាំ | <input type="checkbox"/> ធ្មេញជំនួយដល់ឧបករណ៍ស្តាប់និងប្រដាប់សិប្បនិម្មិត | <input type="checkbox"/> ការផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈ និងឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ |
| <input type="checkbox"/> ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា | <input type="checkbox"/> ថែទាំអ្នកបំរើដែលចាំបាច់ចាំបាច់អាយុ ជម្ងឺ ឬ គុណវិបត្តិ | <input type="checkbox"/> ការចំណាយលើសត្វសេវាកម្ម (ម្ហូបអាហាររីកៗប្រើត្រៀមជាដើម) ការផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រនិងឧបករណ៍ |
| <input type="checkbox"/> គោលនយោបាយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព និង ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ | <input type="checkbox"/> ចំនួននិងថ្លៃចំណាយលើម្ហូបអាហារដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យទៅអ្នកទទួលខុសត្រូវ | |
| | <input type="checkbox"/> បានដាក់ឱសថលើថ្នាំឱសថក្លែងក្លាយ | |

ឈ្មោះរបស់មនុស្សចាស់ជរា/ជនពិការ	ចំនួននៃការចាយវាយ	តើបងជាញឹកញាប់បំណាច់? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)	តើប្រភេទនៃការចាយវាយណាមួយ? (ផ្តល់បញ្ហា, ធ្មេញ, ចំនួនអាហារសម្រាប់អ្នក បម្រើជាដើម។ល។)	តើក្រុមគ្រួសារនឹងត្រូវគបដល់យសងសម្រាប់ការចាយ វាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយឬទេ? (ដោយ Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងសមាជិកគ្រួសារ ។ល។)
	\$			បើបាទឬចាស់ ដោយនរណា៖ កម្រិតប៉ុន្មាន \$
	\$			បើបាទឬចាស់ ដោយនរណា៖ កម្រិតប៉ុន្មាន \$
	\$			បើបាទឬចាស់ ដោយនរណា៖ កម្រិតប៉ុន្មាន \$
	\$			បើបាទឬចាស់ ដោយនរណា៖ កម្រិតប៉ុន្មាន \$

13. តើនរណាម្នាក់ដែលកំពុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍រួមទាំងអ្នកនៃទទួលបានអាហារពិណាមួយដូចខាងក្រោម? (សូមគូសមួយ)

- បាទ ចាស់ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។
- កន្លែងបរិភោគអាហាររួមសម្រាប់មនុស្សចាស់ / ជនពិការ
 - កន្លែងបរិភោគអាហាររួមសម្រាប់
 - កម្មវិធីអាហារឯទៀត មនុស្សចាស់ / ជនពិការ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា?	ទីណា?
ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា?	ទីណា?

14. តើនរណាម្នាក់ដែលកំពុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍រួមទាំងអ្នកនៃ រស់នៅទីណាមួយដូចខាងក្រោម? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ សូមឆ្លើយនឹងសំណួរនេះ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង • ទីជម្រកសម្រាប់ស្ត្រីដែលត្រូវគេវាយដំ • លំនៅដ្ឋានសម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក • មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាឱសថ / អាណុំកុល • កន្លែងកែច្នៃ / ស្ថាប័នព្រហ្មទណ្ឌ (ពន្ធនាគារឬពន្ធនាគារ) | <ul style="list-style-type: none"> • ការរស់នៅជាក្រុមសម្រាប់ជនពិការ / ពិការ • លំនៅដ្ឋានឧបត្ថម្ភធនសហព័ន្ធ • មន្ទីរពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ / ស្ថាប័នផ្លូវចិត្ត • មន្ទីរពេទ្យ • ការថែទាំរយៈពេលវែង ឬក្រុមប្រឹក្សាភិបាលនិងស្ថាប័នថែទាំ |
|---|---|

ឈ្មោះរបស់បុគ្គល	ឈ្មោះរបស់ស្ថាប័ន (មជ្ឈមណ្ឌលមណ្ឌលជម្រក ។ល។)	កាលបរិច្ឆេទចេញផ្សាយដែលរំពឹងទុក (ប្រសិនបើជាប់ទាក់ទង)

15. តើអ្នកឬអ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដែលមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះហើយមិនអាចទិញអាហារនិងរៀបចំអាហារដោយឡែកពីគ្នាដោយសារតែពិការឬ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា?

16. ធនធានប្រចាំគ្រួសារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដោយមានធនធាន (សាច់ប្រាក់, ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ, វិញ្ញាបនបត្រប្រាក់បញ្ញើ, ភាគហ៊ុននិងប័ណ្ណបំណុល ។ល។)?

បាទ បាទ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / បាទ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

តូសយកកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង៖

- គណនីធនាគារ / គណនី (តូស)
- គណនីធនាគារ / គណនី (ការរកស៊ីទុក)
- ប្រអប់ដាក់ប្រាក់សុវត្ថិភាព
- ប័ណ្ណសន្សំ
- គណនីទីផ្សារប្រាក់
- មូលនិធិទៅវិញទៅមក
- វិញ្ញាបនបត្រប្រាក់បញ្ញើ (Certificate of Deposit, CD)
- លុយជាប់ខ្លួន
- ភាគហ៊ុន
- មូលបត្របំណុល
- កម្មវត្ថុផ្សេងទៀត៖ _____

ប្រសិនបើគណនីរួមជាមួយបុគ្គលផ្សេងទៀតសូមនិយាយដូចខាងក្រោម។

សម្រាប់ប្រអប់នីមួយៗដែលបានពិនិត្យខាងលើ សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម។

តើធនធានស្ថិតនៅក្រោមឈ្មោះរបស់អ្នកណា?	តើប្រភេទនៃធនធានធ្វើ?	តើវាមានតម្លៃប៉ុណ្ណា?	ទីធនធាននៅទីណា? (រួមបញ្ចូលឈ្មោះធនាគារឬក្រុមហ៊ុនដែលមានលុយ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានលក់, លក់ដូរ, ប្រគល់ឱ្យឬផ្ទេរធនធានក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះទេ?
(សូមតូសយកមួយ) បាទ ទេ

17. អត្ថប្រយោជន៍ស្តី

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានកាត់ឱ្យជាប់ទោសពីបទក្លែងបន្លំ SNAP (ឈ្មោះសហព័ន្ធសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយម្ហូបអាហារដែលគេស្គាល់ថាជា CalFresh នៅ រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា) ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ 1996? (សូមតូសយកមួយ)

បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬបាទ អ្នកណា? _____

18. ការផ្តល់ជូន (ការប្តូរ ឬការលក់) អត្ថប្រយោជន៍

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ទោសពីបទផ្តល់ជូន (ការប្តូរ ឬលក់ភាគ EBT ទៅកាន់អ្នកដទៃ) ផលប្រយោជន៍ SNAP ចាប់ពី \$500 ឬច្រើនជាងនេះ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ 1996? (សូមតូសយកមួយ)

បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬបាទ អ្នកណា? _____

19. ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រឿងញៀន

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានទោសចំពោះការផ្តល់ជូនអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សម្រាប់គ្រឿងញៀនបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ 1996 មែនទេ? (សូមតូសយកមួយ)

បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬបាទ អ្នកណា? _____

20. ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អាវុធ ឬរំសេវផ្ទះ

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានទោសចំពោះការផ្តល់ជូនអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សម្រាប់កាំភ្លើងគ្រាប់កាំភ្លើងឬរំសេវផ្ទះបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ 1996 មែនទេ? (សូមតូសយកមួយ)

បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬបាទ អ្នកណា? _____

21. ឧក្រិដ្ឋករកំពុងគេចខ្លួន

តើអ្នកឬសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកលាក់ខ្លួនឬរត់ពីចុបដើម្បីចៀសវាងការកាត់ទោស, ត្រូវបានគេយំខ្លួនឬជាប់គុកសម្រាប់ឧក្រិដ្ឋកម្មឬបំបែកបទឧក្រិដ្ឋ? (សូមតូសយកមួយ)

បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬបាទ អ្នកណា? _____

22. ការបំពានលើការព្យួរទោស/ការដោះលែងមានលក្ខណ៍

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានរកឃើញដោយគុណការថាបាន បំពានលើការសាកល្បងឬការដោះលែងបានទេ? (សូមតូសយកមួយ)

បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬបាទ អ្នកណា? _____

កន្លែងសម្រាប់សរសេរឈ្មោះ

កន្លែងសម្រាប់សរសេរលទ្ធផល

កុំបំពេញឡើយ - សម្រាប់ការប្រើរបស់ខោនធីប៉ុណ្ណោះ

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

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts 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 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No