

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុម័ត
សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH**

ខោនធី
កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង៖ _____
ឈ្មោះករណី៖ _____
លេខរបស់ករណី៖ _____
ឈ្មោះរបស់អ្នកធ្វើការ៖ _____
លេខរបស់អ្នកធ្វើការ៖ _____
លេខទូរស័ព្ទ៖ _____
អាសយដ្ឋាន៖ _____

(ADDRESSEE)

[]
[]

សំណួរ? សួររកអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

សវនាការរដ្ឋ៖ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះមិនត្រឹមត្រូវអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការបាន។ នៅខាងក្រោយទំព័រនេះប្រាប់របៀបធ្វើ។ អត្ថប្រយោជន៍អ្នកអាចនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ប្តូរទេប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការ មុនពេលសកម្មភាពនេះកើតឡើង។

ពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH ត្រូវបានអនុម័ត។

ចំនួនដើមនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកគឺ៖ \$ _____ សម្រាប់
_____ ។ ចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់រយៈ
ពេលដែលនៅសល់របស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ជាក់ \$ _____ ពី
_____ រហូតដល់ _____ ។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ប្រសិនបើអ្នកក៏បានដាក់សុំជំនួយប្រាក់សុទ្ធ, ហើយវាមិនទាន់ត្រូវបានអនុម័តទេអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកអាចត្រូវបានបន្ថយឬបញ្ឈប់ដោយគ្មានការជូនដំណឹងផ្សេងទៀតប្រសិនបើ ជំនួយរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត។

- សិទ្ធិទទួល CalFresh របស់អ្នកចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសាច់ប្រាក់។
- អត្ថប្រយោជន៍ខែដំបូងរបស់អ្នករួមមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងមួយខែដោយសារតែ កាលបរិច្ឆេទដែលពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត។
- អត្ថប្រយោជន៍ខែដំបូងរបស់អ្នកត្រូវបានកំណត់តាមកាលបរិច្ឆេទ ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

ព្រោះថាអ្នកបានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH ភ្លាមៗនោះ, យើងមិនបានតម្រូវអ្នកដើម្បី ផ្តល់ឱ្យយើងនូវការបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម៖

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងនូវការបញ្ជាក់នេះមុនពេលឬសិទ្ធិទទួលបាន _____ CalFresh របស់អ្នកនឹងបញ្ឈប់។ អ្នកនឹងមិនទទួលបានការជូនដំណឹងផ្សេងទៀតទេ។ ប្រសិនបើ ការផ្ទៀងផ្ទាត់ដែលអ្នកធ្វើរដ្ឋាស័ប្បវិទ្ធិឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក យើងនឹងធ្វើការរដ្ឋាស័ប្បវិទ្ធិ។ អ្នក នឹងមិនទទួលបានការជូនដំណឹងជាមុនមុនពេលយើងចាត់វិធានការនេះ។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

គ្រួសារ CalFresh របស់អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភធនរដ្ឋ (State Utility Assistance Subsidy, SUAS)។ ប្រសិនបើមានសិទ្ធិបោះឆ្នោត ខោនធីនីងផ្តល់ជូនអ្នកនូវការទូទាត់ជា សាច់ប្រាក់ចំនួន \$ 20.01។ នេះគឺជាការបង់ប្រាក់មួយដងក្នុងមួយឆ្នាំហើយ បើសិនជាមានសិទ្ធិនោះវានឹងត្រូវដាក់ចូលក្នុងគណនីការផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍តាម អេឡិចត្រូនិច (Electronic Benefit Transfer, EBT) សាច់ប្រាក់របស់អ្នក។ បើអ្នកមិនមាន គណនីសាច់ប្រាក់ EBT ទេគណនីមួយនឹងត្រូវ បានបង្កើតឡើងសម្រាប់អ្នកនៅលើកាត EBT CalFresh របស់អ្នក។ អ្នកមិនត្រូវធ្វើអ្វីដើម្បីទទួលបានកាតថ្មីទេប៉ុន្តែអ្នកអាច ប្រើវា ដើម្បីបង់ ថ្លៃចំណាយដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ CalFresh ។ ការបង់លុយនេះអនុញ្ញាត ឱ្យខោនធីប្រើការ កាត់ថ្លៃទឹកថ្លៃភ្លើងនិងឧស្ម័ន (Standard Utility Allowance - SUA) សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ខាងម្ហូបអាហារ។ អ្នកអាចប្រើ \$ 20.01 នេះនៅពេលអ្នកប្រើកាត EBT របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងបន្ថែមសូមទាក់ទងការិយាល័យស្រុករបស់អ្នក។

វិន័យ: វិន័យទាំងនេះអាចអនុវត្តបាន៖
អ្នកអាចពិនិត្យមើលវានៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។

សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការ បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយសកម្មភាពណាមួយរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលត្រឹមតែ 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុល្អដែលអ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសវនាការបានក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃអ្នកអាចនៅតែដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់មូលហេតុល្អសវនាការអាចនៅតែត្រូវបានកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ មុននឹងសកម្មភាពអំពី Cash Aid, Medi- Cal, CalFresh, ឬ Child Care ចាប់ផ្តើមឡើយ៖

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងនៅ ដដែលនៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវា Child Care របស់អ្នកនឹងនៅ ដដែល នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅ ដដែលរហូតដល់ សវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃ រយៈពេលវិញ្ញាបនប័ត្ររបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើតឡើងមុន។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយថាយើងត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់ជំនួយប្រាក់បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារដែលអ្នកទទួលបាន។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូមពិនិត្យមើលខាងក្រោម៖

បាន/ចាស់បន្ថយជំនួន ឬបញ្ឈប់៖ ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ CalFresh ការថែទាំកុមារ

ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់ការសម្រេចចិត្ត៖

សុខុមាលភាពការងារ៖

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ និងសម្រាប់សកម្មភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នកនឹងមិនទទួលបានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូលទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្មគាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់និងនៅក្នុងវិធីដែលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំងនោះ អ្នកត្រូវចូលទៅកាន់សកម្មភាព ដែលខោនធីប្រាប់អ្នកអោយចូលរួម។
- ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រដែលខោនធីចំណាយពេល អ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តសវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចូលរួមអ្នកអាចបញ្ឈប់សកម្មភាព។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់ អ្នកថាយើងមិនអាចបម្រើអ្នកបាន។
- យើងនឹងបង់តែ Cal-Learn សេវាកម្មគាំទ្រសម្រាប់សកម្មភាពដែល បានអនុម័ត។

ព័ត៌មានដទៃទៀត

សមាជិកនៃគំរោងថែទាំចាត់ចែង Medi-Cal: សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាចបញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលសេវាកម្មពីផែនការសុខភាពដែលបានគ្រប់គ្រង។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅសេវាកម្មសមាជិកភាពផែនការសុខភាពរបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។

កុមារ និង/ឬ ការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ: ភ្នាក់ងារគាំទ្រកុមារក្នុងតំបន់និងជួយប្រមូលការគាំទ្រដោយមិនគិតថ្លៃបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលុយជំនួយក៏ដោយ។ ប្រសិនបើពួកគេប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់អ្នកអ្នកនិងបន្តធ្វើដូច្នោះលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ពួកគេឱ្យឈប់។ ពួកគេនឹងបញ្ជូនអ្នកនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភបច្ចុប្បន្នដែលប្រមូលបានប៉ុន្តែនឹងរក្សាទុកប្រាក់កម្ចីដែលប្តូរសកលកំណត់ដែលជំពាក់ស្រុក។

ផែនការគ្រួសារ: ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នកនិងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកនៅពេលអ្នកស្នើសុំ។

ឯកសារសវនាការ: ប្រសិនបើអ្នកស្នើកាកាឡើងឯកសារមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិមើលឯកសារនេះមុនពេលសវនាការរបស់អ្នកនិងដើម្បីទទួលបានចុះបញ្ជីចម្លងនៃទីតាំងសរសេររបស់ខោនធីក្នុងករណីរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុនពេលសវនាការ។ រដ្ឋអាចផ្តល់ឯកសារសវនាការរបស់អ្នកទៅនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនិងក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្ស និងឧសុសាហាមសហរដ្ឋអាមេរិក (**W&I កូដ ផ្នែក 10850 និង 10950**)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖

- **បំពេញទំព័រនេះ។**
- តើចុះបាច់ចម្លងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានចុះបាច់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- **សូមផ្ញើ ឬយកទំព័រនេះទៅ៖**

ឬ

- **សូមទូរស័ព្ទដោយមិនអស់លុយ៖ 1-800-952-5253** ឬ សម្រាប់សវនាការ ឬ ការពិការនិយាយស្តី អ្នកដែលប្រើ TD 1-800-952-8349។

ដើម្បីទទួលជំនួយ៖ អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងចុះបាច់នៅតាមលេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងចុះបាច់ដោយមិនអស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងចុះបាច់មូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទៅសវនាការតែម្នាក់ទេ អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិឬនរណាមកជាមួយអ្នក។

សំណើសុំសវនាការទាំងមូល

ខ្ញុំចង់បានសវនាការដោយសារតែសកម្មភាពនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនៃ _____

ខោនធី អំពីខ្ញុំ៖ ប្រាក់ជំនួយសុទ្ធ CalFresh Medi-Cal
 ដទៃទៀត (បញ្ជី) _____

ដនេះគឺជាមូលហេតុ៖ _____

- ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម សុន្លែនេ បន្ថែមម្នាក់។
- ការដើម្បី យមិនគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំទេ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាច បកប្រែឱ្យអ្នកនៅ ពេលសវនាការបានទេ។)

ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្លួន ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់		កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
ហត្ថលេខា			កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ			លេខទូរស័ព្ទ

ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំ
សុំការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ ដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការ
សម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នក
ទេ)។

ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ