

**សេចក្តីជូនដំណឹង CALFRESH ការផ្គត់ផ្គង់
កំណត់នៃការបញ្ជាក់សម្រាប់គ្រួសារ
តែជាមួយមនុស្សចាស់ជរា និង/ឬ
សមាជិកពិការ**

ខោនធី

ថ្ងៃខែជូនដំណឹង : _____
ឈ្មោះករណី : _____
លេខករណី : _____
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ : _____
លេខអ្នកធ្វើការ : _____
លេខទូរស័ព្ទ : _____
អាសយដ្ឋាន : _____

(Addressee)

[]
[]

សំណួរ? សួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក

**សវនាការរដ្ឋ : ប្រសិនបើអ្នកជឿថាវិធានការនេះ
ខុស អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយ ។ ទំព័រទីបីនិងទី
បួន ប្រាប់អំពីអំពីរបៀប ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក
ប្រហែលជាមិនផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ
សវនាការមួយ មុននឹងវិធានការនេះមានដំណើរការ ។**

1. អំឡុងពេលការបញ្ជាក់ CalFresh របស់អ្នកនឹងចប់ _____ ។
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)
2. សូមបំពេញទម្រង់បែបបទទាំងអស់ ហើយផ្ញើវាត្រឡប់ទៅខោនធីដល់ថ្ងៃ _____ ។
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

ពាក្យសុំយឺតអាចធ្វើឱ្យមាននូវការពន្យារក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញពាក្យសុំទេ ករណីរបស់អ្នក
ប្រហែលជាត្រូវបានផ្តាច់ ។ ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកត្រូវបានផ្តាច់ អ្នកនឹងនៅតែមានរហូតដល់ 30 ថ្ងៃក្រោយពីចុង
បញ្ចប់នៃរយៈពេលការបញ្ជាក់ដើម្បី បំពេញជំហានស្របតាមតម្រូវការ ។ សំអាងទៅលើបញ្ហាហេតុ នៃការពន្លឺត អ្នកអាច
គ្រាន់តែទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពាក់កណ្តាល សម្រាប់ខែដំបូងនៃអំឡុងពេលការបញ្ជាក់ថ្មីរបស់អ្នក ។

3. មិនចាំបាច់មានការសម្ភាសន៍ទេ ។ សំអាងទៅព័ត៌មានអ្នកផ្តល់ខោនធីអាចត្រូវការសម្ភាសន៍អ្នក ។ ការសម្ភាសន៍ត្រូវ
បានធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទលុះត្រាតែអ្នកចង់សម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដោយព្រោះតែ
អសមត្ថភាព សូមប្រាប់ខោនធីមួយរំពេច ។
4. អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅខោនធី ដើម្បីស្នើសុំការសម្ភាសន៍ បើអ្នកចង់បានមួយ ។ បើខោនធី ត្រូវការការសម្ភាសន៍អ្នក ឬ
អ្នកស្នើសុំការសម្ភាសន៍ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតដាច់ដោយឡែកជាមួយកាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាការណាត់ជួប ។
5. បើអ្នកមិនអាចរក្សាការណាត់ជួបដែលបានណាត់ទុក វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកដើម្បីដាក់ការណាត់ជួបម្តងទៀត ។
6. បើអ្នករាយការណ៍នូវការផ្លាស់ប្តូរ ដូចជាប្រាក់ចំណូលនិងប្រាក់ចំណាយ សូមបញ្ជូលភស្តុតាងជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក
ជាមួយ ពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ ភស្តុតាងនៃការផ្លាស់ប្តូរណាមួយត្រូវតែត្រលប់ទៅមិនយូរជាងចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលនៃ
ការបញ្ជាក់របស់អ្នក។ សូមប្រាប់ខោនធីបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាននេះ។ ខោនធីអាចជួយអ្នកឱ្យ
ទទួលបានវាបាន ។

វិន័យសំខាន់

- ខោនធីនឹងប្រាប់អ្នកនៅពេលអ្នកគួរតែរាយការណ៍ម្តងទៀត ។
- ប្រសិនបើមានរឿងអ្វីមួយកើតឡើង អ្នកអាចនឹងរង់ចាំ រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ ដើម្បីទទួលបានការសម្រេចអំពីអត្ថប្រយោជន៍
អ្នកពិការបន្តទៅទៀត ។

- អ្នកមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងដែលទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ដែលបានរាយការណ៍ក្នុងពាក្យដាក់សុំការបញ្ជាក់ម្តងទៀត មុនពេលអស់សុពលភាពនៃការបញ្ជាក់របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវបានប្រាប់ថាការសម្ភាសន៍គឺត្រូវបានតម្រូវនិងមិនសម្រេចការសម្ភាសន៍ ។
- អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីទទួលបានពាក្យសុំពិខោនធី ។ ខោនធីត្រូវទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក ប្រសិនបើវាត្រូវបានចុះហត្ថលេខា ហើយត្រូវមានយ៉ាងហោចណាស់ ឈ្មោះអាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក ។
- អ្នកឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យសុំ CalFresh ដោយដាក់ទម្រង់បែបបទនេះទៅខោនធីដោយផ្ទាល់ តាមអ៊ីមែល ផ្ញើតាមសំបុត្រ ទូរសារឬតាមរយៈការបញ្ជូនផ្សេងទៀត ដែលមាននៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក (អ៊ីមែល ឬពាក្យសុំអេឡិចត្រូនិកតាមអ៊ិនធឺណែត នៅ៖ <http://www.benefitscal.org>) ។ រយៈពេលដែលត្រូវផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានគណនា គិតចាប់ពីថ្ងៃដាក់ពាក្យស្នើសុំទៅខោនធី។
- ប្រសិនបើគ្រួសារមានតែប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI) សមាជិក អ្នក ឬ អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ CalFresh នៅការិយាល័យរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ។

ន័យ : វិន័យទាំងនេះអនុវត្តលើ ៖ ផ្នែក CalFresh MPP ៖ 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.6, 63-504.61. អ្នកអាចពិនិត្យឡើងវិញតាមរយៈអនឡាញ នៅ cdss.ca.gov ឬនៅការិយាល័យមូលដ្ឋានខោនធីរបស់អ្នក ។

សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការ បើអ្នកមិនយល់
ស្របជាមួយសកម្មភាពណាមួយរបស់ខោនធី។
អ្នកមានពេលត្រឹមតែ 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំ
សវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមនៅ
ថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូន
ដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុល្អដែល
អ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសវនាការបានក្នុង
រយៈពេល 90 ថ្ងៃអ្នកអាចនៅតែដាក់ពាក្យ បណ្តឹង
។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់មូលហេតុល្អសវនាការ អាច
នៅតែត្រូវបានកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ មុននឹង
សកម្មភាពអំពី Cash Aid, Medi- Cal, CalFresh, ឬ
Child Care ចាប់ផ្តើមឡើយ:

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងនៅដដែល នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវា Child Care របស់អ្នកនឹងនៅដដែល នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅដដែល រហូតដល់ សវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលវិញ បន្ទាប់ត្រូវរបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើតឡើង មុន។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយថាយើង
ត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់ជំនួយប្រាក់
បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារដែលអ្នកទទួល
បាន។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់

អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូម
ពិនិត្យមើលខាងក្រោម:

- បាទ/ចាស់បន្ថយចំនួន ឬបញ្ឈប់:
- ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ
 - CalFresh
 - Child Care

**ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់
ការសម្រេចចិត្ត:**

សុខុមាលភាពការងារ:

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។
អ្នកអាចទទួលបានការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ
និងសម្រាប់សកម្ម

ភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេល
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រ
ផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នក នឹងមិនទទួល
បានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូល
ទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្ម
គាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់
និងនៅក្នុងវិធីដែលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុង
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំងនោះអ្នកត្រូវ
ចូលទៅកាន់សកម្មភាព ដែលខោនធីប្រាប់អ្នក
អោយចូលរួម។
- ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រ
ដែលខោនធីចំណាយពេល អ្នករង់ចាំការសម្រេច
ចិត្តសវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ
អ្នក
ចូលរួមអ្នកអាចបញ្ឈប់សកម្មភាព។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn
ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់ អ្នកថាយើងមិនអាច
បម្រើអ្នកបាន។
- យើងនឹងបង់តែ Cal-Learn សេវាកម្មគាំទ្រ
សម្រាប់សកម្មភាពដែល បានអនុម័ត។

ព័ត៌មានឯទៀត

សមាជិកនៃគំរោងថែទាំចាត់ចែង Medi-Cal:

សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាច
បញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលសេវាកម្មពីផែនការសុខភាព
ដែលបានគ្រប់គ្រង។ អ្នក អាចទាក់ទងទៅសេវាកម្ម
សមាជិកភាពផែនការសុខភាពរបស់អ្នកប្រសិនបើ
អ្នកមានសំណួរ។

កុមារ និង/ឬ ការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ: ភ្នាក់ងារ
គាំទ្រកុមារក្នុងតំបន់និងជួយប្រមូលការគាំទ្រដោយ
មិនគិតថ្លៃបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលុយជំនួយ
ក៏ដោយ។ ប្រសិនបើពួកគេប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់
អ្នក អ្នកនឹងបន្តធ្វើដូច្នោះលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ពួកគេ
ឱ្យឈប់។ ពួកគេនឹងបញ្ជូនអ្នកនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភ
បច្ចុប្បន្នដែលប្រមូលបានប៉ុន្តែនឹង រក្សាទុក
ប្រាក់កម្ចីដែលហួសកាលកំណត់ដែលជំពាក់ស្រុក។

ផែនការត្រួតពិនិត្យ: ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក
នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកនៅ ពេលអ្នកស្នើសុំ។

ឯកសារសវនាការ: ប្រសិនបើអ្នកស្នើកាកាផ្ដើត
ឯកសារមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិមើលឯកសារនេះមុន
ពេលសវនាការរបស់អ្នកនិងដើម្បីទទួលបានច្បាប់
ចម្លងនៃទីតាំងសរសេររបស់ខោនធីក្នុងករណីរបស់
អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលសវនាការ។ រដ្ឋ
អាចផ្តល់ឯកសារសវនាការរបស់អ្នកទៅ
នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនិងក្រសួងសុខាភិបាល
និងសេវាមនុស្ស និងឧស្សាហកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក
(W&I កូដ ផ្នែក 10850 និង 10950)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖

- បំពេញទំព័រនេះ។
- តើចុះបាត់ចម្លងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរ អ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានចុះបាត់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- សូមផ្ញើ ឬយកទំព័រនេះទៅ៖

ឬ

- សូមទូរស័ព្ទដោយមិនអស់លុយ៖ **1-800-952-5253** ឬ សម្រាប់សវនាការ ឬ ការពិការនិយាយស្តី អ្នកដែល ប្រើ TD 1-800-952-8349.

ដើម្បីទទួលជំនួយ៖ អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងច្បាប់នៅតាម លេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងច្បាប់ដោយមិន អស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់មូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទៅសវនាការតែម្នាក់ទេ អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិឬនរណាមកជាមួយអ្នក។

សំណើសុំសវនាការទាំងមូល

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

ដនេះគឺជាមូលហេតុ៖ _____

- ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម គូសកន្លែងនេះហើយបន្ថែមទំព័រមួយ។
- ខ្ញុំត្រូវការរដ្ឋផ្តល់អ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំទេ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែឱ្យអ្នកនៅ ពេលសវនាការបានទេ។)
ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

| | | |
|--|-------------|-------------|
| ឈ្មោះបុគ្គលដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្លួន ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ | កាលបរិច្ឆេទ | លេខទូរស័ព្ទ |
| អាស័យដ្ឋានផ្លូវ | ទីក្រុង | រដ្ឋ |
| ហត្ថលេខា | | ស៊ីបកូដ |
| ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទំព័រនេះ | | កាលបរិច្ឆេទ |
| | | លេខទូរស័ព្ទ |

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាត របស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

| | |
|-----------------|-------------|
| ឈ្មោះ | លេខទូរស័ព្ទ |
| អាស័យដ្ឋានផ្លូវ | ទីក្រុង |
| | រដ្ឋ |
| | ស៊ីបកូដ |