

**ការជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព
បន្តមក**

ខោនធី

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង: _____
ឈ្មោះករណី: _____
លេខករណី: _____
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ: _____
លេខទូរស័ព្ទអ្នកធ្វើការ: _____
លេខទូរស័ព្ទ: _____
អាស័យដ្ឋាន: _____

(ADDRESSEE)

[]
[]

មានសំណួរ? សួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

**សវនាការរដ្ឋ: ប្រសិនបើអ្នកគិតថាសកម្មភាព
នេះខុស អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការ។ ទំព័រ 3
ប្រាប់អ្នកអំពីវិធី។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមិន
ត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការ
មុនសកម្មភាពនេះ អនុវត្តឡើង។**

នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានប្រាក់ខែរៀងរាល់
សប្តាហ៍ឬរាល់ពេលផ្សេងទៀត សប្តាហ៍ នេះគឺជា
របៀបដែលយើងគណនាអំពីប្រាក់ចំណូលដែលបាន
រាយការណ៍អំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក:

ដំបូង យើងបូកចំនួនប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែល
អ្នកបានទទួលក្នុង ខែដំបូងហើយចែកវាជាមួយ
ចំនួនសរុបនៃ ការទូទាត់ដែលអ្នកបានទទួល។ រួច
ហើយ យើងគុណចំនួន \$ ដោយចំនួនមធ្យមនៃ
ការទូទាត់ក្នុង មួយខែ.

- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការទូទាត់រាល់
សប្តាហ៍ អ្នកអាចទទួលបានការទូទាត់ 4 ឬ 5
ដងក្នុងមួយខែ។ 4.33 គឺជាចំនួនមធ្យមនៃ
ការទូទាត់ក្នុងមួយខែ។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានប្រាក់ខែរៀងរាល់
សប្តាហ៍ អ្នកអាចទទួលបានការទូទាត់ខែ 2 ឬ 3
ដងក្នុងមួយខែ។ 2.167 គឺជាចំនួនមធ្យមនៃ
ការទូទាត់ក្នុងមួយខែ។

នេះគឺជាព័ត៌មានរបស់អ្នក:
_____ បុរាក់ចំណូលរាយការណ៍

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

+\$ _____

ចំនួនសរុបបានរាយការណ៍ = \$ _____

ចំនួនការទូទាត់បានរាយការណ៍ ÷ _____

ចំនួនប្រចាំសប្តាហ៍ = \$ _____

គុណនឹង x _____

ចំនួនប្រចាំខែ = \$ _____

ចំនួនប្រាក់ជំនួយជាប្រាក់សុទ្ធប្រចាំខែ

ផ្នែក A. ប្រាក់ចំណូលអាចរាប់បាន ខែ _____

1. ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុប ការងារឲ្យខ្លួនឯង \$ _____
2. ការចំណាយពីការងារឲ្យខ្លួនឯង៖
 - a. 40% ស្តង់ដារ ឬ - _____
 - b. ពិតប្រាកដ - _____
3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពី ការងារឲ្យខ្លួនឯង = _____
4. ប្រាក់ចំណូលដែលរកបានដោយផ្អែកលើភាព ពិការ (Disability-Based Unearned Income, DBI) (ផ្នែកប្រាក់ជំនួយ + សមាជិកអង្គភាព គ្មានប្រាក់ជំនួយ) \$ _____
5. \$500 នៃប្រាក់ DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើលេខ 4 គឺ ច្រើនជាង \$500) - _____
6. ប្រាក់មិនបានរកចូលដែលមិនលើកលែង ប្រាក់ចំណូលដែលរកបានដោយ ផ្អែកលើភាពពិការ ឬ = _____
7. ប្រាក់ DBI មិនបានប្រើ ដែលមិនរាប់បញ្ចូល = _____
8. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពី ការងារឲ្យខ្លួនឯង (ពីខាងលើ) + _____
9. សរុបប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាន + _____
10. ចំនួនប្រាក់ ដែលមិនបានប្រើចំនួន \$500 (ពីលេខ 7) - _____
- 11. ចំនួនសរុបរង** = _____
12. ប្រាក់ចំណូលដែលរកចូល លមិនរាប់បញ្ចូល 50% - _____
- 13. ចំនួនសរុបរង** = _____
14. ប្រាក់មិនបានរកចូលដែលមិនលើកលែង ប្រាក់ចំណូលដែលរកបានដោយផ្អែកលើភាព ពិការ (ពីលេខ 6) + _____
- 15. ចំនួនសរុបរង** = _____
16. ប្រាក់ចំណូលដែលរកចូលមិនរាប់បញ្ចូល (អង្គភាព ប្រាក់ជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានប្រាក់ជំនួយ) + _____
- ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធដែលអាចរាប់បាន** = _____

ផ្នែក B. ប្រាក់ជំនួយជាប្រាក់សុទ្ធរបស់អ្នក, ខែ _____

1. ប្រាក់ជំនួយអតិបរិមា _____ មនុស្ស (អង្គភាពប្រាក់ជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានប្រាក់ជំនួយ) \$ _____
2. តម្រូវការពិសេស (អង្គភាពប្រាក់ជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានប្រាក់ជំនួយ) + _____
3. ប្រាក់ចំណូលដែលអាចរាប់បានសុទ្ធពី ផ្នែក A - _____
- 4. ចំនួនសរុបរង** = _____
5. ប្រាក់ជំនួយអតិបរិមា _____ មនុស្ស (អង្គភាពប្រាក់ជំនួយតែប៉ុណ្ណោះ) (មិនរាប់បញ្ចូលជនដែលត្រូវ បានគេជាកពិន័យ) \$ _____
6. (មិនរាប់បញ្ចូលជនជាប់ពិន័យ) អង្គភាពតែប៉ុណ្ណោះ) + _____
7. ចំនួនសរុបរងនៃប្រាក់ ជំនួយអតិបរិមា = _____
8. ចំនួនសរុបរងនៃ ប្រាក់ជំនួយពេញមួយខែ (ចំនួនតិចបំផុតលើបន្ទាត់ 4 ឬ 7) = _____
9. ខ្សែទី ៨ ត្រូវបានគាំទ្រសម្រាប់ផ្នែក នៃខែ = _____
10. ការលែសម្រួល៖
 - 25% ការពិន័យប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន - _____
 - ការពិន័យឯទៀត - _____
 - ការទូទាត់លើសចំនួន - _____
 - ពិន័យ Cal-Learn - _____
 - ប្រាក់រង្វាន់សាលា (\$100 ឬ \$500) + _____
- 11. ចំនួនទឹកប្រាក់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ប្រចាំខែ** (បន្ទាត់ 8 ឬ 9 បានលែសម្រួល) \$ _____
12. ចំនួនទឹកប្រាក់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់បច្ចុប្បន្ន (បើ ចំនួននេះលើសពីលេខ 11 ប្រាក់ជំនួយជាប្រាក់សុទ្ធរបស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរ ឡើយ) = _____

សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក

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

**ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ
មុននឹងសកម្មភាពអំពី 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 សវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល វិញ្ញាបនប័ត្ររបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើតឡើងមុន។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយ
ថាយើងត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់
ជំនួយប្រាក់បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារ
ដែលអ្នកទទួលបាន។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់
អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូម
ពិនិត្យមើលខាងក្រោម៖

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

ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់ការសម្រេចចិត្ត៖

សុខុមាលភាពការងារ៖

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។
អ្នកអាចទទួលបានការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ
និងសម្រាប់សកម្ម
ភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេល
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រ
ផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នក នឹងមិនទទួល
បានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូល
ទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្ម
គាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់
និងនៅក្នុងវិធីដែលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុងសេ
ចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំង
នោះអ្នកត្រូវចូលទៅកាន់សកម្មភាព
ដែលខោនធីប្រាប់អ្នកអោយចូលរួម។
- ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រដែល
ខោនធីចំណាយពេល អ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្ត
សវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នក
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
គាំទ្រកុមារក្នុងតំបន់នឹងជួយប្រមូលការគាំទ្រដោយ
មិនគិតថ្លៃបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលុយជំនួយក៏
ដោយ។ ប្រសិនបើពួកគេប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់
អ្នក អ្នកនឹងបន្តធ្វើដូច្នោះលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ពួកគេ
ឱ្យឈប់។ ពួកគេនឹងបញ្ជូនអ្នកនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភ
បច្ចុប្បន្នដែលប្រមូលបានប៉ុន្តែនឹង រក្សាទុក
ប្រាក់កម្ចីដែលហួសកាលកំណត់ដែលជំពាក់ស្រុក។

ផែនការគ្រួសារ៖ ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក
នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកនៅ ពេលអ្នកស្នើសុំ។

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

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖

- បំពេញទំព័រនេះ។
- តើចុះបាត់ចម្លងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានច្បាប់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- សូមធ្វើ ឬយកទំព័រនេះទៅ៖

ឬ

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

ដើម្បីទទួលជំនួយ៖ អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងចុះបាត់នៅតាមលេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងចុះបាត់ដោយមិនអស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងចុះបាត់មូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទៅសវនាការតែម្នាក់ទេ អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិឬនរណាមកជាមួយអ្នក។

សំណើសុំសវនាការទាំងមូល

ខ្ញុំចង់បានសវនាការដោយសារតែសកម្មភាពនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនៃ _____

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

ដនេះគឺជាមូលហេតុ៖ _____

- ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម គូសកន្លែងនេះហើយបន្ថែមទំព័រមួយ។
- ខ្ញុំត្រូវការរដ្ឋផ្តល់អ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំទេ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែឱ្យអ្នកនៅពេលសវនាការបានទេ។)
ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្លួន ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ
ហត្ថលេខា		សីបកូដ
ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទំព័រនេះ		កាលបរិច្ឆេទ
		លេខទូរស័ព្ទ

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តភក្តិឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	សីបកូដ