

សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព

បន្ត

អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ - តេស្តសិទ្ធិទទួលហិរញ្ញវត្ថុ

ខោនធី

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

(ADDRESSEE)

[]
[]

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

សវនាការរដ្ឋ: ប្រសិនបើអ្នកជឿថាសកម្មភាពនេះខុស
អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយ។ ទំព័រលេខ 2
ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបធ្វើ។

អ្នកពុំមានសិទ្ធិទទួលពីព្រោះ ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលអាចរាប់បានរបស់អ្នក (#18) មានចំនួនលើសពីការទូទាត់ជំនួសអតិបរិមា (#20)។

ចំនួនសាច់ប្រាក់ជំនួយ

ផ្នែក A. ប្រាក់ចំណូលអាចរាប់បាន ខែ _____

- 1. ប្រាក់ចំណូលដោយខ្លួនឯង \$ _____
2. ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង។
a. 40% ខ្នាត _____
ឬ
b. ពិតប្រាកដ _____
3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង = _____
4. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបានដោយផ្អែកលើភាពពិការ (Disability-Based Unearned Income, DBI) (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្រាន់ជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ _____
5. \$500 DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើ #4 មានចំនួនច្រើនជាង \$500) - _____
6. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាព = _____
ឬ
7. ការមិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ DBI មិនបានប្រើ = _____
8. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង (ពិខាងលើ) + _____
9. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលឯទៀត + _____
10. ចំនួនមិនប្រើប្រាស់នៃ \$500 (ពី #7) - _____
11. ចំនួនសរុបរង = _____

- 12. ការមិនរាប់ប្រាក់ចំណូលរកចូល 50% - _____
13. ចំនួនសរុបរង = _____
14. ប្រាក់ចំណូលឥតរកចូលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាព (ពី #6) + _____
15. ចំនួនសរុបរង = _____
16. ប្រាក់ចំណូលមិនលើកលែងឱ្យបាន (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្រាន់ជំនួយអង្គភាពសមាជិក) + _____
17. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនបានប្រមូលដោយខោនធី + _____
18. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលអាចរាប់បាន = _____
19. ការទូទាត់ប្រាក់ជំនួយប្រាក់អតិបរិមាសម្រាប់ចំនួនប្រាក់ជំនួយប្រាក់អតិបរិមាសម្រាប់ _____ ជន (អង្គភាពជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្រាន់ជំនួយ) \$ _____ តម្រូវការពិសេស (ជំនួយ + សអង្គភាពមាជិកអង្គភាពគ្រាន់ ជំនួយ) + _____
20. ចំនួនទូទាត់ប្រាក់អតិបរិមា = _____

វិន័យ: វិធានទាំងនេះត្រូវបានអនុវត្ត: អ្នកអាចពិនិត្យឡើងវិញនៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក: MPP 44-207.2, SB 80 (ជំពូក 27, លក្ខន្តិកស្នា 2019)

សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក

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

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្ម
គាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់
និងនៅក្នុងរយៈពេលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុងសេ
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
បញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលបានសេវាកម្មពីផែនការសុខភាព
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: ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការកាត់
ឯកសារមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិមើលឯកសារនេះមុន
ពេលសវនាការរបស់អ្នកនិងដើម្បីទទួលបានច្បាប់
ចម្លងនៃទីតាំងសរសេររបស់ខោនធីក្នុងករណីរបស់
អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលសវនាការ។ រដ្ឋ
អាចផ្តល់ឯកសារសវនាការរបស់អ្នកទៅ
នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនិងក្រសួងសុខាភិបាល
និងសេវាមនុស្ស និងឧស្សាហកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក
(W&I កូដ ផ្នែក 10850 និង 10950)។

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

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងនៅដដែល
នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវា Child Care របស់អ្នកនឹងនៅដដែល នៅ
ពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅដដែល
រហូតដល់ សវនាការប្តូរចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល
វិញ្ញាបនប័ត្ររបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើត
ឡើងមុន។

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

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

**ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់ការសម្រេច
ចិត្ត:**

សុខុមាលភាពការងារ:

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។
អ្នកអាចទទួលបានការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ
និងសម្រាប់សកម្ម
ភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេល
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រ
ផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នក នឹងមិនទទួល
បានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូល
ទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖

- បំពេញទំព័រនេះ។
- តើចុះបាច់ម្តងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានច្បាប់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- សូមធ្វើ 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 គូសកន្លែងនេះហើយបន្ថែមទំព័រមួយ។
- ខ្ញុំត្រូវការរដ្ឋផ្តល់អ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំទេ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែឱ្យអ្នកនៅពេលសវនាការបានទេ។)
 ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

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

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	សីបកូដ