

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព  
បដិសេធ  
សិទ្ធិហិរញ្ញវត្ថុ**

ខោនធី

កាលបរិច្ឆេទដំណឹង : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះករណី : \_\_\_\_\_

លេខករណី : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ : \_\_\_\_\_

លេខអ្នកធ្វើការ : \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ : \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋាន : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

**សវនាការដុះ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាសកម្មភាពនេះខុស អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយ ។ ទំព័រលេខ 3 ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបធ្វើ ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមិនអាចផ្លាស់ប្តូរបាន ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ មុននឹងសកម្មភាពនេះកើតឡើងឡើយ ។**

**Medi-Cal:** ការជូនដំណឹងនេះមិនផ្លាស់ប្តូរ ឬ បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ទេ។ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងមួយទៀត ។ **សូមរក្សារបណ្ណអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍ផ្លាស្ទិកអ្នក ។**

**វិន័យ:** វិន័យទាំងនេះអនុវត្តទៅលើ៖ អ្នកអាចពិនិត្យមើលវានៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក៖

**ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធរាប់បញ្ចូលបាន**

1. ចំនួនប្រាក់ចំណូលពីការងារឱ្យខ្លួនឯង\$ \_\_\_\_\_
2. ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង។
  - a. 40% ខ្ចាត ឬ \_\_\_\_\_
  - b. ពិតប្រាកដ - \_\_\_\_\_
3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង = \_\_\_\_\_
4. ចំនួនសរុបប្រាក់សំរាងលើពិការភាពប្រាក់ចំណូល (DBI) (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ \_\_\_\_\_
5. \$550 DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើ #4 មានចំនួនច្រើនជាង \$550) - \_\_\_\_\_
6. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្នែកលើពិការភាព ឬ \_\_\_\_\_
7. ចំនួនប្រាក់ \$550 មិនបានប្រើប្រាស់ DBI មិនរាប់បញ្ចូល = \_\_\_\_\_
8. ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុប \$ \_\_\_\_\_
9. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង (ពីខាងលើ) + \_\_\_\_\_
- 10. ចំនួនសរុបរង = \_\_\_\_\_**
11. ចំនួនប្រាក់ \$550 មិនបានប្រើប្រាស់ (ពី #7) - \_\_\_\_\_
- 12. ចំនួនសរុបរង = \_\_\_\_\_**
13. មិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូល 50% - \_\_\_\_\_
- 14. ចំនួនសរុបរង = \_\_\_\_\_**
15. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្នែកលើពិការភាព (ពី #6) + \_\_\_\_\_
16. ប្រាក់ចំណូលមិនលើកលែងឱ្យបាន (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) + \_\_\_\_\_
17. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនបានប្រមូលដោយខោនធី + \_\_\_\_\_
- 18. ចំនួនសុទ្ធអាចរាប់បានចំនួនសរុបសុទ្ធ = \_\_\_\_\_**

**19. ការទូទាត់ជំនួយអតិបរិមា**

ជំនួយនៃការទូទាត់អតិបរិមាសម្រាប់ \_\_\_\_\_  
 មនុស្ស (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ \_\_\_\_\_  
 តម្រូវការពិសេស (ជំនួយអង្គភាព + សមាជិកអង្គភាពគ្មានជំនួយ) + \_\_\_\_\_

**20. ការទូទាត់ជំនួយអតិបរិមា = \_\_\_\_\_**

**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 បន្តប្រើរបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើតឡើង មុន។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយថាយើង  
ត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់ជំនួយប្រាក់  
បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារដែលអ្នកទទួល  
បាន។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់

អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូម  
ពិនិត្យមើលខាងក្រោម:

- បាទ/ចាសបន្ថយចំនួន 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