

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព  
បដិសេធ  
សិទ្ធិហិរញ្ញវត្ថុ**

ខោនធី

កាលបរិច្ឆេទដំណឹង : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះករណី : \_\_\_\_\_

លេខករណី : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ : \_\_\_\_\_

លេខអ្នកធ្វើការ : \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ : \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋាន : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

**សវនាការដ្ឋ: 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% ខ្នាត \_\_\_\_\_
  - ឬ \_\_\_\_\_
  - b. ពិតប្រាកដ \_\_\_\_\_
- 3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង = \_\_\_\_\_
- 4. ចំនួនសរុបប្រាក់សំរាងលើពិការភាពប្រាក់ចំណូល (DBI) (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ \_\_\_\_\_
- 5. \$500 DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើ #4 មានចំនួនច្រើនជាង \$500) \_\_\_\_\_
- 6. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្នែកលើពិការភាព \_\_\_\_\_
- ឬ \_\_\_\_\_
- 7. ចំនួនប្រាក់ \$500 មិនបានប្រើប្រាស់ DBI មិនរាប់បញ្ចូល = \_\_\_\_\_
- 8. ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុប \$ \_\_\_\_\_
- 9. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង (ពីខាងលើ) + \_\_\_\_\_
- 10. ចំនួនសរុបរង = \_\_\_\_\_**
- 11. ចំនួនប្រាក់ \$500 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 + ការគ្មាន  
 ជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ \_\_\_\_\_  
 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  
អាចនៅតែត្រូវបានកំណត់។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្ម  
គាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់  
និងនៅក្នុងរយៈពេលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុង  
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំងនោះអ្នកត្រូវ  
ចូលទៅកាន់សកម្មភាព ដែលខោនធីប្រាប់អ្នក  
អោយចូលរួម។
- 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  
មិនគិតថ្លៃបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលុយជំនួយ  
ក៏ដោយ។ ប្រសិនបើពួកគេប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់  
អ្នក អ្នកនឹងបន្តធ្វើដូច្នោះលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ពួកគេ  
ឱ្យឈប់។ ពួកគេនឹងបញ្ជូនអ្នកនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភ  
បច្ចុប្បន្នដែលប្រមូលបានប៉ុន្តែនឹង រក្សាទុក  
ប្រាក់កម្ចីដែលហួសកាលកំណត់ដែលជំពាក់ស្រុក។

**ផែនការគ្រួសារ:** ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក  
នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកនៅ ពេលអ្នកស្នើសុំ។

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

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ មុននឹង  
សកម្មភាពអំពី 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 សវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលវិញ្ញា  
បនប័ត្ររបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើតឡើង  
មុន។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយថាយើង  
ត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់ជំនួយប្រាក់  
បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារដែលអ្នកទទួល  
បាន។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់  
អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូម  
ពិនិត្យមើលខាងក្រោម:

បាទ/ចាសំបន្ថយចំនួន ឬបញ្ឈប់:  
 ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ  CalFresh  Child Care

**ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់  
ការសម្រេចចិត្ត:**

**សុខុមាលភាពការងារ:**  
អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។  
អ្នកអាចទទួលបានការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ  
និងសម្រាប់សកម្ម  
ភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេល  
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រ  
ផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នក នឹងមិនទទួល  
បានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូល  
ទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

**ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖**

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

**ឬ**

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

ដើម្បីទទួលជំនួយ៖ អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងច្បាប់នៅតាមលេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងច្បាប់ដោយមិនអស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់មូលដ្ឋាន 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		ស៊ីបកូដ
ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទំព័រនេះ		កាលបរិច្ឆេទ
		លេខទូរស័ព្ទ

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	ស៊ីបកូដ