

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព
(បន្ត)**

ការទូទាត់លើសចំនួនជាប់ជំពាក់
(សម្រាប់ការទូទាត់លើសចំនួនកើតឡើង
រវាង 6-1-2020 និង 5-31-2021"៤)

ខោនធី
កាលបរិច្ឆេទទេជូនដំណឹង: _____
ឈ្មោះករណី: _____
លេខករណី: _____
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ: _____
លេខអ្នកធ្វើការ: _____

**ខែនិងឆ្នាំនៃការទូទាត់លើសចំនួន
ផ្នែក A. ប្រាក់ចំណូលរាប់បាន ខែ _____**

| | | | | |
|---|----|--|--|--|
| 1. ប្រាក់ចំណូលធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង | \$ | | | |
| 2. ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង: | | | | |
| a. 40% ឌីណាមូ | - | | | |
| ឬ | | | | |
| b. ពិតប្រាកដ | - | | | |
| 3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការងារដោយខ្លួនឯង | = | | | |
| 4. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបានដោយផ្អែកលើ ភាព ពិការ (Disability-Based Unearned Income, DBI)(អង្គភាពជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានជំនួយ | \$ | | | |
| 5. \$500 DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើ #4 មានចំនួនលើសពី \$500) | - | | | |
| 6. ប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាពមិនលើកលែងបាន ឬ | = | | | |
| 7. មិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ DBI មិនបានប្រើ | = | | | |
| 8. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការងារដោយខ្លួនឯង (ពីខាងលើ) | + | | | |
| 9. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលឯទៀត | + | | | |
| 10. ចំនួនប្រាក់ \$500 មិនបានប្រើប្រាស់ (ពី #7) | - | | | |
| 11. ចំនួនសរុបរង | = | | | |
| 12. មិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូល 50% | - | | | |
| 13. ចំនួនសរុបរង | = | | | |
| 14. ប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាពមិនលើកលែងបាន (ពី #6) | + | | | |
| 15. ចំនួនសរុបរង | = | | | |
| 16. ប្រាក់ចំណូលមិនលើកលែងឱ្យបាន (អង្គភាពជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានជំនួយ | + | | | |
| ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធរាប់បញ្ចូលបាន | = | | | |

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/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: ប្រសិនបើអ្នកស្នើកាកាផ្ដើក
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 | | កាលបរិច្ឆេទ |
| ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទំព័រនេះ | | លេខទូរស័ព្ទ |

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាត របស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

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