

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការបញ្ជាក់ឡើងវិញ
នូវកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍រូបត្ថម្ភអន្តរកាល
(TRANSITIONAL NUTRITION BENEFIT, TNB)**

State of California
Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ខោនធី _____

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង: _____

ឈ្មោះករណី: _____

លេខករណី: _____

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ: _____

លេខអ្នកធ្វើការ: _____

លេខទូរស័ព្ទ: _____

អាស័យដ្ឋាន: _____

(ADDRESSEE)

[_____]

[_____]

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

សវនាការរដ្ឋ: អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះសវនាការរដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសកម្មភាពណាមួយដែលបានអនុវត្តឡើង ទាក់ទងនឹងការបញ្ជាក់ឡើងវិញរបស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលកំពុងបន្ត។ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃនៃសកម្មភាពរបស់ខោនធីហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកចង់បានសវនាការ។ សេចក្តីជូនដំណឹងឬការឈប់សម្រាកដែលអ្នកទទួលបាននឹងមានព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។

**ដើម្បីរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អ្នកត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទនេះធ្វើវាត្រឡប់មកវិញ
ហើយផ្ញើវាទៅរដ្ឋវិញដោយ _____ ។**

រយៈពេលកម្មវិធីការបញ្ជាក់ TNB របស់អ្នកចប់នៅថ្ងៃ _____ ។ ដើម្បីរក្សាអត្ថប្រយោជន៍ដល់កម្មវិធី TNB របស់អ្នក អ្នកត្រូវបំពេញ ហើយផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះមកវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញសំណុំបែបបទដែលបានបំពេញរួចរាល់ទេនោះអ្នកអាចបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី TNB របស់អ្នក។ អ្នកក៏ប្រហែលជាត្រូវបំពេញកម្មវិធី CalFresh ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបំពេញសំណុំបែបបទនេះ សូមទាក់ទងស្រុករបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកលែងរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California ទៀតហើយ **សូមឈប់**។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវបញ្ចប់ការបញ្ជាក់ឡើងវិញពីកម្មវិធី TNB ទេ។ គ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវតែរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី TNB។

នេះគឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ:

1. បញ្ចប់ផ្នែកទី 1 ដោយឆ្លើយសំណួរ "បាទ" ឬ "ទេ" ។
2. បញ្ចប់ផ្នែកទី 2 ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវដាក់ពាក្យស្នើសុំ CalFresh ដែរឬ ទេ តាមកាលបរិច្ឆេទដែលបានរាយនៅខាងលើ។ ប្រសិនបើចាំបាច់អ្នកអាចបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី CalFresh តាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណេត www.benefitscal.com ឬប្រើកម្មវិធីក្រដាសដែលបានរួមបញ្ចូល។
3. បំពេញផ្នែកទី 3 ដោយការចុះហត្ថលេខាកាលបរិច្ឆេទនិងការផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក។
4. សូមផ្ញើត្រឡប់បែបបទដែលបានបំពេញនេះទៅខោនធីដោយកាលបរិច្ឆេទត្រឡប់ដែលបាន... រាយខាងលើ។

ផ្នែកទី 1: ការផ្លាស់ប្តូរទំហំគ្រួសារ

ពិនិត្យមើល "បាទ / បាទ" ឬ "ទេ" ដើម្បីរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរចាប់តាំងពីការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី TNB ចុងក្រោយរបស់ អ្នក _____ ។

1. តើមានមនុស្សណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមបានរើចេញពីគ្រួសារឬទេ?

(តម្រូវ: កុំរាប់អ្នកណាម្នាក់ដែលគ្រាន់តែចាកចេញបណ្តោះអាសន្នពីគ្រួសារហើយមានគម្រោងត្រឡប់មកវិញ។ រួមបញ្ចូលមនុស្សដែលបានស្លាប់។)

_____ បាទ ទេ
 _____ បាទ ទេ

2. តើបុគ្គលណាក៏ដោយដែលបានចុះបញ្ជីខាងក្រោមឈប់ទទួលប្រាក់សំណងសន្តិសុខបន្ថែមឬប្រាក់សំណងបន្ថែមរបស់ California (Supplemental Security Income and/or California State Supplemental Payment, SSI / SSP) ដែរឬទេ?

(តម្រូវឱ្យ ឆ្លើយ “ទេ” ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍របស់ SSI / SSP របស់បុគ្គលត្រូវបានផ្អាក។)

_____ មាន ទេ

_____ មាន ទេ

3. តើមានមនុស្សណាម្នាក់បានរើចេញពីគ្រួសារឬទេ? មាន ទេ

4. តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបគ្រួសាររបស់អ្នក មានចំនួន \$50 ឬច្រើនជាងពីការងារមួយ CalWORKs, និងជំនួយសាច់ប្រាក់ សន្តិសុខសង្គម អត្ថប្រយោជន៍អតិថយុទ្ធជន អត្ថប្រយោជន៍គ្មានការងារធ្វើ ប្រាក់វិភោគ ឬធនធាននានាដទៃទៀតឬ? មាន ទេ

ផ្នែកទី 2: ទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំ CalFresh

ប្រសិនបើអ្នកបានគូសយក “ទេ” ចំពោះគ្រប់សំណួរនៅក្នុងផ្នែកទី 1:

1. បំពេញផ្នែកទី 3 ខាងក្រោមហើយផ្ញើទម្រង់នេះត្រឡប់ ទៅខោនធីវិញដោយកាលបរិច្ឆេទត្រឡប់។

ប្រសិនបើអ្នកបានគូសយក “ទេ” ចំពោះសំណួរណាមួយនៅក្នុងផ្នែកទី 1:

1. អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី CalFresh តាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិត www.benefitscal.com ឬប្រើកម្មវិធីក្រដាសដែលបានបញ្ជូលដោយកាលបរិច្ឆេទត្រឡប់។
2. បំពេញផ្នែកទី 3 ហើយផ្ញើទម្រង់នេះត្រឡប់មកវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើកម្មវិធីក្រដាសដែលបានដាក់បញ្ជូលសូមផ្ញើវាត្រឡប់មក វិញជាមួយទម្រង់នេះ។
3. ជ្រើសរើសប្រអប់ដែលពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធី CalFresh:
 - បានបំពេញទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីនធឺណិតមួយនៅ www.benefitscal.org
 - បានបំពេញក្រដាសដាក់ពាក្យសុំ ហើយបានផ្ញើត្រឡប់មកវិញជាមួយទម្រង់បែបបទ

ផ្នែកទី 3: ហត្ថលេខានិងព័ត៌មានប្រស្រ័យទាក់ទង

ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំត្រូវឆ្លើយនឹងសំណួរខាងលើត្រឹមត្រូវ ដែលទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមពិន័យនៃការដាក់ទោសថាព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានផ្តល់គឺជាពិតនិងត្រឹមត្រូវ។

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

សរសេរឈ្មោះផ្ទះ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____

លេខទូរស័ព្ទ: _____