

ខោនធី នៃ

សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការប្រែប្រួលនៃកម្មវិធី CALFRESH សំរាប់របាយការណ៍ការប្រែប្រួល របស់ក្រុមគ្រួសារ

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖ _____

ឈ្មោះសំណុំរៀង ៖ _____

លេខ ៖ _____

ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ៖ _____

លេខ ៖ _____

ទូរស័ព្ទ ៖ _____

អាសយដ្ឋាន ៖ _____

(ADDRESSEE)

បើសិនជាអ្នកមានសំនួរផ្សេងៗ ឬចង់បានព័ត៌មានថែមទៀត
អំពីសកម្មភាពនេះ សូមទាក់ទងមកអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

**សវនាការរដ្ឋ ៖ បើសិនជាអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស
អ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការមួយបាន លុះត្រាតែអ្នក
បានធ្វើសវនាការលើចំនួនដែលអ្នកបានជំពាក់នោះ
រួចហើយ ។ ព័ត៌មានខាងខ្នងនៃទំព័រនេះប្រាប់អ្នកពី
របៀបសុំធ្វើសវនាការ ។ ជំនួយរបស់អ្នកប្រហែលជាមិន
មានប្រែប្រួលទេ បើសិនជាអ្នកសុំធ្វើសវនាការ
មុនពេលសកម្មភាពនេះកើតឡើង ។**

ការប្រែប្រួលនៃប្រាក់ជំនួយ

ចាប់ផ្តើមនៅ _____, ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកគឺប្រែប្រួលពី
\$ _____ ទៅ \$ _____ រៀងរាល់ខែ ពីព្រោះ ៖

គេបានប្រាប់អ្នករួចមកហើយអំពីការចេញប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh
ឲ្យអ្នកលើស ហើយអ្នកទទួលបានជំនួយតិចតួចពីកម្មវិធី CalFresh ដោយសារ
ខោនធីបានបន្ថយប្រាក់ចំណែកប្រចាំខែរបស់អ្នកដោយចំនួន 10% ឬ \$10
(ចំនួនណាមួយដែលច្រើនជាង) ដើម្បីបង់សងទៅជំនួយកម្មវិធី CalFresh
ដែលអ្នកបានទទួល ហើយដែលអ្នកមិនគួរត្រូវបាន ។ ការនេះត្រូវបាន
សំរេចនៅក្នុងតុលាការ ឬដោយសវនាការរដ្ឋ ឬដោយសារអ្នកបានចុះហត្ថលេខា
លើកិច្ចព្រមព្រៀង យល់ព្រមពីការអស់គុណសម្បត្តិ ឬ ចុះហត្ថលេខាលះបង់សិទ្ធិ
ធ្វើសវនាការរដ្ឋបាលនៃការអស់គុណសម្បត្តិដែលថាការចេញប្រាក់ឲ្យលើសនេះ
គឺជាចេតនាប្រព្រឹត្តិលើសលើកម្មវិធី (IPV) ។ ឥឡូវនេះប្រាក់ចំណែកប្រចាំខែរបស់
អ្នកគឺត្រូវបានប្រែប្រួលដោយសារខោនធីអាចចាប់ផ្តើមបន្ថយប្រាក់ចំណែកប្រចាំខែ
របស់អ្នកដោយបន្ថយ 20% ឬ \$10 (មួយណាដែលច្រើនជាង) ។ បើសិនជាមាន
ការប្រែប្រួលផ្សេងទៀតទៅលើប្រាក់ចំណែកប្រចាំខែនៃកម្មវិធី CalFresh
ទម្រង់នេះនឹងប្រាប់អ្នក ។

គំរោងនៃការប្រែប្រួលនៃប្រាក់ជំនួយ

ចាប់ផ្តើមនៅ _____, ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh
របស់អ្នកប្រហែលត្រូវបន្ថយ ឬត្រូវបញ្ចប់ដោយសារព័ត៌មានដែលត្រូវការសំរាប់កំណត់ពី
ការបន្តលក្ខណសម្បត្តិ ឬចំនួនដែលត្រឹមត្រូវនៃជំនួយរបស់អ្នកមិនត្រូវបានទទួលជាមួយ
និងរបាយការណ៍នៃការប្រែប្រួល (CF 377.5 CR) ។ យើងត្រូវតែទទួលព័ត៌មានខាង
ក្រោមមិនឲ្យលើសពី ថ្ងៃទីមួយនៃខែក្រោយ ៖

បើសិនជាការបញ្ជាក់នៃការចំណាយត្រូវបានស្នើសុំ ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ឲ្យគេ
នោះ ការចំណាយនឹងមិនត្រូវអនុញ្ញាតពេលណាគេគណនាជំនួយសំរាប់
ខែក្រោយ ។ ម្យ៉ាងទៀតបើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានដូចតាមសម្តី
ជំនួយរបស់អ្នកប្រហែលត្រូវបន្ថយ ឬបញ្ចប់ ។

វិធាន ៖ វិធានទាំងឡាយនេះអនុវត្តទៅលើសកម្មភាពខាងលើ (ច្រើន) ៖
អ្នកអាចពិនិត្យវា នៅតាមការិយាល័យវិលវែររបស់អ្នក ៖

គ្មានការប្រែប្រួលនៃប្រាក់ជំនួយ

ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកមិនមានការប្រែប្រួលដែលជាលទ្ធផលនៃឯក
សារ(ច្រើន) /ព័ត៌មានដែលយើងបានទទួល ពីព្រោះ ៖

ការបញ្ចប់

ចាប់ផ្តើមនៅ _____, ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh
ត្រូវបានបញ្ចប់ពីព្រោះ ៖

ដោយផ្អែកលើមូលហេតុដែលជំនួយរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់នោះ ក្រុមគ្រួ
សាររបស់អ្នកក៏អស់មានគុណសម្បត្តិពីការចូលរួម ក្នុងកម្មវិធី CalFresh ។
រហូតដល់ _____ ។ អ្នកប្រហែលត្រូវសុំជំនួយនោះឡើងវិញ
នៅពេលរយៈពេលអស់គុណសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវចប់ ។

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឱ្យអ្នក ឬបានផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះទៅអ្នក។ បើអ្នកមាន បញ្ហាហេតុអ្វី ដែលអ្នកមិនអាចប្តឹងធ្វើសវនាការក្នុងពេល 90 ថ្ងៃបានទេ អ្នកនៅតែអាច ប្តឹងធ្វើសវនាការបាន។ បើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងនៃបញ្ហាហេតុអ្វី សវនាការនៅតែអាច ត្រៀមពេលធ្វើ។

បើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលការសម្រេចលើ ប្រាក់ជំនួយ (Cash Aid), Medi-Cal, CalFresh, ឬ ការថែទាំកូន ចាប់ផ្តើម :

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នក និងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវាថែទាំកូនរបស់អ្នក អាចនឹងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក នឹងនៅជាដដែល រហូតដល់ពេលសវនាការ ឬចុង បញ្ចប់នៃរយៈពេលការបញ្ជាក់របស់អ្នក តាមការណាមួយមុនគេ។

បើការសម្រេចនៃសវនាការថ្លែងថាយើងត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវ Cash Aid, CalFresh ឬសេវា ថែទាំកូនដែលលើស ដែលអ្នកបានទទួល។ ដើម្បីប្រាប់ឱ្យយើងបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក នៅមុនពេលសវនាការ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោម :

បាទ/ចាស សូមបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់ : Cash Aid CalFresh ការថែទាំកូន

ក្នុងខណៈរង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការសំរាប់ :

រំលងហ្នែរ-ទៅ-ធ្វើការ :

អ្នកមិនបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានប្រាក់ថ្លៃថែទាំកូន សំរាប់ការធ្វើការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពដែលខោនធី បានយល់ព្រម នៅមុនពេលផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងនេះ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាប្រាក់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់ អ្នកនឹងមិន ទទួលបានប្រាក់អ្វីទៀតឡើយ សូម្បីតែបើអ្នកទៅធ្វើសកម្មភាពរបស់អ្នក ក៏ដោយ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ថ្លៃនោះនឹងបាន បង់តាមចំនួន និងក្នុងរបៀបដែលយើងបានប្រាប់អ្នក នៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាការគាំទ្រទាំងនោះ អ្នកត្រូវទៅធ្វើសកម្មភាព ដែលខោនធីបានប្រាប់អ្នក ឱ្យទៅចូលរួម។
- បើចំនួននៃសេវាការគាំទ្រ ដែលខោនធីបង់ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការ មិន គ្រប់គ្រាន់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទៅចូលរួម អ្នកអាចឈប់ទៅធ្វើសកម្មភាពបាន។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn បានទេ បើយើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងមិនអាច បំរើអ្នក។
- យើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រសំរាប់ Cal-Learn សំរាប់សកម្មភាពដែលបានយល់ ព្រម។

ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត

សមាជិកគំរោង Medi-Cal ដែលគ្រប់គ្រងគំរោងថែទាំ : ការសម្រេចលើលិខិតជូនដំណឹងនេះ អាច នឹងបញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលបានសេវា ពីគំរោងសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងការថែទាំ។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែក សេវាសមាជិកនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក បើសិនអ្នកមានសំណួរអ្វី។

ការឧបត្ថម្ភកូន និង/ឬ សុខភាព : ភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភក្មេងតាមមូលដ្ឋាន និងជួយប្រមូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូម្បីតែបើអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ។ បើគ្រូប្រមូលប្រាក់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សំរាប់អ្នកនៅ ឥឡូវនេះ គេនឹងធ្វើជាបន្តទៀត លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណៈអក្សរ ឱ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឱ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលជំពាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណៈអក្សរ នៃគោលដៅរបស់ខោនធី ទៅលើរឿងក្តីរបស់អ្នក យ៉ាងហោចបំផុតចំនួនពីរថ្ងៃ មុនពេលធ្វើសវនាការ។ រដ្ឋអាចនឹងចូលរួមសំណុំរឿងសវនាការរបស់អ្នក ទៅក្រសួងរំលងហ្នែរ និងក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្ស និងកសិកម្ម។ (W&I ព្រហ្មទណ្ឌវគ្គ 10850 និង 10950)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

- បំពេញទំព័រនេះ។
- ផតចំឡងផ្នែកខាងមុខ និងខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ សំរាប់ដាក់ណាត់ត្រារបស់អ្នក។ បើអ្នកស្នើ សុំ បុគ្គលិករបស់អ្នកនឹងទទួលបានសំណេរនៃទំព័រនេះ។
- ផ្ញើ ឬ យកទំព័រនេះទៅ :

- ឬ
- ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ : 1-800-952-5253 ឬ សំរាប់អ្នកគ្រឿងក្នុង ឬអន់សំរី ដែលប្រើ TDD តាមលេខ 1-800-952-8349។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិនៃសវនាការរបស់អ្នក ឬសំរាប់ការបញ្ជូនទៅជំនួយខាង ច្បាប់ តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់រដ្ឋ ដែលមានចុះរាយនៅខាងលើ។ អ្នកអាចនឹងទទួល បានជំនួយខាងច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ នៅការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់ ឬសិទ្ធិរំលងហ្នែរ នៅតាម មូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

បើអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសវនាការតែម្នាក់ឯង អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិ ឬជនណាម្នាក់មកជាមួយអ្នកបាន។

សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់ធ្វើសវនាការ ដោយព្រោះការសម្រេចដោយក្រសួងរំលងហ្នែរនៃខោនធី អំពីជំនួយរបស់ខ្ញុំ នៅខាងក្រោម :

Cash Aid CalFresh Medi-Cal បញ្ជី (ផ្សេងទៀត) _____

នេះគឺជាមូលហេតុ : _____

- សូមគូសប្រអប់នេះ និងបន្ថែមទំព័រមួយទៀត បើអ្នកត្រូវការការនឹងសរសេរថែមទៀត។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកផ្តល់មកខ្ញុំ នូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្លាស់ប្តូរ ឬ បានបញ្ឈប់

| | |
|------------------|-------------|
| ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | លេខទូរស័ព្ទ |
|------------------|-------------|

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

| | | |
|---------|------|---------|
| ទីក្រុង | រដ្ឋ | ស៊ីបកូដ |
|---------|------|---------|

| | |
|----------|-------------|
| ហត្ថលេខា | ខែថ្ងៃឆ្នាំ |
|----------|-------------|

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ | លេខទូរស័ព្ទ |
|-----------------------------------|-------------|

- ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅពេលធ្វើសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះ មើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ទៅធ្វើសវនាការជំនួសខ្ញុំ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬញាតិសន្តាន ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែសំរាប់អ្នកបានឡើយ)។

| | |
|-------|-------------|
| ឈ្មោះ | លេខទូរស័ព្ទ |
|-------|-------------|

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

| | | |
|---------|------|---------|
| ទីក្រុង | រដ្ឋ | ស៊ីបកូដ |
|---------|------|---------|