

ការកំណត់នៃការសុំឱ្យមានការលើកលែងនៃ កម្មវិធី CalWORKs

ឈ្មោះសំណុំរឿង	
លេខសំណុំរឿង	
ខណ្ឌ	លេខសំណុំរឿងខ្លួនឯងទៀត
ឈ្មោះអ្នកកាន់សំណុំរឿង	

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ។

នៅ _____, _____ បានស្នើសុំការលើកលែងមួយ ។ ខណ្ឌបានធ្វើការកំណត់ដូចតទៅនេះ :

A. ពេលវេលា២៤ខែនៃការលើកលែងនៃការចូលរួមកម្មវិធី WELFARE-TO-WORK

1. ការលើកលែងនេះត្រូវបានយល់ព្រម ។ មូលហេតុនៃការលើកលែង : _____

ចាប់ផ្តើមនៅ _____, លោកអ្នកមិនបានត្រូវបានចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Welfare-to-Work ហើយជំនួយក្នុងខែនីមួយៗសំរាប់កំឡុងពេល
ដែលលោកអ្នកមានមូលហេតុបុគ្គលៈទេសៈនោះ នឹងមិនបានគិតលើពេលវេលា២៤ខែនៃកម្មវិធី Welfare-to-Work របស់លោកអ្នកឡើយ ។ ការលើកលែងរបស់
លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់នៅ _____ ។

បើសិនជាការលើកលែងរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបន្តទៅទៀត លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដើម្បីបង្ហាញថា ការលើកលែងនេះត្រូវបានបន្តនៅមុនពេលបញ្ចប់នៃ
កាលបរិច្ឆេទដូចមានខាងលើ បើមិនដូច្នោះទេ លោកអ្នកនឹងសង្ឃឹមថាត្រូវចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Welfare-to-Work ។

លោកអ្នកអាចស្នើសុំចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្តជាមួយកម្មវិធី Welfare-to-Work ហើយគេនឹងជំរាបឱ្យលោកអ្នកដឹងថាសកម្មភាពអ្វីនិង/ឬកិច្ចជួយអ្វីអាចមានសំរាប់
លោកអ្នក ។

គេនឹងពិនិត្យទៅលើស្ថានភាពរបស់លោកអ្នកឡើងវិញ ថាតើលោកអ្នកត្រូវបានលើកលែង ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនត្រូវបានលើកលែងទៅទៀតទេ លោក
អ្នកនឹងសង្ឃឹមថាចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Welfare-to-Work ហើយពេលទទួលបានជំនួយក្នុងមួយខែនឹងត្រូវបានគិតលើពេលវេលា២៤ខែនៃកម្មវិធី Welfare-to-Work
របស់លោកអ្នក ។

2. ការលើកលែងនេះត្រូវបានបដិសេធ ។ មូលហេតុនៃការបដិសេធ _____

លោកអ្នកបានត្រូវបានចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Welfare-to-Work ហើយពេលទទួលបានជំនួយក្នុងមួយខែនឹងត្រូវបានគិតលើពេលវេលា២៤ខែនៃកម្មវិធី Welfare-to-
Work របស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីប្រកាសពីខណ្ឌជំរាបលោកអ្នកថា ពេលណាលោកអ្នកត្រូវចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Welfare-to-Work និង/ឬ
កិច្ចជួយនានា ។

B. ការលើកលែងពេលវេលាកំរិត៤៨ខែនៃកម្មវិធី CalWORKs

1. ការលើកលែងនេះត្រូវបានយល់ព្រម ។ មូលហេតុនៃការលើកលែង : _____

ចាប់ផ្តើមនៅ _____, ជំនួយក្នុងខែនីមួយៗសំរាប់កំឡុងពេលដែលលោកអ្នកមានមូលហេតុបុគ្គលៈទេសៈនោះ នឹងមិនបានគិតលើពេល
វេលាកំរិត៤៨ខែនៃកម្មវិធី CalWORKs របស់លោកអ្នកឡើយ ។ ការលើកលែងរបស់លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់នៅ _____ ។

បើសិនជាការលើកលែងរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបន្តទៅទៀត លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដើម្បីបង្ហាញថា ការលើកលែងនេះត្រូវបានបន្តនៅមុនពេលបញ្ចប់នៃ
កាលបរិច្ឆេទដូចមានខាងលើ បើមិនដូច្នោះទេ ជំនួយនៅក្នុងខែនីមួយៗនឹងត្រូវបានគិតជាពេលវេលាកំរិត៤៨ខែនៃកម្មវិធី CalWORKs របស់លោកអ្នក ។

គេនឹងពិនិត្យទៅលើស្ថានភាពរបស់លោកអ្នកឡើងវិញ ថាតើលោកអ្នកត្រូវបានបន្តទទួលបានការលើកលែង ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនត្រូវបានលើកលែងទៅទៀតទេ
ជំនួយក្នុងខែនីមួយៗនឹងត្រូវបានគិតជាពេលវេលាកំរិត៤៨ខែនៃកម្មវិធី CalWORKs របស់លោកអ្នក ។

2. ការលើកលែងនេះត្រូវបានបដិសេធ ។ មូលហេតុនៃការលើកលែង: _____

ជំនួយក្នុងខែនីមួយៗនឹងបន្តគិតជាពេលវេលាកំរិត៤៨ខែនៃកម្មវិធី CalWORKs របស់លោកអ្នក ។

**សូមចាំទង់ទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកបើសិនជាលោកអ្នកគិតថា សេចក្តីប្រកាសនេះខុស ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺមួយផងដែរ ។
សំណើ "សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ" នៅខាងក្រោយនៃសំណើនេះ ជំរាបលោកអ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺផ្ទៃក្នុង ។**

ច្បាប់ : ច្បាប់ទាំងនេះអនុវត្ត លោកអ្នកអាចពិនិត្យមើលច្បាប់ទាំងនេះឡើងវិញនៅឯការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក : MPP 42-302.1, 42- 302.2, 42-
302.21, 42-302.3 - .34, 42-712, និងច្បាប់ព្រឹទ្ធសភា (Senate Bill) 1041 (ជំពូក(Chapter) 47, លក្ខន្តិកៈ(Statutes) នៃឆ្នាំ 2012) ។

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីប្តឹង

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសេចក្តីប្តឹង បើសិនជាលោកអ្នកមិនយល់រូបរាងមួយនឹងសកម្មភាពណាមួយរបស់ខ្លួន ។ លោកអ្នកមានពេលវេលា ១០ ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីប្តឹងមួយ ។ ចំនួន ១០ ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលដែលខ្លួនបានប្រគល់ ឬស្នើសេចក្តីប្រកាសនេះទៅជូនលោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនមូលហេតុសមរម្យដែលបណ្តាលឱ្យលោកអ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសេចក្តីប្តឹងនៅក្នុងពេល ១០ ថ្ងៃ លោកអ្នកអាចនៅតែអាចស្នើសេចក្តីប្តឹងបាន ។ បើសិនជាលោកអ្នកផ្តល់មូលហេតុសមរម្យ សេចក្តីប្តឹងមួយអាចត្រូវបានធ្វើការណាត់ជួប ។

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីប្តឹងមួយនៅមុនពេលសកម្មភាពទៅលើប្រាក់ជំនួយ ជំនួយមេឌី-ខាល ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) ឬកិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ផ្តេមឡែង :

- ប្រាក់ជំនួយ និងជំនួយមេឌី-ខាលរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែលនៅក្នុងពេលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីប្តឹងមួយ ។
- កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ផ្តេមឡែងរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល នៅក្នុងពេលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីប្តឹងមួយ ។
- ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) របស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល រហូតទាល់តែពេលធ្វើសេចក្តីប្តឹង ឬរហូតទាល់តែកំឡុងពេលបញ្ចប់នៃការទទួលជំនួយរបស់លោកអ្នក យករយៈពេលណាមួយដែលជាប់ជាង ។ ។

បើសិនជាសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកប្តឹងថ្ងៃថ្មី យើងត្រូវត្រូវ លោកអ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវប្រាក់ជំនួយជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) ឬកិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ផ្តេមឡែង ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬបញ្ឈប់ជំនួយ របស់លោកអ្នកនៅមុនពេលសេចក្តីប្តឹង សូមគូសប្រអប់នៅខាងក្រោម :

មែន សូមបន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ : ប្រាក់ជំនួយ ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ផ្តេមឡែង

នៅក្នុងពេលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកនេះសេចក្តីប្តឹងសំរាប់ : **កម្មវិធីជួយឱ្យចេញពីជំនួយសុខុមាលភាពទៅធ្វើការ (Welfare to Work) :**

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីនេះទេ ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ផ្តេមឡែង និងសំរាប់សកម្មភាពណាដែលបានទទួលយល់ព្រមដោយខ្លួននៅមុនពេលសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា ប្រាក់បង់ឱ្យសំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀតរបស់លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់ លោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យជាបន្តទៅទៀតទេ ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោកអ្នកក៏ដោយ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀត កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់នោះនឹងបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យតាមចំនួននិងរបៀបដែលយើងបានជំរាបលោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

- ដើម្បីទទួលបានកិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែអញ្ជើញទៅកាន់សកម្មភាពដែលខ្លួនបានជំរាបលោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- បើសិនជាចំនួនប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលខ្លួនបានបង់ឱ្យនៅក្នុងពេលដែលលោកអ្នករងចាំសេចក្តីប្តឹងមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកចូលរួម លោកអ្នកអាចឈប់ទៅកាន់សកម្មភាពនោះ ។

កម្មវិធីសិក្សាអប់រំនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាជួយចំពោះឥតកម្មវិធីជាភ្នាក់ងារដែលទទួលបានប្រាក់ជំនួយ (Cal-Learn) :

- លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Cal-Learn បានទេបើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងមិនអាចធ្វើការជូនលោកអ្នកបានទេនោះ ។
- យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់នៃកម្មវិធី Cal-Learn សំរាប់តែសកម្មភាពដែលទទួលបានការយល់ព្រមឱ្យតែប៉ុណ្ណោះ ។

ព័ត៌មានដទៃទៀត

សមាជិកនៃគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពនៃកម្មវិធីមេឌី-ខាល : សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីប្រកាសនេះអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកក្នុងការទទួលបានគ្រោងការចាត់ចែងថែរក្សាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នកអាចទាក់ទងទៅកិច្ចជួយចំពោះសមាជិកនៃគ្រោងការសុខភាពរបស់លោកអ្នក បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរ ។

កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ចំពោះក្មេង និង/ឬផ្នែកពេទ្យ : ភ្នាក់ងារទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់នៅក្នុងតំបន់នឹងជួយទាមទារប្រាក់បង់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដោយមិនអស់ប្រាក់ ទោះបីជាលោកអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ ។ បើសិនជានៅក្នុងពេលឥឡូវនេះ ពួកគេទាមទារប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់សំរាប់លោកអ្នក ពួកគេនឹងបន្តកិច្ចការនេះ រហូតដល់លោកអ្នកសរសេរប្រាប់ពួកគេឱ្យឈប់ ។ ពួកគេនឹងរងប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលពួកគេទាមទារបានក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ប៉ុន្តែពួកគេនឹងទុកប្រាក់មិនបានបង់ពីមុនមកដែលបានប្រមូលដែលលោកអ្នកជំពាក់ខណ្ឌពីមុនមក ។

គំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យក្រសួងសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក នឹងផ្តល់ព័ត៌មានជូនទៅពេលដែលលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីប្តឹង ។

សំណុំរឿងនៃសេចក្តីប្តឹង : បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីប្តឹងមួយ ការិយាល័យទទួលសេចក្តីប្តឹងរដ្ឋ (State Hearing Division) នឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើលសំណុំរឿងនេះនៅមុនពេលសេចក្តីប្តឹងរបស់លោកអ្នក និងទទួលបានសេចក្តីជំនាញស្ថិតនៅលើសុខុមាលភាពយល់ច្បាស់អំពីសកម្មភាពទៅលើលោកអ្នក នៅក្នុងពេលយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលធ្វើសេចក្តីប្តឹង ។ រដ្ឋប្រហែលជាខឹងប្រគល់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកទៅឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាព (Welfare Department) និងក្រសួងសុខុមាលភាពនិងសេវាសុខភាពនៃស.រ.អា (U.S. Department of Health and Human Services) ។ (តាមច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ននានាផ្នែក 10850 និង 10950) ។

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីប្តឹង :

- សូមបំពេញទំព័រនេះ ។
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខាងនៃទំព័រនេះសំរាប់ដាក់កំណត់ហេតុរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំ ខ្លួននឹងផ្តល់សន្លឹកចម្លងនៃទំព័រនេះមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក ។
- សូមផ្ញើ ឬទូរស័ព្ទនេះទៅឱ្យ :

ឬ **ទូរស័ព្ទទៅលេខតបង់ប្រាក់ 1-800-952-5253** ឬសំរាប់លោកអ្នកដែលអន់ត្រចៀក ឬមិនអាចនិយាយបានហើយប្រើគ្រឿងប្រដាប់ TDD សូមទូរស័ព្ទ **1-800-952-8349** ។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : លោកអ្នកអាចសាកសួរអំពីសិទ្ធិទទួលបានសេចក្តីប្តឹងរបស់លោកអ្នក ឬជំនួយណែនាំផ្នែកច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទតតិកប្រាក់របស់រដ្ឋដូចបានចុះនៅខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនគិតប្រាក់នៅការិយាល័យជួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬក៏ពីសមាគមគាំទ្រសិទ្ធិអ្នកទទួលបានជំនួយសុខុមាលភាព ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសេចក្តីប្តឹងតែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬអ្នកណាម្នាក់មកជាមួយលោកអ្នក ។

ការស្នើសុំសេចក្តីប្តឹង

ខ្ញុំចង់បានសេចក្តីប្តឹងមួយដោយសារតែសកម្មភាពនៃក្រសួងសុខុមាលភាពខណ្ឌ _____ ទៅលើជំនួយរបស់ខ្ញុំ :

ប្រាក់ជំនួយ ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) ជំនួយមេឌី-ខាល ដទៃទៀត (សូមចុះ) _____

នេះគឺជាហេតុ : _____

- បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការការទន្ទេងបន្ថែម សូមគូសទៅទំនេរ និងបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ។
- ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ពីខ្ញុំ ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅពេលធ្វើសេចក្តីប្តឹងបានឡើយ ។)

ភាសាប្រាសាទសំរាប់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះលោកអ្នកដែលជំនួយត្រូវបានគេបង់សេច ឆ្នាំសំបូរ ឬបញ្ឈប់

កាលបរិច្ឆេទកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
ក្រុង	រដ្ឋ លេខប័ណ្ណកូដ
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះមនុស្សបំពេញសំណៅនេះ	លេខទូរស័ព្ទ

ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមនេះទៅដាក់ណាងរបស់ខ្ញុំនៅពេលធ្វើសេចក្តីប្តឹង ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះពិនិត្យមើលកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ ឬទៅកាន់សេចក្តីប្តឹងសំរាប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ប៉ុន្តែគេមិនអាចបកប្រែឱ្យលោកអ្នកឡើយ ។)

ឈ្មោះ: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ: _____

ក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ លេខប័ណ្ណកូដ: _____