

សេចក្តីបញ្ជាក់និងការណែនាំនៃជំនួយអតីតយុទ្ធជន

សំគាល់: សូមកុំបំពេញសំណុំនេះ លើកលែងតែបានដឹងពីការណែនាំរបស់យុទ្ធជនក្រោមនេះ :

- សេចក្តីជួយសង្គ្រោះនៃអតីតយុទ្ធជន និងការសម្រេចចិត្តលើកិច្ចការ
- សេចក្តីជួយសង្គ្រោះនៃកងទ័ព
- សេចក្តីជួយសង្គ្រោះនៃក្រុមស្នាក់នៅអតីតយុទ្ធជន

លោកអ្នកហើយនិងសមាជិកទាំងឡាយនៃក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលជាអ្នកលោកអ្នកកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំឱ្យត្រូវតែផ្តល់មតិយោបល់លើសេចក្តីជួយសង្គ្រោះ "1" លើសន្និដ្ឋានរបស់គ្រូបង្រៀនដែលបានយកមកប្រើដើម្បីកំណត់លើកាត់អាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយរបស់លោកអ្នក ហើយការមិនបានធ្វើសហការអាចជាលទ្ធផលនៃការបដិសេធ ឬកាត់បន្ថយជំនួយរបស់លោកអ្នក ។ ច្បាប់អន្តរជាតិ : ច្បាប់បញ្ញត្តិសហគមន៍លេខ 45 ផ្នែក 205.52 និងច្បាប់សុខុមាលភាពនិងស្ថាប័ននានាផ្នែក 11268(a) ។

Name and Address of County Veterans Service Office

លេខសំណុំរឿង :
លេខសំណុំរឿង (គិតបញ្ចូលទាំងលេខជំនួយផ្នែកពេទ្យ) :
លេខទូរស័ព្ទអ្នកដាក់ពាក្យ/អ្នកទទួល :
អ្នកកាន់សំណុំរឿង :
លេខទូរស័ព្ទអ្នកកាន់សំណុំរឿង :

ផ្នែកទី I ឈ្មោះអតីតយុទ្ធជន (ឈ្មោះត្រកូល ឈ្មោះខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល)		កាលបរិច្ឆេទកំណើត :	ទីកន្លែងកំណើត :	សំនៅឋាន? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាស្លាប់ : កាលបរិច្ឆេទស្លាប់ : ទីកន្លែងស្លាប់ :
អសយដ្ឋានអតីតយុទ្ធជន : (លេខ ផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្វីលីប្រូស)		តើអតីតយុទ្ធជននេះរស់នៅក្នុងផ្ទះឬ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ	លេខតាមទារនៃក្រសួងអតីតយុទ្ធជន : លេខសន្និដ្ឋានសង្គ្រោះ : លេខសំគាល់ខ្លួននៃកងទ័ព :		
សាលានៃកិច្ចការបរិវេណ :	កាលបរិច្ឆេទចូលបរិវេណ :	កាលបរិច្ឆេទឱ្យចាកចេញ :	ប្រភេទនៃការឱ្យចាកចេញ : <input type="checkbox"/> ដោយកិត្តិយស <input type="checkbox"/> ជាទូទៅ <input type="checkbox"/> ផ្នែកពេទ្យ <input type="checkbox"/> ឱ្យចាកចេញផ្សេងពីដោយកិត្តិយស <input type="checkbox"/> មិនដឹង		
ស្ថានភាពរៀបការឬនៅនៃអតីតយុទ្ធជន : <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> បានរៀបការ <input type="checkbox"/> បានលែងលះគ្នា <input type="checkbox"/> បាននៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយ/ប្តីម៉ាយ	តើអតីតយុទ្ធជននេះមិនអាចធ្វើការបានជាអចិន្ត្រៃយ៍ព្រោះតែស្ថានភាពការបរិវេណ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ		តើអតីតយុទ្ធជននេះរងគ្រោះដោយការប្រើប្រាស់ ឬជម្ងឺនៅក្នុងពេលបរិវេណដែលបណ្តាលឱ្យមានភាពពិការនៅក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះឬ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ		
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែមុនពេលកាត់កងអតីតយុទ្ធជន \$	តើមានអ្នកណានៅក្នុងផ្ទះដែលមានរយៈពេលយូរឬទេ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ បើមែន, (✓) ខាងក្រោម :	តើមានអ្នកណាដែលខ្វាក់ ឬនៅក្នុងការថែទាំក្នុងផ្ទះបានត្រូវការ នូវការបញ្ជាក់អាហារ ងូតទឹក ឬស្រ្តីកាត់សមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារឬទេ : <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ បើមែន, (✓) ខាងក្រោម :			
ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែមុនពេលកាត់កងបងប្អូនប្រពន្ធ \$	<input type="checkbox"/> អតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត	<input type="checkbox"/> អតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត			

ផ្នែកទី II ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យទាមទារ :	ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអតីតយុទ្ធជន	កាលបរិច្ឆេទកំណើត :	លេខសន្និដ្ឋានសង្គ្រោះ :	អាសយដ្ឋាន :

ផ្នែកទី III
តាមរយៈនេះ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាពឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានដូចខាងលើទៅឱ្យការិយាល័យផ្តល់កិច្ចជួយចំពោះអតីតយុទ្ធជនទណ្ឌ និងក្រសួងអតីតយុទ្ធជនសំរាប់គោលបំណងនៃការសំគាល់ខ្លួន ឬទទួលបានជំនួយដែលអាចផ្តល់ឱ្យចំពោះមនុស្សដូចបានបង្ហាញនៅខាងលើ ។ ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យការិយាល័យផ្តល់កិច្ចជួយចំពោះអតីតយុទ្ធជនទណ្ឌ និងក្រសួងអតីតយុទ្ធជនឱ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលពួកគេបានរកឃើញផងដែរ (ដូចដែលបានបង្ហាញនៅខាងក្រោម) ។

ហត្ថលេខា(ឬគន្លឹះសំគាល់)នៃអតីតយុទ្ធជន/អ្នកនៅក្នុងបន្តក :	កាលបរិច្ឆេទ :	ហត្ថលេខាសាក្សីទៅលើគន្លឹះសំគាល់ :	កាលបរិច្ឆេទ :

ផ្នែកទី IV (ត្រូវបានបំពេញដោយក្រសួងសុខុមាលភាពទណ្ឌ និងការិយាល័យផ្តល់កិច្ចជួយចំពោះអតីតយុទ្ធជនទណ្ឌ)

The County Welfare Department requests the County Veterans Service Office to:

<input type="checkbox"/> Verify any VA benefits received by the veteran and/or dependent(s):	<input type="checkbox"/> Determine veteran/dependent's eligibility for veteran's benefits:																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>1-Veteran</th> <th>2-Claimant</th> <th>3-Claimant</th> <th>4-Claimant</th> </tr> <tr> <td>Monthly Benefit</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>Beginning Date (Month/Day/Year)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ending Date (Month/Day/Year)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lump Sum Payment (Past 6 Months)</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>		1-Veteran	2-Claimant	3-Claimant	4-Claimant	Monthly Benefit	\$	\$	\$	\$	Beginning Date (Month/Day/Year)					Ending Date (Month/Day/Year)					Lump Sum Payment (Past 6 Months)	\$	\$	\$	\$	<input checked="" type="checkbox"/> If monthly benefit is paid, <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Compensation</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Eligibility status:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pension</td> <td><input type="checkbox"/> No basic eligibility</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other (see remarks)</td> <td><input type="checkbox"/> Claim initiated</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Includes A & A benefits of \$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> Claim being reviewed</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Claim denied</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Compensation	<input checked="" type="checkbox"/> Eligibility status:	<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> No basic eligibility	<input type="checkbox"/> Other (see remarks)	<input type="checkbox"/> Claim initiated	<input type="checkbox"/> Includes A & A benefits of \$ _____	<input type="checkbox"/> Claim being reviewed		<input type="checkbox"/> Claim denied
	1-Veteran	2-Claimant	3-Claimant	4-Claimant																																
Monthly Benefit	\$	\$	\$	\$																																
Beginning Date (Month/Day/Year)																																				
Ending Date (Month/Day/Year)																																				
Lump Sum Payment (Past 6 Months)	\$	\$	\$	\$																																
<input type="checkbox"/> Compensation	<input checked="" type="checkbox"/> Eligibility status:																																			
<input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> No basic eligibility																																			
<input type="checkbox"/> Other (see remarks)	<input type="checkbox"/> Claim initiated																																			
<input type="checkbox"/> Includes A & A benefits of \$ _____	<input type="checkbox"/> Claim being reviewed																																			
	<input type="checkbox"/> Claim denied																																			
REMARKS: (For official use only)																																				

Name and Address of County Human Services Office

CVSO REPRESENTATIVE: (PRINT)	PHONE #:	DATE:
------------------------------	----------	-------