STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

សេចក្តីសំរេច-ការបដិសេធ

(ADDRESSEE)

កាលបរិច្ចេទសេចក្តីប្រកាសសំណុំរឿង	:	_____
ឈ្មោះ	:	_____
លេខ		_____
អ្នកកាន់សំណុំរឿង		
ឈ្មោះ	:	_____
លេខ	:	_____
ទូរស័ព្ទ	:	_____
អាសយដ្ឋាន	:	_____
		_____
		_____

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ។

សេចក្តីបំភ្លឺពីផ្លូ : បើលោកអ្នកគិតថាសេចក្តីសំរេចនេះខុស លោកអ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺមួយ ។ នៅខាងខ្នងនៃទំព័រនេះមានប្រាប់អំពីរបៀប ។ ជំនួយរបស់លោកអ្នកអាចមិនបានផ្លាស់ប្តូរ បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺនៅមុនពេលសេចក្តីសំរេចនេះអនុវត្ត ។

ខណ្ឌបានបដិសេធពាក្យដាក់សុំប្រាក់ជំនួយសំរាប់ភាពជាសាច់ញាតិ-ភាពជាអ្នកអាណាព្យាបាល (Kin-GAP) របស់លោកអ្នក ចុះកាលបរិច្ឆេទនៅ _____ ។

នេះគឺជាហេតុ :

លោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលជំនួយ Kin-GAP សំរាប់មូលហេតុមួយឬច្រើនយ៉ាងដូចតទៅនេះ :

- ☐ ក្មេងដែលលោកអ្នកថែរក្សាមានអាយុច្រើនជាង១៨ឆ្នាំ ។
- ☐ ក្មេងមិនបានរស់នៅជាមួយលោកអ្នកសំរាប់ពេលយ៉ាងតិចណាស់១២ខែ ។
- ☐ ភាពជាអ្នកអាណាព្យាបាលពេញច្បាប់មិនទាន់បានបង្កើតឡើងសំរាប់ក្មេងនេះនៅឡើយទេ ។
- ☐ ភាពនៅក្នុងបន្ទុកនៃតុលាការសំរាប់ក្មេងដ៏ទង់មិនទាន់បានបញ្ឈប់នៅឡើយទេ ។
- ☐ ក្មេងមានប្រាក់ចំណូលច្រើនហួស ។
- ☐ ក្មេងមានទ្រព្យសម្បត្តិច្រើនហួសលើសកម្រិត ។ សូមមើលសន្លឹកក្រដាសភ្ជាប់ជាមួយនេះ ។
  - ☐ បើសិនជាខណ្ឌបានគិតថាតម្លៃនៃរថយន្ត ឬយានយន្តដទៃទៀតរបស់ក្មេងមានតម្លៃច្រើនជាងចំនួនដែលលោកអ្នកគិតថារថយន្តនោះមានតម្លៃ លោកអ្នកអាចផ្តល់ទៅឲ្យខណ្ឌនូវភស្តុតាងថា រថយន្តនោះមានតម្លៃតិចជាង ។ សូមសួរខណ្ឌអំពីរបៀប ។ បើ សិនជាលោកអ្នកអាចបង្ហាញភស្តុតាងថារថយន្តនោះមានតម្លៃតិចជាង ក្មេងប្រហែលជាអាចទទួលប្រាក់ជំនួយ Kin-GAP ។
- ☐ ដទៃទៀត _____ ។

INSTRUCTIONS: Use to deny Kin-GAP when there is no eligible child in the home. In the action line, enter the date of application.