

ខ្លឹមសារនៃលិខិត : _____
ឈ្មោះសំណុំរៀង : _____
លេខសំណុំរៀង : _____
ឈ្មោះបុគ្គលិក : _____
លេខបុគ្គលិក : _____
លេខទូរស័ព្ទ : _____
តេឡិក្រាម : _____
ព័ត៌មាន 24 ម៉ោង : _____
អាសយដ្ឋាន : _____

មានសំណួរឬទេ? សូមសួរបុគ្គលិករបស់អ្នក ឬទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

វដ្តសវនាការ : បើអ្នកគិតថាការសម្រេចនេះមិនត្រឹមត្រូវទេ អ្នកអាចស្នើសុំធ្វើសវនាការបាន។ នៅខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបធ្វើ។ បើសិនអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនាការ នៅមុន ពេលការសម្រេចនេះចាប់ផ្តើម អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក មិនអាច នឹងបានផ្លាស់ប្តូរទេ។

នៅពេលអ្នកបានបើកប្រាក់រៀងរាល់អាទិត្យ ឬរាល់ពីរអាទិត្យម្តង នៅខាង ក្រោមនេះគឺជារបៀបដែលយើងគិត អំពីប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក :

ជាដំបូង យើងបូកប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងខែ និងចែក ដោយចំនួនសរុបទាំងអស់ នៃចំនួនការបើកប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបាន។ បន្ទាប់ មកទៀត យើងគុណចំនួនមធ្យមនៃការបើកប្រាក់ក្នុងមួយខែ។

- បើអ្នកបានបើកប្រាក់រៀងរាល់អាទិត្យ អ្នកអាចនឹងបានបើកប្រាក់ 4 ឬ 5 ដង ក្នុងមួយខែ។ 4.33 គឺជាចំនួនមធ្យមនៃការបើកប្រាក់ ក្នុងមួយខែ។
• បើអ្នកបានបើកប្រាក់រៀងរាល់ពីរអាទិត្យម្តង អ្នកអាចនឹងបានបើក ប្រាក់ 2 ឬ 3 ដង ក្នុងមួយខែ។ 2.167 គឺជាចំនួនមធ្យមនៃការ បើកប្រាក់ ក្នុងមួយខែ។

នេះគឺជាព័ត៌មានសំរាប់អ្នក :

Table with 2 columns: Description and Amount. Rows include: ប្រាក់ចំណូល បានរាយការណ៍, សរុបទាំងអស់ បានរាយការណ៍, ចំនួននៃការបើកប្រាក់ បានរាយការណ៍, ចំនួនប្រចាំអាទិត្យ, បានគុណដោយ, ចំនួនប្រចាំខែ.

ចំនួន Cash Aid ប្រចាំខែ

Table for Cash Aid calculation (Part A). Rows include: 1. សរុបទាំងអស់ ទូរគ្រប់គ្រងចំណូលពីមុនរបស់ខ្លួន, 2. ការចំណាយ នៃមុខរបរខ្លួន, 3. ប្រាក់ចំណូលទូទាត់រួច ចេញពីមុខរបរខ្លួន, 4. សរុបទាំងអស់ ទូរគ្រប់គ្រងចំណូលឥតរកបានតាមភាពពិការ (DBI), 5. \$225 DBI ជាមោឃៈ (បើ #4 មិនមាន \$225), 6. ប្រាក់ចំណូលឥតរកបានតាមភាពពិការ មិនលើកលែង, 7. DBI ជាមោឃៈ មិនបានប្រើ, 8. ប្រាក់ចំណូលទូទាត់រួច ចេញពីមុខរបរខ្លួន (មកពីខាងលើ), 9. សរុបទាំងអស់ ទូរគ្រប់គ្រងចំណូលរកបានផ្សេងទៀត, 10. ចំនួន \$225 មិនបានប្រើ (មកពី #7), 11. សរុប, 12. ប្រាក់ចំណូលរកបានជាមោឃៈ 50%, 13. សរុប, 14. ប្រាក់ចំណូលឥតរកបានតាមភាពពិការ មិនលើកលែង (មកពី #6), 15. សរុប, 16. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត មិនលើកលែង (ក្រុមជំនួយ + ក្រុមសមាជិកគ្មានជំនួយ).

ផ្នែក B1 Cash Aid របស់អ្នក នៃខែ

Table for Cash Aid calculation (Part B1). Rows include: 1. ជំនួយជាអតិបរិមា មនុស្ស ២ ភាគី (ក្រុមជំនួយ + ក្រុមសមាជិកគ្មានជំនួយ), 2. សេចក្តីផ្តន្ទាទារពិសេស (ក្រុមជំនួយ + ក្រុមសមាជិកគ្មានជំនួយ), 3. ប្រាក់ចំណូលទូទាត់រួចអាចរាប់បាន មកពីផ្នែក A (ខាងលើ), 4. សរុប, 5. ជំនួយជាអតិបរិមា មនុស្ស ២ ភាគី (តែក្រុមជំនួយ) (មិនរាប់បញ្ចូល MFG ឬ មនុស្សបានទទួលពិន័យ), 6. សេចក្តីផ្តន្ទាទារពិសេស (តែក្រុមជំនួយ), 7. សរុប ជំនួយជាអតិបរិមា, 8. សរុប ជំនួយពេញខែ (មិនទាបបំផុតនៅលើបន្ទាត់ទី 4 ឬ 7), 9. បន្ទាត់ទី 8 បានលើកលែងចំនួន សំរាប់ផ្នែកនៃខែ, 10. ការសំរេចសំរួល : 25% នៃពិន័យប្រាក់បញ្ញើបុគ្គលិក (ពិន័យផ្សេងៗទៀត ការបើកប្រាក់លើស ប្រាក់បន្ថែមសំរាប់សាលា (\$100 ឬ \$500)), 11. ចំនួន Cash Aid ប្រចាំខែ (បន្ទាត់ទី 8 ឬ 9 បានសំរេចសំរួល), 12. ចំនួន Cash Aid បច្ចុប្បន្ន (បើចំនួននេះមានច្រើន ជាង #11 សម័យ Cash Aid របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ).

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ បើសិនជាលោកអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសកម្មភាពណាមួយរបស់ខ្លួន ។ លោកអ្នកមានពេលវេលា ១០ ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ មួយ ។ ចំនួន ១០ ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលដែលខ្លួនបានប្រគល់ ឬស្នើសេចក្តីប្រកាសនេះទៅជូនលោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនមូលហេតុសមរម្យដែលបណ្តាលឱ្យលោកអ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់នៅក្នុងពេល ១០ ថ្ងៃ លោកអ្នកអាចនៅតែអាចសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។ បើសិនជាលោកអ្នកផ្តល់មូលហេតុសមរម្យ សេចក្តីបិទបញ្ចប់អាចត្រូវបានធ្វើការណាត់ជួប ។

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់នៅមុនពេលសកម្មភាពទៅលើប្រាក់ជំនួយ ជំនួយមេឌី-ខាល ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងក្នុងចាប់ផ្តើមឡើង :

- ប្រាក់ជំនួយ និងជំនួយមេឌី-ខាលរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែលនៅក្នុងពេលលោកអ្នកដាក់សេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។
- កិច្ចថែរក្សាក្មេងរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល នៅក្នុងពេលលោកអ្នកដាក់សេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។
- ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) របស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល រហូតទាល់តែពេលធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ឬរហូតទាល់តែកំឡុងពេលបញ្ចប់នៃការទទួលបានជំនួយរបស់លោកអ្នក យករយៈពេលណាមួយដែលជាប់ជាង ។ ។

បើសិនជាសេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកបិទបញ្ចប់ យើងត្រូវត្រូវ លោកអ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវប្រាក់ជំនួយ ជំនួយ CalFresh (បណ្តុំទិញម្ហូប) ឬកិច្ចថែរក្សាក្មេងណាដែលលោកអ្នកបានទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬបញ្ឈប់ជំនួយ របស់លោកអ្នកនៅមុនពេលសេចក្តីបិទបញ្ចប់ សូមគូសប្រអប់នៅខាងក្រោម :

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

នៅក្នុងពេលលោកអ្នកដាក់សេចក្តីសុំរបស់លោកអ្នកនឹងមានសេចក្តីបិទបញ្ចប់ :
កម្មវិធីជួយឱ្យចេញពីជំនួយសុខុមាលភាពទៅធ្វើការ (Welfare to Work) :

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីនេះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលបានប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្មេងសំរាប់ការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពណាដែលបានទទួលយល់ព្រមដោយខ្លួននៅមុនពេលសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា ប្រាក់បង់ឱ្យសំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀតរបស់លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់ លោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យជាបន្តទៅទៀតទេ ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោកអ្នកក៏ដោយ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដទៃទៀត កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់នោះនឹងបានទទួលប្រាក់បង់ឱ្យតាមចំនួននិងរបៀបដែលយើងបានជំរាបលោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

- ដើម្បីទទួលបានកិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែអញ្ជើញទៅកាន់សកម្មភាពដែលខ្លួនបានជំរាបលោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- បើសិនជាចំនួនប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចជួយផ្គត់ផ្គង់ដែលខ្លួនបានបង់ឱ្យនៅក្នុងពេលដែលលោកអ្នកដាក់សេចក្តីបិទបញ្ចប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកចូលរួម លោកអ្នកអាចឈប់ទៅកាន់សកម្មភាពនោះ ។

កម្មវិធីសិក្សាអប់រំនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាជួយចំពោះឥរិយាបថក្មេងជំនង់ដែលទទួលបានប្រាក់ជំនួយ (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 នឹងផ្តល់ព័ត៌មានជូនទៅពេលដែលលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។

សំណុំរឿងនៃសេចក្តីបិទបញ្ចប់ : បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ការិយាល័យទទួលសេចក្តីបិទបញ្ចប់ (State Hearing Division) នឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើលសំណុំរឿងនេះនៅមុនពេលសេចក្តីបិទបញ្ចប់របស់លោកអ្នក និងទទួលបានសេចក្តីជំនាញពីស្ថានភាពរបស់ខ្លួនណាមួយលក្ខណៈអក្សរទៅលើករណីរបស់លោកអ្នក នៅក្នុងពេលយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។ រដ្ឋប្រហែលជាខឹងប្រគល់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកទៅឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាព (Welfare Department) និងក្រសួងសុខុមាលភាពនិងមនុស្សភាពនៃស.រ.អា (U.S. Department of Health and Human Services) ។ (តាមច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ននានាផ្នែក 10850 និង 10950) ។

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់ :

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

ឬ

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

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : លោកអ្នកអាចសាកសួរអំពីសិទ្ធិទទួលបានសេចក្តីបិទបញ្ចប់របស់លោកអ្នក ឬជំនួយណាដែលផ្អែកច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទតតិកប្រាក់របស់រដ្ឋដូចបានចុះនៅខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនគិតប្រាក់នៅការិយាល័យជួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬក៏ពីសមាគមគាំទ្រសិទ្ធិអ្នកទទួលបានជំនួយសុខុមាលភាព ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់តែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភក្តិ ឬអ្នកណាម្នាក់មកជាមួយលោកអ្នក ។

ការស្នើសុំសេចក្តីបិទបញ្ចប់

ខ្ញុំចង់បានសេចក្តីបិទបញ្ចប់ដោយសារតែសកម្មភាពនៃក្រសួងសុខុមាលភាពខណ្ឌ _____ ទៅលើជំនួយរបស់ខ្ញុំ :

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

នេះគឺជាហេតុ : _____

- បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមគូសទៅទីនេះ និងបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ។
- ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ពីខ្ញុំ ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅពេលធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់បានឡើយ ។)

ភាសាប្រាសាទសំរាប់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះលោកអ្នកដែលជំនួយត្រូវបានគេបង់សេចក្តី ឆ្នាំសំបូរ ឬបញ្ឈប់

កាលបរិច្ឆេទកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
ក្រុង	រដ្ឋ លេខប័ណ្ណបក្ស
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះមនុស្សបំពេញសំណៅនេះ	លេខទូរស័ព្ទ

ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមនេះទៅជាតំណាងរបស់ខ្ញុំនៅពេលធ្វើសេចក្តីបិទបញ្ចប់ ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះពិនិត្យមើលកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ ឬទៅកាន់សេចក្តីបិទបញ្ចប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ប៉ុន្តែគេមិនអាចបកប្រែឱ្យលោកអ្នកឡើយ ។)

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
ក្រុង	រដ្ឋ លេខប័ណ្ណបក្ស