

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖ _____
 ឈ្មោះសិល្បៈ ៖ _____
 លេខសំណុំរៀង ៖ _____
 ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ ៖ _____
 លេខអ្នកធ្វើការ ៖ _____
 ទូរស័ព្ទ ៖ _____
 អាសយដ្ឋាន ៖ _____

(ADDRESSEE)

┌

 └

សំនួរ? សួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

សវនាការរដ្ឋ ៖ បើសិនជាអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស អ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការមួយបាន ។ ជំនួយរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនមានប្រែប្រួលទេ បើសិនជាអ្នកសុំធ្វើសវនាការ មុនពេលសកម្មភាពនេះកើតឡើង ។ បើសិនជាអ្នក និងខោនធីមិនយល់ស្របគ្នា ឬបើសិនជាអ្នក មិនព្រួយបារម្ភអំពីអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក សូមកុំរង់ចាំក្នុងការស្នើសុំធ្វើសវនាការ ។ អ្នកត្រូវតែសុំធ្វើសវនាការមុនចំនួនថ្ងៃដែលបានកំណត់ ។ សូមអានព័ត៌មានខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ សំរាប់ព័ត៌មានច្រើនថែមទៀត និងដើម្បីស្វែងយល់ ពីរបៀបសុំធ្វើសវនាការ ។

_____ ចាប់ពី _____
 យើងយកអ្នកចេញពីកម្មវិធី Welfare-to-Work ។

យើងនឹងមិនប្តូរចំនួនប្រាក់ជំនួយរបស់អ្នកទេ ។

យើង បាន យក អ្នក ចេញ ពី កម្មវិធី Welfare-to-Work ពី ព្រោះ អ្នក មិន មាន មូលហេតុ គួរ ណា មួយ ក្នុង ការ ធ្វើ អ្វី ដែល អ្នក បាន យល់ ព្រម ធ្វើ ក្នុង ការ អនុវត្ត តាម ផែនការ ដែល អ្នក បាន ចុះ ហត្ថលេខា ។ អ្នក បាន យល់ ព្រម ធ្វើ ៖ _____

យើង នឹង មិន បង់ ថ្លៃ សំរាប់ ការ ដឹក នាំ តាម យាន ជំនិះ ឬ ការ ចំណាយ លើ ការ ហ្វឹក ហ្វឺន ទាក់ ទង នឹង ការ ងារ ខណៈ ពេល ដែល អ្នក ឈប់ ទទួល ជំនួយ ប្រាក់ ។ យើង ប្រហែល អាច បង់ ថ្លៃ សំរាប់ ការ មើល ថែ ទាំ ទារក បើសិន ជា អ្នក ធ្វើ ការ ឬ ចូល រៀន ។

អ្នក ប្រហែល អាច ចូល ក្នុង កម្មវិធី Welfare-to-Work ជា ថ្មី ម្តង ទៀត នៅ ថ្ងៃ ក្រោយ ។ ដើម្បី ស្វែង យល់ តើ ពេល ណា អ្នក អាច ចូល រួម ក្នុង កម្មវិធី នេះ ទៀត ហើយ តើ អ្នក ត្រូវ ចាំ បាច់ ធ្វើ អ្វី សូម ទាក់ ទង មក អ្នក ធ្វើ ការ ក្នុង កម្មវិធី Welfare-to-Work របស់ អ្នក តាម លេខ ទូរស័ព្ទ មាន ចុះ នៅ ខាង ក្រោម ។

ឈ្មោះ អ្នក ធ្វើ ការ ក្នុង កម្មវិធី Welfare-to-Work ៖ _____

លេខ ទូរស័ព្ទ ៖ _____

កម្មវិធី CalFresh ៖ បើ សិន ជា ខក ខាន មិន ធ្វើ តាម ការ គំរូ របស់ កម្មវិធី Welfare-to-Work ក៏ បណ្តាល ឲ្យ មាន ការ ដាក់ ទណ្ឌ កម្មវិធី CalFresh អ្នក ប្រហែល មិន អាច ទទួល ជំនួយ CalFresh ដែរ ។ បើ សិន ជា មាន ការ ដាក់ ទណ្ឌ កម្មវិធី CalFresh អ្នក នឹង ទទួល សេចក្តី ជូន ដំណឹង មួយ ដោយ ឡែក ប្រាប់ អ្នក ពី រយៈពេល ដែល ជំនួយ ពី កម្មវិធី CalFresh របស់ អ្នក នឹង ត្រូវ ឈប់ ។

កម្មវិធី Medi-Cal ៖ សេចក្តី ជូន ដំណឹង នេះ មិន មាន ផ្លាស់ ប្តូរ ឬ បញ្ឈប់ ជំនួយ ពី កម្មវិធី Medi-Cal របស់ អ្នក ទេ ។ **រក្សា កាតព្វកិច្ច (ច្រើន) ជា អត្តសញ្ញាណសំគាល់ ជំនួយ របស់ អ្នក ។**

វិធាន ៖ វិធាន ទាំង ឡាយ ខាង ក្រោម នេះ ត្រូវ អនុវត្ត ៖ CalWORKs MPP § 42-712 (ការ លើក លែង); 42-713 (មូលហេតុ គួរ); 42-721 (ការ មិន ប្រតិបត្តិ តាម និង មូលហេតុ គួរ) ។ CalFresh MPP § 63-407.521 ។ អ្នក អាច ពិនិត្យ វិធាន ទាំង នោះ តាម ការិយាល័យ ដែល វិញ របស់ អ្នក ។

តើ អ្នក ត្រូវ ការ ជំនួយ ផ្នែក ច្បាប់ ដោយ ឥត យក ថ្លៃ ឈ្នួល ឬ ទេ? អ្នក អាច ទទួល ជំនួយ ដោយ ឥត យក ថ្លៃ ឈ្នួល អំពី បញ្ហា នេះ ពី ៖

ការិយាល័យ ជំនួយ ផ្នែក ច្បាប់ តាម មូលដ្ឋាន ៖ ()

អង្គការ សិទ្ធិ រ៉េលីហ្វ រដ្ឋ ៖ ()

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឲ្យអ្នក 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។ ដើម្បីប្រាប់ឲ្យយើងបន្ទាប 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 ឲ្យទៅចូលរួម។
- បើចំនួននៃសេវាការគាំទ្រ ដែលខោនធីបង់ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការ មិន គ្រប់គ្រាន់អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកទៅចូលរួម 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 លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឲ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឲ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលជំពាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ 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 សំរាប់អ្នកត្រចៀកក្នុង ឬអន់សំដី 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។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកខ្ញុំ ឬអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្លាស់ប្តូរ ឬ បានបញ្ឈប់

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ
------------------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ

ហត្ថលេខា ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ លេខទូរស័ព្ទ

- ខ្ញុំចង់ឲ្យមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅពេលធ្វើសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សនេះ មើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ទៅធ្វើសវនាការជំនួសខ្ញុំ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬញាតិសន្តាន ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែសំរាប់អ្នកបានឡើយ)។

ឈ្មោះ លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ