

# សេចក្តីជូនដំណឹងពីកម្មវិធី CALFRESH នៃការបដិសេធ/ ការអស់គុណសម្បត្តិ សំរាប់កម្មវិធី ជំនួយចំណីអាហាររដ្ឋ CALIFORNIA

ខោនធីនៃ

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

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖ \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះ ៖ \_\_\_\_\_  
 សំណុំរៀង ៖ \_\_\_\_\_  
 លេខសំណុំរៀង ៖ \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះ ៖ \_\_\_\_\_  
 អ្នកធ្វើការ ៖ \_\_\_\_\_  
 លេខអ្នកធ្វើការ ៖ \_\_\_\_\_  
 ទូរស័ព្ទ ៖ \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋាន ៖ \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

សំនួរ? សួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

**សវនាការរដ្ឋ ៖ បើសិនជាអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស  
អ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការមួយបាន ។ ព័ត៌មានខាងខ្នងនៃទំ  
ព័រនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបសុំធ្វើសវនាការ ។ ជំនួយរបស់អ្នក  
ប្រហែលជាមិនមានប្រែប្រួលទេ បើសិនជាអ្នកសុំធ្វើសវនាការ  
មុនពេលសកម្មភាពនេះកើតឡើង ។**

ខោនធីបានធ្វើសកម្មភាពដូចខាងក្រោមនេះពីព្រោះ៖ \_\_\_\_\_ មិនបានធ្វើតាមវិធានការងាររបស់កម្មវិធី CalFresh សំរាប់កម្មវិធីជំនួយ

ចំណីអាហាររដ្ឋ California (CFAP) ។

ចាប់ពី \_\_\_\_\_ ,

- \_\_\_\_\_ ត្រូវបានបដិសេធទទួលជំនួយកម្មវិធី CalFresh ។
- \_\_\_\_\_ ត្រូវអស់គុណសម្បត្តិទទួលជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ។
- ចំនួននៃជំនួយរបស់ក្រុមគ្រួសារអ្នកពីកម្មវិធី CalFresh នឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរពី \_\_\_\_\_ ទៅ \_\_\_\_\_ ។
- ផ្សេងៗទៀត \_\_\_\_\_

ដើម្បីឲ្យបានទទួលជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ជាថ្មីម្តងទៀត \_\_\_\_\_ ត្រូវតែមានលក្ខណសម្បត្តិ ។ ដើម្បីឲ្យមានលក្ខណសម្បត្តិ ជននោះត្រូវតែ ៖

- មានការលើកលែងពីវិធានការងារកម្មវិធី CFAP, ឬ
  - ធ្វើសកម្មភាពដើម្បីបញ្ចប់នៃការអស់គុណសម្បត្តិ ឬការបដិសេធ ។
  - អ្នកអាចធ្វើសកម្មភាពនៅពេលណាក៏បានដែរដើម្បីបញ្ចប់ការអស់គុណសម្បត្តិនេះ ។
  - អ្នកអាចធ្វើសកម្មភាពតែក្រោយ \_\_\_\_\_ ដើម្បីបញ្ចប់ការអស់គុណសម្បត្តិនេះ ។
- អ្នកអាចបញ្ចប់ការអស់គុណសម្បត្តិនេះនៅពេលណាក៏បានដែរ បើសិនជាអ្នកទទួលបានការលើកលែងពីវិធានការងារ ។

បើសិនជាប្រាកដអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត អ្នកនឹងទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងមួយដោយឡែកផ្សេងទៀត ។

ហេតុអ្វីបានជាជំនួយពីកម្មវិធី CALFRESH ត្រូវបានបញ្ឈប់ឬបដិសេធ	របៀបទទួលជំនួយពីកម្មវិធី CALFRESH
<input type="checkbox"/> មិនបានរក្សាការណាត់ជួប/ មិនបានផ្តល់ព័ត៌មានដែលយើងបានសុំឲ្យផ្តល់ ។	ទូរស័ព្ទមកយើង/ ផ្តល់ព័ត៌មានមកឲ្យយើង ។
<input type="checkbox"/> មិនបានទៅធ្វើការងារមួយ ។	ទៅធ្វើការងារសិនជានៅមាននៅឡើយទៅការងារផ្សេងទៀតពេលណាយើងបានបញ្ជូនអ្នកទៅ
<input type="checkbox"/> មិនទទួលយកការងារមួយ ។	ទទួលយកការងារ បើសិនជានៅមាន ឬរកការងារផ្សេងទៀត ។ ការងារផ្សេងទៀតត្រូវតែ យ៉ាងតិចណាស់ 30 ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬប្រាក់ការងារក្នុងមួយអាទិត្យយ៉ាងតិចចំនួន៖ • ការងារដែលអ្នកប្រកែកមិនទទួល ឬ • ប្រាក់ឈ្នួលការងារអប្បបរមារបស់សហព័ន្ធ គុណនឹង 30 ។
<input type="checkbox"/> បានប្តូរចំនួនម៉ោងធ្វើការទៅតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ។	បង្កើនចំនួនម៉ោងបានធ្វើការទៅយ៉ាងហោចណាស់ 30 ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ។
<input type="checkbox"/> បោះបង់ចោលការងារមួយ ។	ទទួលយកការងារនោះវិញបើសិនជានៅថ្ងៃក្រោយឬរកការងារផ្សេងទៀតដែលយ៉ាងហោ ចណាស់ប្រាក់ឈ្នួល ឬចំនួនម៉ោង ដូចគ្នានឹងការងារដែលអ្នកបានបោះបង់ចោល ។
<input type="checkbox"/> មិនមានជួបតាមតម្រូវការនៃវិធានការងារកម្មវិធី welfare-to-work កម្មវិធីឌីកាសរកការងារ និងការទទួលខុសត្រូវចំពោះកុមារនៃរដ្ឋ California [California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs)] ។	ចាប់ផ្តើមធ្វើឲ្យជួបតាមតម្រូវការរបស់វិធាននានា ។
<input type="checkbox"/> មិនបានអញ្ជើញទៅតាមការចាត់តាំងសំរាប់ការស្វែងរកការងារ ទៅសាលា ឬប្រឹក្សានៃការងារដែលយើងបានបញ្ជូនអ្នកមក ។	ចាប់ផ្តើមធ្វើកិច្ចការដែលយើងបានឲ្យអ្នកធ្វើ ។ ទូរស័ព្ទមកយើង ឬមកជួបយើង ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ។
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត ។	

ជនដែលមានរាយឈ្មោះខាងលើ ក៏ប្រហែលត្រូវការឲ្យជួបតាមតម្រូវការវិធានការងាររបស់កម្មវិធីមិនមែនជំនួយ CFAP (Non-Assistance CFAP) ។ បើសិនជាជននោះមិនមានលក្ខណសម្បត្តិ  
សំរាប់កម្មវិធី CalFresh ពីព្រោះគេមិនបានជួបតាមតម្រូវការនៃវិធាននោះសំរាប់ឲ្យមានចំនួនខែគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការរក្សាទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh លិខិតជូនដំណឹងមួយផ្សេងទៀតនឹងត្រូវផ្ញើទៅ  
ប្រាប់នូវអ្វីដែលគេត្រូវធ្វើដើម្បីឲ្យបានទទួលជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ជាថ្មីទៀត ។

វិធាន ៖ វិធានទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវអនុវត្ត ។ អ្នកអាចពិនិត្យវិធានទាំងនោះតាមការិយាល័យដែលប្តូររបស់អ្នក ។  
 MPP  63-407  63-408  63-410  W&IC 18932(a)  គ្រប់លិខិតពីខោនធី 99-78  ផ្សេងៗទៀត \_\_\_\_\_

# សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឱ្យអ្នក 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។ ដើម្បីប្រាប់ឱ្យយើងបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក នៅមុនពេលសវនាការ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោម :

បាទ/ចាស សូមបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់ :  Cash Aid  CalFresh  ការថែទាំកូន

ក្នុងខណៈរង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការសំរាប់ :

រំលងហ្វែរ-ទៅ-ធ្វើការ :

អ្នកមិនបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានប្រាក់ថ្លៃថែទាំកូន សំរាប់ការធ្វើការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពដែលខោនធី បានយល់ព្រម នៅមុនពេលផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងនេះ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាប្រាក់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់ អ្នកនឹងមិន ទទួលបានប្រាក់អ្វីទៀតឡើយ សូម្បីតែបើអ្នកទៅធ្វើសកម្មភាពរបស់អ្នក ក៏ដោយ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ថ្លៃនោះនឹងបាន បង់តាមចំនួន និងក្នុងរបៀបដែលយើងបានប្រាប់អ្នក នៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាការគាំទ្រទាំងនោះ អ្នកត្រូវទៅធ្វើសកម្មភាព ដែលខោនធីបានប្រាប់អ្នក ឱ្យទៅចូលរួម។
- បើចំនួននៃសេវាការគាំទ្រ ដែលខោនធីបង់ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការ មិន គ្រប់គ្រាន់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទៅចូលរួម 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 ឱ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឱ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលជំពាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្វែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៃគោលដៅរបស់ខោនធី ទៅលើរឿងក្តីរបស់អ្នក យ៉ាងហោចបំផុតចំនួនពីរថ្ងៃ មុនពេលធ្វើសវនាការ។ រដ្ឋអាចនឹងចូលរួមសំណុំរឿងសវនាការរបស់អ្នក ទៅក្រសួងរំលងហ្វែរ និងក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្ស និងកសិកម្ម។ (W&I ព្រហ្មទណ្ឌវគ្គ 10850 និង 10950)។

# ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

- បំពេញទំព័រនេះ។
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ សំរាប់ដាក់ណាត់ត្រារបស់អ្នក។ បើអ្នកស្នើ សុំ បុគ្គលិករបស់អ្នកនឹងទទួលបានសំណេរនៃទំព័រនេះ។
- ផ្ញើ ឬ យកទំព័រនេះទៅ :

- ឬ
- ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ : 1-800-952-5253 ឬ សំរាប់អ្នកក្រចៀកគ្រាន់ ឬអន់សំដី ដែលប្រើ TDD តាមលេខ 1-800-952-8349។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិនៃសវនាការរបស់អ្នក ឬសំរាប់ការបញ្ជូនទៅជំនួយខាង ច្បាប់ តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់រដ្ឋ ដែលមានចុះរាយនៅខាងលើ។ អ្នកអាចនឹងទទួល បានជំនួយខាងច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ នៅការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់ ឬសិទ្ធិរំលងហ្វែរ នៅតាម មូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

បើអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសវនាការតែម្នាក់ឯង អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិ ឬជនណាម្នាក់មកជាមួយអ្នកបាន។

## សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់ធ្វើសវនាការ ដោយព្រោះការសម្រេចដោយក្រសួងរំលងហ្វែរនៃខោនធី អំពីជំនួយរបស់ខ្ញុំ នៅខាងក្រោម :

Cash Aid  CalFresh  Medi-Cal  បញ្ជី (ផ្សេងទៀត) \_\_\_\_\_

នេះគឺជាមូលហេតុ : \_\_\_\_\_

- សូមគូសប្រអប់នេះ និងបន្ថែមទំព័រមួយទៀត បើអ្នកត្រូវការការនឹងសរសេរថែមទៀត។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកផ្តល់មកខ្ញុំ នូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្តល់ប្តី ឬ បានបញ្ឈប់

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

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ

ហត្ថលេខា ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ លេខទូរស័ព្ទ

- ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅពេលធ្វើសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះ មើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ទៅធ្វើសវនាការជំនួសខ្ញុំ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬញាតិសន្តាន ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែសំរាប់អ្នកបានឡើយ)។

ឈ្មោះ លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ