

# ការដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ CALFRESH , កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ , និង/ឬ កម្មវិធីថែទាំសុខភាព/MEDI-CAL

ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការ ឬត្រូវការជំនួយចំពោះការដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមប្រាប់ឲ្យក្រសួងសុខាភិបាលខោនធី (County) ដឹងហើយគេនឹងជួយលោកអ្នកបាន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់និយាយអាន ឬសរសេរជាភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស County នឹងឲ្យអ្នកណាម្នាក់ជួយលោកអ្នកដោយមិនឲ្យលោកអ្នកបង់ចំណាយអ្វីទេ។

### តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យតាមវិធីណា?

ប្រើពាក្យសុំនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយស្បៀងអាហារ ( CalFresh ) , កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ (ឱកាសការងាររដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា និងការទទួលខុសត្រូវចំពោះកូនក្មេង ឬជំនួយសាច់ប្រាក់ សម្រាប់ជនភៀសខ្លួន) Medi-Cal និង/ឬកម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំតែជំនួយ CalFresh លោកអ្នកអាចសុំ County នូវពាក្យសុំ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ។ CalFresh គឺជាកម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារជួយឲ្យលោកអ្នកក្នុងការទិញស្បៀងអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំតែការថែទាំសុខភាពលោកអ្នកអាចសុំ County នូវពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពប៉ុណ្ណោះ។ ការថែទាំសុខភាពរួមមាន៖ ការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃទាបសម្រាប់ Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលមានលទ្ធភាពទិញបាន ឬឥណទានពន្ធដា ដែលអាចជួយឲ្យលោកអ្នកបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ ចូរកុំប្រើពាក្យសុំនេះប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែថែទាំសុខភាពប៉ុណ្ណោះនោះ។

លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសម្រាប់កម្មវិធីទាំងនេះ តាមអនឡាញដោយចូលទៅកាន់ <http://www.benefitscal.org/> ។

- ចូរបំពេញទម្រង់បែបបទទាំងមូល ប្រសិនបើលោកអ្នកអាចធ្វើទៅបាន។ យ៉ាងហោចណាស់លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក (សំណួរទីមួយលើទំព័រទី 1 នៃពាក្យសុំ) ដើម្បីចាប់ផ្តើមកិច្ចដំណើរការពាក្យសុំសម្រាប់ CalFresh ។ សម្រាប់ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញសំណួរទី1រហូតដល់សំណួរទី5 លើទំព័រទី1 និងទំព័រទី2 នៃពាក្យសុំ ហើយចុះហត្ថលេខាលើវាដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការពាក្យសុំស្នើសុំ។
- កម្មវិធីនីមួយៗមាននិមិត្តសញ្ញាមួយ (ដូចបានបង្ហាញនៅផ្នែកខាងលើនៃទំព័រនេះ) ដែលបង្ហាញនូវសំណួរណាមួយទាំងនឹងកម្មវិធីណា។ សម្រាប់កម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ វាជានិមិត្តសញ្ញាមួយដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh វាជានិមិត្តសញ្ញាមួយទៀតដើម្បីទិញត្រីកូនហើយសម្រាប់ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពជាសញ្ញាឡានពេទ្យ។ ជាឧទាហរណ៍ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដាក់ពាក្យស្នើ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ លោកអ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរដែលមាននិមិត្តសញ្ញាមួយដុល្លារទេ។
- ដាក់ពាក្យសុំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ County តាមរយៈទូរសារ ឬអនឡាញ។
- ថ្ងៃដែល County ទទួលពាក្យសុំមានចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នកគឺជាថ្ងៃចាប់ផ្តើមផ្តល់ចម្លើយដល់លោកអ្នកថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងរងការរើសអើងដោយស្ថាប័នមួយពេលវេលានេះចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលលោកអ្នកចាកចេញ។

### តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីបន្ទាប់?

- អានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នក (ទំព័ររៀបរាប់អំពីវិធាននៃកម្មវិធី) មុនពេលលោកអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ។
- លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើបទសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកពិការអាចមានការរៀបចំផ្សេងសម្រាប់លោកអ្នក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានបំពេញពាក្យសុំទាំងអស់ លោកអ្នកអាចបំពេញវាក្នុងអំឡុងពេលនៃការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក។
- លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលការចំណាយនិងស្ថានភាពផ្សេងទៀតដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិឬយ៉ាងណា។

### តើត្រូវចំណាយពេលយូរប៉ុន្មានណា?

វាអាចចំណាយពេលយូររហូតដល់30ថ្ងៃដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំ CalFresh របស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ការស្នើសុំ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ និង Medi-Cal អាចចំណាយពេលយូររហូតដល់45ថ្ងៃ។ សួរ County អំពីរបៀបលោកអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឬការថែទាំសុខភាពភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាបន្ទាន់។

លោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី CalFresh ក្នុងរយៈពេល3ថ្ងៃតាមប្រតិទិនប្រសិនបើ៖

- ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ទុក) មានចំនួនតិចជាង \$150 ហើយសាច់ប្រាក់របស់លោកអ្នកនៅក្នុងដៃ ឬគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំមានចំនួនតិចជាង \$100 ឬ
- ការចំណាយលើទិដ្ឋភ្នែកនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (ថ្លៃឈ្នួល/ប្រាក់កម្ចីធនាគារ និងសេវាសាធារណៈ) តិចជាងប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែរបស់លោកអ្នក និងទឹកប្រាក់ក្នុងគណនីចរន្ត ឬគណនីសន្សំ
- លោកអ្នកគឺជាជនអន្តោប្រវេសន៍ ឬកសិករធ្វើការតាមរដូវកាលក្នុងគ្រួសារដែលមានប្រាក់ចំណូល ឬប្រាក់សន្សំតិចជាង \$100ដុល្លារ និង 1 ) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬ 2 ) ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើម ប៉ុន្តែលោកអ្នកមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានច្រើនជាង \$25 ក្នុងរយៈពេល 10ថ្ងៃក្រោយ។

សម្រាប់ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយជាបន្ទាន់ប្រសិនបើ៖

- លោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង ឬមានការជូនដំណឹងអំពីការបណ្តេញចេញពីផ្ទះសំបែង ឬការជូនដំណឹងអំពីការបង់ប្រាក់ថ្លៃឈ្នួល ឬការជូនដំណឹងការរើផ្ទះ ឬ
- ស្បៀងអាហាររបស់លោកអ្នកនឹងអស់ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃ ឬ
- ការទទួលសេវាសាធារណៈរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបិទ ឬនឹងត្រូវបិទ ឬ
- លោកអ្នកមិនមានសម្លៀកបំពាក់ឬកូនបកូនងៃត ឬ
- លោកអ្នកមានបញ្ហាគ្រោះអាសន្នមួយប្រភេទផ្សេងទៀតដែលសំខាន់ដល់សុខភាពនិងសុវត្ថិភាព។

**ទំព័រព័ត៌មាន-សូមយកនិងរក្សាទុកជាឯកសាររបស់លោកអ្នក។**

ដើម្បីជួយដល់ County ពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កាន់តែឆាប់រហ័សឬយ៉ាងណាសូមបំពេញសំណួរ 1, 6 រហូតដល់ 9, 15 និង 24 ហើយផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណទៅ County របស់លោកអ្នក (ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន) ជាមួយពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយទូទៅ ឬការបន្តបន្ថយទូទៅ សូមសួរ County តើយូរប៉ុណ្ណាដែលវានឹងចំណាយពេល និងអំពីវិធានពិសេសសម្រាប់ការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឲ្យបានលឿន។

County នឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នកដើម្បីឲ្យលោកអ្នកដឹងថាតើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវបានឯកភាព ឬបដិសេធចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ។

**តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីទៀតសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍របស់ខ្ញុំ?**

ដើម្បីចៀសវាងភាពយឺតយ៉ាវ សូមនាំយកភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីរបស់របរដូចខាងក្រោមមកជាមួយសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍លោកអ្នក។ សូមរក្សាការសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក ទោះបីលោកអ្នកមិនមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ក៏ដោយ។ County អាចជួយលោកអ្នកបាន ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយរកភស្តុតាងបញ្ជាក់។ ក្នុងអំឡុងពេលកិច្ចសន្ទនា County នឹងពិនិត្យព័ត៌មានលើពាក្យសុំ ហើយនឹងស្នើឲ្យលោកអ្នកសួរសំណួរដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើលោកអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងបរិមាណនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកអាចទទួលបានឬយ៉ាងណា។

**ភស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍**

- អត្តសញ្ញាណ (ប័ណ្ណបើកបរអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋលិខិតឆ្លងដែន)។
- សំបុត្រកំណើតសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ។
- ភស្តុតាងទឹកកន្លែងដែលលោកអ្នករស់នៅ (កិច្ចព្រមព្រៀងជួល, វិក័យបត្រថ្មីដែលមានអាសយដ្ឋានរបស់លោកអ្នក)។
- លេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ (ចូរមើលកំណត់សម្គាល់ខាងក្រោមអំពីភាពមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដ)។
- លុយនៅក្នុងធនាគារសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក (របាយការណ៍ពិធនាគារថ្មី)។
- ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃកន្លងទៅ (កន្ទុយសែកបង់ប្រាក់ថ្មីលិខិតការងារពិនិយោជក)។  
**កំណត់សម្គាល់:** ប្រសិនបើបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង ប្រាក់ចំណូលនិងការចំណាយឬឯកសារពន្ធ។
- ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក (អត្ថប្រយោជន៍នៃភាពគ្មានការងារធ្វើ, SSI, សន្តិសុខសង្គម, អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន, អាហារកិច្ចក្មេង, សំណងកម្មករ, ជំនួយឬប្រាក់កម្ចីរបស់សាលា, ប្រាក់ចំណូលពីថ្លៃល្អូលផ្ទះ ។ ល។ )។
- ឋានៈស្របច្បាប់នៃការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋស្របច្បាប់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍តែប៉ុណ្ណោះ (ប័ណ្ណចុះឈ្មោះជនបរទេស, ទិដ្ឋាការ)។  
**កំណត់សម្គាល់:** អ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋពិតប្រាកដដាក់ពាក្យសុំឋានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដោយផ្អែកលើអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការកាត់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬការរត់ពន្ធមិនត្រូវការភស្តុតាងបញ្ជាក់បញ្ហានេះទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមផងដែរ។

**ភស្តុតាងចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី CalFresh បន្ថែម**

- ការចំណាយលើទីជម្រក (បង្គាន់ដៃបង់ប្រាក់ឈ្នួល, វិក្កយបត្របង់ប្រាក់កម្ចីធនាគារ, វិក្កយបត្របង់ពន្ធអចលនទ្រព្យ, ឯកសារធានារ៉ាប់រង)។
- ចំណាយលើការប្រើប្រាស់ទូរស័ព្ទនិងសេវាសាធារណៈ។
- ចំណាយថ្លៃពេទ្យសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលចាស់ជរា (អាយុ 60 និងចាស់ជាង) ឬពិការ។
- ចំណាយលើការថែទាំកូនក្មេងនិងមនុស្សពេញវ័យ ដោយសារអ្នកណាម្នាក់ធ្វើការ, ស្វែងរកការងារ, ការចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាល ឬសាលារៀន, ឬការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពការងារដែលបានតម្រូវ។
- ការចិញ្ចឹមកូនដែលបង់ដោយមនុស្សម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

**ភស្តុតាងបន្ថែមត្រូវការសម្រាប់ការចំណាយលើសុខភាព**

- ព័ត៌មានអំពីការងារទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានសម្រាប់គ្រួសារលោកអ្នក។
- ចំនួនគោលនយោបាយសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីណាមួយ។

**ភស្តុតាងបន្ថែមដែលត្រូវការសម្រាប់ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់**

- ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការសម្រាប់កូនក្មេងអាយុ 6 ឆ្នាំ ឬក្មេងជាងនេះ។
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តសម្រាប់យានយន្តជាកម្មសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកឬរបស់អ្នកណាម្នាក់ដែលលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំចុះបញ្ជីយានយន្តនោះ។

**តើធ្វើយ៉ាងម៉េចប្រសិនបើខ្ញុំគ្មានផ្ទះសំបែង ?**

សូមឲ្យ County ដឹងភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដើម្បីគេអាចជួយកំណត់រកអាសយដ្ឋានប្រើប្រាស់ក្នុងការទទួលបានការដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលបានជូនដំណឹងពី County ទាក់ទងនឹងករណីរបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh និង កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ គ្មានផ្ទះសំបែងគឺមានន័យថាលោកអ្នក៖

- A. កំពុងស្នាក់នៅក្នុងទីជម្រកដែលមានការគ្រប់គ្រង Halfway house ឬទីកន្លែងស្រដៀងគ្នានេះ។
- B. ស្នាក់នៅផ្ទះរបស់មនុស្សម្នាក់ ឬគ្រួសារផ្សេងទៀត អស់រយៈពេលច្រើនជាង 90 ថ្ងៃជាប់គ្នា។
- C. ស្នាក់នៅកន្លែងមួយមិនបានកំណត់ឬធម្មតាជាកន្លែងដែលបានប្រើប្រាស់ជាកន្លែងសម្រាប់ដេក (ផ្លូវដើរ, ស្ថានីយថយន្តក្រុង, កន្លែងទទួលភ្ញៀវឬកន្លែងស្រដៀងគ្នា)។

**ទំព័រព័ត៌មាន - សូមយកនិងរក្សាទុកឯកសាររបស់លោកអ្នក។**

**សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវ**

**អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវ៖**

- ផ្តល់ជូន County នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់សម្រាប់កំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។
- ផ្តល់ជូន County នូវភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកមាននៅពេលចាំបាច់។
- រាយការណ៍ពីការកែប្រែតាមការតម្រូវ។ County នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីខ្លឹមសារពេលវេលា និងរបៀបរាយការណ៍។ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម) និង កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវស្តីពីការរាយការណ៍ពីគ្រួសាររបស់អ្នក ករណីរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបិទឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។
- ស្វែងរកទទួលយកនិងរក្សាការងារមួយឬចូលរួមក្នុងសកម្មភាពផ្សេងៗ ប្រសិនបើ County ប្រាប់អ្នកថាចាំបាច់សម្រាប់ករណីរបស់អ្នក។
- សហការពេញលេញជាមួយមន្ត្រីនៃបុគ្គលិករបស់ County រដ្ឋឬសហព័ន្ធ ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកត្រូវបានជ្រើសរើសធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញ ឬស៊ើបអង្កេតដើម្បីធានាថាលក្ខណៈសម្បត្តិ និងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកំណត់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានមិនបានសហការក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញទាំងនេះ នឹងបណ្តាលឲ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។
- សងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ CalFresh ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

**អ្នកមានសិទ្ធិ៖**

- ដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ដោយផ្តល់តែឈ្មោះអាសយដ្ឋាននិងហត្ថលេខារបស់អ្នក។
- ស្នើសុំអ្នកបកប្រែពីរដ្ឋដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការចាំបាច់។
- ស្នើសុំរក្សាការសម្ងាត់ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូនឲ្យ County លើកលែងជាប់ពាក់ព័ន្ធដោយផ្ទាល់ទៅនឹងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ County ។
- ដកពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយមុនពេល County ធ្វើការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំ ឬស្វែងរកភស្តុតាងដែលអ្នកត្រូវការនិងស្នើសុំការពន្យល់អំពីវិធាននានា។
- ត្រូវបានទទួលរាក់ទាក់ប្រកបដោយសុដីរដ្ឋការរាប់អាននិងការគោរពហើយមិនត្រូវបានរើសអើង។
- ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសេវាឆាប់រហ័ស (Expedited Service)។
- ទទួលបាន កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់តម្រូវការបន្ទាន់ (Immediate Need)។
- ត្រូវបានសម្ភាសន៍ក្នុងរយៈពេលមួយសមហេតុផលដោយ County នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ហើយលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកត្រូវកំណត់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ឬ 45 ថ្ងៃសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ និងកម្មវិធី Medi-Cal។
- មានរយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ភស្តុតាងជូន County ដែលចាំបាច់សម្រាប់ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិ។
- ទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សររយៈពេលយ៉ាងតិច 10 ថ្ងៃមុនពេល County កាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh និង កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នក។
- ពិភាក្សាជាមួយ County អំពីករណីរបស់អ្នកហើយត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នកនៅពេលត្រូវបានស្នើសុំឲ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ស្នើសុំធ្វើសវនកម្មការប្តាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ County ចំពោះករណីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនកម្មមួយមុនចំណាត់ការលើករណីរបស់អ្នក អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវនៅដដែលរហូតដល់ពេលធ្វើសវនកម្ម ឬនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់របស់អ្នក អាស្រ័យលើករណីមួយណាដែលកើតឡើងមុន។ អ្នកអាចស្នើសុំឲ្យ County កែប្រែអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នករហូតដល់ក្រោយពេលសវនកម្មដើម្បីចៀសវាងត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលបានបើកលើស។ ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល រឺ វិជ្ជាជីវៈឲ្យអ្នកឈ្នះនោះ County នឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលត្រូវបានកាត់ចេញវិញ។
- សាកសួរអំពីសិទ្ធិឡើងសវនកម្មរបស់អ្នក ឬស្នើសុំសេវាប្រឹក្សាច្បាប់តាមរយៈទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ 1-800-952-5253 ឬលេខ 1-800-952-8349 សម្រាប់បុគ្គលមានបញ្ហាខាងផ្នែកស្តាប់ឬនិយាយដែលត្រូវប្រើឧបករណ៍ TDD។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬសិទ្ធិសុខុមាលភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។
- នាំមិត្តម្នាក់ ឬបុគ្គលណាម្នាក់មកចូលសវនកម្មជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់មកម្នាក់ឯង។
- ស្នើសុំជំនួយពី County ដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត។
- រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនត្រូវបានតម្រូវឲ្យរាយការណ៍ប្រសិនបើវាអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី ឬ CalFresh ឬ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នក។
- ផ្តល់ភស្តុតាងស្តីពីការចំណាយក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអាចជួយឲ្យអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh កាន់តែច្រើន។ ការមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងដល់ County មានន័យថាអ្នកគ្មានការចំណាយទាំងនោះ ហើយអ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh បន្ថែមទេ។
- ជូនដំណឹងដល់ County ប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យបុគ្គលណាមួយប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក ឬជួយក្នុងករណីកម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក (អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ)។

អ្នកក៏ផ្តល់សិទ្ធិផងដែរដល់ទីភ្នាក់ងារកម្មវិធី Medi-Cal ក្នុងការស្វែងរកនិងទទួលយកការគាំទ្រផ្នែកថែទាំសុខភាពពីសហព័ន្ធ ឬឪពុក/ម្តាយ។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាការសហការដើម្បីប្រមូលយកការគាំទ្រផ្នែកថែទាំសុខភាពនឹងបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកនោះ អ្នកអាចប្រាប់ដល់ទីភ្នាក់ងារកម្មវិធី Medi-Cal ហើយអ្នកអាចនឹងមិនចាំបាច់សហការឡើយ។

**សូមទទួលយកនិងរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង។**

**វិធានកម្មវិធីនិងការពិន័យ**

អ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាពុំពង្រឹងប្រព្រឹត្តិបទល្មើស ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតខុស ឬមានចេតនាមិនផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាំងអស់ដើម្បីព្យាយាមទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី កម្មវិធី CalFresh, កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់, និង Medi-Cal ដែលអ្នកមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន ឬដើម្បីជួយឲ្យបុគ្គលណាម្នាក់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិន គ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលអ្នកទទួលបាន ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើទង្វើនេះដោយចេតនា ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាង \$950 ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាននោះ អ្នកត្រូវជាប់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ។

**សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh៖ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាប្រសិនបើខ្ញុំប្រព្រឹត្តិបទល្មើសកម្មវិធីដោយ**

- ចេតនាតាមរយៈសកម្មភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖**
- លាក់បាំងព័ត៌មានឬធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត។
  - ប្រើកាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អឡិចត្រូនិក (EBT) ដែលជារបស់បុគ្គលណាមួយផ្សេងឬឲ្យ ឬបុគ្គលណាមួយផ្សេងប្រើកាតរបស់ខ្ញុំ
  - ប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ទិញគ្រឿងស្រវឹងឬថ្នាំជក់
  - ជួញដូរលក់ឬជូនជំនួយអោយអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFreshឬកាត EBT
  - ជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដើម្បីទទួលបានសារធាតុហាមឃាត់ ដូចជាគ្រឿងញៀន
  - ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតស្តីពីអត្តសញ្ញាណរបស់ខ្ញុំ និងទីលំនៅរបស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh បន្ថែម
  - ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទជួញដូរឬលក់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដែលមានតម្លៃច្រើនជាង \$500 ឬជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ដើម្បីទទួល បានកាតឡើងវិញជាតិផ្ទះឬសារធាតុផ្ទុះ

- ខ្ញុំអាច...**
- ចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 12ខែសម្រាប់បទល្មើសលើ កទី1 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបាន បើកលើសជូនរូបខ្ញុំ
  - ចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើក ទី2 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបាន បើកលើសជូនរូបខ្ញុំ
  - ចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើ កទី 3 ហើយត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីCalFresh ទាំងអស់ដែលបានបើកលើសជូនរូបខ្ញុំ
  - ត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ទៅ \$250,000 និងជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ទៅ 20ឆ្នាំឬទាំងពីរ
  - ចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 24ខែសម្រាប់បទល្មើសលើកទី1
  - ចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទី2។
  - ចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh រយៈពេល 10ឆ្នាំរៀងរាល់ពេលប្រព្រឹត្តិបទ ល្មើសម្តង
  - ចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ជារៀងរហូត

**សម្រាប់កម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំ ...**

- ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនា
- មិនអនុវត្តតាមវិធានកម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់
- ត្រូវបានរកឃើញថាមានទោសដោយតុលាការ ឬសវនការរដ្ឋបាលពីបទនរោច កក្រោមទម្រង់ដាក់លាក់ណាមួយ

- ខ្ញុំអាច ...**
- ចាត់បង់ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់
  - ត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ទៅ \$10,000 និង/ឬបញ្ជូនទៅដាក់ពន្ធនាគាររយៈ ពេល 5ឆ្នាំ
  - ចាត់បង់ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ រយៈពេល 6ខែ, 12ខែ, 2ឆ្នាំ, 4ឆ្នាំ, 5ឆ្នាំ ឬជារៀងរហូត។

**ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋ**

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ សម្រាប់បុគ្គលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាគ្រួសាររបស់អ្នកមានបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលមិន គ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ។ ឧទាហរណ៍ឪពុកម្តាយជាជនអន្តោប្រវេសន៍អាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ សម្រាប់កូនរបស់ពួកគេដែលជា ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនអន្តោប្រវេសន៍គ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ បើទោះបីជាឪពុកម្តាយអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិក៏ដោយ។
- ការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារនិងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនិងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់គ្រួសារអ្នកឡើយ។ ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ត្រូវបានរក្សាឯកជនភាពនិងការសម្ងាត់។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់បុគ្គលមិនមែនពលរដ្ឋដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិហើយបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ នឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យដោយទីភ្នាក់ងារសញ្ជាតិនិងអន្តោប្រវេសន៍ នៃសហរដ្ឋអាមេរិក (USCIS)។ ច្បាប់សហព័ន្ធចែងថា USCIS មិនអាចប្រើព័ត៌មាននេះសម្រាប់គោលបំណងណាមួយផ្សេងទៀត លើកលែងតែការរំលឹកចោក។

**ឈប់ទទួលយកផលប្រយោជន៍**

អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍ លេខសន្តិសុខសង្គម ឬឯកសារសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារណាមួយដែលមិនមែនពលរដ្ឋដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍នោះឡើយ។ County ចាំបាច់ត្រូវដឹងអំពីព័ត៌មានស្តីពីចំណូលនិងធនធានរបស់ពួកគេដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃគ្រួសាររបស់អ្នកឲ្យបានត្រឹមត្រូវ។ County នឹងមិនទាក់ទងទៅកាន់USCIS ដើម្បីសាកសួរអំពីបុគ្គលដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។

**ការប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)**

កម្មវិធី CalFresh និង កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ៖ បុគ្គលគ្រប់រូបដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ឬ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ចាំបាច់ត្រូវផ្តល់លេខ SSN ប្រសិនបើអ្នកមាន ឬក៏សុំតាងបញ្ជាក់ថាអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ SSN (ដូចជាលិខិតពីការិយាល័យលេខសន្តិសុខសង្គម)។ យើងខ្ញុំអាចបដិសេធមិនទទួលយកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមិន បានផ្តល់លេខ SSNs ដើម្បីទទួលយកជំនួយដូចជាជនរងគ្រោះដោយសារអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារសាក្សីផ្តន្ទាទោសនិងជនរងគ្រោះដោយសារអំពើជួញដូរមនុស្ស។ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព/Medi-Cal ៖ យើងខ្ញុំត្រូវការលេខ SSN របស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកចង់បានធានារ៉ាប់រងសុខភាពហើយមានលេខ SSN ។ ការផ្តល់លេខ SSN របស់អ្នកអាចមានសារៈប្រយោជន៍ បើទោះបីជាអ្នកមិនចង់បានធានារ៉ាប់រងសុខភាព ព្រោះវាអាចជួយពន្លឿនដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំប្រើលេខ SSNs ដើម្បីត្រួតពិនិត្យ ប្រាក់ចំណូលនិងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីដឹងថាបុគ្គលណាគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ទទួលបានជំនួយក្នុងការចំណាយលើធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ប្រសិនបើបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានលេខ SSN សូមទាក់ទងមកកាន់លេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅកាន់វេបសាយ [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)។

**ការបើកឲ្យលើស**

នេះបានន័យថាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគប្បីទទួលបាន។ អ្នកត្រូវសងវិញ បើទោះបីជា County មានកំហុស ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានធ្វើ ឡើងដោយអចេតនា។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ លេខ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបើកយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តាច់តាមរយៈតុលាការ ទីភ្នាក់ងារបើកប្រាក់ផ្សេងៗ ឬចំណាត់ការប្រមូលប្រាក់របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

**សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង**

**ការបើកប្រាក់លើស**

នេះមានន័យថាអ្នកទទួលបាន កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគប្បីទទួលបាន។ មិនខុសគ្នាពីកម្មវិធី CalFresh ទេ អ្នកត្រូវសងវិញ បើទោះបីជា County មានកំហុស ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានធ្វើឡើងដោយអចេតនា។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ លេខ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបើកយកអត្ថប្រយោជន៍ដែលដំបូង ក៏តាមរយៈតុលាការ ទីភ្នាក់ងារបើកប្រាក់ផ្សេងៗ ឬចំណាត់ការប្រមូលប្រាក់របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

**ការរាយការណ៍**

រាល់គ្រួសារដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចាំបាច់ត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់។ County របស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍របៀបរាយការណ៍និងពេលវេលារាយការណ៍។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាចបណ្តាលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍បានដែរ ប្រសិនបើមានហេតុការណ៍កើតឡើងដែលអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ដូចជាការទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចជាងមុនជាដើម។

**សវនកម្មការថ្នាក់រដ្ឋ**

អ្នកមានសិទ្ធិចូលសវនកម្មការថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំណាត់ការណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។ អ្នកអាចស្នើសុំធ្វើសវនកម្មការថ្នាក់រដ្ឋមួយក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីចំណាត់ការដោយ County របស់អ្នក ហើយអ្នកចាំបាច់ប្រាប់ពីមូលហេតុនៃការស្នើសុំនេះ។ លិខិតឯកភាពឬបដិសេធដែលអ្នកទទួលបានពី County នឹងមានព័ត៌មានស្តីពីរបៀបស្នើសុំធ្វើការតវ៉ា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំធ្វើសវនកម្មការថ្នាក់រដ្ឋចំណាត់ការកើតឡើង អ្នកប្រហែលជាអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ និង CalFresh របស់អ្នកនៅដដែលរហូតដល់ពេលសេចក្តីសម្រេចត្រូវបានធ្វើឡើង។

**ច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពនិងការបង្ហាញព័ត៌មាន**

អ្នកកំពុងផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននេះក្នុងពាក្យសុំ។ County ប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មាន County អាចប្រារព្ធបញ្ជាពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិត្រួតពិនិត្យឡើងវិញកែប្រែឬកែតម្រូវព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកបានផ្តល់ជូន County ។ County នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈកម្មវិធីផ្ទេរធុងក្នុងកុំព្យូទ័រ រួមមានប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិងប្រាក់កម្រៃ (IEVS)។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីតាមដានអនុលោមភាពតាមបទបញ្ញត្តិកម្មវិធីនិងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី។ County អាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះជាមួយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្លូវការជាមួយមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងចាប់ខ្លួនបុគ្គលដែលរត់គេចពីសំណាញ់ច្បាប់ និងជាមួយទីភ្នាក់ងារប្រមូលសំណងឯកជនសម្រាប់ចំណាត់ការប្រមូលសំណង។ County អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារដែលបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ USCIS។ ព័ត៌មានដែល County ទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារទាំងនេះអាចជះឥទ្ធិពលលើលក្ខណៈសម្បត្តិនិងកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

County នឹងប្រើព័ត៌មានក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នកដើម្បីពិនិត្យមើលលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកដើម្បីជួយដល់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ County នឹងពិនិត្យមើលចម្លើយរបស់អ្នកដោយប្រើព័ត៌មានក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិករដ្ឋនិងសហព័ន្ធនិងទិន្នន័យនៃទីភ្នាក់ងារចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិ និង/ឬទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ពីអតិថិជន។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះមិនត្រូវគ្នា County អាចស្នើឱ្យអ្នកផ្តល់ភស្តុតាង។

**គ្មានការរើសអើង**

គោលនយោបាយរបស់រដ្ឋនិង County ចែងថាមនុស្សគ្រប់រូបមានសិទ្ធិស្មើគ្នាប្រកបដោយការគោរពនិងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ។ យោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធនិងគោលនយោបាយនៃក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក(USDA) ការរើសអើងពូជសាសន៍ ពណ៌សប្បុរសពន្ធពណ្ណវិទ្យា ភេទ អាយុ សាសនា និន្នាការនយោបាយ ឬពិការភាព ត្រូវបានហាមឃាត់ដាច់ខាត។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរើសអើង សូមទាក់ទងទៅកាន់មន្ត្រីសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃ County របស់អ្នក ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់ ឬទូរស័ព្ទទៅUSDA ឬក្រសួងសេវាសង្គមនៃរដ្ឋ California (CDSS)៖

- |                                    |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| USDA, Director                     | CDSS                          |
| Office of Civil Rights, Room 326-W | Civil Rights Bureau           |
| Whitten Building                   | P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70 |
| 1400 Independence Ave.             | Sacramento, CA 94244-2430     |
| Washington D.C. 20250-9410         | 1-866-741-6241 (ឥតគិតថ្លៃ)    |
| 1-202-720-5964 (សម្លេង និង TDD)    |                               |

USDA ផ្តល់ឱកាសការងារដោយស្មើភាព។

**វិធានការងារសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh**

County អាចចាត់ចែងឱ្យអ្នកទៅកម្មវិធីការងារណាមួយ។ ពួកគេនឹងប្រាប់ថាតើកម្មវិធីការងារនោះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ឬថាអ្នកត្រូវតែធ្វើកម្មវិធីការងារនោះដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានកម្មភាពការងារមួយដែលត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើ ហើយអ្នកមិនបានធ្វើវានោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។

អ្នកអាចមិនគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ប្រសិនបើអ្នកបានឈប់ពីការងារណាមួយកាលពីពេលថ្មីនេះ។

**សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំអាង**

**វិធានការងារសម្រាប់កម្មវិធី CalWORKs (Welfare-to-Work)**

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ អ្នកចាំបាច់ត្រូវចូលរួមក្នុងកម្មវិធីWelfare-to-Work (WTW) លើកលែងករណីដែលអ្នកត្រូវបានលើកលែង។ County នឹងប្រាប់ឲ្យអ្នកដឹងថាអ្នកត្រូវបានលើកលែងពី WTW ឬយ៉ាងណា។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានធ្វើសកម្មភាពដែលត្រូវបានដាក់ជូន កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់។

**CalWORKs - ផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប**

សមាជិកគ្រួសារដែលពេញវ័យគ្រប់រូបដែលគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ចាំបាច់ត្រូវផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប។ ប្រសិនបើបុគ្គលណាម្នាក់ដែលត្រូវបានតម្រូវឲ្យសហការអនុវត្តតាមវិធាននេះ មិនបានផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូប គ្រួសារទាំងមូលនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ការផ្តិតស្នាមម្រាមដៃ/ថតរូបគឺជាសកម្មភាពរក្សាការសម្ងាត់ ហើយអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង្ការ ឬផ្ដន្ទាទោសអំពើឆោកអត្ថប្រយោជន៍សុខុមាលភាពតែប៉ុណ្ណោះ។

**តើខ្ញុំទទួលបាន/ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច ?**

**កម្មវិធី CalFresh និង កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ៖**

- County នឹងផ្ញើប្រគល់កាត់ផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អេឡិចត្រូនិក(EBT) ជូនអ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងកាតនៅពេលអ្នកទទួលបាន។ អ្នកនឹងកំណត់លេខអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (PIN) ដើម្បីដកប្រាក់ចេញពី ATMs ឬដើម្បីទិញអាហារនិង/ឬវត្ថុផ្សេងៗ។
- ប្រសិនបើកាត EBT របស់អ្នកបាត់ត្រូវបានលួចបំផ្លាញឬអ្នកយល់ថាមានគេដឹងពីលេខ PIN របស់អ្នកដែលបណ្តាលឲ្យអ្នកលែងចង់ប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសូមទាក់ទងលេខ (877) 328-9677 ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ County ភ្លាមៗ ដើម្បីរាយការណ៍ពីបញ្ហានេះ ហើយប្តូរលេខ PIN របស់អ្នក។ គួរចងចាំថាមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលបានស្ត្រីនិងតំណាងពេញសិទ្ធិទាំងអស់ដឹងពីរបៀបរាយការណ៍ពីបញ្ហាទាំងនេះភ្លាមៗ។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកមុនពេលអ្នករាយការណ៍ពីការបាត់ ឬលួចកាត EBT ឬលេខ PIN នឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។
- អ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នកដើម្បីទិញអាហារស្ទើរគ្រប់មុខគ្រាប់ពូជនិងវត្ថុធាតុដើម្បីដាំដុះអាហារខ្លួនឯង។ អ្នកមិនអាចទិញគ្រឿងស្រវឹង, ថ្នាំជក់, អាហារសត្វចិញ្ចឹម, អាហារចម្អិនស្រាប់មួយចំនួន, ឬទំនិញផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាអាហារ (ដូចជាថ្នាំដុសធ្មេញ, សាប៊ូដុះខ្លួន, ឬក្រដាសអនាម័យ)។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh ត្រូវបានទទួលយកនៅតាមបណ្តាហាងលក់ទំនិញប្រចាំថ្ងៃ និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលលក់អាហារ។ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់អាចប្រើបាននៅតាមហាងនិង ATMs ភាគច្រើន។ ការដកប្រាក់អាចត្រូវបានគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកដកប្រាក់ចេញពីATMs បាន 3 ដងរួចហើយ។ ដើម្បីមើលបញ្ជីរាយឈ្មោះទីតាំងដែលនៅក្បែរអ្នកដែលទទួលបានកាត EBT សូមចូលទៅកាន់ <https://www.ebt.ca.gov> ឬ<https://www.snapfresh.org>។ អ្នកក៏អាចពិនិត្យរកមើលទីតាំងដែលអ្នកអាចដកប្រាក់ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។
- អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh គឺសម្រាប់អ្នកនិងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ របស់អ្នកគឺសម្រាប់អ្នកនិងសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់អ្នកដែលត្រូវបានដកភាពផ្តល់ជូនតែប៉ុណ្ណោះ។ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ត្រូវបានផ្តល់ជូនដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបំពេញតម្រូវការមូលដ្ឋាននៃគ្រួសាររបស់អ្នក (ផ្ទះអាហារសម្លៀកបំពាក់ ។ល។)។ សូមរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឲ្យបានគង់វង្ស។ ចូរគ្រប់គ្រងលេខ PIN របស់អ្នក។ សូមកុំដាក់លេខPIN របស់អ្នកនៅជាមួយកាត EBT របស់អ្នក។
- ការប្រើកាត EBT ដោយអ្នកសមាជិកគ្រួសារតំណាងពេញសិទ្ធិឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកបានឲ្យកាត EBT របស់អ្នកនិងលេខ PIN ដោយស្ម័គ្រចិត្តនឹងត្រូវចាត់ទុកថាមានការដកភាពរបស់អ្នកហើយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានសងវិញឡើយ។

**កម្មវិធី Medi-Cal និង Health Care ៖**

- សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបានកាតអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍មួយ(BIC)។
  - ចុះហត្ថលេខាលើកាត BIC របស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានវាហើយត្រូវប្រើវាដើម្បីទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់តែប៉ុណ្ណោះ។
  - មិនត្រូវបោះចោលកាត BIC របស់អ្នកជាដាច់ខាត។ (លើកលែងយើងខ្ញុំផ្តល់កាត BIC ថ្មីជូនអ្នក)។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវរក្សាទុកកាត BIC របស់អ្នកបើទោះបីជាអ្នកឈប់ប្រើ Medi-Cal ក៏ដោយ។ អ្នកអាចប្រើកាត BIC តែមួយប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ឬ Medi-Cal ម្តងទៀត។
  - បង្ហាញកាត BIC នៅទីតាំងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកឈឺឬមានការណាត់ជួប។
  - បង្ហាញកាត BIC នៅទីតាំងផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលបានព្យាបាលអ្នកឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់ឲ្យបានឆាប់រហ័សបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបានក្រោយហេតុការណ៍បន្ទាន់បានកើតឡើង។
- សម្រាប់កម្មវិធីថែទាំសុខភាពដទៃទៀតអ្នកនឹងទទួលបានកាតគម្រោងសុខភាពមួយពីស្ថាប័នដែលទទួលបន្ទុក។

**ជំនួយទូទៅ និងការបន្តបន្ថយទូទៅ**

- ជំនួយទូទៅ និងការបន្តបន្ថយទូទៅគឺជាកម្មវិធីដែលគ្រប់គ្រងដោយ County សម្រាប់មនុស្សដែលគ្មានកូន។ County នឹងប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកនិងវិធានកម្មវិធី ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ។"

**សូមទទួលយកហើយរក្សាទុកជាឯកសារសំរាង**

សូមប្រើប៊ិចពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌ខៀវ ពីព្រោះវាងាយស្រួលអាននិងចត ចម្លងបានល្អបំផុត។ សូមសរសេរចម្លើយរបស់លោកអ្នកជាអក្សរពុម្ព ក្នុងការឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងសរសេរបន្ថែម សូមភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម។ សូមប្រាកដថា ត្រូវកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណួរណាមួយ ដែលលោកអ្នកកំពុងសរសេរទាក់ទង និងសន្លឹកក្រដាសបន្ថែមនោះ។

**1. ព័ត៌មានអ្នកស្នើសុំ**

ឈ្មោះ ( នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល ) \_\_\_\_\_ ឈ្មោះផ្សេងទៀត ( នាមត្រកូលស្ត្រីមុនរៀបការ ឈ្មោះហៅក្រៅ ) \_\_\_\_\_ លេខសន្តិសុខសង្គម ( ប្រសិនបើលោកអ្នកមាន ហើយកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ) \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន ឬផ្លូវទៅកាន់ផ្ទះរបស់លោកអ្នក	ផ្ទះលេខ _____	ទីក្រុង _____	ខោនធី _____	រដ្ឋ _____	កូដប្រៃសណីយ៍ _____
អាសយដ្ឋាន ( ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ )	ផ្ទះលេខ _____	ទីក្រុង _____	ខោនធី _____	រដ្ឋ _____	កូដប្រៃសណីយ៍ _____

ខ្ញុំចង់ទទួលបានព័ត៌មាន អំពីការដាក់ពាក្យសុំនេះតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។  ២១/២៧  ១៩

ខ្ញុំចង់ទទួលបាន អំពីករណីរបស់ខ្ញុំតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។  ២១/២៧  ១៩

ទូរស័ព្ទផ្ទះ: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួស/ទូរស័ព្ទផ្ញើសារ \_\_\_\_\_ អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំអ្វីដែរ?  CalFresh  កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់  ធានារ៉ាប់រងសុខភាព  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_ តើលោកអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំទេ?  ២១/២៧  ១៩

តើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងឬ?  ២១/២៧  ១៩ ប្រសិនបើ ២១/២៧ សូមឲ្យ County ដឹងភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នកគ្មានផ្ទះ សំបែង ដើម្បីពួកគេអាចជួយដោះស្រាយអាសយដ្ឋាន ប្រើក្នុងការទទួលស្គាល់ ការដាក់ពាក្យសុំ និងទទួលបានការជូនដំណឹងពី County អំពីករណីរបស់លោកអ្នក។

តើលោកអ្នកចង់អានភាសាអ្វី ( ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស )? \_\_\_\_\_

តើលោកអ្នកចង់និយាយភាសាអ្វី ( ប្រសិនបើមិនមែនភាសាអង់គ្លេស )? \_\_\_\_\_ County និងផ្តល់អ្នកបកប្រែជូនលោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើលោក ឬអ្នក ឬពិការភាព សូមគូសដឹកនៅទីនេះ:

តើចំណូលផ្តល់នៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាង \$150 ហើយតើសាច់ប្រាក់ក្នុងដៃគណនីចរន្ត និងគណនីសន្សំមានទឹកប្រាក់ចំនួន \$100 ឬតិចជាងនេះឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩	តើសេវាសាធារណៈរបស់លោកអ្នកត្រូវបានបិទ ឬតើលោកអ្នកបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការបិទឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩
---	--	--	--

តើចំណូលផ្តល់របស់លោកអ្នកមានចំនួនតិចជាងថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/បង់ប្រាក់កម្ចីជនានា និងថ្លៃសេវាសាធារណៈរបស់លោកអ្នកឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩	តើលោកអ្នកអត់ស្បៀងអាហារក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩
--	--	--	--

តើគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនអន្តោប្រវេសន៍/កម្មករតាមរយៈរដ្ឋ/កសិករ ដែលមានធនធានងាយបង្កើនសាច់ប្រាក់មិនលើស \$100 ឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩	តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដឹកជញ្ជូនស្បៀងអាហារសម្រៀកបំពាក់ការថែទាំសុខភាព ឬបញ្ជាគ្រាអាសន្នផ្សេងទៀតឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩
--	--	--	--

តើលោកអ្នកមានការជូនដំណឹង អំពីការបណ្តេញចេញ ឬការជូនដំណឹងអំពីការប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬការជូនដំណឹងឲ្យចាកចេញឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩	តើលោកអ្នកត្រូវការសម្រៀកបំពាក់សំខាន់ដូចជាកន្ទុកកូនកែត ឬសម្រៀកបំពាក់ចាំបាច់សម្រាប់រដូវរដ្ឋឬ?	<input type="checkbox"/> ២១/២៧ <input type="checkbox"/> ១៩
---	--	--	--

តើនរណាម្នាក់មានផ្ទៃពោះឬ?  ២១/២៧  ១៩ ប្រសិនបើ ២១/២៧ តើនាងមានប័ណ្ណសន្មតមានសិទ្ធិជាមុន ( Presumptive Eligibility Card ) ឬទេ?  ២១/២៧  ១៩

តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានបញ្ហាប្តូរឆ្នាំខ្លួនទេ?  ២១/២៧  ១៩ ប្រសិនបើឆ្លើយ ២១/២៧ ចូរគូសដឹកក្នុងប្រអប់៖  មានផ្ទៃពោះ  តម្រូវការចាំបាច់បន្ទាន់ផ្នែកសុខភាព  ការបំពានចំពោះក្មេង  អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ  ការបំពានទៅលើមនុស្សចាស់  បញ្ហាប្តូរឆ្នាំផ្សេងទៀត ដែលកំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពចូរពន្យល់៖ \_\_\_\_\_

- តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះក្រោមទោសទណ្ឌនៃការនិយាយកុហក ( ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ) ខ្ញុំយល់ថា៖
- ខ្ញុំអាន ឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ និងចម្លើយរបស់ខ្ញុំទៅនឹងសំណួរទាំងនេះក្នុងពាក្យសុំនេះ។
  - ចម្លើយទាំងឡាយ ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងទំព័រ1 រហូតដល់ទំព័រ18 និងឧបសម្ព័ន្ធ A ដល់ E នៃ SAWS2 Plus គឺជាចម្លើយត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដហើយបំពេញទៅតាមស្មារតីទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។
  - ខ្ញុំបានអាន ឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់ហើយខ្ញុំយល់និងយល់ព្រមចំពោះសិទ្ធិនិង ការទទួលខុសត្រូវ ( វិធាននៃកម្មវិធីទំព័រ1 ) ។
  - ខ្ញុំបានអាន ឬបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់នូវវិធាននៃកម្មវិធីនិងទណ្ឌកម្ម ( វិធាននៃកម្មវិធី ទំព័រ2-4 ) ។
  - ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬនាំឲ្យគ្មានប្រយោជន៍ ឬការផ្តល់ព័ត៌មានមិន ត្រឹមត្រូវលាក់បាំង ឬមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានពិតដើម្បីបង្កើតភាពមានសិទ្ធិគឺជាអំពើបោកបញ្ឆោត ហើយខ្ញុំយល់ថា អំពើទាំងនេះត្រូវអនុលោមតាមទោសទណ្ឌក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដ។ ការក្លែងបន្លំនេះអាចបង្កជាគ្រោះថ្នាក់ប្រហូទណ្ឌ ដែលត្រូវប្តឹងចំពោះរូបខ្ញុំនិង/ ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានរារាំងមួយរយៈ ( ឬមួយជីវិត ) ពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី CalFresh និងកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ( កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ) ។
  - ខ្ញុំយល់ថាលេខសន្តិសុខសង្គម ឬឋានៈអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍អាចចែករំលែកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលតាមការតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។
  - ខ្ញុំកំពុងផ្តល់សិទ្ធិដល់ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal ក្នុងការតាមដាន និងទទួលបានលុយពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ដំណោះស្រាយច្បាប់ ឬពិភាក្សាសិទ្ធិបិទទៀត។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំអាណាព្យាបាល ( ឬសមាជិកមនុស្សពេញវ័យនៃគ្រួសារ/តំណាងទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាត/អាណាព្យាបាល ) * ប្រសិនបើលោកអ្នកមានតំណាងទទួលសិទ្ធិអនុញ្ញាត សូមបំពេញសំណួរ 2 នៅលើទំព័របន្ទាប់។	កាលបរិច្ឆេទ _____
ហត្ថលេខាប្តី ឬប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតមនុស្សពេញវ័យជាជំនួយផ្សេងទៀត ឬដៃគូក្នុងគ្រួសារ ដែលបានចុះឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទ _____

**2. តំណាងទទួលសិទ្ធិនៃគ្រួសារ**

លោកអ្នកអាចអនុញ្ញាតឲ្យនរណាម្នាក់ ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ជួយដល់គ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី CalFresh។ មនុស្សម្នាក់នេះក៏អាចនិយាយតំណាងឲ្យលោកអ្នកបានផងដែរនៅក្នុងបទពិសោធន៍ជួយបំពេញទម្រង់បែបបទដល់លោកអ្នកទិញឥវ៉ាន់សម្រាប់លោក អ្នក។ លោកអ្នកត្រូវតែសងនូវអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ដែលលោកអ្នកអាច ទទួលបានដោយកំហុសដោយសារមនុស្សម្នាក់នេះផ្តល់ព័ត៌មានឲ្យ County ហើយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ដែលលោកអ្នកមិនចង់ឲ្យពួកគេចំណាយនឹងមិនត្រូវដាក់ជំនួសវិញទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកគឺជាតំណាងទទួលសិទ្ធិ លោក អ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដល់ County សម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

តើលោកអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ដើម្បីឲ្យគាត់ជួយលោកអ្នកជាមួយនឹង ករណី CalFresh របស់លោកអ្នកទេ ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះ៖

ឈ្មោះអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិ	លេខទូរស័ព្ទនៃអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិ
--------------------------	----------------------------------

តើលោកអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ដើម្បីឲ្យគាត់ទទួលនិងចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់លោកអ្នកសម្រាប់គ្រួសារលោកអ្នកទេ ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	កូដប្រៃសណីយ៍

**2a. តំណាងទទួលសិទ្ធិធានារ៉ាប់រងសុខភាព**

លោកអ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់អ្នក ដែលលោកអ្នកទុកចិត្តម្នាក់ក្នុងការ និយាយអំពីការដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមើលព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកនិងធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់លោកអ្នកអំពីផ្នែកនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។ តើលោកអ្នកចង់ជ្រើសរើសតំណាងទទួលសិទ្ធិម្នាក់សម្រាប់ផ្នែកមួយនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកទេ ?

បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរបំពេញព័ត៌មានក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ C ។

**3. តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកជាជនជាតិ ឥណ្ឌាអាមេរិក ឬកំណើតអាឡាស្កាមែនឬទេ ?  បាទ/ចាស  ទេ**

ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស ហើយដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាព ចូរបន្តទៅកាន់ឧបសម្ព័ន្ធ B សម្រាប់សំណួរបន្ថែម។

**សញ្ជាតិ/ជាតិពន្ធ**

ព័ត៌មាន អំពីសញ្ជាតិនិងជាតិពន្ធគឺជាជម្រើស។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានស្នើសុំដើម្បី ធានាដល់ការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាក់ទងនឹងសញ្ជាតិ ពណ៌ សម្បុរ ឬជាតិកំណើត។ ចម្លើយរបស់លោកអ្នកមិនធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិ ឬបរិមាណ អត្ថប្រយោជន៍ទេ។ ចូរគូសដឹកគ្រប់ចំនុចមើលទាំងអស់ ដែលអនុវត្តចំពោះលោក អ្នក។ ច្បាប់ចែងថា County ត្រូវតែកត់ត្រាក្រុមជាតិពន្ធ និងសញ្ជាតិរបស់លោកអ្នក។

ចូរគូសដឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ County អំពីសញ្ជាតិ និងជាតិពន្ធរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ County នឹងបញ្ចូលព័ត៌មាននេះសម្រាប់ស្ថិតិនៃសិទ្ធិពលរដ្ឋប៉ុណ្ណោះ។

<b>ជាតិពន្ធ</b>	តើលោកអ្នកជាជនជាតិអស្សាញឡាទីណូ ឬកំណើតអស្សាញឬ ?	ប្រសិនបើលោកអ្នកជាជនជាតិអស្សាញ ឬកំណើតឡាទីណូ តើលោកអ្នកចាត់ ទុកខ្លួនឯងជា
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ជនជាតិមុតស៊ីច <input type="checkbox"/> ពិភូមិគន <input type="checkbox"/> គុយបា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត_____

**សញ្ជាតិកំណើត/ជាតិពន្ធ**

ស្បែកស  អាមេរិកាំងឥណ្ឌា ឬកំណើតអាឡាស្កា  អាមេរិកាំងស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក  ផ្សេងទៀត ឬចម្រុះជាតិសាសន៍\_\_\_\_\_

ជនជាតិអាស៊ី ( បើបានគូសដឹក ចូរជ្រើសរើសជនជាតិមួយ ឬច្រើនដូចខាងក្រោម៖

ហ្វីលីពីន  ចិន  ជប៉ុន  កម្ពុជា  កូរ៉េ  វៀតណាម  ឥណ្ឌាអាស៊ី  ឡាវ

ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត ( ចូរបញ្ជាក់ ) \_\_\_\_\_

កំណើតហាវ៉ៃ ឬប្រជាជនរស់នៅកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ( បើបានគូសដឹក ចូរជ្រើសរើសជន ជាតិមួយ ឬច្រើនដូចខាងក្រោម៖  កំណើតហាវ៉ៃ

ហ្គាម៉ាន់ ឬ បាមីញ៉ូ  សាម៉ូន

**4. ការចង់បានកិច្ចសម្ភាសន៍**

លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយ County ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការដាក់ ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកនិងដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់Cash Aid ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី CalFresh។ កិច្ចសម្ភាសន៍សម្រាប់កម្មវិធី CalFreshជាធម្មតាធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទ រៀបរយលើលេខលោកអ្នកអាចត្រូវ បានធ្វើសម្ភាសន៍នៅពេលណាពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកដាក់ទៅ County ដោយ ផ្ទាល់ ឬចង់សម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ត្រូវតែ ធ្វើសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធី CalWORKs និងCalFresh ការសម្ភាសន៍ក្នុងកម្មវិធី CalFreshរបស់លោកអ្នក នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងពេលតែមួយដូចការសម្ភាសន៍លោកអ្នកក្នុងកម្មវិធី CalWORKs ក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតាដែរ។

សូមគូសដឹកមើលប្រអប់នេះប្រសិនបើលោកអ្នកនឹងធ្វើសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់ សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh។

សូមគូសដឹកមើលប្រអប់នេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការរៀបចំផ្សេងដោយសារ ពិការភាព។

**5. កម្មវិធីផ្សេងទៀត**

តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈទេ ( ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រខ្យត់ Tribal TANF, Medicaid, កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម [ប័ណ្ណសម្រាប់ជនក្រីក្រទិញស្បៀងអាហារ] ជំនួយទូទៅ/ជំនួយសង្គ្រោះទូទៅ។ ល។ ) ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា ?	កន្លែងណា ( ខោនធី/រដ្ឋ ) ?
ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា ?	កន្លែងណា ( ខោនធី/រដ្ឋ ) ?



**6. ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ៖ មនុស្សពេញវ័យ**

ចូរបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យទាំងអស់នៅក្នុងផ្ទះ។ ប្រសិនបើដាក់ពាក្យសុំការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពចូលមនុស្សពេញវ័យ ដែលបានទាមទារប្រាក់ចំណូលជាប់ពន្ធរបស់លោកអ្នកផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយលុយសុទ្ធ ហើយមានមនុស្សជំងឺធ្ងន់ជាងម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយលុយសុទ្ធ ឬដែលជាឪពុកម្តាយនៃកូនដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយ សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ D សម្រាប់សំណួរបន្ថែម។ សម្រាប់អ្នក ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសូមបំពេញសំណួរបន្ថែម 6e និង 6f ។

ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ (គូសពិការភាពភរិយា កម្មវិធីជំនួយរយៈពេលវែង)				ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល)	តើអ្នកនោះត្រូវជាអ្វីនឹងលោកអ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ភេទ (ប្រុស ឬ ស្រី)	ស្ថានភាពគ្រួសារ				សិក្សា (គូសពិការ ប្រសិនបើធ្វើការ/ចាស់)	ធានា (គូសពិការ ប្រសិនបើធ្វើការ/ចាស់)	ឆ្លើយតែសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ។  ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិកឬពលរដ្ឋ (គូសពិការមើលចម្លើយ បាទ/ចាស់ ឬ ទេ) បើសិនឆ្លើយទេចូរបំពេញសំណួរ 6e។	លេខសន្តិសុខសង្គម គឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិកទាំងឡាយ ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។  លេខសន្តិសុខសង្គម	
CalFresh	កម្មវិធីជំនួយសំបុក	Medi-Cal	កម្មវិធីថែទាំសុខភាព					នៅលើ	រៀបការ	ហែកត្នា	រំលងលះ					មេមាយ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*ជំនួយលុយសុទ្ធក៏រួមមានកម្មវិធីជំនួយទូទៅ និងការបន្តរបន្ថយទូទៅ

**6a. តើអ្នកគ្រប់គ្នា ដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ6 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនងដូច គ្នាឬ?  បាទ/ចាស់  ទេ បើឆ្លើយ ទេ សូមបំពេញព័ត៌មានទំនាក់ទំនងបុគ្គលនោះខាងក្រោម៖ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។**

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល)	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (ផ្លូវ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួស/សារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល (ជម្រើស)				

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូល)	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (ផ្លូវ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ (បើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ)	ផ្ទះលេខ.	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប្រៃសណីយ៍
ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ/ជំនួស/សារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល (ជម្រើស)				

**6b. ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ៖ កូន**

ចូរបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់កូនទាំងអស់ក្នុងផ្ទះ។ បើដាក់ពាក្យសុំការ ចំណាយលើការថែទាំសុខភាពច្បាប់បញ្ចូលកូន ដែលទាមទារប្រាក់ចំណូលពន្ធ របស់លោកអ្នកផងដែរ។ សម្រាប់អ្នក ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសូម បំពេញសំណួរលេខ6e និង6f។

ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ (គូសពិភាក្សាប្រភេទ កម្មវិធីនីមួយៗ)				ឈ្មោះ (នាមត្រ កូលនាមខ្លួននា មកណ្តាល)	តើអ្នកនោះត្រូវជា អ្វីនឹងលោកអ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទីកន្លែងកំណើត	ភេទ (ប្រុស/ស្រី)	ចូរគូសពិភាក្សាប្រាក់ចំណូល ទាំងអស់ ដែលអនុវត្តចំពោះ ឪពុកម្តាយរបស់ក្មេងម្នាក់ ឬទាំង ពីរ					សិទ្ធិប្តូរឈ្មោះ (សូមពិភាក្សាប្រាក់ចំណូល បាទ/ចាស) ក្នុងស្រុក/ក្រៅស្រុក (សូមពិភាក្សាប្រាក់ចំណូល បាទ/ចាស)	ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់អ្នក ដែលដាក់ពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ម្នាក់ៗ ប៉ុណ្ណោះ។ ជនជាតិ ឬពលរដ្ឋ សហរដ្ឋអាមេរិក ឬ (គូសពិភាក្សា បាទ/ចាស ឬ ទេ) បើឆ្លើយ ទេ ចូរបំពេញសំណួរ 6e ។	លេខសន្តិសុខសង្គម គឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិក ទាំងឡាយ ដែលមិនដាក់ពាក្យ យល់អត្ថប្រយោជន៍។	លេខសន្តិសុខសង្គម	
CalFresh	កម្មវិធីស្វែងរកសំបុត្រ	Medi-Cal	គ្មាន						មិននៅផ្ទះ	ជំនាញការងារ	Disability	សិប	គ្មាន					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6c. ព័ត៌មានសន្តិសុខសង្គម**

តើអ្នកគ្រប់គ្នា ដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ ទេ ចូរបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម យើងត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់អ្នកគ្រប់គ្នា ដែលកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំ ជំនួយ។ មានករណីលើកលែងមួយចំនួនសម្រាប់អ្នក ដែលជាជនរងគ្រោះនៃអំពើ ហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬជនរងគ្រោះដទៃទៀតដូចជាការរត់ពន្ធនាគារ។ បើសិនលោក អ្នកត្រូវការជំនួយរកលេខសន្តិសុខសង្គម សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅកាន់វិបសាយ [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)។

ឈ្មោះ	ហេតុផល ដែលគ្មានលេខសន្តិសុខសង្គម	បានដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គម
	<input type="checkbox"/> អ្នក ដែលជាកូនមានអាយុតិចជាងមួយឆ្នាំ។ <input type="checkbox"/> វាជាការប្រឆាំងនឹងសាសនារបស់ជននេះ។ <input type="checkbox"/> ជននេះមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)។ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____	តើបុគ្គលនេះបានដាក់ពាក្យសុំ SSN ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
	<input type="checkbox"/> អ្នក ដែលជាកូនមានអាយុតិចជាងមួយឆ្នាំ។ <input type="checkbox"/> វាជាការប្រឆាំងនឹងសាសនារបស់ជននេះ។ <input type="checkbox"/> ជននេះមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN)។ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____	តើបុគ្គលនេះបានដាក់ពាក្យសុំ SSN ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ



**6d. តើមាននរណាម្នាក់បម្រើកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិក ឬតើពួកគេជាប្តី ឬប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ ឬកូនរបស់នរណា ?**

បាទ/ចាស  ទេ



បើចម្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។ បើចម្លើយ ទេ សូមបន្តទៅសំណួរបន្ទាប់។



ឈ្មោះ:	ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ?	(✓) ឋានៈ:	បទបញ្ជាចាកចេញពីការបម្រើកងទ័ពសម្រាប់ឥរិយាបថបទបញ្ជាចេញ?	កាលបរិច្ឆេទបម្រើកងទ័ព
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> តួនាទីសកម្ម <input type="checkbox"/> អតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធគ្រប់គ្រង ឬកូនរបស់បុគ្គលដែលបំពេញតួនាទីសកម្ម ឬអតីតយុទ្ធជន	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> តួនាទីសកម្ម <input type="checkbox"/> អតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធគ្រប់គ្រង ឬកូនរបស់បុគ្គលដែលបំពេញតួនាទីសកម្ម ឬអតីតយុទ្ធជន	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	



**6e. ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងភាពមិនមែនជាពលរដ្ឋ- សូមបំពេញបែបបទសម្រាប់អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ ពាក្យសុំ។**



ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក (បើបានដឹង)	តើបុគ្គលនេះមានឋានៈជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិដែរឬទេ? បើចម្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់លេខ និងឯកសារអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេ។	បើបុគ្គលនេះបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកជាបន្តបន្ទាប់ចាប់តាំងពីឆ្នាំ1996 ឬ?	តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋចូលសញ្ជាតិឬ?	បានទទួលការពនា? (សូមដាក់ចម្លើយ បាទ/ចាសឬទេ) បើចម្លើយ បាទ/ចាសចូរពេញសំណួរ៥
		ប្រភេទឯកសារ:	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		លេខឯកសារ:			
		ប្រភេទឯកសារ:	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		លេខឯកសារ:			
		ប្រភេទឯកសារ:	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		លេខឯកសារ:			

តើអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងលើមានប្រវត្តិការងារយ៉ាងហោច10ឆ្នាំ (40ត្រីមាស) ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើចម្លើយ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_

តើអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងលើមាន ឬតើពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំ ឬតើពួកគេគ្រោងដាក់ពាក្យសុំ T-Visa ឬ U-Visa,  បាទ/ចាស  ទេ

សំណើ VAWA ដែរឬទេ? បើចម្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

បើចម្លើយ ទេ សូមបន្តទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

តើអ្នក ដែលបានផ្លាស់ប្តូរឋានៈអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្លួនក្នុងរយៈពេល 12ខែឬ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើចម្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

បើចម្លើយ ទេ សូមបន្តទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ:	តើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ?	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ	លេខរៀងជនបរទេស (បើមានការពាក់ព័ន្ធ)
ឈ្មោះ:	តើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ?	កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ	លេខរៀងជនបរទេស (បើមានការពាក់ព័ន្ធ)

**6f. ព័ត៌មានអំពីអ្នកដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋបានទទួលការធានា** - សូមឆ្លើយសម្រាប់អ្នក ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋបានទទួលការធានា ដែលលោក អ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំពួកគេ។  
 តើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ I-864 ឬ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរដែលនៅសល់។  
 បើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ I-134 ចូររំលងសំណួរនេះ។

តើអ្នកបានជួយផ្តល់លុយជាទៀងទាត់ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចំនួនលុយប៉ុន្មាន? \$ \_\_\_\_\_

តើអ្នកបានជួយផ្តល់ជាទៀងទាត់នូវរបស់របរដូចខាងក្រោម ( ចូរគូសដឹកចម្លើយទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន ) ?

ថ្លៃល្អល្អផ្ទះ  សម្លៀកបំពាក់  ចំណីអាហារ  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកធានា	នរណាត្រូវបានធានា?	លេខមូលនិធិអ្នកធានា
ឈ្មោះអ្នកធានា	នរណាត្រូវបានធានា?	លេខមូលនិធិអ្នកធានា

**6g. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះខាងលើក្នុងសំណួរ 6 ដែលមានអាយុក្រោម 21ឆ្នាំ មានឪពុកឬម្តាយដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះដែរឬទេ?**

បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមរាយឈ្មោះកូន និងឈ្មោះឪពុកម្តាយ ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ។

បើឆ្លើយ ទេ សូមបន្តទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះកូន	ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះ
ឈ្មោះកូន	ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះនេះ

**6h. តើមានអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 រស់នៅយ៉ាងតិចជាមួយកូនម្នាក់ ដែលមានអាយុក្រោម 19ឆ្នាំ ហើយត្រូវបានដាក់សំខាន់ ដល់ថវិកានេះឬ?**

បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ ទេ សូមរំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា? \_\_\_\_\_

**6i. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 មានបញ្ហាពិការភាពរាងកាយ បញ្ហាផ្លូវចិត្ត អារម្មណ៍ ឬពិការភាពក្នុងការចម្រើនលូតលាស់ ដែលរឹតត្បិតដល់សកម្មភាពនានា ( ដូចជា ងូតទឹក, ស្លៀកពាក់, បំពេញកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ ) ដែរឬទេ?**  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមរាយឈ្មោះអ្នក ដែលមានពិការភាពនោះ។ បើឆ្លើយ ទេ សូមបន្តទៅសំណួរបន្ទាប់។  
 ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_ ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_

**6j. ចូរបំពេញព័ត៌មានសម្រាប់ជនពិការម្នាក់ៗដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 ។**

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ	តើបុគ្គលនោះត្រូវការជំនួយសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ តាមរយៈជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន ឬសម្ភារៈពេទ្យដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរពន្យល់៖
ពិការភាពត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានរយៈពេល៖ <input type="checkbox"/> 30ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ <input type="checkbox"/> 12ខែ ឬច្រើនជាងនេះ	តើបុគ្គលនេះធ្វើការ និងមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ដែលចាំបាច់ក្នុងការជួយឲ្យពួកគេនៅធ្វើការបានឬ? ឧទាហរណ៍ រទេះរុញខ្សែ, ព្រាយុងជើង ។ល។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរពន្យល់។
តើបុគ្គលនេះត្រូវការការថែទាំ ដើម្បីឲ្យអ្នកផ្សេងទៀតអាចធ្វើការបាន ឬចូលរៀនបានដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបិតនៅក្នុងវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកនោះឈ្មោះអ្វី?
ឈ្មោះបុគ្គល	តើបុគ្គលនេះត្រូវការជំនួយក្នុងការធ្វើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃតាមរយៈជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន ឬសម្ភារៈពេទ្យដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរពន្យល់៖
ពិការភាពត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានរយៈពេល៖ <input type="checkbox"/> 30ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ <input type="checkbox"/> 12ខែ ឬច្រើនជាងនេះ	តើបុគ្គលនេះធ្វើការ និងមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ដែលចាំបាច់ក្នុងការជួយឲ្យពួកគេនៅធ្វើការបានឬ? ឧទាហរណ៍ រទេះរុញខ្សែ, ព្រាយុងជើង ។ល។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរពន្យល់។
តើបុគ្គលនេះត្រូវការការថែទាំ ដើម្បីឲ្យអ្នកផ្សេងទៀតអាចធ្វើការបាន ឬចូលរៀនបានដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបិតនៅក្នុងវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើវេជ្ជស្ថាន ឬកន្លែងមើលថែដោយគិលានុប្បដ្ឋាកនោះឈ្មោះអ្វី?

**6k. តើមានកូនក្មេង ឬជនពិការណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ ដែលត្រូវការការថែទាំពីសមាជិកគ្រួសារមួយផ្សេងទៀតដែរឬទេ?**

បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមពន្យល់។ បើឆ្លើយ ទេ ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។



**6l. សិស្ស**

តើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍កំពុងចូលរៀនមហាវិទ្យាល័យ ឬសាលាបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះបុគ្គល	ឈ្មោះសាលា/សាលាបណ្តុះបណ្តាល	ស្ថានភាពដែលបានចុះឈ្មោះ (✓ គូសឆិតចម្លើយមួយ)	ធ្វើការ?
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាលម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ <input type="checkbox"/> តិចជាងពាក់កណ្តាលម៉ោង ចំនួនឯកតា៖ _____	ម៉ោងធ្វើការគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍៖ _____
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាលម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ <input type="checkbox"/> តិចជាងពាក់កណ្តាលម៉ោង ចំនួនឯកតា៖ _____	ម៉ោងធ្វើការគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍៖ _____



**6m. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 ឬ 6b មានផ្ទៃពោះ ឬជាឪពុកម្តាយ ដែលមានវ័យជំទង់ឬ?  បាទ/ចាស  ទេ**

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ:	តើបុគ្គលនោះមានអាយុក្រោម 20ឆ្នាំឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  តើបុគ្គលនោះជាឪពុកម្តាយដែលមានវ័យជំទង់ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ស្ថានភាពសាលា បើបិតក្រោមអាយុ 20ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> មានសញ្ញាប័ត្រទុតិយភូមិ <input type="checkbox"/> មាន GED <input type="checkbox"/> ចូលរៀនទៀងទាត់ <input type="checkbox"/> មិនចូលរៀនទៀងទាត់ (ចូលរៀនហេតុផល)៖	កាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់ (បើបានដឹង)	តើរឿងនេះមានកូនប៉ុន្មាននាក់ ឬមានការផ្ទេរពោះនេះ?
ឈ្មោះ:	តើបុគ្គលនោះមានអាយុក្រោម 20ឆ្នាំឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  តើបុគ្គលនោះជាឪពុកម្តាយដែលមានវ័យជំទង់ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ស្ថានភាពសាលា បើបិតក្រោមអាយុ 20ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> មានសញ្ញាប័ត្រទុតិយភូមិ <input type="checkbox"/> មាន GED <input type="checkbox"/> ចូលរៀនទៀងទាត់ <input type="checkbox"/> មិនចូលរៀនទៀងទាត់ (ចូលរៀនហេតុផល)៖	កាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់ (បើបានដឹង)	តើរឿងនេះមានកូនប៉ុន្មាននាក់ ឬមានការផ្ទេរពោះនេះ?



**6n. តើមាននរណាម្នាក់ធ្លាប់បានទទួលរង្វាន់លើកទឹកចិត្តជាសាច់ប្រាក់ ឬទោស ទណ្ឌ ឬជំនួយក្នុងការថែទាំកូន ការដឹកជញ្ជូន ឬសេវាផ្សេងទៀតពីកម្មវិធី Cal-Learn ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ**

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះ:	ទីកន្លែង (ខោនធី)	កាលបរិច្ឆេទបានទទួល



**6o. តើមាននរណាម្នាក់ដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 ធ្លាប់បិតនៅក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹមទេ?  បាទ/ចាស  ទេ**

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមពន្យល់។

ឈ្មោះ:	នៅពេលណា៖	រដ្ឋ៖	តើបុគ្គលនោះមានអាយុ 26ឆ្នាំ ឬក្នុងរយៈពេលនេះ ហើយតើពួកគេបានបិតនៅក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹមកាលពីអាយុ 18ឆ្នាំឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះ:	នៅពេលណា៖	រដ្ឋ៖	តើបុគ្គលនោះមានអាយុ 26ឆ្នាំ ឬក្នុងរយៈពេលនេះ ហើយតើពួកគេបានបិតនៅក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹមកាលពីអាយុ 18ឆ្នាំឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

**6p.** តើមានកូនចិញ្ចឹមរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា? \_\_\_\_\_  
សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមអំពីកូនចិញ្ចឹម៖

តើកូននេះត្រូវបានដាក់ក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកក្រោមដីកាតុលាការឬ?  បាទ/ចាស  ទេ  
តើលោកអ្នកចង់បានកូនចិញ្ចឹមរាប់ចូលក្នុងករណី CalFresh របស់លោកអ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ដែលលោកអ្នកទទួលបាន និងត្រូវរាប់ជាប្រាក់ចំណូលមិនបានរកទេ?  
បើឆ្លើយ ទេ ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំកូនចិញ្ចឹម និងមិនត្រូវរាប់ជាប្រាក់ចំណូលមិនបានរកឡើយ។

**6q.** តើរាល់អ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 រស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ហើយរំពឹងថាបន្តរស់នៅទីនេះដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
បើឆ្លើយ ទេ ចូរពន្យល់។

**6r.** តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 មានគម្រោងនឹងចាកចេញពីរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់រយៈពេលច្រើនជាង 30 ថ្ងៃដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរពន្យល់។

ឈ្មោះ:	តើពួកគេមានគម្រោងនឹងចាកចេញទេ?	តើបុគ្គលនេះមានគម្រោងនឹងវិលត្រឡប់មករដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស នៅពេលណា៖
ឈ្មោះ:	តើពួកគេមានគម្រោងនឹងចាកចេញទេ?	តើបុគ្គលនេះមានគម្រោងនឹងវិលត្រឡប់មករដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស នៅពេលណា៖

**7.** ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក  
តើមានអ្នកទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលមិនមែនមកពីការងារ (មិនបានរក) ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។  
បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួររដ្ឋប្រាប់។

ចូរគូសជីកគ្រប់ប្រភេទប្រាក់ចំណូលមិនបានរកទាំងអស់ ដែលអនុវត្តចេញពីឧទាហរណ៍នេះ (អាចមានប្រាក់ចំណូលមិនបានរកផ្សេងទៀត ដែលមិនមានរាយ នៅទីនេះ) ៖

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> សន្តិសុខសង្គមសម្រាប់ពិការភាព                              | <input type="checkbox"/> ការលក់បណ្ណព័ត៌មាន កិច្ចសន្យា លិខិតប្រតិសិទ្ធិ បណ្ណជំពាក់ប្រាក់  | <input type="checkbox"/> ការឈ្នះឆ្នោត/ល្បែង                              |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP   | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍/ប្រាក់ចំណូលនៃការអប់រំអតីតយុទ្ធជន                   | <input type="checkbox"/> ការជួយបង់ប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ/ចំណីអាហារ/សម្លៀកបំពាក់ |
| <input type="checkbox"/> កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់)         | <input type="checkbox"/> រដ្ឋាភិបាល/ពិការភាពដោយការបំពេញការងារនៅផ្លូវថ្នល់ ឬចូលនិវត្តន៍   | <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រង ឬដំណោះស្រាយស្របច្បាប់            |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA                              | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ឬប្រាក់សោធននិវត្តន៍កងទ័ព                | <input type="checkbox"/> ពិការភាពឯកជន ឬការចូលនិវត្តន៍                    |
| <input type="checkbox"/> បន្ទប់ និងអាហារដាក់ខែ (ពីអ្នកផ្តល់សេវាជួល)                | <input type="checkbox"/> ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ប្រាក់ជំនួយសាលា/ប្រាក់កម្ចី/អាហារូបករណ៍)      | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណេញ និងប្រាក់ចំណូលការប្រាក់             |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធននិវត្តន៍  | <input type="checkbox"/> រង្វាន់ជាលុយ ឬប្រាក់កម្ចីផ្សេងទៀត                               | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍នៃកូដកម្ម                           |
| <input type="checkbox"/> អាហារកិច្ចកូន/ប្តីឬប្រពន្ធ                                | <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងគ្មានការងារធ្វើ/ការធានារ៉ាប់រងអសមត្ថភាពរដ្ឋ (SDI) | <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____                                  |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឈ្នួល/ប្រាក់កម្រៃពីការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ              | <input type="checkbox"/> ការសងជំងឺចិត្តកម្មករ  |  |
| <input type="checkbox"/> ការចូលនិវត្តន៍ដែលទទួលបានសេវាសន្តិសុខសង្គម                 | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការធ្វើកសិកម្ម/នេសាទ                          |  |
| <input type="checkbox"/> ឬអត្ថប្រយោជន៍នៃអ្នកនៅរស់                                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់បង់ឱ្យក្នុងមនុស្សម្នាក់                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> ការសិក្សាការងារ/សុខុមាលភាពដើម្បីធ្វើការ ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀត |  |  |

បុគ្គលដែលទទួលបាន?	ព័ត៌មាននៃឈ្មោះ?	ចំនួនប៉ុន្មាន?	បានទទួលជាញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ម្តង, ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែ, ឬផ្សេងទៀត)	រំពឹងនឹងបន្តទទួលបាន? (គូសជីកចម្លើយ បាទ/ចាស ឬ ទេ)
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

បើប្រាក់ចំណូលនេះ មិនត្រូវបានរំពឹងនឹងបន្ត សូមពន្យល់៖



**8. ប្រាក់ចំណូលដែលបានរក**

តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ចំណូលពីការងារទេ (ប្រាក់ចំណូលមិនបានរក) ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចូរឆ្លើយសំណួរនេះ៖  
 បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

**កំណត់សម្គាល់:** បើបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង ចូរបំពេញសំណួរ 8a ខាងក្រោម។  
 ចូររាយឈ្មោះប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ ឬការកាត់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ប្រាក់ចំណូលដុល)។

ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលបានរកគឺ (ឧទាហរណ៍ទាំងនេះអាចជាការងារពេញម៉ោង, ការងារតាមរដូវកាលបណ្តោះអាសន្ន ឬការបណ្តុះបណ្តាល និងអាចមានប្រាក់ចំណូលដែលមិនបានរកផ្សេងទៀត មិនបានរាយនៅទីនេះ)៖

- ប្រាក់ឈ្នួល
- ប្រាក់កម្រៃជើងសារ
- ប្រាក់ទឹកតែ
- ប្រាក់ខែ
- សិក្សាការងារ (សិស្សនិស្សិត)
- រួមបញ្ចូលទាំងការងារទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែល County បានជួយលោកអ្នកឲ្យទទួលបាន។

បុគ្គលដែលកំពុងធ្វើការ	ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក	កម្រៃគិតជាម៉ោង	ម៉ោងគិតជាមធ្យមក្នុងមួយសប្តាហ៍	បានទទួលប្រាក់ចំណូលលើកញ្ចប់បំណុល? (ម្តង, ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)	ប្រាក់ចំណូលរកបានដុលដែលបានទទួលខែនេះ?	រំពឹងនឹងបន្តទទួលបាន? (✓ គូសគិតចម្លើយ បាទ/ចាស ឬ ទេ)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
			\$			\$	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលនេះ មិនត្រូវបានរំពឹងទទួលបានបន្ត ចូរពន្យល់៖



តើមាននរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ, ផ្លាស់ប្តូរការងារ, ចាកចេញពីការងារ ឬការងារកាត់បន្ថយម៉ោង ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃកន្លងទៅដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើ County បានជួយរកការងារនេះឲ្យបុគ្គលនេះទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	កាលបរិច្ឆេទបាត់បង់ការងារចាកចេញពីការងារ ឬផ្លាស់ប្តូរការងារ	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ចុងក្រោយ	ហេតុផល?
តើមាននរណាធ្វើកូដកម្មទេ?	បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើនរណា?	កាលបរិច្ឆេទធ្វើកូដកម្ម	កាលបរិច្ឆេទបើកប្រាក់ចុងក្រោយ
<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			



**8a. ការងារផ្ទាល់ខ្លួន**

សមាជិកគ្រួសារ ដែលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯងអាចចំណាយលើការងារផ្ទាល់ខ្លួន ជាក់ស្តែង ( ឬសម្រាប់កម្មវិធី CalFresh ឬកម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសច់ប្តុំ ការកាត់ 40% នៃប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនតាមបទដ្ឋាន )។ សម្រាប់កម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសច់ប្តុំ លោកអ្នកក៏ អាចជ្រើសរើសប្រើមធ្យមប្រចាំខែបានផងដែរ ( ការចំណាយអាជីវកម្មប្រចាំឆ្នាំ ចែកនឹង 12ខែ )។ បើលោកអ្នកជ្រើសរើសយកការចំណាយជាក់ស្តែងលោកអ្នកត្រូវរាយឈ្មោះការ ចំណាយលើអាជីវកម្មរបស់លោកអ្នកនៅលើសន្លឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែកមួយ។

បុគ្គលបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង	ឈ្មោះអាជីវកម្ម	ប្រភេទអាជីវកម្ម	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមដំណើរការអាជីវកម្ម	ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែ	ការចំណាយលើការបម្រើការទុយខ្លួនឯង (✓ គូសគិតចម្លើយមួយ)	*ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ
				\$	<input type="checkbox"/> អត្រាទូទៅ 40% (CalFresh/កម្មវិធីជំនួយសច់ប្តុំ) <input type="checkbox"/> ការចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____ <input type="checkbox"/> មធ្យមតាមប្រចាំខែ \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> អត្រាទូទៅ 40% (CalFresh/កម្មវិធីជំនួយសច់ប្តុំ) <input type="checkbox"/> ការចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____ <input type="checkbox"/> មធ្យមតាមប្រចាំខែ \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> អត្រាទូទៅ 40% (CalFresh/កម្មវិធីជំនួយសច់ប្តុំ) <input type="checkbox"/> ការចំណាយជាក់ស្តែង \$ _____ <input type="checkbox"/> មធ្យមតាមប្រចាំខែ \$ _____	\$

\* ចំណូលប្រចាំខែសុទ្ធ គឺជាចំណូលប្រចាំខែដុលដក នឹងការចំណាយ។

**9. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត**

តើមាននរណាខ្លះ ដែលទទួលបានទីជម្រក ឬថ្លៃឈ្នួលសេវាសាធារណៈម្ហូបអាហារ ឬសម្លៀកបំពាក់ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬជាការដោះដូរនឹងការងារទេ?  បាទ/ចាស់  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរឆ្លើយសំណួរនេះ។  
 បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

សម្ភារៈទទួលបាន	ដោយឥតគិតថ្លៃ	សម្រាប់ការងារ	អ្នកណាទទួលសម្ភារៈ?	តម្លៃ	អ្នកណាផ្តល់សម្ភារៈ?
ថ្លៃឈ្នួលទីជម្រក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
សេវាសាធារណៈ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
ម្ហូបអាហារ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
សម្លៀកបំពាក់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

**10. ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ**

តើប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់នរណាម្នាក់ (ចំណូលមិនបានរកចំណូល ដែលបានរកនិងការបម្រើការឲ្យខ្លួនឯង) ផ្លាស់ប្តូរពីមួយខែទៅមួយខែឬ?  បាទ/ចាស់  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរ។  
 បើឆ្លើយ ទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះបុគ្គលនោះ	តើនៅឆ្នាំនេះប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ពួកគេនឹងមានចំនួនប៉ុន្មាន?	តើនៅឆ្នាំក្រោយប្រាក់ចំណូលសរុបរបស់ពួកគេនឹងមានចំនួនប៉ុន្មាន (បើលោកអ្នកគិតថា វានឹងមានភាពខុសគ្នា)?
	\$	\$
	\$	\$

**11. កូនរបស់គ្រួសារ/ការចំណាយលើការថែទាំមនុស្សធំ (បរិមាណចំណាយជាក់ស្តែង ប្រសិនបើអនុញ្ញាតឲ្យការចំណាយជាការកាត់កងចេញ)។**

តើមាននរណាម្នាក់បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំកូនមនុស្សធំពិការ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទប់ ផ្សេងទៀតដើម្បីលោកអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតអាចទៅធ្វើការទៅរៀន ឬស្វែងរក ការងារធ្វើបានទេ?  
 បាទ/ចាស់  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរ។  
 បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

នរណាទទួលបានការថែទាំ?	នរណាផ្តល់ការថែទាំ? (ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់ការថែទាំ)	ចំនួនទឹកប្រាក់បានចំណាយ?	បានចំណាយញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើមាននរណាម្នាក់ជួយចេញការចំណាយខាងលើដល់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលជាផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃការថែទាំកូន/មនុស្សធំរបស់លោកអ្នកទេ?  បាទ/ចាស់  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ចូរបំពេញខាងក្រោម។

នរណាទទួលបានការថែទាំ?	នរណាជួយបង់ការចំណាយ?	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ?	បានចំណាយញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	

**12. ការបង់អាហារកិច្ចកូន**

តើអ្នកមានឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 មានភាពពិតប្រាកដប្រាកដចំណាយលើអាហារកិច្ចកូន រួមទាំងការគាំពារកូនដែរឬទេ?  បាទ/ចាស់  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។  
 បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

នរណាបង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចកូន?	ឈ្មោះកូនដែលទទួលបានអាហារកិច្ចកូន	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ?	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	



**13. អាហារកិច្ចប្រពន្ធប្រាក់គាំពារប្តីប្រពន្ធក្រោយការលែងលះ**

តើអ្នកមានឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរ 6 ជាប់កាតព្វកិច្ចបង់ចំណាយលើអាហារកិច្ចប្រពន្ធប្រាក់គាំពារប្តីប្រពន្ធក្រោយការលែងលះដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។  
 បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

**14. ការចំណាយលើតម្រូវការពិសេស**

តើមាននរណាដែលមានលក្ខខណ្ឌសុខភាពពិសេស ឬស្ថានភាពដែលតម្រូវឱ្យមានដូចខាងក្រោមទេ?

របបអាហារពិសេសតាមវេជ្ជបញ្ជា?  បាទ/ចាស  ទេ      តម្រូវការពិសេសផ្សេងទៀត? (សូមបញ្ជាក់)  បាទ/ចាស  ទេ

ទូរស័ព្ទពិសេស ឬបរិក្ខារផ្សេងទៀត?  បាទ/ចាស  ទេ      \_\_\_\_\_

កិច្ចការផ្ទះ (គ្មាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះអាចធ្វើវាបាន)?  បាទ/ចាស  ទេ      សូមរាយឈ្មោះអ្នកដែលមានតម្រូវការពិសេស និងពន្យល់៖

ប្រើសេវាសាធារណៈខ្ពស់ខ្លាំង?  បាទ/ចាស  ទេ      \_\_\_\_\_

សេវាបោកគក់ពិសេស?  បាទ/ចាស  ទេ

**15. ការចំណាយរបស់គ្រួសារ**

តើមាននរណាដែលលោកអ្នកទិញ និងរៀបចំចំណីអាហារចូលជាមួយ ទទួលរក្សាយបត្រសម្រាប់ការចំណាយគ្រួសារទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។  
 បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

**កំណត់សម្គាល់៖** ចូរកុំបញ្ចូលចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយដែលធ្វើឡើងតាមរយៈជំនួយផ្នែកទីជម្រកដូចជា HUD ឬ ផ្នែក 8។ សេវាផ្តល់កម្រៃត្រជាក់ ទូរស័ព្ទ សេវាសាធារណៈផ្សេងទៀត និងការផ្តល់ទីជម្រកដល់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង ត្រូវបានកំណត់ជាប្រាក់ឧបត្ថម្ភ។ មិនចាំបាច់បំពេញបរិមាណទឹកប្រាក់ជាក់ស្តែងដែលបានដាក់ទេ។

ប្រភេទនៃការចំណាយ	មានការចំណាយ?	នរណាបង់?	ចំនួនទឹកប្រាក់ ជំពាក់	តើទទួលបានវិក្កយបត្រញឹក ញាប់ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ)
ប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬការបង់ថ្លៃផ្ទះ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ និងការធានារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមានវិក្កយបត្រដោយឡែកពីប្រាក់ ឈ្នួលផ្ទះ ឬបង់ប្រាក់កម្ចីជនាគារ)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ហ្វាស, អគ្គិសនី, ឬប្រេងឥន្ធនៈផ្សេងទៀត ដែលបានប្រើសម្រាប់ផុតកម្តៅ ឬត្រជាក់ ដូចជាអុស ឬប្រូតែន (ប្រសិនបើមានវិក្កយបត្រដោយឡែកពីប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះ ឬបង់ប្រាក់កម្ចីជនាគារ)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ទូរស័ព្ទ/ទូរស័ព្ទដៃ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ការចំណាយលើការគ្រប់គ្រងទឹកជម្រក	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
ទឹក ទឹកស្អុយ សំរាម	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
តើមាននរណាដែលមិននៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកជួយចេញការចំណាយខាងលើឱ្យ លោកអ្នកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញ។		នរណាជួយបង់?	ប៉ុន្មាន? \$	តើបានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

តើលោកអ្នកទទួល ឬរំពឹងថានឹងទទួលការបង់ចំណាយពីកម្មវិធីជំនួយថាមពលដល់ផ្ទះដែលមានចំណូលទាប (LIHEAP) ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ



**16. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព៖**

តើលោកអ្នក ឬអ្នកដទៃដែលលោកអ្នកទិញឬរៀបចំម្ហូបអាហារចូលជាមួយ ជាមនុស្សចាស់ ( 60ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ) ឬជនពិការដែលមានការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពទេ ?

បាទ/ចាស  ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរៗ

បើឆ្លើយ ទេ ចូររំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

**កំណត់សម្គាល់៖** ចូរកុំរាយឈ្មោះប្តីឬប្រពន្ធ ឬកូនដែលទទួលបានប្រាក់ស្រមោលអ្នកក្នុងបន្ទុកស្រមោល SSI ឬពិការភាព និងអ្នកទទួលបានលិខិតពិការភាព។

រាយឈ្មោះមុខចំណាយដែលលោកអ្នករំពឹងថានឹងមាននៅក្នុងពេលអនាគត។

ការចំណាយលើសុខភាពដែលអាចអនុញ្ញាតឲ្យគឺ៖

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាព ឬការថែទាំផ្ទេរ                                      | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណាយលើ Medicare ( ការរំលែកការចំណាយលើ Medi-Cal )                        | <input type="checkbox"/> ចំណាយលើការដឹកជញ្ជូន ( ម៉ែយី ឬថ្លៃឈ្នួល ) និងការស្នាក់នៅដើម្បីទទួលបានការ ព្យាបាល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ |
| <input type="checkbox"/> ការស្រមោលកេនាឡា/អ្នកទទួលបានការព្យាបាលស្រមោលកេនាឡា/ការថែទាំអ្នកជំងឺ | <input type="checkbox"/> ធ្មេញសប្បុរសិត្តិយសនូវការស្តាប់ និងផ្នែកសប្បុរសិត្តិយសរាយការ                  | <input type="checkbox"/> ពាក់វ៉ែនតានិងពាក់ Contact Lense ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា   |
| <input type="checkbox"/> ការប្រើប្រាស់មេរ្តេបញ្ជា   | <input type="checkbox"/> រក្សាទុកអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺម្នាក់ ដែលចាំបាច់ដោយសារវ័យជំងឺ ឬភាពទ្រុឌទ្រោម រាងកាយ | <input type="checkbox"/> បរិក្ខារ និងការផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រតាមវេជ្ជបញ្ជា  |
| <input type="checkbox"/> សុខភាព និងប្រាក់ចំណាយលើការលេបថ្នាំ                                 | <input type="checkbox"/> ចំនួន និងចំណាយលើអាហារ ដែលផ្តល់ទៅឲ្យអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ                          | <input type="checkbox"/> ចំណាយលើសេវាសុវត្ថិភាព៖ (វិក្កយបត្រចំណីអាហារពេទ្យសត្វ ។ល។ )  |
| <input type="checkbox"/> ការប្រើប្រាស់ថ្នាំថែទាំសុខភាព                                      | <input type="checkbox"/> ឱសថអាចទិញដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា   |  |

ឈ្មោះមនុស្សចាស់/ជនពិការ	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ	បានចំណាយប្រាក់ប្រចាំខែ ? (ប្រចាំខែប្រចាំសប្តាហ៍ផ្សេងទៀត)	ប្រភេទនៃការចំណាយ ? ( វេជ្ជបញ្ជា ធ្មេញសប្បុរសិត្តិយស ចំនួនពេលវេលាសម្រាប់អ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ ។ល។ )	តើគ្រួសារនិងរដ្ឋស្រុកបានបង់ឲ្យវេជ្ជបញ្ជាអ្នកថែទាំអ្នកជំងឺដែរឬទេ ? (ដោយ Medi-Cal, ការធានារ៉ាប់រង, សមាជិកគ្រួសារ ។ល។ )
	\$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស នរណាបង់ឲ្យ ? ប៉ុន្មាន \$
	\$			បើឆ្លើយ បាទ/ចាស នរណាបង់ឲ្យ ? ប៉ុន្មាន \$



**17. ការចំណាយដែលអាចកាត់ពន្ធផ្សេងទៀត**

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់បង់អ្វីមួយដែលអាចកាត់លើប្រាក់ចំណូលពន្ធសហព័ន្ធ ការប្រាប់រឿងនេះដល់យើងខ្ញុំនៅទីនេះ អាចធ្វើឲ្យចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមានតម្លៃទាបបន្តិច។ ចូរកុំបញ្ចូលអ្វីមួយដែលលោកអ្នកបានបញ្ចូលទៅក្នុងការចំណាយលើការប្រើប្រាស់ការងារឲ្យខ្លួនឯងហើយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការចំណាយដែលអាចកាត់ទុកផ្សេងទៀត សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ប្រភេទនៃការចំណាយ	មានការចំណាយ ?	នរណាបង់ ?	បានបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ ? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ)
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធគ្រោយការលែងលះ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		
ការប្រាក់លើប្រាក់កម្ចីរបស់សិស្សនិស្សិត	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		
ការកាត់ទុកផ្សេងទៀត ( ចូរបញ្ជាក់ )	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		



**18. តើអ្នកដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរ 6 ទទួលបានអាហារពិកន្លែងណាមួយដូចខាងក្រោមដែរឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

- ផ្ទះបាយរួមសម្រាប់មនុស្សចាស់/ជនពិការ
- កម្មវិធីចែកចាយអាហារប្រតិបត្តិដោយការបង្កើនទុករបស់អ្នកស្រុកដើមកំណើតអាមេរិកាំង។
- កម្មវិធីស្បៀងអាហារផ្សេងទៀត

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស នរណា ?	កម្មវិធីអ្វី ?
បើឆ្លើយ បាទ/ចាស នរណា ?	កម្មវិធីអ្វី ?



**19. តើអ្នកមានឈ្មោះក្នុងសំណួរ 6 រស់នៅកន្លែងណាមួយដូចខាងក្រោមដែរឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរៗ បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។



- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទិញមកស្រមោលអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង</li> <li>• ទិញមកស្រមោលប្រស្តីចាស់ជរា</li> <li>• ទិញកន្លែងប្រមូលស្រមោលអ្នកស្រុកដើមកំណើតអាមេរិកាំង</li> <li>• មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាពីការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង/ថ្នាំញៀន</li> <li>• មណ្ឌលលើកែប្រែ/ស្ថាប័នព្រះពុទ្ធសាសនា ( គុកឬមន្ទីរឃុំឃាំង )</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការរៀបចំការរស់នៅជាក្រុមសម្រាប់មនុស្សខ្វះ/ជនពិការ</li> <li>• ទីជម្រកឧបត្ថម្ភធនដោយរដ្ឋសហព័ន្ធ</li> <li>• មន្ទីរពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ/ស្ថាប័នព្យាបាលផ្លូវចិត្ត</li> <li>• មន្ទីរពេទ្យ</li> <li>• ការថែទាំរយៈពេលយូរ ឬក្រុមប្រឹក្សា និងមណ្ឌលថែទាំ</li> </ul> |
|--|--|

ឈ្មោះមុខងារនោះ	ឈ្មោះស្ថាប័ន ( មជ្ឈមណ្ឌល ទីជម្រក មណ្ឌល ។ល។ )	កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីកន្លែងនេះ តាមការរំពឹងទុក ( ប្រសិនបើអន្តរាគមន៍ )

**20. តើមាននរណាម្នាក់កំពុងទទួលបានសេវាកម្មនៅតាមផ្ទះ (IHSS) ដែរឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

តើនរណាទទួលបានសេវាកម្មនេះ ? \_\_\_\_\_ តើលោកអ្នកបង់ចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយខែសម្រាប់សេវាកម្មនេះ ?  
\$ \_\_\_\_\_

**21. តើអ្នកដែលមានរាយឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរទី 6 ទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយលោកអ្នកដែរឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ ទេ រាយឈ្មោះអ្នកដែលមិនទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយលោកអ្នក។

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

**21a. តើមាននរណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នករយៈពេល 60 ថ្ងៃ ឬលើសពីនេះ និងមិនអាចទិញអាហារ និងធ្វើបម្រុងគ្នាដោយសារតែពិការភាពដែរឬទេ ?**  
 បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា៖ \_\_\_\_\_

**22. ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលត្រូវការការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ តើបច្ចុប្បន្នមាននរណាម្នាក់ចុះឈ្មោះនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមជ្រើសរើសប្រភេទការធានារ៉ាប់រង រួចសរសេរឈ្មោះបុគ្គលទាំងនេះនៅជិតការធានារ៉ាប់រងដែលពួកគេមាន។

<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal ( កម្មវិធីថែទាំសុខភាព )	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក
<input type="checkbox"/> CHIP ( កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កុមារ )	ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព
<input type="checkbox"/> Medicare ( កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ )	លេខគោលនយោបាយ៖
<input type="checkbox"/> កម្មវិធីថែទាំសុខភាព TRICARE ( មិនត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់លោកអ្នកមានការថែទាំដោយផ្ទាល់ ឬកាតព្វកិច្ច )	តើនេះគឺជាការធានារ៉ាប់រង COBRA ( កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់និយោជិត ) មែនទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ តើនេះគឺជាគម្រោងសុខភាពសម្រាប់និរន្តរ៍មែនទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> កម្មវិធីថែទាំសុខភាព VA	តើនេះគឺជាគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍និយោជិតរបស់រដ្ឋមែនទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> Peace Corps ( កម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តរបស់រដ្ឋាភិបាលអាមេរិក )	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
	ឈ្មោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាព
	លេខគោលនយោបាយ៖
	តើគម្រោងនេះគឺជាគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍មានដែនកំណត់ដូចគ្នានឹងគោលនយោបាយឧប្បត្តិហត្ថេនៅតាមសាលាមែនទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

**22a. តើមាននរណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យសុំនេះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពពីការងារដែរឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស លោកអ្នកត្រូវបំពេញ និងបញ្ជូលឧបសម្ព័ន្ធ A។

**22b. តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់នរណាម្នាក់ នឹងត្រូវបញ្ចប់ ឬបានបញ្ចប់ នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយដែរ ឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើ ទេ សូមរំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	បុគ្គល ដែលបានធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	មូលហេតុនៃការបញ្ចប់ ឬនឹងត្រូវបញ្ចប់

**22c. តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវការជំនួយសម្រាប់វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រពីរយៈពេល បីខែចុងក្រោយដែរ ឬទេ ?**  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា៖ \_\_\_\_\_

**23. តើអ្នក ដែលមានរាយឈ្មោះនៅក្នុងសំណួរទី 6 មានគម្រោងធ្វើប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធនៅឆ្នាំក្រោយដែរ ឬទេ ?**  
 បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកធ្វើប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ។  
ប្រសិនបើ ទេ សូមរំលងទៅកាន់សំណួរទី 23e។

**23a.** សូមបំពេញផ្នែកនេះសម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ ដែលមានគម្រោងចង់ធ្វើប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធនៅឆ្នាំក្រោយ ប្រសិនបើលោកអ្នកឆ្លើយ បាទ/ចាស សម្រាប់សំណួរទី 23។ លោកអ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបានដដែល ទោះបីជាលោកអ្នកមិនបានធ្វើប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធក៏ដោយ។

**23b.** រាយឈ្មោះអ្នក ដែលមានគម្រោងធ្វើប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋសម្រាប់បង់ពន្ធសហព័ន្ធនេះ៖ \_\_\_\_\_

**23c.** តើបុគ្គលនេះនឹងធ្វើប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយនឹងប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមសរសេរឈ្មោះប្តី/ប្រពន្ធនេះ៖ \_\_\_\_\_

**23d.** តើបុគ្គលនេះនឹងទាមទាររបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធរបស់អ្នកនៅ ក្នុងបន្ទុករបស់ពួកគេដែរ ឬទេ ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមរាយឈ្មោះអ្នកធ្វើប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលនឹងទាមទារវា៖ \_\_\_\_\_

**23e.** តើបុគ្គលនេះមានទំនាក់ទំនងដូចម្តេចជាមួយនឹងអ្នកធ្វើប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលនឹងទាមទាររបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធនេះ៖ \_\_\_\_\_

**23f.** ដើម្បីធ្វើវិធានការតែងតាំងបុគ្គលក្នុងការកំណត់ពិសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំទៀត។ ខ្ញុំយល់ស្របឲ្យលោកអ្នកប្រើប្រាស់ទិន្នន័យចំណូលរួមទាំងព័ត៌មានពីរបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធ។ លោកអ្នកនឹងធ្វើឲ្យខ្ញុំរងសេចក្តីជូនដំណឹងមួយច្បាប់អនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយហើយខ្ញុំអាចបដិសេធមិនចូលរួមនៅពេលណាមួយ។  
បាទ/ចាស បន្តសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់រយៈពេល (សូមជ្រើសរើសមួយ) ៖  5 ឆ្នាំក្រោយ  4 ឆ្នាំក្រោយ  3 ឆ្នាំក្រោយ  2 ឆ្នាំក្រោយ  1 ឆ្នាំក្រោយ  
 ទេ មិនត្រូវប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីរបាយការណ៍ចំណូលសម្រាប់បង់ពន្ធដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។

**24. ធនធានរបស់គ្រួសារ**  
 តើមាននរណាម្នាក់មានធនធានណាមួយ (សាច់ប្រាក់ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ, វិញ្ញាបនបត្រធ្វើប្រាក់, ភាគហ៊ុន និងសញ្ញាប័ណ្ណ ។ល។ ) ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ ប្រសិនបើ  
**បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើ **ទេ** សូមរំលងទៅកាន់សំណួរបន្ទាប់។  
 លើកលែងចំពោះការថែទាំសុខភាព។ សូមឆ្លើយប្រសិនបើអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមានអាយុ 65ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ ឬមានពិការភាព។ ប្រសិនបើស្មើស្ម័គ្រ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ និង  
 CalFresh លោកអ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរនេះ។

ជិតលើធនធាននីមួយៗនៅខាងក្រោម ដែលលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកមាន៖

- គណនីធនាគារ/សមាគមឥណទាន (គណនីចរន្ត)
- គណនីធនាគារ/សមាគមឥណទាន (គណនីសន្សំ)
- ប្រអប់ប្រាក់តម្កល់សុវត្ថិភាព
- ប័ណ្ណសន្សំរដ្ឋាភិបាល
- សិទ្ធិយកប្រេង ឬប៊ី
- គណនីទីផ្សារហិរញ្ញវត្ថុ
- សង្គមបរិយាគមន៍/មូលនិធិក្នុងការគ្រប់គ្រង
- វិញ្ញាបនបត្រធ្វើប្រាក់ (CD)/IRA
- សាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ
- ធនបត្រអីប៊ូតែកលិខិតប្រគល់អាណត្តិព្យាបាលភាព
- ភាគហ៊ុន
- សញ្ញាប័ណ្ណ
- មូលប្បទានបត្រមិនទាន់បើក
- ការធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត ឬការបញ្ចុះសព
- ផ្សេងៗ៖ \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើមានគណនីមួយៗនឹងបុគ្គលម្នាក់ទៀតសូមបញ្ជាក់វានៅខាងក្រោម។  
 សម្រាប់ប្រអប់ ដែលបានជិតនីមួយៗខាងលើ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម។

តើឈ្មោះនរណា ដែលមានធនធានទាំងនេះ?	ប្រភេទធនធាន	តើធនធាននេះ មានតម្លៃប៉ុន្មាន?	តើធនធាននេះនៅកន្លែងណា? (រួមមានឈ្មោះធនាគារ ឬក្រុមហ៊ុន ដែលរក្សាទុកប្រាក់)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកបានលក់, ធ្វើជំនួញ, ផ្តល់ឲ្យទេ ឬផ្ទេរធនធានមួយនៅក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30)ខែចុងក្រោយដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

នៅពេល?	ធនធានអ្វីខ្លះ?	វាមានតម្លៃប៉ុន្មាន?	តើលោកអ្នកទទួលបានប៉ុន្មានពីវា?
		\$	\$

ប្រសិនបើលោកអ្នកជួញដូរ ឬឲ្យទេរនូវធនធាននេះ សូមពន្យល់៖ \_\_\_\_\_

**25. ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន**  
 តើមាននរណាម្នាក់មានទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ឬពាក់ព័ន្ធនឹងអាជីវកម្មណាមួយដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ **បាទ/ចាស** សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើ **ទេ** សូមរំលងទៅកាន់ សំណួរបន្ទាប់។

- ឧបករណ៍
- សន្និធិពាណិជ្ជកម្ម
- បសុសត្វ
- បរិក្ខារប្រើប្រាស់ក្នុងការិយាល័យ
- ឧបករណ៍កីឡាកាំភ្លើង
- ទូរគ្រាមម៉ាស៊ីននិង/ ឬថតសណ្តោះ
- ប៉ារ៉ាបញ្ជូរថយន្ត
- ឧបករណ៍ផ្ទាល់ខ្លួន
- គ្រឿងអលង្ការ វិចិត្រកម្ម វត្ថុបុរាណវត្ថុ ការប្រមូលផ្តុំ ឧបករណ៍តន្ត្រី (ព្យាណូ, អកហ្គី ។ល។ )

សូមបញ្ចូលរបស់របរ ទោះបីជាវាជាកម្មសិទ្ធិរួមគ្នាជាមួយនឹងបុគ្គលម្នាក់ទៀតក៏ដោយ។ មិនត្រូវរួមបញ្ចូលចិញ្ចៀនភ្ជាប់ពាក្យ ឬអាពាហ៍ពិពាហ៍, កេរ្តិ៍មរកតគ្រួសារ ។ល។  
 រាយឈ្មោះគ្រឿងអលង្ការផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃ \$100 ឬលើសពីនេះ និងបរិក្ខារប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ឬរបស់របរផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានតម្លៃលើសពី \$500 ក្នុងមួយមុខ។

របស់របរ	តើវាដាក់សម្រាប់ លក់មែនទេ?	ថ្លៃទិញ ឬថ្លៃបច្ចុប្បន្ន	ចំនួនដែលដាក់
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$

**25.** ជេម្រឹសស្រមាប់ការថែទាំសុខភាព។ ឆ្លើយសំណួរស្រមាប់អ្នកដែល ដាក់ពាក្យសុំមានអាយុ65ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬពិការប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយសច់ប៉ូ លោកអ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរនេះ។

**26. យានយន្ត**  
 តើមានអ្នកណាម្នាក់មានប្រើប្រាស់ ឬមានឈ្មោះរបស់ខ្លួននៅក្នុងការចុះបញ្ជីយានយន្តណាមួយ ដូចជា រថយន្ត ម៉ូតូ យានយន្តបើកលើទឹកកក រថយន្តលំហាកាយ (RV) ឬកាណូត ។ល។ ទោះបីយានយន្តនោះ មិនដំណើរការក៏ដោយ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញព័ត៌មាននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ E។"

**27.** តើអ្នកដែលបំពេញកិច្ចការទី 6 មានកម្មសិទ្ធិ ឬតើពួកគេនឹងទិញ ផ្ទះ ដីធ្លី ឬអចលនទ្រព្យ នៅកន្លែងណាមួយ រួមទាំងនៅក្នុងរដ្ឋផ្សេង ឬប្រទេសណាមួយដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមពន្យល់។

ជេម្រឹសស្រមាប់ការថែទាំសុខភាព ឆ្លើយសំណួរស្រមាប់អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមានអាយុ65ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬពិការប៉ុណ្ណោះ។

តើនរណាមានកម្មសិទ្ធិ ឬនឹងទិញ ផ្ទះ/អចលនទ្រព្យ?	អាសយដ្ឋានផ្ទះ/អចលនទ្រព្យ	តើនរណាម្នាក់កំពុងជួល ផ្ទះនេះពីម្ចាស់ផ្ទះឬ?	តើម្ចាស់ផ្ទះទទួលបានថ្លៃឈ្នួលប៉ុន្មាន?	ឥឡូវនេះមិនទាន់នៅទេ ប៉ុន្តែម្ចាស់ផ្ទះរំពឹងថានឹង ប្រើប្រាស់មករស់នៅ ផ្ទះវិញ នៅថ្ងៃណាមួយ?
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$ <input type="checkbox"/> មិនបានជួល	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$ <input type="checkbox"/> មិនបានជួល	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

**28. Diversion Program (កម្មវិធីបែងចែកការជំនួយបែន្ត)**  
 តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ពីកម្មវិធី Diversion ឬ សេវាមិនមែនសាច់ប្រាក់ពី County ឬរដ្ឋដទៃទៀតដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរ។ បើឆ្លើយ ទេ រំលងទៅសំណួរ បន្ទាប់។

ឈ្មោះ	County/រដ្ឋទទួលបានពី	ចំនួនទឹកប្រាក់ បានទទួល	បញ្ជីឈ្មោះសេវាទានដែលបានទទួល	តែម្តងប៉ុណ្ណោះ នៃសេវាទាន	កាលបរិច្ឆេទបាន ទទួលបានក្រោយ
		\$		\$	

**29. អត្របេយាជន៍ជាន់គ្នា**  
 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់បានដាក់ទោស ក្នុងការទទួលបានអត្របេយាជន៍ SNAP ជាន់គ្នា( ឈ្មោះសហព័ន្ធស្រមាប់កម្មវិធីជំនួយម្ហូប អាហារ ) ក្នុងរយៈពេល ១២ ខែ ក្រោយថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_

**30. អត្របេយាជន៍នៃការជួញដូរខុសច្បាប់**  
 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកធ្លាប់បានដាក់ទោស ក្នុងការជួញដូរខុសច្បាប់ ( ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ប្រាក់ប័ណ្ណ EBT ទៅឱ្យអ្នក ដទៃ ) នូវអត្របេយាជន៍ SNAP ដែលមានតម្លៃ 500\$ ឬលើសពីនេះក្រោយថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 ដែរ ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_

**31. អត្របេយាជន៍នៃការជួញដូរថ្នាំញៀន**  
 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ជាប់ពិន្ទុពាក់ព័ន្ធនឹង អត្របេយាជន៍ SNAP ស្រមាប់ការជួញដូរថ្នាំញៀនក្រោយថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_

**32. អត្របេយាជន៍នៃការជួញដូរកាំភ្លើងឬគ្រឿងផ្ទុះ**  
 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ជាប់ពិន្ទុពាក់ព័ន្ធនឹង អត្របេយាជន៍ SNAP ស្រមាប់ការជួញដូរកាំភ្លើង ឬគ្រឿងផ្ទុះ ក្រោយថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_

**33. ការបាត់បង់**  
 តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានគេបញ្ឈប់កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ស្រមាប់ការជាប់ពិន្ទុពាក់ព័ន្ធនឹងការបាត់បង់ប្រាក់ប័ណ្ណដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_ នៅពេលណា? \_\_\_\_\_  
 នៅកន្លែងណា? \_\_\_\_\_

**34. គ្មានសម្របសម្រួល/សម្របសម្រួល**  
 តើលោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានគេបញ្ឈប់កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ស្រមាប់ការគ្មានសម្របសម្រួលជាមួយនឹងលក្ខខណ្ឌត្រឹមត្រូវនៃសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសម្របសម្រួលការងារ/ការបណ្តុះបណ្តាល ឬមូលហេតុណាមួយផ្សេងទៀតដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_ នៅពេលណា? \_\_\_\_\_  
 នៅកន្លែងណា? \_\_\_\_\_ មូលហេតុអ្វី? \_\_\_\_\_

**35. បទឧក្រិដ្ឋក្នុងការតេចខ្លួន**  
 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក កំពុងលាក់ខ្លួន ឬរត់ គេចពីច្បាប់ ដើម្បីគេចវេសការកាត់ទោសស្ថិតក្នុងការប៉ុនប៉ង ឬជាប់ពន្ធនាគារ សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទឧក្រិដ្ឋដោយការប៉ុនប៉ងដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_

**36. ការបំពានលើការព្យាទោសមានលក្ខខណ្ឌ/ការដោះលែងជាបណ្តោះអាសន្ន**  
 តើលោកអ្នក ឬសមាជិកណាមួយនៅក្នុងគ្រួសារលោកអ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានលើកលែងពីការព្យាទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងជាបណ្តោះអាសន្នដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើជានរណា? \_\_\_\_\_

**37. តម្រូវការពិសេសផ្សេងៗ**  
 តើក្រុមគ្រួសារចង់ដាក់ពាក្យសុំការទូទាត់លើតម្រូវការពិសេស សម្រាប់ការស្នាក់នៅ ឬសម្ភារៈប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះចាំបាច់ដែលបានបាត់បង់ដោយសារតែស្ថានភាពភ្លាមៗ និង/ឬ ខុសប្រក្រតីដូចជាអគ្គិសីទ យារញ្ជួយផែនដី ឬទឹកជំនន់ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមពន្យល់៖ \_\_\_\_\_

**38. សេវាផ្សេងៗ**  
 សេវាខាងក្រោមនេះ គឺអាចរកបាន។ ចម្លើយលោកអ្នកសម្រាប់សំណួរទាំងនេះ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបស់លោកអ្នកឡើយ។

- A. ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពជំងឺទៀងទាត់ ដើម្បីជួយការពារសុខភាពរបស់គ្រួសារ លោកអ្នក គឺអាចរកបានទៅតាមការស្នើសុំតាមរយៈកម្មវិធីបង្ការពិការភាពនិង សុខភាពកុមារ (CHDP) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារលោកអ្នក ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានដែលមានអាយុក្រោម 21ឆ្នាំ។
  - តើលោកអ្នក ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវា CHDP ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
  - តើលោកអ្នកត្រូវការសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ CHDP ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
  - តើលោកអ្នកត្រូវការសេវាទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ CHDP ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
  - តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការណាត់ជួប ឬការធ្វើដំណើរទៅកាន់សេវា CHDP ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

B. តើលោកអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

C. ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតទទួលបានអាហារ ដែលមានសុខភាពល្អ និងជំនួយផ្សេងទៀត។ តើលោកអ្នកចង់និយាយជាមួយនរណាម្នាក់អំពីជំនួយនេះទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

D. តើអ្នកកំពុងបំបៅដោះកូនមែនទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស តើអ្នកបានសម្រាលកូននៅក្នុងរយៈពេល 12ខែចុងក្រោយដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើលោកអ្នកគូសយកចម្លើយ បាទ/ចាស សម្រាប់សំណួរ 38 C ឬ D នោះលោកអ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម ដែលបានផ្តល់ជូនដោយ កម្មវិធីអាហារបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ស្ត្រីទារក និងកុមារ (WIC)។

E. តើលោកអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ ត្រូវការសេវាផែនការគ្រួសារដោយ ឥតគិតថ្លៃ ឬក្នុងតម្លៃទាប ដើម្បីជួយធ្វើផែនការក្នុងការបង្ការការមានផ្ទៃពោះ ដោយចៃដន្យ និង/ឬការមានកូនបន្ទាប់ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមទូរស័ព្ទមកកាន់គម្រោងថែទាំសុខភាព ឬជួបបណ្ឌិតប្រចាំការរបស់លោកអ្នក។ ឬសម្រាប់ព័ត៌មាន និងទីតាំងនៃគ្លីនិកផ្តល់ផែនការគ្រួសារដែលលាក់ការសម្ងាត់ សូមទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃមកកាន់លេខ 1-800-942-1054។

**39. បំណុលភាគីទីបី**  
 Is anyone who is applying for healthcare involved in a worker's compensation claim, lawsuit, or settlement because of an accident or injury?  បាទ/ចាស  ទេ  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ចន្លោះសម្រាប់សរសេរបន្ថែម**

---

---

**ចន្លោះសម្រាប់សរសេរលម្អិត**

---

**មិនត្រូវបំពេញ- សម្រាប់ County ប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ**

**IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE**

Is the household’s gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?  Yes  No

Is the household’s combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?  Yes  No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?  Yes  No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?  Yes  No

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពពិភពលោកណាមួយ។ ប្រសិនបើមានមនុស្សលើសពីម្នាក់ត្រូវបានផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពពិភពលោកមួយផ្សេងទៀតលោកអ្នកអាចចាត់ចែងទំព័រនេះហើយប្រើវាសម្រាប់អ្នកទីពីរ (ឬតាមចំនួនដែលលោកអ្នកត្រូវការ)។ ជាដំបូងសូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារ (និយោជក) ដែលផ្តល់ធានារ៉ាប់រង។

1. ឈ្មោះនិយោជក (នាមខ្លួននាមកណ្តាលនាមត្រកូល)	2. លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់និយោជក — —
---	--------------------------------------

**ព័ត៌មានអំពីនិយោជក**

3. ឈ្មោះនិយោជក	4. អត្តលេខនិយោជក (EIN) —
----------------	-----------------------------

5. អាសយដ្ឋាននិយោជក	6. លេខទូរស័ព្ទនិយោជក ( )
--------------------	-----------------------------

7. ទីក្រុង	8. រដ្ឋ	9. កូដប្រៃសណីយ៍
------------	---------	-----------------

10. អ្នកដែលយើងខ្ញុំអាចទំនាក់ទំនងសួរនាំអំពីការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពរបស់និយោជកនៅកន្លែងធ្វើការនេះ ?

11. លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីលេខទូរស័ព្ទនិយោជក) ( )	12. អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលរបស់និយោជក (តំណាងរបស់និយោជក)
---	--

13. តើបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្តល់ដោយនិយោជកនេះឬតើលោកអ្នកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងរយៈពេលបីខែក្រោយដែរឬទេ ?

ទេ (ឈប់ត្រង់នេះសម្រាប់ផ្នែកនៃពាក្យស្នើសុំនេះ)

បាទ/ចាស់ (បន្ត)

13a. ប្រសិនបើលោកអ្នកបិតក្នុងរយៈពេលរង់ចាំ ឬរយៈពេលសាកល្បង តើលោកអ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងធានារ៉ាប់រងនៅពេលណា ? \_\_\_\_\_  
(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

រាយឈ្មោះអ្នកផ្សេងៗទៀតដែលមានសិទ្ធិ ឬនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានធានារ៉ាប់រងពិភពលោកនេះ។

ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_ ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_ ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីផែនការសុខភាពដែលផ្តល់ដោយនិយោជករបស់និយោជកនេះ។

14. តើនិយោជកផ្តល់ផែនការសុខភាពដែលបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាដែរឬទេ \* ?  បាទ/ចាស់  ទេ

14a. តើនេះជាផែនការអត្ថប្រយោជន៍និយោជករបស់រដ្ឋឬ ?  បាទ/ចាស់  ទេ

15. សម្រាប់ផែនការចំណាយទាបបំផុតដែលបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាត្រូវបានផ្តល់ឱ្យតែនិយោជកប៉ុណ្ណោះ (ចូរកុំបញ្ចូលផែនការគ្រួសារ)៖

ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីសុខភាព ចូរផ្តល់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនិយោជកបង់ឱ្យ ប្រសិនបើគាត់បានទទួលការបញ្ជូនតម្លៃអតិបរមាសម្រាប់ការយប់ជប់បារ៉ា (កម្មវិធីជួយឱ្យនិយោជកយប់ជប់បារ៉ា) ហើយមិនបានទទួលការបញ្ជូនតម្លៃណាមួយផ្សេងទៀតផ្នែកលើកម្មវិធីសុខភាព។

a. តើនិយោជកត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប៉ុន្មានសម្រាប់ផែនការនេះ ? \$ \_\_\_\_\_

b. ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ?  ប្រចាំសប្តាហ៍  ប្រចាំពីរសប្តាហ៍  ពីរដងក្នុងមួយខែ  ប្រចាំខែ  ប្រចាំត្រីមាស  ប្រចាំឆ្នាំ

និយោជកមិនផ្តល់កម្មវិធីសុខភាពទេ។

16. តើនិយោជកនឹងធ្វើឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ឆ្នាំផែនការថ្មី (បើបានដឹង) ?

និយោជកនឹងលែងផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពទៀតហើយ។

និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់និយោជកឬចាប់ផ្តើមផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការចំណាយទាបបំផុតដែលមានសម្រាប់តែនិយោជកណាដែលបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាប៉ុណ្ណោះ។

a. តើនិយោជកត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប៉ុន្មានសម្រាប់ផែនការនេះ ? \$ \_\_\_\_\_

b. ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ?  ប្រចាំសប្តាហ៍  ប្រចាំពីរសប្តាហ៍  ពីរដងក្នុងមួយខែ  ប្រចាំខែ  ប្រចាំត្រីមាស  ប្រចាំឆ្នាំ

c. កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ \_\_\_\_\_

គ្មានព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរទេ។

\*ផែនការសុខភាពឧបត្ថម្ភដោយនិយោជកបំពេញតាមបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា ប្រសិនបើចំណែករបស់ផែនការក្នុងចំណាយលើអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតសរុបដែលរ៉ាប់រងដោយផែនការនេះ មានចំនួនមិនតិចជាង 6% នៃការចំណាយ (ផ្នែក 36B (c) (2) (C) (ii) នៃក្រមផ្ទៃក្នុងស្តីពីប្រាក់ចំណូលឆ្នាំ 1986។ ចូរបំពេញផ្នែកនេះ



ប្រសិនបើលោកអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ ( ម្តីឬប្រពន្ធនិង/ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ) ជាជនជាតិដើមឥណ្ឌូអាមេរិកាំងឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។ ចូរដាក់ផ្នែកជាមួយនឹងទម្រង់ពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក។

ចូរប្រាក់យើងខ្ញុំអំពីសមាជិកនៃក្រុមគ្រួសារដែលជាជនជាតិដើមឥណ្ឌូអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។

ជនជាតិដើមឥណ្ឌូអាមេរិកាំងនិងជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាចទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌូ កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពជនជាតិឥណ្ឌូនៅក្នុងទីក្រុង។ ពួកគេក៏អាចនឹងមិនបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយ ហើយអាចទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំខែពិសេស។ ចូរឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមដើម្បីឲ្យប្រាកដថាគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបានជំនួយច្រើនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមនុស្សនិយាយប្រាប់យើងខ្ញុំលើសពីនោះ ចូរថតចម្លងទំព័រនេះហើយភ្ជាប់វាជាមួយ។ លោកអ្នកក៏អាចប្រើសន្លឹកក្រដាសដោយឡែកបានផងដែរ។ គ្រាន់តែចងចាំពីការសរសេរលេខរៀងសំណួរនៅក្បែរចម្លើយរបស់លោកអ្នក។

	ជនជាតិ AI/AN ទី 1	ជនជាតិ AI/AN ទី 2
1. ឈ្មោះ ( នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល )	<p>នាមខ្លួន _____</p> <p>នាមកណ្តាល _____</p> <p>នាមត្រកូល _____</p>	<p>នាមខ្លួន _____</p> <p>នាមកណ្តាល _____</p> <p>នាមត្រកូល _____</p>
2. សមាជិកនៃក្រុមកុលសម្ព័ន្ធទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ?	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ</p>
3. តើបុគ្គលនេះធ្លាប់បានទទួលសេវាពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌូ កម្មវិធីសុខភាពកុលសម្ព័ន្ធ ឬតាមរយៈអ្នកផ្តល់អន្តរាគមន៍ពីកម្មវិធីមួយ ក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះទេ?	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ ទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលសេវានានា ពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌូ កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិកុលសម្ព័ន្ធ កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិឥណ្ឌូ ក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនបន្តពីកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ</p>	<p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយ ទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលសេវានានា ពីសេវាសុខភាពឥណ្ឌូ កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិកុលសម្ព័ន្ធ កម្មវិធីសុខភាពក្រុមជនជាតិឥណ្ឌូ ក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈការបញ្ជូនបន្តពីកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះដែរឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ</p>
4. លុយមួយចំនួនអាចនឹងមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលសម្រាប់កម្មវិធី Medicaid ឬ Children's Health Insurance Program (CHIP) ( កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ )។ រាយការណ៍ប្រាក់ចំណូល ( ចំនួននិងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ) ដែលបានរាយការណ៍នៅលើពាក្យសុំរបស់លោកអ្នក ដែលរួមបញ្ចូលទាំងលុយមកពីប្រភពទាំងនេះផងដែរ៖	<p><input type="checkbox"/> បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មានអ្វីត្រូវរាយការណ៍</p> <p>\$ _____</p> <p>ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? ( ប្រចាំថ្ងៃ ប្រចាំសប្តាហ៍ ពីរសប្តាហ៍ម្តងប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ ។ល។ )</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មានអ្វីត្រូវរាយការណ៍</p> <p>\$ _____</p> <p>ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? ( ប្រចាំថ្ងៃ ប្រចាំសប្តាហ៍ ពីរសប្តាហ៍ម្តងប្រចាំខែ ប្រចាំឆ្នាំ ។ល។ )</p> <p>_____</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់កម្រៃក្នុង ម្នាក់ៗផ្តល់ឲ្យដោយកុលសម្ព័ន្ធដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ ការជួល ឬប្រាក់កម្រៃពីការប្រើប្រាស់សិទ្ធិ</li> <li>• ប្រាក់កម្រៃបានមកពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើកសិកម្ម កសិដ្ឋាន ធំៗ ការនេសាទការជួល ឬប្រាក់កម្រៃបានពីការប្រើប្រាស់ដីធ្លីដែលកំណត់ជាដីប្រគល់អាណត្តិកាន់កាប់នៃជនជាតិឥណ្ឌូដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ ( រួមទាំងការបម្រុងទុក និងការបម្រុងទុកកន្លងមក )</li> <li>• លុយបានមកពីការលក់វត្ថុទាំងឡាយដែលមានសារសំខាន់ផ្នែកវប្បធម៌</li> </ul>		

**ឧបសម្ព័ន្ធ C ជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ**

បើសិនលោកអ្នកចង់ឲ្យអ្នកណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងទទួលសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃពាក្យសុំនេះ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយនៅលើទំព័រនេះ។ បើសិនលោកអ្នកគឺជាតំណាងតែងតាំងស្របច្បាប់សម្រាប់អ្នកណាម្នាក់ទាក់ទងនឹងពាក្យសុំនេះ សូមដាក់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ។

1. ឈ្មោះតំណាងទទួលសិទ្ធិ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)		
2. អាសយដ្ឋាន	3. ផ្ទះលេខ ឬលេខកន្លែងស្នាក់នៅ	
4. ទីក្រុង	5. រដ្ឋ	6. កូដប្រៃសណីយ៍
7. លេខទូរស័ព្ទ ( )		
8. ឈ្មោះអង្គការ (បើពាក់ព័ន្ធ)		9. អត្តលេខ (បើពាក់ព័ន្ធ)
<p>តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា លោកអ្នកអនុញ្ញាតឲ្យជននេះទទួលបានសិទ្ធិអំពីផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃពាក្យសុំនេះ និងធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់លោកអ្នកលើគ្រប់កិច្ចការទាំងអស់ជាមួយ Covered California (ធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) ឬ County Human Services Agency (ទីភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សជាតិនៃខោនធី) របស់លោកអ្នក។ ជាការដាស់តឿន លោកអ្នកជានិច្ចកាលអាចផ្លាស់ប្តូរតំណាងទទួលសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកបានតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ខោនធីឬចូលទៅកាន់វិបសាយ <a href="http://www.HealthCare.gov">www.HealthCare.gov</a> ។</p>		
10. ហត្ថលេខារបស់លោកអ្នក		11. កាលបរិច្ឆេទ

**( សម្រាប់តែអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាពាក្យសុំដែលមានការបញ្ជាក់ អ្នកតម្រង់ទិស ភ្នាក់ងារ និងឈ្មួញកណ្តាលប៉ុណ្ណោះ។ )**

**For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix
3. Organization name
4. I.D. number (if applicable)

**៖ សេចក្តីបន្ថែម D**

**ប្រវត្តិការងារ**

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយលុយសុទ្ធ កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ ហើយមានមនុស្សពេញវ័យពីរប្រើនៅក្នុងផ្ទះ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយ សូមបំពេញ ព័ត៌មាននៅលើទំព័រនេះសម្រាប់មនុស្សធំពេញវ័យនីមួយៗ។ សូមប្រាប់ពួកយើងអំពីប្រវត្តិការងាររបស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេល 24 ខែកន្លងទៅ (ពីរឆ្នាំ)។ ប្រសិនបើប្រើការដាក់ពាក្យជាក្រដាស ហើយអ្នកត្រូវការ កន្លែងបន្ថែម សូមចម្លងទំព័រនេះ ឬប្រើក្រដាសទំព័រដោយឡែក។

**មនុស្សទី 1**

ឈ្មោះ:

**ការងារទី 1**

តើបុគ្គលនេះជាជនជាតិដើមអាមេរិកឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ហេតុផលឈប់ពីការងារនេះ?
ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____	
ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក:	ចំនួនម៉ោងធ្វើការ: <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ថ្ងៃ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ខែ
តើនេះជាបរិក្ខារស្តីផ្ទាល់របស់អ្នកឬ (ធ្វើការខ្លួនឯង)? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	កាលបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: ពី _____ ដល់ _____
តើអ្នកត្រូវគេឱ្យថ្លៃប៉ុន្មាននៅក្នុងការងារនេះ ហើយពេលណា? \$ _____	តើខោនធីបានជួយអ្នកទទួលបានការងារនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> រៀងរាល់ម៉ោង <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ថ្ងៃ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ខែ	

**ការងារទី 2**

តើបុគ្គលនេះជាជនជាតិដើមអាមេរិកឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ហេតុផលឈប់ពីការងារនេះ?
ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____	
ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក:	ចំនួនម៉ោងធ្វើការ: <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ថ្ងៃ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ខែ
តើនេះជាបរិក្ខារស្តីផ្ទាល់របស់អ្នកឬ (ធ្វើការខ្លួនឯង)? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	កាលបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: ពី _____ ដល់ _____
តើអ្នកត្រូវគេឱ្យថ្លៃប៉ុន្មាននៅក្នុងការងារនេះ ហើយពេលណា? \$ _____	តើខោនធីបានជួយអ្នកទទួលបានការងារនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> រៀងរាល់ម៉ោង <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ថ្ងៃ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ខែ	

**ការងារទី 3**

តើបុគ្គលនេះជាជនជាតិដើមអាមេរិកឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ហេតុផលឈប់ពីការងារនេះ?
ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ _____	
ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក:	ចំនួនម៉ោងធ្វើការ: <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ថ្ងៃ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ខែ
តើនេះជាបរិក្ខារស្តីផ្ទាល់របស់អ្នកឬ (ធ្វើការខ្លួនឯង)? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	កាលបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: ពី _____ ដល់ _____
តើអ្នកត្រូវគេឱ្យថ្លៃប៉ុន្មាននៅក្នុងការងារនេះ ហើយពេលណា? \$ _____	តើខោនធីបានជួយអ្នកទទួលបានការងារនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<input type="checkbox"/> រៀងរាល់ម៉ោង <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ថ្ងៃ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ពីអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> រៀងរាល់ខែ	

**៖ សេចក្តីបន្ថែម D**

**ប្រវត្តិការងារ បន្ត**

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយលុយសុទ្ធកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ហើយមានមនុស្សពេញវ័យពីរប្រើនៅក្នុងផ្ទះដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយសូមបំពេញ ព័ត៌មាននៅលើទំព័រនេះសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនីមួយៗ។ សូមប្រាប់ពួកយើងអំពីប្រវត្តិការងាររបស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេល 24 ខែកន្លងទៅ (ពីរឆ្នាំ)។ ប្រសិនបើប្រើការងារដាក់ពាក្យជាក្រដាស ហើយអ្នកត្រូវការ កន្លែងបន្ថែម សូមចម្លងទំព័រនេះ ឬប្រើក្រដាសទំព័រដោយឡែក។

**មនុស្សទី 2**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

**ការងារទី 1**

តើបុគ្គលនេះជាជនជាតិដើមអាមេរិកឬ?  បាទ/ចាស  ទេ

ហេតុផលលប់ពីការងារនេះ? \_\_\_\_\_

ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក: \_\_\_\_\_

ចំនួនម៉ោងធ្វើការ:  រៀងរាល់ថ្ងៃ  រៀងរាល់អាទិត្យ  រៀងរាល់ខែ

តើនេះជាបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: កាលបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: ពី \_\_\_\_\_ ដល់ \_\_\_\_\_

តើអ្នកត្រូវបានប្តូរធុននៅក្នុងការងារនេះ ហើយពេលណា? \$ \_\_\_\_\_

តើខោនដីបានជួយអ្នកទទួលបានការងារនេះឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

រៀងរាល់ម៉ោង  រៀងរាល់ថ្ងៃ  រៀងរាល់អាទិត្យ  រៀងរាល់ពីអាទិត្យម្តង  រៀងរាល់ខែ

**ការងារទី 2**

តើបុគ្គលនេះជាជនជាតិដើមអាមេរិកឬ?  បាទ/ចាស  ទេ

ហេតុផលលប់ពីការងារនេះ? \_\_\_\_\_

ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក: \_\_\_\_\_

ចំនួនម៉ោងធ្វើការ:  រៀងរាល់ថ្ងៃ  រៀងរាល់អាទិត្យ  រៀងរាល់ខែ

តើនេះជាបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: កាលបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: ពី \_\_\_\_\_ ដល់ \_\_\_\_\_

តើអ្នកត្រូវបានប្តូរធុននៅក្នុងការងារនេះ ហើយពេលណា? \$ \_\_\_\_\_

តើខោនដីបានជួយអ្នកទទួលបានការងារនេះឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

រៀងរាល់ម៉ោង  រៀងរាល់ថ្ងៃ  រៀងរាល់អាទិត្យ  រៀងរាល់ពីអាទិត្យម្តង  រៀងរាល់ខែ

**ការងារទី 3**

តើបុគ្គលនេះជាជនជាតិដើមអាមេរិកឬ?  បាទ/ចាស  ទេ

ហេតុផលលប់ពីការងារនេះ? \_\_\_\_\_

ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់និយោជក: \_\_\_\_\_

ចំនួនម៉ោងធ្វើការ:  រៀងរាល់ថ្ងៃ  រៀងរាល់អាទិត្យ  រៀងរាល់ខែ

តើនេះជាបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: កាលបរិច្ឆេទនានាដែលអ្នកបានធ្វើការ: ពី \_\_\_\_\_ ដល់ \_\_\_\_\_

តើអ្នកត្រូវបានប្តូរធុននៅក្នុងការងារនេះ ហើយពេលណា? \$ \_\_\_\_\_

តើខោនដីបានជួយអ្នកទទួលបានការងារនេះឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

រៀងរាល់ម៉ោង  រៀងរាល់ថ្ងៃ  រៀងរាល់អាទិត្យ  រៀងរាល់ពីអាទិត្យម្តង  រៀងរាល់ខែ

**៖ សេចក្តីបន្ថែម E**

**ព័ត៌មានយានជំនិះ និងការបញ្ជាក់ដោយខ្លួនឯងពី សម្បត្តិ តម្លៃ**

**៖** ជាដើមសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព: គ្រាន់តែឆ្លើយ ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬពិការ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសម្រាប់ជំនួយលុយសុទ្ធ (កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់) អ្នកត្រូវឆ្លើយសំណួរទាំងនេះសម្រាប់យានជំនិះនីមួយៗ។

សូមផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់យានជំនិះនីមួយៗដែលរណាម្នាក់កាន់កាប់ មានការប្រើ ឬមានឈ្មោះពួកគេនៅលើប័ណ្ណចុះឈ្មោះ ឬបើទុកដាក់ មិនមានដំណើរការ។ យានជំនិះមានន័យថាថយន្ត (រួមមានឡាកដឹកត្រីក័រ ឡានរ៉ែន ឡានប្រើប្រាស់សម្រាប់កីឡា [SUV]) ម៉ូតូ ម៉ូតូតូចដែលដើរដោយម៉ាស៊ីន យានយន្តបើកលើទឹកកក យានជំនិះកំសាន្ត (RV) ឬកាណូត។

	<b>យានជំនិះ (1)</b>	<b>យានជំនិះ (2)</b>	<b>ថយន្ត (3)</b>
ម្ចាស់យានជំនិះ:			
ឈ្មោះបុគ្គលដែលប្រើថយន្តនេះ:			
តើថយន្តនេះត្រូវបាន: <ul style="list-style-type: none"> <li>ប្រើដូចជាផ្ទះឬទេ?</li> <li>ប្រើសម្រាប់មុខរបរផ្ទាល់ខ្លួន ការផ្គត់ផ្គង់ផ្ទាល់ខ្លួន ឬប្រកបរបរ?</li> <li>ត្រូវការដើម្បីដឹកជញ្ជូន សមាជិកគ្រួសារពិការ</li> <li>ធ្លាប់ទៅយកសំងប្រទឹក របស់គ្រួសារ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នកអាចឈប់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នកអាចឈប់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នកអាចឈប់
តើថយន្តនេះត្រូវបានប្រើដោយក្មេងអាយុ ក្រោម 18 ឆ្នាំដើម្បី: <ul style="list-style-type: none"> <li>ទៅសាលា?</li> <li>ធ្វើការ?</li> <li>ហ្វឹកហ្វឺន?</li> <li>រកការងារធ្វើ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នក អាចឈប់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នក អាចឈប់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> អ្នក អាចឈប់
តើថយន្តនេះជាអំណោយ ការបរិច្ចាគ ឬការផ្លាស់ប្តូរទឹកនៃរូបសម្បត្តិរបស់គ្រួសារ? អ្នកអាច ត្រូវបានសួរដោយខោនធីដើម្បី ផ្តល់នូវភស្តុតាង។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> អំណោយ <input type="checkbox"/> ការបរិច្ចាគ <input type="checkbox"/> ការផ្ទេររបស់គ្រួសារ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> សូមគុសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងពី DMV ហើយឈប់ ទីនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភស្តុតាងទេ សូមសួរខោនធីសម្រាប់ការជួយ។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> អំណោយ <input type="checkbox"/> ការបរិច្ចាគ <input type="checkbox"/> ការផ្ទេររបស់គ្រួសារ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> សូមគុសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងពី DMV ហើយឈប់ ទីនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភស្តុតាងទេ សូមសួរខោនធីសម្រាប់ការជួយ។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> អំណោយ <input type="checkbox"/> ការបរិច្ចាគ <input type="checkbox"/> ការផ្ទេររបស់គ្រួសារ ប្រសិនបើ <b>បាទ/ចាស</b> សូមគុសប្រអប់ដែលពាក់ព័ន្ធ សូមភ្ជាប់ភស្តុតាងពី DMV ហើយឈប់ ទីនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភស្តុតាងទេ សូមសួរខោនធីសម្រាប់ការជួយ។
ឆ្នាំ/ប្រភេទឡាន/ម៉ូដ			
លេខអាជ្ញាប័ណ្ណថយន្ត			
តម្លៃប៉ាន់ប្រមាណរបស់ថយន្ត (តើថយន្តរបស់អ្នកតម្លៃប៉ុន្មាន)? យើងហៅវាថាជាតម្លៃទិដ្ឋភាពសមរម្យ។	\$ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង/ខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ស្វែងរកតម្លៃ	\$ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង/ខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ស្វែងរកតម្លៃ	\$ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង/ខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ស្វែងរកតម្លៃ
តើខ្ញុំបានរកឃើញ តម្លៃទិដ្ឋភាពសមរម្យយ៉ាងដូចម្តេច	<input type="checkbox"/> សម្រាប់ពាណិជ្ជកម្មលក់ <input type="checkbox"/> អ្នកជួញដូរខាងឡាន <input type="checkbox"/> សៀវភៅពាណិជ្ជកម្មរបស់ Kelly (Kelly blue Book) <input type="checkbox"/> ម៉េខានិក <input type="checkbox"/> តម្លៃទិញ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:	<input type="checkbox"/> សម្រាប់ពាណិជ្ជកម្មលក់ <input type="checkbox"/> អ្នកជួញដូរខាងឡាន <input type="checkbox"/> សៀវភៅពាណិជ្ជកម្មរបស់ Kelly (Kelly blue Book) <input type="checkbox"/> ម៉េខានិក <input type="checkbox"/> តម្លៃទិញ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:	<input type="checkbox"/> សម្រាប់ពាណិជ្ជកម្មលក់ <input type="checkbox"/> អ្នកជួញដូរខាងឡាន <input type="checkbox"/> សៀវភៅពាណិជ្ជកម្មរបស់ Kelly (Kelly blue Book) <input type="checkbox"/> ម៉េខានិក <input type="checkbox"/> តម្លៃទិញ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:
ចំនួនទឹកប្រាក់ប៉ុន្មានដែលខ្ញុំជំពាក់លើ ថយន្តនេះ:	\$ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង/ខ្ញុំត្រូវការជំនួយ រកឃើញចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជំពាក់	\$ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង/ខ្ញុំត្រូវការជំនួយ រកឃើញចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជំពាក់	\$ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹង/ខ្ញុំត្រូវការជំនួយ រកឃើញចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជំពាក់
អ្វីដែលខ្ញុំបានប្រើដើម្បីស្វែងរកចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជំពាក់លើថយន្តនេះ:	<input type="checkbox"/> វិក័យប័ត្រចុងក្រោយ <input type="checkbox"/> ការថ្លែងបញ្ជាក់អ្នកឲ្យខ្ចី <input type="checkbox"/> ប័ណ្ណស្នូល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:	<input type="checkbox"/> វិក័យប័ត្រចុងក្រោយ <input type="checkbox"/> ការថ្លែងបញ្ជាក់អ្នកឲ្យខ្ចី <input type="checkbox"/> ប័ណ្ណស្នូល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:	<input type="checkbox"/> វិក័យប័ត្រចុងក្រោយ <input type="checkbox"/> ការថ្លែងបញ្ជាក់អ្នកឲ្យខ្ចី <input type="checkbox"/> ប័ណ្ណស្នូល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:
តើនេះជាថយន្តដូលឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ