

ຄຳແນະນຳການລາຍງານສະຖານະການຢັ້ງຢືນກາງໄລຍະ CALFRESH

ຂໍ້ແນະນຳ:

ເພາະວ່າທ່ານໄດ້ຮັບ CalFresh, ທ່ານຕ້ອງລາຍງານພາຍໃນ 10 ວັນ ເມື່ອລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນທັງໝົດຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ ເພີ່ມຂຶ້ນຫຼາຍກວ່າລະດັບເລີ່ມຕົ້ນການລາຍງານລາຍໄດ້ (IRT) ຂອງ CalFresh ເຊັ່ນດຽວກັນກັບເມື່ອຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງຜູ້ໃຫຍ່ບໍ່ພິການທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຂຶ້ນກັບ (ABAWD) ຫຼຸດລົງຕໍ່າກວ່າ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ ຫຼື 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ.

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ ເພື່ອລາຍງານລາຍໄດ້ທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນຫຼາຍກວ່າ IRT ຂອງ CalFresh ເຊິ່ງແມ່ນ 130% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ (FPL) ຕໍ່ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ ແລະການປ່ຽນແປງຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ABAWD ທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນຕັ້ງແຕ່ການລາຍງານເຄິ່ງປີ (SAR 7) ຄັ້ງສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ.

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເພື່ອລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ທ່ານຄິດວ່າຈະເພີ່ມເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຂອງທ່ານຂຶ້ນ. ກະລຸນາປະກອບຫຼັກຖານເຊັ່ນ: ສິນໃບຈ່າຍເງິນ, ສຳເນົາໃບເຊັກ, ຫັງສີຈາກໜ່ວຍງານຕ່າງໆ, ອື່ນໆ. ຖ້າທ່ານກຳລັງລາຍງານການປ່ຽນແປງລາຍຈ່າຍ, ກະລຸນາປະກອບຫຼັກຖານເຊັ່ນ: ໃບຮັບເງິນ, ໃບເຊັກທີ່ຖືກຍົກເລີກ, ບິນເກັບເງິນທີ່ຈ່າຍແລ້ວ, ອື່ນໆ.

ພະນັກງານ:

ໂທລະສັບ:

ລາຍງານລາຍໄດ້ຫຼາຍກວ່າ IRT ທີ່ຕ້ອງໄດ້ລາຍງານ

ຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຮຽກຮ້ອງໃຫ້ລາຍງານແຕ່ການປ່ຽນແປງ ເມື່ອລາຍໄດ້ລວມປະຈຳເດືອນທັງໝົດຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານເກີນ 130% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ. ລາຍໄດ້ລວມຂອງທ່ານໝາຍເຖິງເງິນທັງໝົດທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ ລວມທັງຄ່າຈ້າງກ່ອນຫັກພາສີ ຫຼືການຫັກອື່ນໆ, ປະກັນສັງຄົມ, SSI, ການປະກອບສ່ວນເງິນສິດ, ການຊົດເຊີຍຫວ່າງງານ, ການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກ, ການຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ເຮັດວຽກ, ອື່ນໆ. **ຈະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງນີ້ພາຍໃນ 10 ວັນ ເມື່ອມີການປ່ຽນແປງເກີດຂຶ້ນ. ການບໍ່ລາຍງານການປ່ຽນແປງນີ້ອາດຈະມີຜົນເຮັດໃຫ້ມີການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເກີນ ເຊິ່ງທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄືນ.**

ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງ IRT ຂອງທ່ານ ເມື່ອສຳນວນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໝັ້ນໃຈກ່ຽວກັບ IRT ຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການຄາວຕີ້ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ເພື່ອທົບທວນເບິ່ງແຜນຜັງຂອງລາຍໄດ້ລວມຕໍ່ຄອບຄົວທີ່ 130% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກລັດຖະບານກາງ, ເຂົ້າໄປເບິ່ງເວັບໄຊທ໌: <http://www.CalFresh.ca.gov/PG3221.htm>

ເພື່ອລາຍງານການປ່ຽນແປງ, ທ່ານອາດຈະ: ປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ເຊັນຊີ້ໃສ່ອີກດ້ານໜຶ່ງ ແລະສົ່ງມັນໄປໃຫ້ກັບຫ້ອງການຄາວຕີ້ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼືຕິດຕໍ່ຫ້ອງການຄາວຕີ້ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ໃນການປະກອບແບບຟອມນີ້ ທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ຫ້ອງການຄາວຕີ້ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ຂ້ອຍຕ້ອງການລາຍງານວ່າ:

ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນລວມຂອງຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍເກີນ 130% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກລັດຖະບານກາງ.

ຂຽນລາຍການລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຕາມແຕ່ລະປະເພດທີ່ໄດ້ຮັບ:

ແຫຼ່ງທີ່ມາຂອງເງິນ	ຜູ້ໃດເປັນຜູ້ໄດ້ມາ?	ຫຼາຍປານໃດໃນແຕ່ລະເດືອນ?	ນີ້ແມ່ນລາຍໄດ້ໃໝ່ຕໍ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານບໍ່?	ມັນເລີ່ມຂຶ້ນເມື່ອໃດ?

ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນລວມທັງໝົດແມ່ນ: \$ _____.

ທ່ານຄາດວ່າການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ທີ່ທ່ານໄດ້ລາຍງານຈະຍັງຄົງຢູ່ຄືເກົ່າບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ບໍ່ແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

ຂໍ້ມູນ ABAWD ທີ່ຕ້ອງໄດ້ປະກອບ

ຂ້ອຍຕ້ອງການລາຍງານການປ່ຽນແປງຢູ່ໃນຊົ່ວໂມງຂອງຜູ້ໃຫຍ່ບໍ່ພິການທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຂຶ້ນກັບ (ABAWD) ສໍາລັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ.

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ຫຼື ໃນການຝຶກອົບຮົມຫຼຸດລົງຕໍ່າກວ່າ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ ຫຼື 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ ເປັນ _____ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ ຫຼື _____ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ.

ຢູ່ໃນອາທິດ _____

ຢູ່ໃນເດືອນ _____

ຊື່ຂອງຄົນນັ້ນ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບທ່ານ _____

ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ເກີດຂຶ້ນ _____

ຂໍ້ມູນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ (ທຸກຄອບຄົວ)

ຂ້ອຍຢາກຈະລາຍງານຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້: _____

ຄໍາຢັ້ງຢືນ

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ: ຖ້າຂ້ອຍບໍ່ລາຍງານທຸກຂໍ້ເທັດຈິງ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ເທັດຈິງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາກ່ຽວກັບລາຍໄດ້, ຊັບສິນມັດ, ຫຼື ສະຖານະຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ ຫຼື ໃຫ້ສິບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແລ້ວ, ຂ້ອຍສາມາດຖືກຕັດສິນຄະດີຕາມກົດໝາຍໄດ້. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້ອຍອາດຈະຖືກຂໍ້ຫາການກະທໍາຜິດຮ້າຍແຮງໄດ້ ຖ້າຫາກມີການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ອອກໄປຜິດພາດຫຼາຍກວ່າ \$950.

ຂ້ອຍປະກາດພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການກ່າວເທັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດ ແລະ ລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າ ຂໍ້ເທັດຈິງທີ່ມີຢູ່ໃນໃບລາຍງານນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.

ຜູ້ທີ່ຈະຕ້ອງລົງລາຍ ເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້:	ຫົວໜ້າຄອບຄົວ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງຄອບຄົວ.		
ລາຍເຊັນ ຫຼື ເຄື່ອງໝາຍ	ວັນທີເຊັນ	ໂທລະສັບບ້ານ	ໂທລະສັບຕິດຕໍ່
ລາຍເຊັນຂອງຜົວ/ເມຍ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ	ວັນທີເຊັນ	ລາຍເຊັນຂອງພະຍານທີ່ຈະໃສ່ເຄື່ອງໝາຍ, ຜູ້ແປພາສາ, ຫຼື ຜູ້ທີ່ປະກອບແບບຟອມໃຫ້	ວັນທີເຊັນ