

**ໜັງສືແຈ້ງການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບ
CALFRESH: ຕັດການລາຍງານ
ປະຈຳເຄິ່ງປີອອກ**

ເຄົາຕີ້

ວັນທີ່ແຈ້ງການ : _____
 ຊື່ເຄສ : _____
 ຫມາຍເລກເຄສ : _____
 ຊື່ນາຍດູແລເຄສ : _____
 ຫມາຍເລກນາຍດູແລເຄສ : _____
 ເບີໂທລະສັບ : _____
 ທີ່ຢູ່ : _____

(Addressee)

[_____]
 [_____]

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼືຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການ
ດໍາເນີນການນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

ການໄຕສວນຈາກລັດ: ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການດໍາເນີນການນີ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານສາມາດຮອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕສວນຈາກລັດໄດ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານ
ໄດ້ຮັບການໄຕສວນແລວກ່ຽວກັບຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານເປັນໜຶ່ງ ຫຼືຫຼາຍສອງ
ແລະສາມຂອງແຈ້ງການສະບັບນີ້ແນວຄໍາແນະນຳໃນການຮອງຂໍໃຫ້
ມີການໄຕສວນ ສິດປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງຕາ
ທ່ານຮອງຂໍກ່ອນທີ່ຈະດໍາເນີນການນໍາໃຊ້ແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ພາບລວມຂອງການປ່ຽນແປງ

- ຍ້ອນວ່າສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີແຕ່ຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ/ຫຼືຄົນພິການທີ່ບໍ່ມີລາຍໄດ້ເທົ່ານັ້ນ, ທ່ານຈຶ່ງບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງ
ປະກອບແບບຟອມລາຍງານປະຈຳເຄິ່ງປີ (Semi-Annual Report ຫຼື SAR 7) ໃຫ້ສໍາເລັດ.
- ທ່ານຍັງຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງບາງຢ່າງ, ລວມທັງເມື່ອໃດກໍ່ຕາມທີ່ລາຍໄດ້ລວມຕໍ່ເດືອນຂອງຄອບຄົວທ່ານເກີນ
ເກນກຳນົດໃນການລາຍງານລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ (Reporting Threshold ຫຼື IRT). ທາງຄຸ່າວຕົ້ນຈະສົ່ງແບບຟອມໃຫ້ກັບ
ທ່ານ (ແບບຟອມ SAR 2) ເຊິ່ງຈະແຈ້ງເຕືອນໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບ IRT ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ
ກ່ອນໜ້ານັ້ນເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮູ້ວ່າຈະລາຍງານເມື່ອໃດ, ກະລຸນາໂທຫາຄາວຕີ້.
- ບໍ່ຕ້ອງດໍາເນີນການໃດໆ ໃນເວລານີ້.
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືແຈ້ງການກ່ຽວກັບວັນທີໃບຢັ້ງຢືນຫມົດອາຍຸກ່ອນໄລຍະເວລາການຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ
ລົງ. ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບໜັງສືແຈ້ງການສະບັບດັ່ງກ່າວ, ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງດໍາເນີນການໃດໜຶ່ງ. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ຈະ
ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດ.

ກົດລະບຽບຕ່າງໆ: ມີການນໍາໃຊ້ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ໃນການດໍາເນີນການຂ້າງເທິງ: 7 CFR 273.2(e), 7 CFR 273.2(f),
7 CFR 273.10(f)(1); 7 CFR273.10(f)(4); 7 CFR 273.14(b)(3). ທ່ານສາມາດກວດສອບກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່
cdss.ca.gov ຫຼືທີ່ຫ້ອງການຄາວຕີ້ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ສິດທິໃນການພິຈາລະນາຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ຫາກວ່າທ່ານບໍ່
ເຫັນດີກັບການກະທຳໃດຂອງເຄົາຕີ. ທ່ານມີເວລາພຽງ 90 ວັນ
ໃນການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ເວລາ 90 ວັນນີ້
ເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນຕໍ່ຈາກວັນທີ່ເຄົາຕີໃຫ້ແຈ້ງການຫຼືສົງທາງ
ໄປສະນີ ໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີຍອນວ່າເປັນຫຍັງ
ທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາ ຄະດີໄດ້
ພາຍໃນ 90 ວັນ, ທ່ານກໍ່ສາມາດຍື່ນໃຫ້ ມີ ການ ພິຈາລະນາ
ຄະດີໄດ້. ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງເຫດຜົນທີ່ດີ,
ກໍ່ອາດຈະສາມາດກຳນົດໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້

ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກ່ອນຈະມີ ການ
ກະທຳໃດກັບສະຫວັດດີການ Cash Aid, Medi-Cal,
CalFresh, ຫຼື Child Care:

- ເງິນສະຫວັດດີການ Cash Aid ຫຼື Medi-Cal ຂອງ
ທ່ານຈະຍັງຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ການພິຈາລະນາ
ຄະດີ.
- ເງິນສະຫວັດດີການບໍລິການ Child Care ຂອງທ່ານ
ຈະ ຍັງຄືເກົ່າໃນຂະນະ ທີ່ ທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາ
ຄະດີ.
- ເງິນສະຫວັດດີການ CalFresh ຂອງທ່ານຈະຍັງຄືເກົ່າ
ຈົນກວ່າຈະມີການພິຈາລະນາຄະດີຫຼືຕອນໄລຍະ
ເວລາເບື້ອງປາຍຂອງການຮັບຮອງຂອງທ່ານ, ອັນໃດກໍ່
ຕາມທີ່ມາຮອດກອນ.

ຖ້າຄຳຕັດສິນມີວ່າພວກເຮົາຖືກຕ້ອງ, ທ່ານຈະຕິດໜີ້ ເງິນ
ຊ່ວຍເຫຼືອ Cash Aid, CalFresh ຫຼືບໍລິການ Child Care
ເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດເງິນສະຫວັດ
ດີການຫຼືຢຸດເຊົາການໃຫ້ເງິນສະຫວັດດີການຂອງ ທ່ານກອນ
ການ ພິຈາລະນາຄະດີ, ໃຫ້ຫມາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- ແມ່ນ, ຫຼຸດເງິນຫຼືຢຸດເຊົາການໃຫ້ເງິນສະຫວັດດີການ:
- ເງິນສິດຊ່ວຍເຫຼືອ (Cash Aid) CalFresh
 - ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລ່ຽງລູກ (Child Care)

ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາຄະດີສຳລັບ:

ເງິນສະຫວັດດີການສຳລັບການເຮັດວຽກ (Welfare to Work):

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຕ່າງ ໆ.

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຄ່າດູແລລູກສຳລັບຄ່າຈ້າງງານແລະ
ສຳລັບກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ ໂດຍເຄົາຕີກ່ອນແຈ້ງການ
ນີ້.

ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການ
ອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຢຸດ ເຊົາ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນອີກຕໍ່ໄປ,
ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຍັງເຮັດກິດຈະກຳຂອງທ່ານ ກໍ່ຕາມ.

ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການ
ອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຢຸດເຊົາ, ມັນກໍ່ຈະຈ່າຍໃຫ້ໃນຈຳນວນເງິນ

ແລະໃນແນວທີ່ໄດ້ແຈ້ງໄວ້ໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້.

- ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການ, ທ່ານ
ຕ້ອງໄປເຮັດກິດຈະກຳທີ່ເຄົາຕີບອກໃຫ້ທ່ານໄປ.
- ຖ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າບໍລິການທີ່ເຄົາຕີຈ່າຍໃຫ້ທ່ານ
ໃນຂະນະທີ່ທ່ານຖ່າລໍຄຳ ຕັດສິນນັ້ນບໍ່ພຽງພໍໃຫ້ທ່ານໄດ້ມີ
ສ່ວນຮວມກິດຈະກຳ, ທ່ານສາມາດຢຸດເຊົາ ບໍ່ຕ້ອງໄປ
ຮວມກິດຈະກຳໄດ້

Cal-Learn:

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Cal-Learn
ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດ ຊ່ວຍ
ທ່ານໄດ້.
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າ Cal- Learn ສະເພາະ
ກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ເທົ່ານັ້ນ

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

ສະມາຊິກ Medi-Cal Managed Care Plan: ການ
ກະທຳ ໃນໜັງສືແຈ້ງການນີ້ອາດຈະເຮັດ ໃຫ້ທ່ານຢຸດເຊົາ
ການໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກແຜນການດູແລສຸຂະພາບຂອງ
ທ່ານ.

ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກເລື່ອງ
ການວາງແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອເລື່ອງລູກແລະ/ຫຼືດ້ານການແພດ: ຫນ່ວຍງານ
ທອງຖິ່ນທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລ່ຽງລູກຈະຊ່ວຍເຫຼືອເກັບຄ່າລ່ຽງລູກ
ໃຫ້ພຽງເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນໂຄງການ cash aid ກໍ່
ຕາມ. ຖ້າພວກເຮົາເຈົ້າກຳລັງເກັບຄ່າລ່ຽງລູກໃຫ້ກັບທ່ານ
ຢູ່, ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ ເວັ້ນເສຍ
ແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້
ຢຸດ. ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນຄ່າລ່ຽງລູກໃນປະຈຸບັນທີ່ພວກ
ເຮົາເຈົ້າເກັບຄ່າມາໃຫ້ທ່ານ ແຕ່ຈະເກັບເງິນສ່ວນທີ່ຕິດໜີ້
ກັບເຄົາຕີໄວ້.

ການວາງແຜນຄອບຄົວ: ຫ້ອງການເງິນສະຫວັດດີການຂອງ
ທ່ານຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍເອົາ.

ແຟ້ມການພິຈາລະນາຄະດີ: ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການ
ພິຈາລະນາຄະດີ, ພະແນກການພິຈາລະນາຄະດີຂອງລັດ
ຈະສ້າງແຟ້ມ. ທ່ານມີສິດທິຈະເຫັນແຟ້ມນີ້ກ່ອນການ
ພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ ແລະໄດ້ຮັບສຳເນົາສະຖານະພາບຂອງ
ເຄົາຕີກ່ຽວກັບຄະດີຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຢ່າງ
ຫນ້ອຍສອງມື້ກ່ອນການພິຈາລະນາຄະດີ. ລັດສາມາດໃຫ້
ແຟ້ມເອກະສານການພິຈາລະນາຂອງທ່ານກັບ Welfare
Department ແລະ U.S. Departments of Health
and Human Services and Agriculture. **(W&I
Code Sections 10850 and 10950).**

ການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

- ປະກອບຟອມໜ້ານີ້.
- ເຮັດສໍາເນົາຂອງໜ້າແລະຂ້າງຫຼັງຂອງໜັງສືນີ້ໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍ, ພະນັກງານຂອງທ່ານຈະໃຫ້ສໍາເນົາໜັງສືຂອງໜ້ານີ້ກັບທ່ານ.
- ສົ່ງຫຼືເອົາໜ້ານີ້ໄປສົ່ງທີ່:

ຫຼື

- ໂທເບີໂທຟຣີ: **1-800-952-5253** ຫຼືສໍາລັບຜູ້ມີບັນຫາການໄດ້ຍິນຫຼືການເວົ້າ ໃຊ້ TDD, 1-800-952-8349.

ເພື່ອຂໍໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດຖາມກ່ຽວກັບສິດທິໃນການພິຈາລະນາຄະດີຂອງ ທ່ານຫຼືຂໍຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ເບີໂທຟຣີຂອງລັດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍຟຣີທີ່ທ່ານສິດທິສະຫວັດດີການຫຼືທ່ານຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໂຕ້ສວນພິຈາລະນາຜູ້ດຽວ, ທ່ານສາມາດນໍາເອົາໝູ່ເພື່ອນຫຼືໄຜ່ໄປກໍ່ໄດ້.

ຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຍ້ອນການກະທໍາຂອງ Welfare Department ໃນ _____

ເຄົາຕີ ກ່ຽວກັບ: Cash Aid ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ CalFresh ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ຢ່າງອື່ນ (ລະບຸ) _____

ນີ້ກໍ່ເພາະວ່າ: _____

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ຫມາຍກົງນີ້ແລະເຕີມອີກໜ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ລັດທານາຍພາສາໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟຣີ. (ຍາຕິພັນນັ້ນອາດຈະເພື່ອນບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໃນການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້.)
 ພາສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫຼືພາສາທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: _____

ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ສະຫວັດດີການຖືກປະຕິເສດ, ມີການປ່ຽນແປງຫຼືຢຸດເຊົາລົງ	ວັນເກີດ	ເບີໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ລາຍເຊັນ	ວັນທີ່		
ຊື່ຂອງຜູ້ປະກອບແບບຟອມນີ້	ເບີໂທລະສັບ		

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຜູ້ທີ່ມີຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນ ການພິຈາລະນາຄະດີນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ເບິ່ງບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫຼືໄປຮຽນການພິຈາລະນາຄະດີແທນຂ້າພະເຈົ້າໄດ້. (ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ສາມາດ ເປັນໝູ່ເພື່ອນຫຼືຍາຕິພັນອາດ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານ.)

ຊື່	ເບີໂທລະສັບ		
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ