ແຈ້ງການປະຕິເສດ/ຕັດສິດ ຄ່າອາຫານ (ບໍ່ປະຕິບັດໄດ້ກົດລະບຽບເຮັດວຽກຂອງໂຄງການ ຄ່າອາຫານ)

ເຫດສະບານ

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

ວັນທີແຈ້ງການ : ______________________

ຊື່ກໍລະນີ : ______________________

ເລກທີ : ______________________

ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ່ : ______________________

ເລກທີ : ______________________

ໂທລະສັບ : ______________________

ທີ່ຢູ່ : ______________________

____

____

(ADDRESSEE)

ຖ້າທ່ານມີຂໍ້ສົງໃສ, ກະລຸນາສອບຖາມເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ.

ການຮ້ອງຮຽນຕໍ່ລັດ: ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການດຳເນີນການນີ້ຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງຮຽນໄດ້. ດ້ານຫຼັງໜ້ານີ້ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຮ້ອງຮຽນ. ສະຫວັດດີການຂອງທານ ອາດບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ ຖ້າທານຂໍການຮ້ອງຮຽນ ກ່ອນມີການດຳເນີນການນີ້.

ເຫດສະບານ ກຳລັງດຳເນີນການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ເນື່ອງຈາກ ___________ ບໍ່ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບເຮັດວຽກໂຄງການຄ່າອາຫານ (ດັ່ງລະບຸລຸ່ມນີ້).

ທ່ານຖືກ ☐ ປະຕິເສດ / ☐ ຕັດສິດ ເປັນເວລາ 1 ☐ 3 ☐ ຫຼື 6 ☐ ເດືອນ.

ການລົງໂທດຈະສິ້ນສຸດ ___________________________ .
(ວັນທີ)

ຄ່າອາຫານຂອງຄອບຄົວທ່ານຈະປ່ຽນແປງຈາກ $ _____________________
ເປັນ $ _________________.

<u>**ເຫດຜົນທີ່ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຄ່າອາຫານອີກ ແມ່ນເນື່ອງຈາກທ່ານບໍ່ປະຕິບັດຕາມ ໜຶ່ງໃນກົດລະບຽບລຸ່ມນີ້, ທ່ານບໍ່ໄດ້;**</u>

☐ ລົງທະບຽນເພື່ອເຮັດວຽກ.

☐ ຮັກສາວຽກ ຫຼື ສືບຕໍ່ເຮັດວຽກຢ່າງຕ່ຳ 30 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ.

☐ ຮ່ວມໂຄງການຜົນຕອບແທນວຽກ, ຊອກວຽກ ຫຼື ການມອບໝາຍທີ່ຕິດພັນກັບວຽກອື່ນ.

☐ ໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ເທດສະບານກ່ຽວກັບປະຫວັດການເຮັດວຽກຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານສາມາດເຮັດວຽກໄດ້.

☐ ລາຍງານຕົວເພື່ອຮັບວຽກຈາກນາຍຈ້າງ.

☐ ຮັບການສະເໜີວຽກທີ່ດີ.

☐ ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການປະກັນວ່າງງານຕາມເງື່ອນໄຂເຮັດວຽກ.

☐ ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ ສະຫວັດດີການເພື່ອເຮັດວຽກຂອງ CalWORKs ຕາມເງື່ອນໄຂເຮັດວຽກ.

ກະລຸນາໂທແຈ້ງພວກເຮົາຊາບ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ບໍ່ປະຕິບັດໄດ້ ກົດລະບຽບເຮັດວຽກ.

<u>**ວິທີການຮັກສາບໍ່ໃຫ້ຄ່າອາຫານຂອງທ່ານຖືກຕັດ**</u>

ກ່ອນ ____________________________ , ທ່ານຕ້ອງ
(ວັນທີ)

- ສະແດງຫຼັກຖານໂດຍປາກເປົ່າ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ວ່າ ທ່ານປະຕິບັດຕາມ ກົດລະບຽບເຮັດວຽກຂອງໂຄງການຄ່າອາຫານ.
- ມີເຫດຜົນທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ໃນການບໍ່ປະຕິບັດໄດ້ກົດລະບຽບເຮັດວຽກ.
- ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ (ເບິ່ງລາຍການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້).

<u>**ເພື່ອໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກກົດລະບຽບເຮັດວຽກ, ທ່ານຕ້ອງແມ່ນ**</u>

- ອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 16 ປີ ຫຼື ອາຍຸ 60 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ;
- ອາຍຸ 16 ຫຼື 17 ປີ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຫົວໜ້າຄອບຄົວທີ່ຮັບຄ່າອາຫານ;
- ບໍ່ເໝາະສົມທາງຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈ ໃນການເຮັດວຽກ;
- ປະຕິບັດໄດ້ກົດລະບຽບສະຫວັດດີການເພື່ອເຮັດວຽກຂອງ CalWORKs;
- ກຳລັງເບິ່ງແຍງເດັກອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 6 ປີ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ບາດເຈັບ ຫຼື ລົ້ມປ່ວຍ;
- ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການບຳບັດຜູ້ຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ຕິດຢາ ທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ ຕໍ່ອາທິດ.
- ກຳລັງຮັບ ຫຼື ໄດ້ສະໝັກຂໍສະຫວັດດີການປະກັນວ່າງງານ.
- ຖືກຈ້າງ ຫຼື ເຮັດທຸລະກິດຂອງຕົນເອງຢ່າງຕ່ຳ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ກຳລັງຮັບລາຍໄດ້ຕໍ່ອາທິດຢ່າງຕ່ຳ ເທົ່າກັບເງິນເດືອນຂັ້ນຕ່ຳຂອງລັດຖະບານກາງ ຄູນ 30 ຊົ່ວໂມງ;
- ກຳລັງຮຽນໜັງສື ຢ່າງໜ້ອຍບໍ່ເຕັມເວລາ;

<u>**ລຸ່ມນີ້ ແມ່ນວິທີທວງຄ່າອາຫານຄືນ**</u>

- ເລີ່ມແຕ່ ____________________ , ທ່ານສາມາດຮັບຄ່າອາຫານ ຖ້າທ່ານຄົບເງື່ອນໄຂ ແລະ
  (ວັນທີ)

  ຍິນຍອມປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບເຮັດວຽກ ຂອງໂຄງການ ຄ່າອາຫານ.
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກກົດລະບຽບເຮັດວຽກໂຄງການຄ່າອາຫານ, ທ່ານອາດສະໝັກເວລາກໍ່ໄດ້. (ເບິ່ງຂໍ້ຍົກເວັ້ນທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງ).

<u>**ຄຳເຫັນ**</u>

ກົດລະບຽບ: ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ ມີຜົນສັກສິດ. ທ່ານອາດທົບທວນກົດລະບຽບດັ່ງກ່າວ ທີ່ສຳນັກງານສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ.

ພາກ MPP ☐ 42-721; ☐ 63-407; ☐ 63-408;

☐ ອື່ນໆ: ___________________________ .

ສິດໃນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດໃນການຂໍຮ້ອງຮຽນ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການດໍາເນີນການໃດໜຶ່ງ ຂອງເທດສະບານ. ທ່ານມີເວລາພຽງແຕ່ 90 ວັນ ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ. 90 ວັນ ແມ່ນເລີ່ມຈາກວັນທີທີ່ເທດສະບານ ໄດ້ໃຫ້ ຫຼື ສົ່ງ ແຈ້ງການສະບັບນີ້ ໃຫ້ທ່ານ.

ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ <u>ກ່ອນ</u> ມີການດໍາເນີນການຕໍ່ເງິນສະຫວັດດີການ, Medi-Cal, ຄ່າອາຫານ, ຫຼື ຄ່າດູແລເດັກ:

- ເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື Medi-Cal ຂອງທ່ານ ຈະຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ການຮ້ອງຮຽນ.
- ການບໍລິການດູແລເດັກຂອງທ່ານ ອາດຍັງຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ການຮ້ອງຮຽນ.
- ຄ່າອາຫານຂອງທ່ານ ຈະຍັງຄືເກົ່າ ຈົນກວ່າຮອດການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ວັນສິ້ນສຸດ ໄລຍະຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານ, ຂຶ້ນກັບສິ່ງໃດໄວກວ່າ.

ຖ້າຄໍາຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ລະບຸວ່າ ພວກເຮົາເຮັດຖືກ, ທ່ານຈະຕິດພວກເຮົາ ຕາມຈໍານວນໃດໆ ຂອງເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ ຫຼື ບໍລິການດູແລເດັກ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດ ຫຼື ຢຸດຕິ ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ, ເລືອກ ຂໍ້ລຸ່ມນີ້:

ແມ່ນ, ຫຼຸດ ຫຼື ຢຸດຕິ: ☐ ເງິນສະຫວັດດີການ ☐ ຄ່າອາຫານ ☐ ຄ່າດູແລເດັກ

ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ຄໍາຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ສໍາຫຼັບ:

<u>ສະຫວັດດີການເພື່ອເຮັດວຽກ:</u>

ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກໍານີ້.

ທ່ານອາດໄດ້ຮັບເງິນດູແລເດັກ ສໍາຫຼັບການເຮັດວຽກ ຫຼື ການສໍາຫຼັບກິດຈະກໍາ ຕາມທີ່ອະນຸມັດໂດຍເທດສະບານ ກ່ອນແຈ້ງການນີ້.

ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ເງິນບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ ຈະຖືກຢຸດຕິ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນໃດໆ ຕື່ມອີກ, ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກໍາ ຂອງທ່ານ.

ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ, ຈະມີການຈ່າຍໃນຈໍານວນ ແລະ ວິທີການ ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານ ໃນແຈ້ງການນີ້.

- ເພື່ອໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກໍາ ທີ່ເທດສະບານໄດ້ບອກທ່ານໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ.
- ຖ້າຈໍານວນຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເທດສະບານຈ່າຍ ໃນຂະນະທີ່ ທ່ານກໍາລັງລໍຖ້າຄໍາຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ, ທ່ານສາມາດຢຸດຕິການເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກໍາ.

<u>Cal-Learn:</u>

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ Cal-Learn ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບໃຊ້ທ່ານໄດ້.
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍແຕ່ ຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ Cal-Learn ສໍາຫຼັບ ກິດຈະກໍາ ຕາມທີ່ໄດ້ອະນຸມັດ ເທົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

ສະມາຊິກແຜນດູແລແບບຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal: ການດໍາເນີນຕາມແຈ້ງການນີ້ ອາດຢຸດການຮັບບໍລິການຂອງທ່ານ ຈາກແຜນດູແລສຸຂະພາບແບບຄຸ້ມຄອງ ຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດປະສິງຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານ ມີຂໍ້ສົງໃສ.

ການສະໜັບສະໜູນເດັກ ແລະ/ຫຼື ຄ່າຮັກສາ: ໜ່ວຍງານສະໜັບສະໜູນເດັກເຂດ ຈະຊ່ວຍເກັບເງິນສະໜັບສະໜູນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບ ເງິນສະຫວັດດີການ. ຖ້າເຂົາເຈົ້າກໍາລັງເກັບເງິນສະໜັບສະໜູນໃຫ້ທ່ານ, ເຂົາເຈົ້າ ຈະຍັງສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍແຕ່ ທ່ານບອກເຂົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າໃຫ້ຢຸດຕິ. ເຂົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນສະໜັບສະໜູນງວດປະຈຸບັນທີ່ເກັບໄດ້ແກ່ທ່ານ ແຕ່ຈະຮັກສາ ເງິນທີ່ຕິດໃນອະດີດທີ່ຕິດເທດສະບານ.

ການວາງແຜນຄອບຄົວ: ສໍານັກງານສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍ.

ເອກະສານຮ້ອງຮຽນ: ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ, ພະແນກຮ້ອງຮຽນລັດ ຈະສ້າງ ລະບົບເອກະສານຮ້ອງຮຽນ. ທ່ານມີສິດຂໍເບິ່ງເອກະສານນີ້ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແລະ ເອົາສໍາເນົາຄໍາກ່າວຫາ ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງເທດສະບານ ກ່ຽວກັບກໍລະນີຂອງທ່ານ ຢ່າງໜ້ອຍ ສອງວັນ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ. ລັດອາດໃຫ້ເອກະສານຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແກ່ກົມສະຫວັດດີການ ແລະ ກົມສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ກະສິກໍາສະຫະລັດ. **(W&I ກົດລະບຽບ ພາກ 10850 ແລະ 10950.)**

ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ:

- **ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນໜ້ານີ້.**
- ສໍາເນົາດ້ານໜ້າ ແລະ ດ້ານຫຼັງຂອງໜ້ານີ້ ເພື່ອເກັບຮັກສາໄວ້ກັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານຂໍ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ ຈະໃຫ້ສໍາເນົາໜ້ານີ້ແກ່ທ່ານ.
- **ສົ່ງ ຫຼື ນໍາສົ່ງໜ້ານີ້ໃຫ້:**

ຫຼື

- **ໂທຟຣີ: 1-800-952-5253 ຫຼື** ສໍາຫຼັບຜູ້ມີບັນຫາໃນການຟັງ ຫຼື ເວົ້າ ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TDD, **1-800-952-8349.**

ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດສອບຖາມກ່ຽວກັບສິດໃນການຮ້ອງຮຽນ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍ ຕາມໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງລັດ (ໂທຟຣີ) ຕາມທີ່ລະບຸຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍຟຣີ ທີ່ສໍານັກງານຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານກົດໝາຍ ຫຼື ສິດທິສະຫວັດດີການ ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໃຫ້ການຮ້ອງຮຽນຄົນດຽວ, ທ່ານສາມາດນໍາໝູ່ ຫຼື ບາງຄົນ ໄປນໍາທ່ານ.

ການຂໍການຮ້ອງຮຽນ

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການຂໍຮ້ອງຮຽນຍ້ອນການດໍາເນີນການຂອງກົມສະຫວັດດີການ

ເທດສະບານ ______________________ ກ່ຽວກັບ ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

☐ ເງິນສະຫວັດດີການ ☐ ຄ່າອາຫານ ☐ Medi-Cal

☐ ອື່ນໆ (ໂປດລະບຸ) ______________________________

ຍ້ອນເຫດຜົນລຸ່ມນີ້: ______________________________

____

____

____

____

____

☐ **ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເນື້ອທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ເລືອກຂໍ້ນີ້ ແລະ ຄັດຕິດເຈ້ຍຕື່ມ.**

☐ ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການໃຫ້ລັດຈັດນາຍພາສາແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ໂດຍບໍ່ເສຍ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. (ຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼື ໝູ່ ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານ ໃນເວລາຮ້ອງຮຽນ.)

ພາສາ ຫຼື ພາສາທ້ອງຖິ່ນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນ: ______________________

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ສະຫວັດດີການຂອງລາວຖືກປະຕິເສດ, ປ່ຽນແປງ ຫຼື ຢຸດຕິ		
ວັນເດືອນປີເກີດ	ໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ		
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	
ຊື່ຜູ້ທີ່ຕື່ມແບບຟອມນີ້	ໂທລະສັບ	

☐ **ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການບຸກຄົນທີ່ລະບຸຊື່ລຸ່ມນີ້ ໃຫ້ວ່າຄວາມໃຫ້ຕົນ ໃນການຮ້ອງຮຽນນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າ ອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນນີ້ ເບິ່ງບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໄປໃຫ້ ການຮ້ອງຮຽນແທນຂ້າພະເຈົ້າ. (ບຸກຄົນນີ້ <u>ສາມາດ</u>ເປັນແຕ່ ໝູ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້.)**

ຊື່	ໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ		
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ