

ແຈ້ງການປະຕິບັດງານ

ຄາວຕີ້

ວັນທີ່ແຈ້ງການ: _____

ຊື່ເຄສ: _____

ຫມາຍເລກເຄສ: _____

ຊື່ພະນັກງານດູແລເຄສ: _____

ຫມາຍເລກພະນັກງານດູແລເຄສ: _____

ເບີໂທລະສັບ: _____

ທີ່ຢູ່: _____

(ADDRESSEE)



ມີຄໍາຖາມບໍ່? ຖາມພະນັກງານດູແລເຄສຂອງທ່ານ.

ການພິຈາລະນາຂອງລັດ: ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການກະທຳນີ້ຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຮູ້ຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາໂຕສວນໄດ້. ທຸນາທີ່ 3 ບອກວ່າທ່ານຈະເຮັດແນວໃດ. ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກປ່ຽນແປງ ຫາກວ່າທ່ານຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກ່ອນ ທີ່ຈະມີການກະທຳຕາມແຈ້ງການນີ້.

Medi-Cal: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ບໍ່ປ່ຽນແປງ ຫຼືຢຸດເຊົາ ສະຫວັດດີການ Medi-Cal ສືບຕໍ່ໃຊ້ບັດປະຈຳຕົວ ສະຫວັດດີການພາດສະຕິກຂອງທ່ານທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ແຈ້ງການອີກສະບັບໜຶ່ງ ທີ່ຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບການ ປ່ຽນແປງໃດໆ ກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການດ້ານສຸຂະພາບ ຂອງທ່ານ.

CalFresh: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ບໍ່ໄດ້ຢຸດເຊົາຫຼືປ່ຽນ ສະຫວັດດີການ CalFresh ຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ແຈ້ງການແຍກຕ່າງຫາກ ທີ່ຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບ ການປ່ຽນແປງໃດໆ ກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການ CalFresh ຂອງທ່ານ.

ການໄດ້ຮັບ Medi-Cal ແລະ/ຫຼື CalFresh ພຽງຢ່າງດຽວ ເຖິງນັ້ນບໍ່ນັບເຂົ້າກັບຂອບເຂດຈຳກັດເວລາການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານເງິນສົດຂອງທ່ານ.

ກົດລະບຽບ ໃຊ້ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້; ທ່ານສາມາດກວດເບິ່ງ ພວກມັນໄດ້ທີ່ ຫ້ອງການສະຫວັດດີການ ຂອງທ່ານ: MPP 44-100; 44-315; SB 80 (Chapter 27, Statutes of 2019)

ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລາຍເດືອນ

ສ່ວນ ເອ. ລາຍໄດ້ທີ່ນັບໄດ້, ເດືອນ _____

1. ເງິນລາຍໄດ້ຈາກເຮັດວຽກໃຫ້ຕົນເອງ \$ _____
2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກການເຮັດວຽກໃຫ້ຕົນເອງ:
 - a. ມາດຕະຖານ 40% - _____
 - ຫຼື
 - b. ແທ້ຈິງ - _____
3. ລາຍໄດ້ສຸດທິຈາກການເຮັດວຽກໃຫ້ຕົວເອງ = _____
4. ລາຍໄດ້ລວມທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ (Disability-Based Unearned Income (DBI) ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ + ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) \$ _____
5. \$500 ບໍ່ນັບວ່າເປັນ DBI (ຖາ #4 ຫຼາຍກວ່າ \$500) - _____
6. ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ ລາຍໄດ້ທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການ ຫຼື = _____
7. DBI ທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ແລະບໍ່ນັບ = _____
8. ລາຍໄດ້ສຸດທິຈາກການເຮັດວຽກ ໃຫ້ຕົນເອງ (ຈາກຂາງເທິງ) + _____
9. ລາຍຮັບອື່ນໆ ທັງຫມົດທີ່ໄດ້ຮັບ + _____
10. ຈຳນວນທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ \$500 (ຈາກ #7) - _____
- 11. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
12. ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບແຕ່ບໍ່ນັບ 50% - _____
- 13. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
14. ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ ລາຍໄດ້ທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການ (ຟອມ #6) + _____
- 15. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
16. ລາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນອື່ນໆ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ + ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) + _____
- ລາຍໄດ້ສຸດທິທີ່ນັບໄດ້** = _____

ສ່ວນ ເອ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດຂອງທ່ານ, ເດືອນ _____

1. ການຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ _____ ບຸກຄົນ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ + ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) \$ _____
2. ຄວາມຕ້ອງການພິເສດ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ + ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) + _____
3. ລາຍໄດ້ສຸດທິທີ່ນັບໄດ້ຈາກ ສ່ວນ ເອ - _____
- 4. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
5. ການຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ _____ ບຸກຄົນ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອເທົ່ານັ້ນ) (ບໍ່ລວມເອົາບຸກຄົນທີ່ຖືກລົງໂທດ) \$ _____
6. ຄວາມຕ້ອງການພິເສດ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອເທົ່ານັ້ນ) + _____
7. ຍອດລວມບາງສ່ວນ ຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ = _____
- 8. ຍອດລວມບາງສ່ວນການຊ່ວຍເຫຼືອເຕັມເດືອນ** (ຈຳນວນເງິນຕໍ່າທີ່ສຸດໃນບັນທຶກທີ່ 4 ຫຼື 7) = _____
9. ບັນທຶກທີ່ 8 ປັບອັດຕາສ່ວນສໍາລັບ ບາງສ່ວນຂອງເດືອນ = _____
10. ການປັບ:
 - ປັບໄຫມຄໍາລ້ຽງດູເດັກ 25% - _____
 - ໄຫມອື່ນໆ - _____
 - ເງິນທີ່ຈ່າຍເກີນ - _____
 - ໄຫມ Cal-Learn - _____
 - ໂບນັດໂຮງຮຽນ (\$100 ຫຼື \$500) + _____
- 11. ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລາຍເດືອນ** (ບັນທຶກທີ່ 8 ຫຼື 9 ທີ່ປັບແລວ) \$ _____

ສິດທິໃນການພິຈາລະນາຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການກະທຳໃດຂອງເຄົາຕີ້. ທ່ານມີເວລາພຽງ 90 ວັນໃນການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ເວລາ 90 ວັນນີ້ ເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນຕໍ່ຈາກວັນທີ່ເຄົາຕີ້ໃຫ້ແຈ້ງການຫຼືສົ່ງທາງໄປສະນີ ໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີຍອນວ່າເປັນຫຍັງ ທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້ພາຍໃນ 90 ວັນ, ທ່ານກໍ່ສາມາດຍື່ນໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້. ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງເຫດຜົນທີ່ດີ, ກໍ່ອາດຈະສາມາດກຳນົດໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້

- ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການ, ທ່ານຕ້ອງໄປເຮັດກິດຈະກຳທີ່ເຄົາຕີ້ບອກໃຫ້ທ່ານໄປ.
- ຖ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າບໍລິການທີ່ເຄົາຕີ້ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໃນຂະນະທີ່ທ່ານຖາລຳຄຳ ຕັດສິນນັ້ນບໍ່ພຽງພໍໃຫ້ທ່ານໄດ້ມີສ່ວນຮວມກິດຈະກຳ, ທ່ານສາມາດຢຸດເຊົາ ບໍ່ຕ້ອງໄປຮວມກິດຈະກຳໄດ້

Cal-Learn:

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Cal-Learn ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້;
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າ Cal- Learn ສະເພາະກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ເທົ່ານັ້ນ

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

ສະມາຊິກ Medi-Cal Managed Care Plan: ການກະທຳໃນໜັງສືແຈ້ງການນີ້ອາດຈະເຮັດ ໃຫ້ທ່ານຢຸດເຊົາການໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກແຜນການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກເລື່ອງການວາງແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອເລື່ອງລູກແລະ/ຫຼືດ້ານການແພດ: ຫນ່ວຍງານທອງຖິ່ນທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລຽງລູກຈະຊ່ວຍເຫຼືອເກັບຄ່າລຽງດູໃຫ້ຟຣີເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນໂຄງການ cash aid ກໍ່ຕາມ. ຖ້າພວກເຮົາເຈົ້າກຳລັງເກັບຄ່າລຽງດູໃຫ້ກັບທ່ານຢູ່, ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ຢຸດ. ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນຄ່າລຽງດູໃນປະຈຸບັນທີ່ພວກເຮົາເຈົ້າເກັບຄ່າມາໃຫ້ທ່ານ ແຕ່ຈະເກັບເງິນສວນທີ່ຕິດໜີ້ກັບເຄົາຕີ້ໄວ້.

ການວາງແຜນຄອບຄົວ: ຫ້ອງການເງິນສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍເອົາ.

ແຟ້ມການພິຈາລະນາຄະດີ: ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ, ພະແນກການພິຈາລະນາຄະດີຂອງລັດຈະສາ ງແຟ້ມ. ທ່ານມີສິດທິຈະເຫັນແຟ້ມນີ້ກ່ອນການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ ແລະໄດ້ຮັບສຳເນົາສະຖານະພາບຂອງເຄົາຕີ້ກ່ຽວກັບຄະດີຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຢ່າງຫນ້ອຍສອງມື້ກ່ອນການພິຈາລະນາຄະດີ. ລັດສາມາດໃຫ້ແຟ້ມເອກະສານການພິຈາລະນາຂອງທ່ານກັບ Welfare Department ແລະ U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. **(W&I Code Sections 10850 and 10950).**

ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກ່ອນຈະມີການກະທຳໃດກັບສະຫວັດດີການ Cash Aid, Medi-Cal, CalFresh, ຫຼື Child Care:

- ເງິນສະຫວັດດີການ Cash Aid ຫຼື Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະຍັງຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາຄະດີ.
- ເງິນສະຫວັດດີການບໍລິການ Child Care ຂອງທ່ານຈະຍັງຄືເກົ່າໃນຂະນະ ທີ່ ທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາຄະດີ.
- ເງິນສະຫວັດດີການ CalFresh ຂອງທ່ານຈະຍັງຄືເກົ່າຈົນກວ່າຈະມີການພິຈາລະນາຄະດີຫຼືຕອນໄລຍະເວລາເບື້ອງປາຍຂອງການຮັບຮອງຂອງທ່ານ, ອັນໃດກໍ່ຕາມທີ່ມາຮອດກອນ.

ຖ້າຄ່າຕັດສິນມີວ່າພວກເຮົາຖືກຕ້ອງ, ທ່ານຈະຕິດໜີ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Cash Aid, CalFresh ຫຼືບໍລິການ Child Care ເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດເງິນສະຫວັດດີການຫຼືຢຸດເຊົາການໃຫ້ເງິນສະຫວັດດີການຂອງທ່ານກ່ອນການ ພິຈາລະນາຄະດີ, ໃຫ້ທ່ານອາດຂ້າງລຸ່ມນີ້:

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

ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາຄະດີສຳລັບ:

ເງິນສະຫວັດດີການສຳລັບການເຮັດວຽກ (Welfare to Work):

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຕ່າງ ໆ.

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຄ່າດູແລລູກສຳລັບຄ່າຈ້າງງານແລະສຳລັບກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດໂດຍເຄົາຕີ້ກ່ອນແຈ້ງການນີ້.

ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຢຸດ ເຊົາ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນອີກຕໍ່ໄປ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຍັງເຮັດກິດຈະກຳຂອງທ່ານ ກໍ່ຕາມ.

ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຢຸດເຊົາ, ມັນກໍ່ຈະຈ່າຍໃຫ້ໃນຈຳນວນເງິນແລະໃນແນວທີ່ໄດ້ແຈ້ງໄວ້ໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

- ປະກອບຟອມໜ້ານີ້.
- ເຮັດສໍາເນົາຂອງໜ້າແລະຂ້າງຫຼັງຂອງໜ້າສີ່ອັນໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍ, ພະນັກງານຂອງທ່ານຈະໃຫ້ສໍາເນົາໜ້າສີ່ອັນນີ້ກັບທ່ານ.
- ສົ່ງຫຼືເອົາໜ້ານີ້ໄປສົ່ງທີ່:

ຫຼື

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

ເພື່ອຂໍໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດຖາມກ່ຽວກັບສິດທິໃນການພິຈາລະນາຄະດີຂອງ ທ່ານທີ່ຊື່ຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ເບີໂທຟຣີຂອງລັດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍຟຣີທີ່ທ່ານສິດທິສະຫວັດດີການຫຼືທ່ານຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໂຕ້ສວນພິຈາລະນາຜູ້ດຽວ, ທ່ານສາມາດນໍາເອົາໝູ່ເພື່ອນຫຼືໄຜ່ໄປກໍ່ໄດ້.

ຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຍ້ອນການກະທໍາຂອງ Welfare Department ໃນ _____

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

ຢ່າງອື່ນ (ລະບຸ) _____

ນີ້ກໍ່ເພາະວ່າ: _____

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ຫມາຍກົງນີ້ແລະເຕີມອີກໜ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ລັດທານາຍພາສາໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟຣີ. (ຍາຕິພັນນັ້ນຫຼືຫມູ່ ເພື່ອນບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໃນການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້.)

ພາສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫຼືພາສາທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: _____

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

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຜູ້ທີ່ມີຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນ ການພິຈາລະນາຄະດີນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ເບິ່ງບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫຼືໄປຮວມກຸ່ມການພິຈາລະນາຄະດີແທນຂ້າພະເຈົ້າໄດ້. (ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ສາມາດເປັນຫມູ່ເພື່ອນຫຼືຍາຕິພັນອື່ນ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານ.)

| | | | |
|--------|-------|------------|-------------|
| ຊື່ | | ເບີໂທລະສັບ | |
| ທີ່ຢູ່ | ເມືອງ | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |