

ແຈ້ງການການປະຕິບັດ
ການຍຸດ, ການລະຈັບ -
ຄຸນສົມບັດດ້ານການເງິນ

ຄາວຕີ້
ວັນທີ່ແຈ້ງການ: _____
ຊື່ເຄສ: _____
ຫມາຍເລກເຄສ: _____
ຊື່ພະນັກງານດູແລເຄສ: _____
ຫມາຍເລກພະນັກງານດູແລເຄສ: _____
ເບີໂທລະສັບ: _____
ທີຢູ: _____

(ADDRESSEE)

[] []
[] []

ມີຄໍາຖາມບໍ? ຖາມພະນັກງານດູແລເຄສຂອງທ່ານ.

ການພິຈາລະນາຂອງລັດ: ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການກະທຳນີ້
ຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຮອງຊໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາ
ໄຕສວນໄດ. ຫນາທີ່ 3 ບອກວ່າທ່ານຈະເຮັດແນວໃດ.
ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກປ່ຽນແປງ ຫາກວ່າທ່ານ
ຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກອນທີ່ຈະມີການກະທຳ
ຕາມແຈ້ງການນີ້.

Medi-Cal: ແຈ້ງການນີ້ບໍ່ປ່ຽນແປງຫຼືຢຸດສະຫວັດດີການ
Medi-Cal. ຖ້າສະຫວັດດີການ Medi-Cal ຂອງທ່ານມີການ
ປ່ຽນແປງ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງອີກສະບັບໜຶ່ງ.
ສືບຕໍ່ໃຊ້ບັດປະຈຳຕົວສະຫວັດດີການພາດສະຕິກຂອງທ່ານ
ກົດລະບຽບ: ໃຊ້ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້; ທ່ານສາມາດກວດເບິ່ງພວກມັນ
ໄດ້ທີ່ຫ້ອງການສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ

ລາຍໄດ້ສຸດທິທີ່ນັບໄດ້

1. ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ
ໃຫ້ຕົນເອງທັງໝົດ \$ _____
2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກການເຮັດວຽກໃຫ້ຕົນເອງ:
 - a. ມາດຕະຖານ 40% _____
 - ຫຼື
 - b. ແທ້ຈິງ _____
3. ລາຍໄດ້ສຸດທິຈາກ
ເຮັດວຽກໃຫ້ຕົວເອງ = _____
4. ລາຍໄດ້ທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການ
ທັງໝົດ (DBI) ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ +
ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) \$ _____
5. \$500 ບໍ່ນັບວ່າເປັນ DBI (ຖ້າ #4
ຫຼາຍກວ່າ \$500) _____
6. ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ
ລາຍໄດ້ທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການ
ຫຼື = _____
7. ຈໍານວນທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ \$500
DBI ທີ່ບໍ່ນັບ = _____
8. ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບທັງໝົດ \$ _____
9. ລາຍໄດ້ສຸດທິຈາກ
ການເຮັດວຽກໃຫ້ຕົນເອງ
(ຈາກຂາງເທິງ) + _____
- 10. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
11. ຈໍານວນທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ \$500
(ຈາກ #7) _____
- 12. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
13. ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບແຕ່ບໍ່ນັບ 50% _____
- 14. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
15. ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ
ລາຍໄດ້ທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການ
(ຟອມ #6) + _____
16. ລາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນອື່ນໆ
(ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ +
ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) + _____
17. ຄ່າລ້ຽງດູເດັກທີ່ຄ່າວຕີ້
ເກັບກຳ + _____
- 18. ຈໍານວນທັງໝົດທີ່ນັບໄດ້**
ລາຍໄດ້ = _____

19. ການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ

ການຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດສໍາລັບ _____
ບຸກຄົນ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ +
ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) \$ _____
ຄວາມຕ້ອງການພິເສດ (ຫນ່ວຍ
ຊ່ວຍເຫຼືອ + ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ
ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອ) + _____

20. ການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ

= _____

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, ໃຫ້ຫມາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- 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.
- ເຮັດສໍາເນົາຂອງຫນ້າແລະຂ້າງຫລັງຂອງຫນັງສືນີ້ໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍ, ພະນັກງານຂອງທ່ານຈະໃຫ້ສໍາເນົາຫນັງສືຂອງທ່ານນີ້ກັບທ່ານ.
- ສົ່ງຫຼືເອົາຫນ້ານີ້ໄປສົ່ງທີ່:

ຫຼື

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

ເພື່ອຂໍໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດຖາມກ່ຽວກັບສິດທິໃນການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານທີ່ຂໍຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ເບີໂທຟຣີຂອງລັດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍພຣີທີ່ທ່ານສິດທິສະຫວັດດີການຫຼືທ່ານຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໂຕ້ສວນພິຈາລະນາຜູ້ດຽວ, ທ່ານສາມາດນໍາເອົາຫມູ່ເພື່ອນຫຼືໄຜ່ໄປກໍ່ໄດ້.

ຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຍ້ອນການກະທໍາຂອງ Welfare Department ໃນ _____
 ເຄົາຕີ້ 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