

ແຈ້ງການປະຕິບັດງານ

ເຄົາຕີ້

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

(ADDRESSEE)

[] []
 [] []

ມີຄໍາຖາມບໍ? ຖາມພະນັກງານດູແລເຄສຂອງທ່ານ.

ການພິຈາລະນາຂອງລັດ: ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການກະທຳນີ້ຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຮອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາໂຕສ່ວນໄດ. ພາກທີ 3 ບູລິມະສິດທານວາຈະເຮັດແນວໃດ, ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຈະບຸຖືກປ່ຽນແປງ ຫາກວ່າທ່ານຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກອນ ທີ່ຈະມີການກະທຳຕາມແຈ້ງການນີ້.

Medi-Cal: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ບໍ່ປ່ຽນແປງ ຫຼືຢຸດເຊົາ ສະຫວັດດີການ Medi-Cal **ສືບຕໍ່ໃຊ້ບັດປະຈຳຕົວ** ສະຫວັດດີການພາດສະຕິກຂອງທ່ານທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ແຈ້ງການອີກສະບັບໜຶ່ງ ທີ່ຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆ ກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

CalFresh: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ບໍ່ໄດ້ຢຸດເຊົາຫຼືປ່ຽນ ສະຫວັດດີການ CalFresh ຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ແຈ້ງການແຍກຕ່າງຫາກ ທີ່ຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆ ກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການ CalFresh ຂອງທ່ານ.

ການໄດ້ຮັບ Medi-Cal ແລະ/ຫຼື CalFresh ພຽງຢ່າງດຽວ ເຖິງນັ້ນບໍ່ນັບເຂົ້າກັບຂອບເຂດຈຳກັດເວລາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດຂອງທ່ານ.

ກົດລະບຽບ ໃຊ້ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້; ທ່ານສາມາດກວດເບິ່ງ ພວກມັນໄດ້ທີ່ ຫ້ອງການສະຫວັດດີການ ຂອງທ່ານ: MPP Sections 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. \$550 ບໍ່ນັບວ່າເປັນ DBI (ຖາ #4 ຫຼາຍກວ່າ \$550) - _____
6. ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນລາຍໄດ້ທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການ ຫຼື = _____
7. DBI ທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ແລະບໍ່ນັບ = _____
8. ລາຍໄດ້ສຸດທິຈາກການເຮັດວຽກໃຫ້ຕົນເອງ (ຈາກຂ້າງເທິງ) + _____
9. ລາຍຮັບອື່ນໆ ທັງຫມົດທີ່ໄດ້ຮັບ + _____
10. ຈຳນວນທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ \$550 (ຈາກ #7) - _____
- 11. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
12. ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບແຕ່ບໍ່ນັບ 50% - _____
- 13. ຍອດລວມບາງສ່ວນ** = _____
14. ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນລາຍໄດ້ທີ່ອີງໃສ່ຄວາມພິການ (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** (ຖາເປັນເລກຕິດລົບ ໃສ່ເລກ 0) = _____
5. ການຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ _____ ບຸກຄົນ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອເທົ່ານັ້ນ) (ບໍ່ລວມເອົາບຸກຄົນທີ່ຖືກລົງໂທດ) \$ _____
6. ຄວາມຕ້ອງການພິເສດ (ຫນ່ວຍຊ່ວຍເຫຼືອເທົ່ານັ້ນ) + _____
7. ຍອດລວມບາງສ່ວນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ = _____
- 8. ຍອດລວມບາງສ່ວນການຊ່ວຍເຫຼືອເຕັມເດືອນ** (ຈຳນວນເງິນຕໍ່ທີ່ສຸດໃນບັນທຶກທີ່ 4 ຫຼື 7) = _____
9. ບັນທຶກທີ່ 8 ປັບອັດຕາສ່ວນສໍາລັບບາງສ່ວນຂອງເດືອນ = _____
10. ການປັບ:
 - ປັບໄຫມຄາລັງດູເດັກ 25% - _____
 - ໄຫມອື່ນໆ - _____
 - ເງິນທີ່ຈາຍເກີນ - _____
 - ໄຫມ Cal-Learn - _____
 - ໂບນັດໂຮງຮຽນ (\$100 ຫຼື \$500) + _____
- 11. ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລາຍເດືອນ** (ບັນທຶກທີ່ 8 ຫຼື 9 ທີ່ປັບແລ້ວ) \$ _____

ສິດທິໃນການພິຈາລະນາຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ຫາກວ່າທ່ານບໍ່
ເຫັນດີກັບການກະທຳໃດຂອງເຄົາຕີ. ທ່ານມີເວລາພຽງ 90 ວັນ
ໃນການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ເວລາ 90 ວັນນີ້
ເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນຕໍ່ຈາກວັນທີ່ເຄົາຕີໃຫ້ແຈ້ງການຫຼືສົງທາງ
ໄປສະນີ ໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີຍອນວ່າເປັນຫຍັງ
ທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາ ຄະດີໄດ້
ພາຍໃນ 90 ວັນ, ທ່ານກໍ່ສາມາດຍື່ນໃຫ້ມີການພິຈາລະນາ
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
- ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການລ້ຽງລູກ (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
ທ່ານທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລ້ຽງລູກຈະຊ່ວຍເຫຼືອເກັບຄ່າລ້ຽງລູກ
ໃຫ້ພໍເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນໂຄງການ cash aid ກໍ່
ຕາມ. ຖ້າພວກເຮົາເຈົ້າກຳລັງເກັບຄ່າລ້ຽງລູກໃຫ້ກັບທ່ານ
ຢູ່, ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ ເວັ້ນເສຍ
ແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້
ຢຸດ. ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນຄ່າລ້ຽງລູກໃນປະຈຸບັນທີ່ພວກ
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