

ແຈ້ງການເລື່ອງ
ປະຕິເສດສິດໃນການໄດ້ຮັບຄວາມ
ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ

ຄາວຕີ້

ວັນທີທີ່ແຈ້ງການ : _____
ຊື່ກໍລະນີ : _____
ໝາຍເລກກໍລະນີ : _____
ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ່ : _____
ເລກປະຈຳຕົວເຈົ້າໜ້າທີ່ : _____
ເບີໂທເຈົ້າໜ້າທີ່ : _____
ທີ່ຢູ່ : _____

(ADDRESSEE)

[] []
[] []

ມີຄໍາຖາມຫຼືບໍ່? ກະລຸນາສອບຖາມພະນັກງານຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

**ການໄຕສວນຈາກລັດ: ຖາທານຄິດວ່າການດໍາເນີນການນີ້ບໍ່
ຖືກຕອງ ທານສາມາດຮອງຊໍ່ໃຫມີການໄຕສວນຈາກລັດ. ໜ້າທີ່
ສາມຂອງແຈ້ງການສະບັບນີ້ແມ່ນຄໍາແນະນໍາໃນການຮອງຊໍ່ໃຫ
ມີການໄຕສວນ, ສິດປະໂຫຍດຂອງທານອາຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ
ຖາທານຮອງຂໍກອນທີ່ຈະດໍາເນີນການນໍາໃຊ້ແຈ້ງການສະບັບນີ້.**

ເມດີ-ແຄລ: ແຈ້ງການນີ້ບໍ່ໄດ້ປ່ຽນແປງຫຼືຢຸດເຊົາສິດທິປະໂຫຍດການໄດ້
ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເມດີ-ແຄລຕ່າງໆຂອງທານ ຖາມີການປ່ຽນແປງສິດທິ
ປະໂຫຍດໃນເມດີ-ແຄລຂອງທານ ທານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການອີກສະບັບໜຶ່ງແຍກ
ຕ່າງຫາກ. ກະລຸນາເກັບຮັກສາບັດສິດທິປະໂຫຍດພາດສະຕິກຂອງທານໄວ.

ກິດລະບຽບຕ່າງໆ: ມີການນໍາໃຊ້ກິດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ ທ່ານສາມາດກວດກາບັນດາກິດລະບຽບໄດ້ທີ່
ຫອງການສະໜັດດິການຂອງທານ

ລາຍໄດ້ທີ່ນັບໄດ້ສຸດທິ

1. ລາຍໄດ້ຈາກການປະກອບອາຊີບສ່ວນຕົວທັງໝົດ \$ _____
2. ລາຍຈ່າຍຈາກການປະກອບອາຊີບສ່ວນຕົວ:
 - ກ. 40% ຂອງຈໍານວນມາດຕະຖານ - _____
 - ຫຼື
 - ຂ. ຈໍານວນຈິງ - _____
3. ລາຍໄດ້ສຸດທິຈາກການປະກອບອາຊີບສ່ວນຕົວ = _____
4. ລາຍໄດ້ພິເສດຂັ້ນພື້ນຖານສໍາລັບຄົນພິການທັງໝົດ (DBI) (ສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ + ສະມາຊິກທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ) \$ _____
5. ເງິນ DBI ຈໍານວນ 500 ໂດລາ ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເອົາມາຄິດໄລ່ (ຖາຂໍ້ 4 ຫຼາຍກວ່າ 500 ໂດລາ) - _____
6. ລາຍໄດ້ພິເສດຂັ້ນພື້ນຖານສໍາລັບຄົນພິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ ຫຼື = _____
7. ເງິນ DBI ຈໍານວນ 500 ໂດລາທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເອົາມາຄິດໄລ່ = _____
8. ລາຍໄດ້ລວມທີ່ໄດ້ຮັບທັງໝົດ \$ _____
9. ລາຍໄດ້ສຸດທິຈາກການປະກອບອາຊີບສ່ວນຕົວ (ຈາກຂາງເທິງ) + _____
- 10. ຈໍານວນລວມຍ່ອຍ = _____**
11. ຈໍານວນເງິນ 50 ໂດລາທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເອົາມາຄິດໄລ່ (ຈາກຂໍ້ 7) - _____
- 12. ຈໍານວນລວມຍ່ອຍ = _____**
13. 50% ຂອງລາຍໄດ້ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເອົາມາຄິດໄລ່ - _____
- 14. ຈໍານວນລວມຍ່ອຍ = _____**
15. ລາຍໄດ້ພິເສດຂັ້ນພື້ນຖານສໍາລັບຄົນພິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ (ຈາກຂໍ້ 6) + _____
16. ລາຍໄດ້ອື່ນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ (ສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ + ສະມາຊິກທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ) + _____
17. ຄ່າລ້ຽງດູເດັກນ້ອຍທີ່ຄາວຕ້ອງກເກັບ + _____
- 18. ລາຍໄດ້ທີ່ນັບໄດ້ສຸດທິ = _____**

- 19. ຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ**
 ຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບ _____
 ຄົນ (ສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ + ສະມາຊິກທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ) \$ _____
 ບຸກຄົນທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ (ສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ + ສະມາຊິກທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ) + _____
- 20. ຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສູງສຸດ = _____**

ສິດທິໃນການພິຈາລະນາຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທິຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການກະທຳໃດຂອງເຄົາຕີ້. ທ່ານມີເວລາພຽງ 90 ວັນໃນການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ ເວລາ 90 ວັນນີ້ເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນຕໍ່ຈາກວັນທີ່ເຄົາຕີ້ໃຫ້ແຈ້ງການຫຼືສົ່ງທາງໄປສະນີ ໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີຍອນວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາ ຄະດີໄດ້ພາຍໃນ 90 ວັນ, ທ່ານກໍ່ສາມາດຍື່ນໃຫ້ ມີການ ພິຈາລະນາຄະດີໄດ້. ຖ້າທ່ານສາມາດສະແດງເຫດຜົນທີ່ດີ, ກໍ່ອາດຈະສາມາດກຳນົດໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້

- ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການ, ທ່ານຕ້ອງໄປເຮັດກິດຈະກຳທີ່ເຄົາຕີ້ບອກໃຫ້ທ່ານໄປ.
- ຖ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າບໍລິການທີ່ເຄົາຕີ້ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໃນຂະນະທີ່ທ່ານຖາລຳຄຳ ຕັດສິນນັ້ນບໍ່ພຽງພໍໃຫ້ທ່ານໄດ້ມີຮ່ວມຮວມກິດຈະກຳ, ທ່ານສາມາດຢຸດເຊົາ ບໍ່ຕ້ອງໄປຮ່ວມກິດຈະກຳໄດ້

Cal-Learn:

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Cal-Learn ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດ ຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າ Cal- Learn ສະເພາະກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ເທົ່ານັ້ນ

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

ສະມາຊິກ Medi-Cal Managed Care Plan: ການກະທຳ ໃນຫນັງສືແຈ້ງການນີ້ອາດຈະເຮັດ ໃຫ້ທ່ານຢຸດເຊົາການໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກແຜນການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກເລື່ອງການວາງແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອເລື່ອງລູກແລະ/ຫຼືດ້ານການແພດ: ຫນ່ວຍງານທ່ອງຖິ່ນທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າລຽງລູກຈະຊ່ວຍເຫຼືອເກັບຄ່າລຽງດູ ໃຫ້ພຽງເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນໂຄງການ cash aid ກໍ່ຕາມ. ຖ້າພວກເຮົາເຈົ້າກຳລັງເກັບຄ່າລຽງດູໃຫ້ກັບທ່ານຢູ່, ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ຢຸດ. ພວກເຮົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນຄ່າລຽງດູໃນປະຈຸບັນທີ່ພວກເຮົາເຈົ້າເກັບກຳມາໃຫ້ທ່ານ ແຕ່ຈະເກັບເງິນສວນທີ່ຕິດຫນີ້ກັບເຄົາຕີ້ໄວ.

ການວາງແຜນຄອບຄົວ: ຫ້ອງການເງິນສະຫວັດດີການຂອງທ່ານຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍເອົາ.

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

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

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

ຖ້າຄຳຕັດສິນມີວ່າພວກເຮົາຖືກຕ້ອງ, ທ່ານຈະຕິດຫນີ້ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Cash Aid, CalFresh ຫຼືບໍລິການ Child Care ເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດເງິນສະຫວັດດີການຫຼືຢຸດເຊົາການໃຫ້ເງິນສະຫວັດດີການຂອງ ທ່ານກອນການ ພິຈາລະນາຄະດີ, ໃຫ້ຫມາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້:

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

ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການພິຈາລະນາຄະດີສຳລັບ:

ເງິນສະຫວັດດີການສຳລັບການເຮັດວຽກ (Welfare to Work):

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຕ່າງ ໆ. ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຄ່າດູແລລູກສຳລັບຄ່າຈ້າງງານແລະສຳລັບກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດໂດຍເຄົາຕີ້ກ່ອນແຈ້ງການນີ້. ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຢຸດ ເຊົາ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນອື່ນຕໍ່ໄປ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຍັງເຮັດກິດຈະກຳຂອງທ່ານ ກໍ່ຕາມ. ຖ້າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອຈ່າຍຄ່າບໍລິການອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຢຸດເຊົາ, ມັນກໍ່ຈະຈ່າຍໃຫ້ໃນຈຳນວນເງິນແລະໃນແນວທີ່ໄດ້ແຈ້ງໄວ້ໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້.

ການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

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

ຫຼື

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

ເພື່ອຂໍໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດຖາມກຽວກັບສິດທິໃນການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານທີ່ຂໍຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ເບີໂທຟຣີຂອງລັດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍພຣີທີ່ຫ້ອງການສິດທິສະຫວັດດິການຫຼືຫ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໂຕ່ສວນພິຈາລະນາຜູ້ດຽວ, ທ່ານສາມາດນໍາເອົາໝູ່ເພື່ອນຫຼືໄຜ່ໄປກໍ່ໄດ້.

ຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຍ້ອນການກະທໍາຂອງ Welfare Department ໃນ _____

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

ຢ່າງອື່ນ (ລະບຸ) _____

ນີ້ກໍ່ເພາະວ່າ: _____

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ຫມາຍກົງນີ້ແລະເຕີມອີກໜ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ລັດຫານາຍພາສາໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຟຣີ. (ຍາຕິພັນນ້ອງຫຼືໝູ່ ເພື່ອນບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໃນການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້.)

ພາສາຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫຼືພາສາທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: _____

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

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຜູ້ທີ່ມີຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນ ການພິຈາລະນາຄະດີນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ເບິ່ງບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫຼືໄປຮຽນການພິຈາລະນາຄະດີແທນຂ້າພະເຈົ້າໄດ້. (ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ສາມາດ ເປັນໝູ່ເພື່ອນຫຼືຍາຕິພັນນ້ອງ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານ.)

ຊື່		ເບີໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ