

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃ ការអនុម័ត/
ការផ្តាច់ អត្ថប្រយោជន៍ឆ្លងកាត់**

ខោនធី

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង : _____
ឈ្មោះករណី : _____
លេខករណី : _____
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ : _____
លេខអ្នកធ្វើការ : _____
លេខទូរស័ព្ទ : _____
អាសយដ្ឋាន : _____

(Addressee)

[]
[]

សំណួរ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

**សវនាការរដ្ឋ ៖ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះ
ខុស អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយ ។ ទំព័រទីបីនិង
ទីបួនប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំ ។ អត្ថប្រយោជន៍
របស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរប្រសិនបើអ្នកស្នើ
សុំសវនាការមួយ មុនសកម្មភាពនេះអាចអនុវត្ត
ឡើងបាន ។**

ការអនុម័តសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ផ្ទេរ

ចាប់តាំងពីថ្ងៃ _____ អត្ថប្រយោជន៍
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
CalFresh របស់អ្នកគឺមានចំនួន \$ _____
រៀងរាល់ខែ។

ពីព្រោះករណី CalWORK របស់អ្នកត្រូវបានគេបិទ អ្នក
នឹងទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ CalWORK ឆ្លងកាត់។
អ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឆ្លងកាត់ចាប់ផ្តើម
ពីថ្ងៃ _____ និងចុងនៅថ្ងៃ _____ ។

វានឹងជំនួសរយៈពេលបញ្ជាក់មុនរបស់អ្នក។
ការផ្លាស់ប្តូរចំនួនប្រាក់សំណងរបស់អ្នកគឺដោយសារ
ការបាត់បង់ប្រាក់ចំណូល CalWORKs។

រយៈពេល CalFresh អន្តរកាលនឹងបញ្ចប់នៅ
5 ខែលុះត្រាតែរបស់អ្នក គ្រួសារការបញ្ជាក់ដោយលិខិត
ឡើងវិញពី CalFresh។

រាយការណ៍ថា៖

- គ្រួសារដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃ
កម្មវិធី CalFresh មិនតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ឬផ្តល់
ការពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ
របស់គ្រួសាររហូតដល់ចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល
CalFresh ឆ្លងកាត់ឬនៅពេលដែលត្រូវបាន
បញ្ជាក់ដោយលិខិតឡើងវិញ។
- ខោនធីនឹងមិនធ្វើសកម្មភាពលើការផ្លាស់
ប្តូរគ្រួសារដែលអ្នករាយការណ៍ក្នុងកំឡុងពេល
ផ្លាស់ប្តូរ CalFresh 5 ខែឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណា
ក៏ដោយអ្នកត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រាប់ទៅ
ខោនធីប្រសិនបើអ្នកប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក។

ការបញ្ជាក់ដោយលិខិតឡើងវិញ៖

- ប្រសិនបើអ្នកមានការថយចុះប្រាក់ចំណូល
ការចំណាយកើនឡើងឬការផ្លាស់ប្តូរទំហំគ្រួសារ
មុននឹងបញ្ចប់រយៈពេលរយៈពេល 5 ខែនៃ
ដំណើរការ CalFresh អ្នកអាចបញ្ជាក់ឡើងវិញ
ដោយសារតែផលប្រយោជន៍ CalFresh
របស់អ្នកអាចកើនឡើង។
- អ្នកអាចស្នើសុំបញ្ជាក់ឡើងវិញសម្រាប់កម្មវិធី
CalFresh ធម្មតា នៅពេលណាក៏បានក្នុង
កំឡុងពេលឆ្លងកាត់ CalFresh ។ ប្រសិនបើ
អ្នកស្នើសុំបញ្ជាក់ម្តងទៀតក្នុងអំឡុង បួនខែ
ដំបូងនៃអំឡុងពេល ឆ្លងកាត់អត្ថប្រយោជន៍
CalFresh អាចនឹងកាត់បន្ថយជាងចំនួន
ឆ្លងកាត់ CalFresh បច្ចុប្បន្ន ។ អ្នកអាចដក
សំណើចេញដើម្បីបញ្ជាក់ម្តងទៀត ប្រសិនបើ
អ្នកជឿថាអត្ថប្រយោជន៍នឹងចុះក្រោម ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនបញ្ជាក់ក្នុងអំឡុងពេល
ឆ្លងកាត់ CalFresh អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តី
ជូនដំណឹងដល់ពេលត្រូវបញ្ជាក់ម្តងទៀត ។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំនិងត្រូវបាន
អនុម័តសម្រាប់ CalWORKs កំឡុងពេល
កំឡុងពេលផ្លាស់ប្តូរ CalFresh អ្នកត្រូវតែ
បញ្ជាក់ឡើងវិញសម្រាប់ CalFresh ។ CalFresh
អន្តរកាលនឹងបញ្ចប់នៅពេលដែល CalWORKs
និងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ធម្មតា ត្រូវបាន
អនុម័តទោះបីជារយៈពេល 5 ខែរបស់អ្នក
មិនទាន់បានបញ្ចប់ក៏ដោយ។ អ្នកនឹងមាន
រយៈពេលវិញបន្តប្រើ CalFresh ថ្មី។

ការផ្តាច់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ផ្លាស់ប្តូរ

ចាប់តាំងពីថ្ងៃ _____, អត្ថប្រយោជន៍
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

CalFresh ផ្លាស់ប្តូរបច្ចុប្បន្ន របស់អ្នក រយៈពេលនឹង
បញ្ចប់។

នេះគឺជាមូលហេតុ៖

- ពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ CalWORKs ត្រូវបាន
អនុម័ត។
- ពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ CalFresh ត្រូវបាន
អនុម័ត។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalWORKs និង / ឬ
CalFresh របស់អ្នកត្រូវបានស្តារឡើងវិញ។
- ឯទៀត (សូមមើលខាងក្រោម)

ប្រសិនបើអ្នកគិតថានេះគឺជាកំហុស សូមទូរស័ព្ទទៅ
ខោនធី។

វិន័យ៖ វិន័យទាំងនេះអនុវត្តទៅលើ៖ ចំណងជើង
7 CFR §273.26-§273.32. អ្នកអាចពិនិត្យឡើងវិញ
នៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។

សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការ បើអ្នកមិនយល់
ស្របជាមួយសកម្មភាពណាមួយរបស់ខោនធី។
អ្នកមានពេលត្រឹមតែ 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំ
សវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមនៅ
ថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូន
ដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុល្អដែល
អ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសវនាការបានក្នុង
រយៈពេល 90 ថ្ងៃអ្នកអាចនៅតែដាក់ពាក្យ បណ្តឹង
។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់មូលហេតុល្អសវនាការ អាច
នៅតែត្រូវបានកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ មុននឹង
សកម្មភាពអំពី Cash Aid, Medi- Cal, CalFresh, ឬ
Child Care ចាប់ផ្តើមឡើយ:

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងនៅដដែល នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវា Child Care របស់អ្នកនឹងនៅដដែល នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅដដែល រហូតដល់ សវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលវិញ បន្ទាប់ត្រូវរបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើតឡើង មុន។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយថាយើង
ត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់ជំនួយប្រាក់
បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារដែលអ្នកទទួល
បាន។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់
អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូម
ពិនិត្យមើលខាងក្រោម:

- បាទ/ចាស់បន្ថយចំនួន ឬបញ្ឈប់:
- ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ
 - CalFresh
 - Child Care

**ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់
ការសម្រេចចិត្ត:**

សុខុមាលភាពការងារ:

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។
អ្នកអាចទទួលបានការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ
និងសម្រាប់សកម្ម

ភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេល
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រ
ផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នក នឹងមិនទទួល
បានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូល
ទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្ម
គាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់
និងនៅក្នុងវិធីដែលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុង
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំងនោះអ្នកត្រូវ
ចូលទៅកាន់សកម្មភាព ដែលខោនធីប្រាប់អ្នក
អោយចូលរួម។
- ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រ
ដែលខោនធីចំណាយពេល អ្នករង់ចាំការសម្រេច
ចិត្តសវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ
អ្នក
ចូលរួមអ្នកអាចបញ្ឈប់សកម្មភាព។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn
ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់ អ្នកថាយើងមិនអាច
បម្រើអ្នកបាន។
- យើងនឹងបង់តែ Cal-Learn សេវាកម្មគាំទ្រ
សម្រាប់សកម្មភាពដែល បានអនុម័ត។

ព័ត៌មានឯទៀត

សមាជិកនៃគំរោងថែទាំចាត់ចែង Medi-Cal:

សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាច
បញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលសេវាកម្មពីផែនការសុខភាព
ដែលបានគ្រប់គ្រង។ អ្នក អាចទាក់ទងទៅសេវាកម្ម
សមាជិកភាពផែនការសុខភាពរបស់អ្នកប្រសិនបើ
អ្នកមានសំណួរ។

កុមារ និង/ឬ ការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ: ភ្នាក់ងារ
គាំទ្រកុមារក្នុងតំបន់និងជួយប្រមូលការគាំទ្រដោយ
មិនគិតថ្លៃបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលុយជំនួយ
ក៏ដោយ។ ប្រសិនបើពួកគេប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់
អ្នក អ្នកនឹងបន្តធ្វើដូច្នោះលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ពួកគេ
ឱ្យឈប់។ ពួកគេនឹងបញ្ជូនអ្នកនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភ
បច្ចុប្បន្នដែលប្រមូលបានប៉ុន្តែនឹង រក្សាទុក
ប្រាក់កម្ចីដែលហួសកាលកំណត់ដែលជំពាក់ស្រុក។

ផែនការត្រួតសារ: ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក
នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកនៅ ពេលអ្នកស្នើសុំ។

ឯកសារសវនាការ: ប្រសិនបើអ្នកស្នើកាកាផ្ដើត
ឯកសារមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិមើលឯកសារនេះមុន
ពេលសវនាការរបស់អ្នកនិងដើម្បីទទួលបានច្បាប់
ចម្លងនៃទីតាំងសរសេររបស់ខោនធីក្នុងករណីរបស់
អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលសវនាការ។ រដ្ឋ
អាចផ្តល់ឯកសារសវនាការរបស់អ្នកទៅ
នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនិងក្រសួងសុខាភិបាល
និងសេវាមនុស្ស និងឧស្សាហកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក
(W&I កូដ ផ្នែក 10850 និង 10950)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖

- បំពេញទំព័រនេះ។
- តើចុះបាត់ចម្លងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរ អ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានចុះបាត់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- សូមផ្ញើ ឬយកទំព័រនេះទៅ៖

ឬ

- សូមទូរស័ព្ទដោយមិនអស់លុយ៖ **1-800-952-5253** ឬ សម្រាប់សវនាការ ឬ ការពិការនិយាយស្តី អ្នកដែល ប្រើ TD 1-800-952-8349.

ដើម្បីទទួលជំនួយ៖ អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងច្បាប់នៅតាម លេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងច្បាប់ដោយមិន អស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់មូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទៅសវនាការតែម្នាក់ទេ អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិឬនរណាមកជាមួយអ្នក។

សំណើសុំសវនាការទាំងមូល

ខ្ញុំចង់បានសវនាការដោយសារតែសកម្មភាពនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនៃ _____
 ខោនធី អំពីខ្ញុំ៖ ប្រាក់ជំនួយសុទ្ធ CalFresh Medi-Cal ដទៃទៀត (បញ្ជី) _____

ដនេះគឺជាមូលហេតុ៖ _____

- ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម គូសកន្លែងនេះហើយបន្ថែមទំព័រមួយ។
- ខ្ញុំត្រូវការរដ្ឋផ្តល់អ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំទេ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែឱ្យអ្នកនៅ ពេលសវនាការបានទេ។)
 ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្លួន ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ
ហត្ថលេខា		កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទំព័រនេះ		លេខទូរស័ព្ទ

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាត របស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	ស៊ីបកូដ