



ពាក្យសុំសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH

ប្រសិនបើអ្នកពិការឬត្រូវការជំនួយអំពីកម្មវិធីនេះសូមឱ្យនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពខោនធីដឺង (ខោនធី) ហើយនឹងមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចូលចិត្តអាននិយាយឬសរសេរជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសខោនធី នឹងទទួលបាននរណាម្នាក់ដើម្បីជួយអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំដូចម្តេច?

ប្រើពាក្យស្នើសុំនេះប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh តែប៉ុណ្ណោះ។ កម្មវិធី CalFresh គឺជាកម្មវិធី ជំនួយម្ហូបអាហារមួយដែលជួយអ្នកក្នុងការទិញម្ហូបអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក។ កម្មវិធី CalFresh គឺជាកម្មវិធីជំនួយម្ហូបអាហារមួយ ដែលជួយអ្នកក្នុងការទិញម្ហូបអាហារសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CalFresh ឬកម្មវិធីដទៃទៀតតាមរយៈអនឡាញ <http://www.benefitscal.org>។ អ្នកអាចមើលថាតើអ្នកអាចមានសិទ្ធិដោយចូលទៅ <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>។

- សូមបំពេញទម្រង់ដាក់ពាក្យសុំ ប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើបាន។ យ៉ាងហោចណាស់អ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យខោនធីនូវឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក (សំណួរលេខ 1 នៅទំព័រទី 1) ដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការពាក្យសុំ។

- ដាក់ពាក្យសុំទៅខោនធីដោយផ្ទាល់តាមរយៈអ៊ីម៉ែលតាមទូរសារ ឬនៅលើអ៊ីនធឺណិត។
- ថ្ងៃដែលខោនធីទទួលបានកម្មវិធី ដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកចាប់ផ្តើមពេលដើម្បីផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកថា តើអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថាប័នមួយពេលនេះ នេះចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញ។

តើខ្ញុំគប្បីធ្វើដូចម្តេចបន្ទាប់ទៀត?

- សូមអានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក (វិធានស្តីពីកម្មវិធីទី 1 ដល់ទី 5) មុនពេលអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ។
- អ្នកត្រូវមានកិច្ចសម្ភាសន៍ជាមួយខោនធីដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ការសម្ភាសន៍ភាគច្រើនធ្វើឡើងតាមទូរស័ព្ទ ប៉ុន្តែវាអាចត្រូវបានធ្វើឡើង ដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យខោនធីឬនៅកន្លែងផ្សេងទៀតដែលបានរៀបចំជាមួយខោនធី។ ប្រសិនបើអ្នកពិការទេនោះការរៀបចំផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានធ្វើឡើង។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបំពេញគ្រប់កម្មវិធីទេអ្នកអាចបញ្ចប់វាក្នុងកំឡុងពេលសម្ភាសន៍របស់អ្នក។
- អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលការចំណាយនិងកាលៈទេសៈផ្សេងទៀតដើម្បីពិនិត្យថា តើអ្នកមានសិទ្ធិដែរឬទេ។

តើតម្រូវពេលយូរប៉ុណ្ណាដែរ?

វាអាចចំណាយពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសេវាកម្មមួយដែលមានល្បឿនលឿន៖

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុននឹងដកប្រាក់) តិចជាង \$ 150 ហើយប្រាក់របស់អ្នកនៅលើដៃ ឬ ក្នុងគណនីត្រួតពិនិត្យឬគណនីសន្សំមានតម្លៃ \$ 100 ឬតិចជាងនេះ; ឬ
- ថ្លៃផ្ទះសំបែងរបស់អ្នក (ការជួល / ប្រាក់កម្ចីនិងសេវា) មានច្រើនជាងប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែនិង
- អ្នកគឺជាគ្រួសារកសិករអន្តោប្រវេសន៍ឬតាមរដូវកាលដែលមានប្រាក់ចំណូលតិចជាង 100 ដុល្លារក្នុងការត្រួតពិនិត្យឬសន្សំនិង
1) ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកបានបញ្ឈប់ឬ 2) ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើមប៉ុន្តែអ្នកមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានច្រើនជាង 25 ដុល្លារក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃខាងមុខនេះ។

ដើម្បីជួយឱ្យខោនធីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃសូមឆ្លើយសំណួរទី 1, 6 ដល់ 8 11 និង 16 និងផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមាន) ជាមួយកម្មវិធី។
ខោនធីនឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងដល់អ្នកដើម្បីដឹងថា តើគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័តឬបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែរឬទេ។

សន្និសីទទិភ្នាក់ងារ

សន្និសីទទិភ្នាក់ងារគឺជាដំណើរការមួយដែលផ្តល់ឱ្យគ្រួសារនូវសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំកិច្ចប្រជុំជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងសិទ្ធិទទួលបានមួយ (ការប្រជុំនេះអាចត្រូវបានចូលរួមដោយបុគ្គលិកដែលមានសិទ្ធិនិងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ) ដើម្បីដោះស្រាយជម្លោះក្រៅផ្លូវការជាលក្ខណៈគ្រួសារដើម្បីបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសេវាឆាប់រហ័ស។

សន្និសីទភ្នាក់ងារនេះនឹងត្រូវបានកំណត់ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃនៃថ្ងៃ
ធ្វើការនៃសំណើលុះត្រាតែគ្រួសារស្នើសុំការគ្រោងទុកនៅពេលក្រោយ
ឬបញ្ជាក់ថាពួកគេមិនចង់មានសន្និសីទភ្នាក់ងារ។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីសម្រាប់ការសម្ភាសន៍របស់ខ្ញុំ?

ដើម្បីចៀសវាងការយឺតយ៉ាវចូរនាំមកនូវភស្តុតាងដូចខាងក្រោមជាមួយ
អ្នកដើម្បីសម្ភាសន៍របស់អ្នក។ រក្សាការសំភាសន៍របស់អ្នកទោះបីជាអ្នក
មិនមានភស្តុតាងក៏ដោយ។ ខោនធីអាចជួយបានប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ
ជំនួយក្នុងការទទួលភស្តុតាង។ ក្នុង កំឡុងពេលសំភាសន៍ខោនធីនឹង
ពិនិត្យមើលព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីហើយនឹងសួរអ្នកនូវសំណួរដើម្បីដឹងថា
តើអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh និងចំនួនអត្ថប្រយោជ
ដែលអ្នកអាចទទួលបាន។

ភស្តុតាងដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានដើម្បីបានអត្ថប្រយោជន៍

- អត្តសញ្ញាណ (ប័ណ្ណបើកបរ, អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋ, លិខិតឆ្លងដែន)។
- កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ (កិច្ចព្រមព្រៀងជួលរឹកយប់ត្រដែលមាន
អាសយដ្ឋាន របស់អ្នក) ។
- លេខសន្តិសុខសង្គម (សូមមើលកំណត់សម្គាល់នៅខាងក្រោមអំពី
ជនមិន ស្គាល់សន្តតម្បយចំនួន) ។
- ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់
អ្នក (របាយការណ៍ធនាគារថ្មីៗ) ។
- ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារសម្រាប់មនុស្សទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសារ
របស់អ្នក (របាយការណ៍ធនាគារថ្មីៗ) ។ **កំណត់សារៈ** ប្រសិនបើខ្លួន
ឯងមានការងារធ្វើ ប្រាក់ចំណូលនិងការចំណាយ ឬកំណត់ត្រាពន្ធ។

- ប្រាក់ចំណូលដែលមិនទាន់បានទទួល (អត្ថប្រយោជន៍ពីភាពអត់ការងារធ្វើ SSI សន្តិសុខសង្គម អត្ថប្រយោជន៍របស់អតីតយុទ្ធជន ការគាំទ្រកុមារ សំណងរបស់កម្មករ ជំនួយឥតសំណងរបស់សាលាឬប្រាក់កម្ចីប្រាក់កម្ចីជួលជាដើម)។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ស្របចុបាប់តែប៉ុណ្ណោះសម្រាប់អ្នកដែលមិនមែនជា ជនសង្ស័យប៉ុណ្ណោះសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ (កាតចុះឈ្មោះជនបរទេសទិដ្ឋាការ)។

កំណត់សារៈ អ្នកដែលមិនមែនជាជនសង្ស័យដែលស្នើសុំស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដោយផ្អែកលើអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារការកាត់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬការជួញដូរប្រហែលជាមិនត្រូវការភស្តុតាងនេះទេ។ ពួកគេក៏ប្រហែលជាមិន ត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គមដែរ។

ភស្តុតាងដែលត្រូវការដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh កាន់តែច្រើន

- តម្លៃនៃការស្នាក់នៅ (បង្កាន់ដៃជួល វិក័យប័ត្រកម្ចីប្រាក់ វិក័យប័ត្រពន្ធលើ អចលនទ្រព្យ ឯកសារធានារ៉ាប់រងនានា)។
- តម្លៃចំណាយលើ ទូរស័ព្ទនិង ឯកសារប្រើប្រាស់នានា។
- ការចំណាយលើ ថ្នាំសង្កូវសម្រាប់នរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលជាមនុស្សចាស់ជរា (អាយុ 60 ឆ្នាំនិងច្រើនជាងនេះ) ឬមានពិការភាព។
- ការចំណាយលើការថែទាំក្មេង និងមនុស្សពេញវ័យ ដោយសារនរណាម្នាក់ កំពុងធ្វើការស្វែងរកការងារធ្វើចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាល ឬសិក្សា ឬចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពការងារចាំបាច់។
- កម្មវិធីឧបត្ថម្ភកុមារដែលចំណាយដោយមនុស្សម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

ភ័ស្តុតាងចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពី កម្មវិធី CalFresh

- ខោនធីនឹងផ្ញើរបៀបផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកាតអេកអេឡិចត្រូនិក (Electronic Benefit Transfer, EBT) ។ អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបាន ដាក់នៅលើកាតនៅពេលដែលពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត។ ចុះហត្ថលេខាប័ណ្ណរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានវា។ អ្នកនឹងបង្កើតលេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន (Personal Identification Number, PIN) ដើម្បីប្រើកាតរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើកាត EBT របស់អ្នកត្រូវបានបាត់បង់ត្រូវបានលួចឬបំផ្លាញ ឬអ្នកគិតថានរណាម្នាក់អាចស្គាល់លេខកូដសម្ងាត់របស់អ្នក ដែលអ្នកមិនចង់ប្រើប្រាស់អត្ថបទៈអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក (877) 328-9677 ឬហៅទៅខោនធីភ្លាមៗ។ ត្រូវ ប្រាកដថាមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវនិងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកក៏ចេះរាយការណ៍អំពីបញ្ហា ទាំងនេះភ្លាមៗដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ថាមនុស្សម្នាក់ទៀតដែលអ្នកមិនចង់ចំណាយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក មានលេខសម្ងាត់របស់អ្នក ហើយ អ្នកមិនទទួលបានលេខសម្ងាត់របស់អ្នកទេអត្ថប្រយោជន៍ដែលប្រើនឹងមិនត្រូវបានជំនួសទេ។
- អ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី CalFresh របស់អ្នក ដើម្បីទិញអាហារស្ទើរតែទាំងអស់ក៏ដូចជាគ្រាប់ពូជនិងរុក្ខជាតិដើម្បីដាំអាហារផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចទិញអាស់កុលថ្នាំជក់ម្ហូបអាហារចិញ្ចឹមម្ហូបអាហារឆ្អិនខ្លះឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាអាហារ (ដូចជាថ្នាំដុសធ្មេញ សាប៊ូឬកន្សែងក្រដាស) ។

- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ត្រូវបានទទួលយកនៅតាមហាងលក់គ្រឿងទេស និងកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែលលក់អាហារ។ សម្រាប់បញ្ជីទីតាំងក្បែរអ្នកដែលទទួលយក EBT សូមចូលទៅ៖
<https://www.ebt.ca.gov> ឬ <https://www.snapfresh.org>.
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh គឺសម្រាប់តែអ្នកនិងសមាជិកគ្រួសារអ្នក។ រក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឱ្យបានសុវត្ថិភាព។ កុំឱ្យលេខ PIN របស់អ្នកទៅគេ។ កុំរក្សាទុកលេខសម្ងាត់របស់អ្នកជាមួយកាត EBT របស់អ្នកឡើយ។

ចុះប្រសិនបើអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង?

សូមឱ្យខោនធីដឹងភ្លាមប្រសិនបើអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងដូច្នោះពួកគេអាចជួយអ្នកដោះស្រាយបញ្ហាដើម្បីប្រើប្រាស់ ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធីរបស់អ្នកនិងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងពីខោនធីទាក់ទងនឹងសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ សម្រាប់ CalFresh គ្មានផ្ទះសំបែងមានន័យថាអ្នកមាន៖

- A. ស្នាក់នៅក្នុងទីជំរកត្រួតពិនិត្យផ្ទះពាក់កណ្តាលឬកន្លែងស្រដៀងគ្នា។
- B. ស្នាក់នៅផ្ទះរបស់មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀតឬក្រុមគ្រួសារមិនឱ្យលើសពី 90 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា។
- C. គេងនៅកន្លែងដែលមិនត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យគេង ឬជាធម្មតាត្រូវបានគេប្រើជាកន្លែងដេក (ឧ. ផ្លូវដើរ, ចំណត ឡានក្រុង, ឡប់បីឬកន្លែងស្រដៀងគ្នា) ។

**ទំព័រផុតល់ព័ត៌មាន
សូមយកនិងរក្សាទុកសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។**

សិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវ

អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវដើម្បី៖

- ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ខោនធីទាំងអស់ដែលត្រូវការដើម្បីកំណត់សិទ្ធិរបស់អ្នក។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីព័ត៌មានដែលអ្នកមាននៅពេលដែលវាត្រូវការ។
- រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរដូចបានតម្រូវ។ ខោនធីនឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីអ្វី ពេលណា និងរបៀបរាយការណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមការស្នើសុំរបាយការណ៍គ្រួសាររបស់អ្នកករណីរបស់អ្នកនិងត្រូវបិទឬអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកអាចត្រូវបានបន្ថយឬបញ្ឈប់។
- ស្វែងរករកនិងរកសាទុកការងារឬចូលរួមសកម្មភាពផ្សេងៗ ប្រសិនបើខោនធីប្រាប់អ្នកថាវាត្រូវបានទាមទារនៅក្នុងករណីរបស់អ្នក។
- សហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករដ្ឋបាល ខោនធី ឬសហព័ន្ធប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកត្រូវបានជ្រើសរើស សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញឬការសើបអង្កេត ដើម្បីធានាថាកម្រិតសិទ្ធិនិងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានគេគិតគូរត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានក្នុងការសហការក្នុងការត្រួតពិនិត្យទាំងនេះនឹងនាំឱ្យមានការបាត់បង់ផលប្រយោជន៍របស់អ្នក។
- ការបង់លុយសងផលប្រយោជន៍ CalFresh ដែលអ្នកមិនមាន សិទ្ធិទទួល។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី ៖

- បញ្ជូនកម្មវិធីសម្រាប់ CalFresh ដោយគ្រាន់តែផ្តល់ឈ្មោះអាស័យដ្ឋាន និងហត្ថលេខា។
- មានព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យខោនធីដែលការពារការសម្ងាត់លើកលែងតែទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកម្មវិធីរដ្ឋបាលខោនធី
- បញ្ឈប់ការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បានមួយមុនពេលដែលខោនធីកំណត់លក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់។
- បញ្ឈប់ការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បានមួយមុនពេលដែលខោនធីកំណត់លក្ខណៈ គ្រប់គ្រាន់។
- សុំជំនួយដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh និងទទួលបានការពន្យល់ពីចុះបាប់។
- សុំជំនួយសម្រាប់ការរកបានភស្តុតាងដែលត្រូវការចាំបាច់។
- ត្រូវបានប្រព្រឹត្តិទៅលើ ដោយការគួរសម ការគោរព និងរាក់ទាក់ហើយមិនត្រូវបានរើសអើងឡើយ។
- ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់សេវាពន្លឺន។
- ត្រូវបានសម្ភាសក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលមួយ ដោយខោនធីនៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំនិងដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេចក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។
- ទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ 10 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ភស្តុតាងសម្រាប់ខោនធីដែលត្រូវការដើម្បីកំណត់ការទទួលបានសិទ្ធិ។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- ទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយ៉ាងហោចណាស់ 10 ថ្ងៃមុនពេលខោនធីបន្ថយឬបញ្ឈប់ផលប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។
- ពិភាក្សាសាករណីរបស់អ្នកជាមួយខោនធីនិងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកនៅព្រលអ្នកស្នើសុំឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ស្នើសុំសវនាការរដ្ឋក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយខោនធីអំពីសំណុំរឿង CalFresh របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលសកម្មភាពនៅលើសំណុំរឿង CalFresh របស់អ្នកកើតឡើងផលប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅដដែលរហូតដល់ថ្ងៃសវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបញ្ជាក់របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យខោនធី អនុញ្ញាតឱ្យអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកផ្លាស់ប្តូររហូតដល់ក្រោយពីសវនាការដើម្បីចៀសវាងការសងបំណុល។ ប្រសិនបើ ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាលគ្រប់គ្រងលើការអនុគ្រោះរបស់អ្នក ខោនធីនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលត្រូវបានគេកាត់។
- សួរអំពីសិទ្ធិសវនាការអ្នកឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយផ្នែកក្រុមច្បាប់នៅលេខទូរស័ព្ទតតិតថ្លៃលេខ 1-800-952-5253 ឬសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ឬនិយាយដែលប្រើ TDD លេខ 1-800-952-8349 ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយ ខាងច្បាប់ដោយមិនអស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់មូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។
- នាំមិត្តឬនរណាម្នាក់មកជាមួយអ្នក មកកាន់សវនាការប្រសិនបើអ្នកពុំចង់មកតែម្នាក់ឯង។
- ទទួលជំនួយពីខោនធីដើម្បីចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

- រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលអ្នកមិនត្រូវបានរាយការណ៍ប្រសិនបើវាអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។
- ផ្តល់ភស្តុតាងអំពីការចំណាយរបស់គ្រួសារអ្នក ដែលអាចជួយអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទៀត។ មិនផ្តល់ភស្តុតាងដល់ខោនធីតិដូចគ្នានឹងការនិយាយថា អ្នកមិនមានចំណាយនោះទេ ហើយអ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទៀតបានទេ។
- សូមឱ្យខោនធីដឹងថា តើអ្នកចង់អោយនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកសម្រាប់ គ្រួសារឬជំនួយរបស់អ្នកជាមួយនឹងករណី CalFresh របស់អ្នក (អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ) ។

វិន័យនិងពិន័យរបស់កម្មវិធី

អ្នកកំពុងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬខុស ឬមិនផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុងគោលបំណងដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែលអ្នកគ្មានសិទ្ធិទទួលបានឬដើម្បីជួយអ្នកផ្សេងទៀតទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលពួកគេមិនអាចទទួលបាន ។ អ្នកត្រូវតែបង់លុយផលប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបានដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

**ការបំពានលើកម្មវិធី សម្រាប់
CalFresh៖ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំប្រហែល
ជាបាន ប្រព្រឹត្តការរំលោភបំពាន
កម្មវត្ថុដោយចេតនា ប្រសិនបើខ្ញុំ
ធ្វើដូចខាងក្រោម៖**

- លាក់ព័ត៌មានឬធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍
ក្លែងក្លាយ
- ប្រើកាតផ្ទេរប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍អេឡិចត្រូនិច (EBT) ដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឬឱ្យនរណាម្នាក់ប្រើប្រាស់កាតរបស់ខ្ញុំ
- ប្រើអត្ថប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ទៅទិញសុរា ឬថ្នាំជក់
- ជួញដូរ ទិញ លក់ លួច ឬ ផ្តល់ឱ្យនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬកាត EBT ឬពុយាយាមធ្វើពាណិជ្ជកម្ម ទិញដូរលក់លួចឬផ្តល់ឱ្យនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឬកាត EBT
- ខំប្រឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេ ជាឧទាហរណ៍សូមដាក់ពាក្យសុំនៅក្នុងរដ្ឋបាលពីរប្រើស្រុកឬរដ្ឋផ្សេងៗគ្នាក្នុងពេលតែមួយ
- ដាក់ឯកសារក្លែងបន្លំសម្រាប់កុមារ ឬសមាជិកគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យដែលមិនមានសិទ្ធិឬអ្នកដែលមិនមាន

ពិន័យដែលខ្ញុំអាច៖

- ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់រយៈពេល 12 ខែសម្រាប់បទល្មើសទីមួយហើយត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់លុយផលប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានបង់។

សូមយកនិវរក្សរសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

**ការបំពានលើកម្មវិធី
 សម្រាប់ CalFresh៖ ខ្ញុំ
 យល់ថាខ្ញុំប្រហែលជាបាន
 ប្រព្រឹត្តការរំលោភបំពាន
 កម្មវត្ថុដោយចេតនា ប្រសិន
 បើខ្ញុំធ្វើដូចខាងក្រោម៖ (បន្ត)**

- បំពានលក្ខខណ្ឌនៃការព្យួរទោស ឬ
 ការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌរបស់ខ្ញុំ
- រត់គេចបន្ទាប់ពីការផ្ដន្ទាទោសឧក្រិដ្ឋ
- ការទិញ (ទិញ)
 ផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍
 CalFresh ដែលមានប្រាក់បញ្ញើត្រឡប់
 មកវិញដោយចេតនា បោះចោលនូវ
 មាតិកានិងប្រគល់ផ្ទុកសម្រាប់ចំនួន
 ដាក់ប្រាក់ ឬប៉ុនប៉ងប្រគល់ផ្ទុកសម្រាប់
 ចំនួនទឹកប្រាក់ដាក់ប្រាក់

ពិន័យដែលខ្ញុំអាច៖ (បន្ត)

- ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់
 រយៈពេល 24 ខែ សម្រាប់បទល្មើស
 ទីមួយហើយត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់លុយ
 ផលប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់
 ដែលខ្ញុំបានបង់។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

<p>ការបំពានលើកម្មវិធីសម្រាប់ CalFresh៖ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំប្រហែលជាបានប្រព្រឹត្តការរំលោភបំពានកម្មវត្ថុដោយចេតនា ប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើដូចខាងក្រោម៖ (បន្ត)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh និងលក់វាដោយចេតនាសម្រាប់សាច់ប្រាក់ឬអ្វីផ្សេងទៀតក្រៅពីអាហារដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ 	<p>ពិន័យដែលខ្ញុំអាច៖ (បន្ត)</p> <ul style="list-style-type: none"> • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ជាអចិន្ត្រៃយ៍ សម្រាប់បទល្មើសទីបីហើយត្រូវបានតម្រូវឱ្យសង ផលប្រយោជន៍ CalFresh ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានបង់ • ត្រូវបានគេពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 និងត្រូវជាប់គុករហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ
<ul style="list-style-type: none"> • អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ពាណិជ្ជកម្ម ឬពុយយាមជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់៖ សាច់ប្រាក់ អារុជ របស់ប្រើប្រាស់មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬសារធាតុដូចជាគ្រឿងញៀន 	<ul style="list-style-type: none"> • ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់រយៈពេល 24 ខែសម្រាប់បទល្មើសទីមួយ • ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់បទល្មើសទីពីរ
<ul style="list-style-type: none"> • ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតអំពីអ្នកដែលខ្ញុំនិងកន្លែងដែលខ្ញុំរស់នៅដូច្នោះខ្ញុំអាចទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh បន្ថែមទៀត 	<ul style="list-style-type: none"> • បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អស់រយៈពេល 10 ឆ្នាំសម្រាប់បទល្មើសទីមួយ

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

**ការបំពានលើកម្មវិធីសម្រាប់
 CalFresh៖ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ
 ប្រហែលជាបាន
 ប្រព្រឹត្តការរំលោភបំពាន
 កម្មវត្ថុដោយចេតនា ប្រសិន
 បើខ្ញុំធ្វើដូចខាងក្រោម៖ (បន្ត)**

- ត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីការជួញដូរ
 ការលក់ឬប៉ុនប៉ងជួញដូរបានផល
 ប្រយោជន៍ CalFresh ដែលមានតម្លៃ
 ច្រើនជាង \$500 ឬការជួញដូរឬប៉ុន
 ប៉ងធ្វើពាណិជ្ជកម្មផលប្រយោជន៍
 CalFresh សម្រាប់អារុជកាំភ្លើង ឬ
 រំសេវផ្ទះ

ពិន័យដែលខ្ញុំអាច៖ (បន្ត)

- បាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh
 ជាអចិន្ត្រៃយ៍

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នកគ្មានសញ្ជាតិ

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំនិងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សំរាប់
 អ្នកដែលមានសិទ្ធិភាពបើទោះបីជាគ្រួសាររបស់អ្នករាប់បញ្ចូលអ្នក
 ដទៃដែលមិនមានសិទ្ធិ។ ឧទាហរណ៍អាណាព្យាបាលអន្តោប្រវេសន៍
 អាចស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់ពលរដ្ឋអាមេរិកឬកូន ៗ
 អន្តោប្រវេសន៍ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ទោះបីឪពុកម្តាយ
 អាចមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

- ការទទួលបានផលប្រយោជន៍ម្ហូបអាហារនិងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នក ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់គ្រួសារអ្នកឡើយ។ ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍គឺឯកជននិងសម្ងាត់។
- ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ជនមិនគ្រប់ខែដែលមានសិទ្ធិនិងដាក់ពាក្យសុំប្រយោជន៍និងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យជាមួយនិងសេវាកម្មសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) របស់សហរដ្ឋអាមេរិក។ ក្រុមរបស់សហព័ន្ធចែងថា USCIS មិនអាចប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់អ្វីផ្សេងទៀតទេលើកលែងតែករណីល្អចបន្លំ។

ជ្រើសដកឈ្មោះចេញ

អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានអន្តោប្រវេសន៍លេខសន្តិសុខសង្គម ឬឯកសារសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលមិនមានសញ្ជាតិណាមួយ ដែលមិនស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ឡើយ។ ខោនធីនិងត្រូវដឹងពីប្រាក់ចំណូលនិងព័ត៌មានអំពីធនធាន ដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់គ្រួសារអ្នកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ ខោនធីនិងមិនទាក់ទងទៅ USCIS អំពីមនុស្សដែលមិនស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។

ច្បាប់ឯកជននិងការបញ្ចេញព័ត៌មាន៖ អ្នកកំពុងតែផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងពាក្យសុំ។ ខោនធីប្រើ ព័ត៌មានដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនោះខោនធីអាចបដិសេធពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិពិនិត្យឡើងវិញផ្លាស់ប្តូរ ឬកែតម្រូវព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ទៅឱ្យខោនធី។ ខោនធីនិងមិនបង្ហាញព័ត៌មានរបស់អ្នកឬផ្តល់វាដល់អ្នកដទៃទេ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវការអនុញ្ញាតឬច្បាប់

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

រដ្ឋនិងសហព័ន្ធអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេធ្វើដូច្នោះ។ 273.2(b)(4) សេចក្តី ថ្លែងការណ៍នៃក្រមស្តីពីសិទ្ធិ ឯកជន។ ក្នុងនាមជាទីភ្នាក់ងារខោនធី យើងត្រូវជូនដំណឹងដល់គ្រួសារទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំនិងត្រូវ បានបញ្ជាក់ ឡើងវិញ សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដូចខាង ក្រោម៖

- (i) ការប្រមូលព័ត៌មាននេះរាប់បញ្ចូលទាំងលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) នៃសមាជិកគ្រួសារនីមួយៗត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់ហ្វ្រែដស្តែម បេតិកភណ្ឌឆ្នាំ 1977 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្ម 7 USC. 2011-2036 ។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើ ដើម្បីកំណត់ថាតើគ្រួសារ របស់អ្នកមានសិទ្ធិឬនៅតែបន្តមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី CalFresh ដែរឬទេ។ យើងនឹង ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈ កម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់កុំព្យូទ័រ រួមទាំងប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលនិង ប្រាក់ចំណូល (Income and Earnings Verification System, IEVS) ។ ព័ត៌មាននេះក៏នឹងត្រូវប្រើដើម្បីតាមដានការអនុលោម តាមបទបញ្ជាកម្មវិធីនិងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី។
- (ii) ព័ត៌មាននេះអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋ ដទៃទៀតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យជាផ្លូវការនិងមន្ត្រី អនុវត្តច្បាប់ ក្នុង គោលបំណងចាប់ឃាត់ខ្លួនមនុស្សដែលគេចរេះពីច្បាប់។
- (iii) ប្រសិនបើការទាមទារ CalFresh កើតឡើងចំពោះគ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មានស្តីពីពាក្យស្នើសុំនេះរួមទាំង SSN ទាំងអស់អាចត្រូវបាន បញ្ជូនទៅភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋព្រមទាំងភ្នាក់ងារប្រមូលប្រាក់ ឯកជនសម្រាប់សកម្មភាពប្រមូលសំណង។
- (iv) ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើរសុំរួមទាំង SSN របស់សមាជិក គ្រួសារនីមួយៗ គឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ **សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក**

ការខកខានក្នុងការផ្តល់ SSN នឹងនាំឱ្យមានការបដិសេធនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលមិនបានផ្តល់ SSN ។ រាល់ SSNs ដែលបានផ្តល់នឹងត្រូវបានប្រើនិងបង្ហាញនៅក្នុងលក្ខណៈដូចគ្នានឹង SSN របស់ សមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ខោនធីអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ដោយទាក់ទងទៅ USCIS ។ ព័ត៌មានដែលខោនធីទទួលបានពីភ្នាក់ងារទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់អ្នកនិងកម្រិតនៃផលប្រយោជន៍។

ខោនធី នឹងពិនិត្យមើលចម្លើយរបស់អ្នកដោយប្រើព័ត៌មាននៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិករបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធពិសេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គមក្រសួងសន្តិសុខមាតុភូមិនិស្សន្ទ/ ឬភ្នាក់ងាររាយការណ៍អតិថិជន។ ប្រសិនបើព័ត៌មានមិនស៊ីគ្នាទេ ខោនធីនឹងស្នើសុំអ្នកអោយផ្ញើរភស្តុតាង ។

ការប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (Social Security Numbers, SSN)
មនុស្សគ្រប់រូបដែលស្នើសុំទទួលអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ត្រូវការផ្តល់លេខកូដសម្ងាត់ SSN ប្រសិនបើពួកគេមានឬបញ្ជាក់ថាពួកគេបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ SSN (ដូចជាលិខិតពីការិយាល័យសន្តិសុខសង្គម) ។

ខោនធីអាចបដិសេធនូវអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្បូរអ្នកឬសមាជិកណាមួយក្នុងគ្រួសារអ្នកដូចមិនផ្តល់ឱ្យយើងនូវ SSN ។ មនុស្សមួយចំនួនមិនចាំបាច់ផ្តល់ឱ្យ SSN ដើម្បីទទួលបានជំនួយដូចជាជនរងគ្រោះពីការរំលោភបំពាន ក្នុងផ្ទះពិរុទ្ធជនពីបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌនិងជនរងគ្រោះពីការជួញដូរ។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

ការបើកអោយហួសចំនួន

នេះមានន័យថាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CALFRESH ច្រើនជាងអ្នកគួរមាន។ អ្នកនឹងត្រូវសងវារីព្រំប្រទល់បើទោះបីជាខោនធីបានធ្វើកំហុសក៏ដោយ ឬប្រសិនបើវាមិនមានគោលបំណង។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវអាចគេបន្ថយ ឬបញ្ឈប់។ SSN របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីប្រមូលចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍ ដែលជំពាក់តុលាការតាមរយៈភ្នាក់ងារប្រមូលប្រាក់ផ្សេងទៀត ឬសកម្មភាពប្រមូលរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

រាយការណ៍

រាល់គ្រួសារដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន។ ខោនធីរបស់អ្នកនឹង ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលប្រើប្រាស់ការណ៍ របៀបដើម្បីរាយការណ៍ពួកគ្នាដំបូងរាយការណ៍។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាចបណ្តាលឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកត្រូវបានថយចុះឬបញ្ឈប់។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍បានផងដែរ ប្រសិនបើរឿងរ៉ាវកើតឡើង ដែលអាចបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកដូចជាទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចតួច។

សវនាការរដ្ឋ (State Hearing)

អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះសវនាការរដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសកម្មភាពណាមួយ ដែលបានអនុវត្តឡើង ទាក់ទងនឹងការបញ្ជាក់ឡើងវិញរបស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលកំពុងបន្ត។ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋមួយក្នុង រយៈពេល 90 ថ្ងៃនៃសកម្មភាពរបស់ខោនធីហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកចង់បានសវនាការ។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុម័តឬការបដិសេធដែលអ្នកទទួលបានពីខោនធីនឹងមានព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំ សវនាការរដ្ឋ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលសកម្មភាពកើតឡើងអ្នកអាចរក្សាអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកឱ្យដូចគ្នានឹងរហូតដល់ការសម្រេចចិត្តត្រូវបានធ្វើឡើង។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

សេចក្តីថ្លែងការមិនរើសអើង៖ អនុលោមតាមច្បាប់ស៊ីវិល សហព័ន្ធនិងក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (USDA) បទបញ្ជាសិទ្ធិ មនុស្សនិងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក ទីភ្នាក់ងារ ការិយាល័យនិងនិយោជិតរបស់ខ្លួននិងស្ថាប័នដែល ចូលរួមឬ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីក្រសួងកសិកម្មត្រូវហាមឃាត់មិនឱ្យមាន ការរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិ ដើម កំណើត ភេទ គោលជំនឿ សាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿ នយោបាយ ឬការសងសឹក ឬការសងសឹកចំពោះ សកម្មភាព សិទ្ធិស៊ីវិលមុន ៗ នៅក្នុងកម្មវិធីឬ សកម្មភាពណាមួយដែលធ្វើ ឡើង ឬឧបត្ថម្ភដោយក្រសួងកសិកម្ម។

ជនពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតសម្រាប់ ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍អក្សរសម្រាប់ព្រឹនបោះពុម្ពធំសម្លេង ជិថលភាសាសញ្ញាអាមេរិចជាដើម) គួរតែទាក់ទងភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬ លដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែល ច្នៃពិបាកស្តាប់ឬពិការអាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ សេវាកម្ម បញ្ជូនតសហព័ន្ធតាមលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងកម្មវិធីបំពេញបែបបទ ពាក្យបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA (AD 3027) ដែលត្រូវបានរក តាមអ៊ីនធើណេត http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, និងនៅការិយាល័យ ក្រសួងការពារជាតិណាមួយឬទាក់ ទងអ្នកសំរាប់រូលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់អ្នកខោនធីឬសរសេរលិខិតផ្ញើ ទៅក្រសួងកសិកម្ម ហើយផ្តល់នៅក្នុងលិខិតនូវរាល់ព័ត៌មានដែល បានស្នើសុំនៅក្នុងសំណុំបែបបទរើសរសេរទៅកាន់រដ្ឋាភិបាលនៃ នាយកដ្ឋាន

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

សេវាសង្គម (California Department of Social Services, CDSS) ខាងក្រោម។
ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបណ្តឹងតវ៉ាសូមហៅទូរស័ព្ទ (866) 632-9992 ។ ដាក់
ស្នើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញឬលិខិតរបស់អ្នកទៅ USDA ដោយ៖

(1) សូមផ្ញើទៅ៖ U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (ដោយមិនអស់លុយ)

(2) ទូរសារ៖ (202) 690-7442; ឬ

(3) អ៊ីម៉ែល៖ program.intake@usda.gov

ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្នើភាពគ្នា។

ការពិនិត្យសំណុំរឿងករណីឡើងវិញ

ករណីរបស់អ្នកអាចត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញបន្ថែម
ដើម្បីធានាថាសិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានគោរព ពិចារណាឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។
អ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករដ្ឋបាលខោនធី ឬ
សហព័ន្ធក្នុងការស៊ើបអង្កេតឬការពិនិត្យឡើងវិញណាមួយ រួមទាំង
ការពិនិត្យឡើងវិញនៃការគ្រប់គ្រងគុណភាព។ ការខកខានក្នុងការសហការ
ក្នុងការត្រួតពិនិត្យទាំងនេះអាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់ផលប្រយោជន៍របស់
អ្នក។

សូមយកនិរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

វិន័យកិច្ចការសម្រាប់ CalFresh

ខោនធីអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកម្មវិធីការងារមួយ។ ពួកគេនឹងប្រាប់អ្នកថា តើវាជាការស្ម័គ្រចិត្ត ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវតែ ធ្វើកម្មវិធីការងារ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសកម្មភាពការងារចាំបាច់ ហើយអ្នកមិនធ្វើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានបន្ថយឬបញ្ឈប់។ អ្នកអាចនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលយកកម្មវិធី CalFresh ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបោះបង់ការងារដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវ។

ការប្រើប័ណ្ណ EBT

អត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលទទួលបានពីគណនីរបស់អ្នកមុនអ្នកសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នករាយការណ៍ថាកាត EBT ឬ PIN ត្រូវបានបាត់បង់ឬត្រូវបានលុច។

រាល់ការប្រើប្រាស់កាត EBT របស់អ្នកដោយសមាជិកសមាជិកគ្រួសារអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកឬអ្នកដែលអ្នកស្ម័គ្រចិត្តផ្តល់កាត EBT របស់អ្នកនិងលេខសម្ងាត់នឹងត្រូវចាត់ទុកថាត្រូវបានយល់ព្រមដោយអ្នកហើយ អត្ថប្រយោជន៍ណាមួយ ដែលបានដកចេញពីគណនីរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានជំនួសទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ថាមនុស្សម្នាក់ទៀតដែលអ្នកមិនចង់ចំណាយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមានលេខសម្ងាត់របស់អ្នក ហើយអ្នកមិនទទួលបានលេខសម្ងាត់របស់អ្នកទេអត្ថប្រយោជន៍ដែលប្រើនឹងមិនត្រូវបានជំនួសទេ។

សូមយកនិងរក្សារសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក

កំណត់សារ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

សូមប្រើទឹកខ្មៅពណ៌ខ្មៅឬពណ៌ខៀវពីព្រោះវាងាយស្រួលអាននិងថតចម្លង។ សូមសរសេរផ្នែកនូវចម្លើយរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងទំនេរច្រើនដើម្បីឆ្លើយសំណួរសូមប្រើទំព័រ 10 “ផ្នែកសរសេរលម្អិត” និងភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែមប្រសិនបើត្រូវការដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មាន។ សូមប្រាកដថាកំណត់ អត្តសញ្ញាណសំណួរណាមួយដែលអ្នកកំពុងសរសេរអំពីទំហំបន្ថែមឬលើសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម។

1. ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ឈ្មោះ (ឈ្មោះហៅ, ឈ្មោះកណ្តាល, ឈ្មោះត្រកូល)	ឈ្មោះផ្សេងទៀត (ឈ្មោះមុននិងរៀបការ ឈ្មោះក្រៅ។ល។)	លេខសន្តិសុខសង្គម (ប្រសិនបើមានមួយ) អាសយដ្ឋានឬទិសដៅផ្ទះរបស់អ្នក)	
អាសយដ្ឋានឬទិសដៅផ្ទះរបស់អ្នក	ទីក្រុង:	រដ្ឋ:	លេខស៊ុបកូដ
លេខអាសយដ្ឋាន (ប្រសិនខុសពីនៅខាងលើ)	ទីក្រុង:	រដ្ឋ:	លេខស៊ុបកូដ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ទាក់ទងនឹងអាជ្ញាញាតិ

សូមផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងល្អបំផុតដល់ខោនធីដើម្បីទាក់ទងអ្នក។ ធ្វើបែបនេះនឹងជួយក្នុងដំណើរការនៃពាក្យសុំរបស់អ្នក។ តាមរយៈការផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកខាងក្រោមនេះអ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យខោនធីទាក់ទងមកអ្នកតាមទូរស័ព្ទអ៊ីម៉ែលឬអត្ថបទឬដើម្បីទុកសារទូរស័ព្ទទាក់ទងនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ទូរស័ព្ទផ្ទះ៖	ទូរស័ព្ទចល័ត៖	សូមគូសយកបុរសអប់សម្រាប់ចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/>
ការងារ / ទូរស័ព្ទជំនួស / លេខទូរស័ព្ទទទួលសារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	

តើអ្នកគ្មានផ្ទះសំបែងឬ? បាទ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់សូមអនុញ្ញាតឱ្យខោនធីដឹង តាមប្រសិនបើអ្នកគ្មានទីជម្រក ដូច្នោះពួកគេអាចជួយអ្នកដោះស្រាយ អាសយដ្ឋានដែលត្រូវប្រើដើម្បីទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកហើយទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងពីខោនធីអំពីករណីរបស់អ្នក។

តើភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះ (ប្រសិនបើពុំមែនភាសាអង់គ្លេស?) _____

តើភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះ (ប្រសិនបើពុំមែនភាសាអង់គ្លេស?) _____

ខោនធីនឹងផ្តល់អ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្ងន់ត្រចៀក ឬស្តាប់មិនឮ សូមគូសត្រង់នេះ៖

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានពិការភាព (សំណួរស្រេចចិត្ត)? បាទ ទេ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវការកន្លែងស្នាក់នៅ
ដោយសារពិការភាព (សំណួរស្រេចចិត្ត)?

(សូមជ្រើសយកមួយ)

បាទ ទេ

តើមានអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ / ការរំលោភបំពានក្នុងគ្រួសារ (សំណួរ
ស្រេចចិត្ត) ដែរឬទេ?

បាទ ទេ

តើអ្នកមានបំណងចង់ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ឬ? ប្រសិនបើអ្នកស្នើយថា
បាទ/ចាស ខោនធីនឹងប្រើប្រាស់ចម្លើយរបស់អ្នកដើម្បី ស៊ើបសួរប្រសិន
បើអ្នកអាចទទួល Medi-Cal។

បាទ ទេ

តើប្រាក់ចំណូលដលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នកតិចជាង \$ 150 និង
សាច់ប្រាក់នៅលើដៃឬក្នុងគណនីត្រួតពិនិត្យនិងគណនីសន្សំមាន
តម្លៃ \$ 100 ឬតិចជាងនេះដែរឬទេ?

បាទ ទេ

តើប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់បញ្ចូលគ្នានិងប្រាក់សន្សំរបស់អ្នកនៅ
ក្នុងគ្រួសារឬនៅក្នុងការត្រួតពិនិត្យនិងគណនីសន្សំមានចំនួនតិចជាង
តម្លៃដួល / ប្រាក់កម្ចីនិងសេវាកម្មប្រើប្រាស់?

បាទ ទេ

តើគ្រួសាររបស់អ្នកគឺជាគ្រួសារកសិករអន្តោប្រវេសន៍ / គ្រួសារតាមរដូវកាលដែល
មានធនធានមិនលើសពី \$100 ទេ ហើយប្រាក់ចំណូលរបស់ អ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ឬ
អ្នកនឹងមិនទទួលបានច្រើនជាង 25 ដុល្លាក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃខាងមុខនេះទេ?

បាទ ទេ

ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះក្រោមការពិន័យពីការធ្វើសម្បូច
(ធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត) ថា៖

- ខ្ញុំអាន ឬបានអានខ្ញុំព័ត៌មាននៅក្នុងកម្មវិធីនេះនិងចម្លើយរបស់ខ្ញុំចំពោះសំណួរនៅ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ក្នុងពាក្យសុំនេះ៖

- ចំណើយរបស់ខ្ញុំចំពោះសំនួរទាំងឡាយ គឺពិតនិងពេញលេញទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។
- ចម្លើយដែលខ្ញុំអាចផ្តល់ជូនសម្រាប់ដំណើរការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ នឹងជាការពិតនិងពេញលេញទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំបានអានឬបានអានឱ្យខ្ញុំហើយខ្ញុំយល់និងយល់ព្រមចំពោះសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ (វិធានស្តីពីកម្មវិធីទំព័រទី 1) សម្រាប់កម្មវិធី CalFresh។
- ខ្ញុំបានអានឬបានអានឱ្យខ្ញុំនូវច្បាប់និងពិន័យរបស់កម្មវិធី CalFresh (វិន័យកម្មវិធីទំព័រទី 2) ។
- ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សេចក្តីថែទាំការណ៍ក្លែងបន្លំ ឬខុស លាក់បាំងឬលាក់ទុកការពិត ដើម្បីបង្កើតលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ CalFresh គឺជាការក្លែងបន្លំ។ ការក្លែងបន្លំអាចបណ្តាលឱ្យមានករណីបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌប្រឆាំងនឹងខ្ញុំនិង / ឬខ្ញុំអាចត្រូវបានហាមឃាត់ក្នុងរយៈពេល (ឬជំរិត) ពីការទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh។
- ខ្ញុំយល់ថាលេខសន្តិសុខសង្គម ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់សមាជិក គ្រួសារដែលដាក់ពាក្យសុំប្រយោជន៍អាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលសមស្របតាមការតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ (ឬសមាជិកគ្រួសារអ្នកតំណាង / អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ* / អ្នកអាណាព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទ
---	-------------

***ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិសូមបំពេញសំណួរទី 2 នៅទំព័របន្ទាប់។**

2. អ្នកតំណាងមានសិទ្ធិអាចរបស់គ្រួសារ

អ្នកអាចអនុញ្ញាតអ្នកដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ឲ្យជួយគ្រួសាររបស់អ្នក ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។ បុគ្គលនេះក៏ អាចនិយាយសម្រាប់អ្នកនៅ ឯការសម្ភាសន៍ ជួយអ្នកបំពេញបែបបទ ទិញសម្រាប់អ្នកនិងរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវសង ផលប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយកំហុស ព្រោះ តែព័ត៌មានដែលបុគ្គលនេះផ្តល់ឱ្យខោនធីនិងផលប្រយោជន៍ណាមួយដែលអ្នកមិនចង់ ឱ្យ ពួកគេចំណាយនឹងមិនត្រូវបានជំនួស។ ប្រសិនបើអ្នកជាតំណាងដែលមានសិទ្ធិអ្នកនឹង ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់ខោនធីសម្រាប់ខ្លួនអ្នកនិងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។

តើអ្នកចង់ឲ្យនរណាម្នាក់ឈរឈ្មោះជួយអ្នក ជាមួយនឹងករណី CalFresh?
(សូមគូសមួយ) បាទ ទេ ចាស់ទេប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់, សូមបំពេញវគ្គនេះ។

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ	លេខទូរស័ព្ទឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិ
---------------------------------	--

តើអ្នកចង់ដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ដើម្បីទទួលនិងចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ
ចាស់ទេប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមបំពេញវគ្គនេះ។

ឈ្មោះ៖	លេខទូរស័ព្ទ		
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខស៊ុបកូដ

3. សាសន៍/ជាតិព័ន្ធ

មានព័ត៌មានសាសន៍និងជាតិសាសន៍គឺស្រេចចិត្ត។ វាត្រូវបានស្នើសុំដើម្បីធានាថា អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ដោយមិនទាក់ទងទៅនឹងពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរឬប្រភពដើមរបស់ជាតិ។ ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទទួលបាន ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឡើយ។ គូសយកកត្តា ទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នក។ ច្បាប់ចែងថាខោនធីត្រូវតែកត់ត្រាជាតិសាសន៍និងពូជសាសន៍របស់អ្នក។

- សូមគូសយកប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីខោនធីអំពីពូជពង្សនិងពូជសាសន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើទេ ខោនធីនឹងបញ្ចូលព័ត៌មាននេះសម្រាប់ស្ថិតិសិទ្ធិស៊ីវិលប៉ុណ្ណោះ។

ជាតិព័ន្ធ	តើអ្នកជាជនអេស្បាញ ឬ ឡាតាំង? (សូមគូសយកមួយ) <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើអ្នកមានជនជាតិដើមនិយាយភាសាអេស្បាញឬ ឡាតាំង តើអ្នកពិចារណាខ្លួនឯងថា៖ <input type="checkbox"/> មិនកាំង <input type="checkbox"/> ពុយតូ រីកាំង <input type="checkbox"/> គុយបា <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត _____
------------------	---

ពូជសាសន៍/ជាតិព័ន្ធដើម

- ពណ៌ ស ជនជាតិដើមឥណ្ឌា អាមេរិក ឬអាឡាស្កា អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកត
- ផ្សេងទៀត ឬចម្រុះ _____
- អាស៊ី (ប្រសិនបើគូស សូមជ្រើសរើសដូចនៅខាងក្រោម)៖
 - ជនជាតិហ្វីលីពីន ចិន ជប៉ុន ខ្មែរ កូរ៉េ វៀតណាម
 - ឥណ្ឌា អាស៊ី ឡាវ អាស៊ីដទៃ (បញ្ជាក់) _____

ពូជសាសន៍/ជាតិព័ន្ធដើម - បន្ត

ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ា ស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើគូស សូមជ្រើសរើសដូចខាងក្រោម)៖

- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- ហ្គាម ឬឆាម្ស៊ី
- សាម៉ូន

4. ចំណង់ចំណូលការសម្ភាសន៍

អ្នកឬសមាជិកពេញវ័យផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកនឹងត្រូវមានកិច្ចសម្ភាសន៍ជាមួយខោនធីដើម្បីពិភាក្សាអំពីពាក្យសុំរបស់អ្នកនិង ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ។ ការសម្ភាសន៍សម្រាប់ CalFresh ជាទូទៅត្រូវបានធ្វើឡើងតាមរយៈទូរស័ព្ទលើកលែងតែអ្នកអាចត្រូវបានសម្ភាសនៅពេលផ្តល់ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅ ឱ្យខោនធីដោយផ្ទាល់ឬចង់សំភាសន៍ដោយផ្ទាល់។ បទសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់នឹងកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតារបស់ខោនធី។

- សូមគូសប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកចូលចិត្តបទសម្ភាសន៍ដោយផ្ទាល់។
- សូមគូសជ្រើស ប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការរៀបចំផ្សេងទៀតដោយសារពិការភាព។

គូសប្រអប់ខាងក្រោមសម្រាប់ថ្ងៃនិង ពេលវេលាដែលអ្នកចង់សម្ភាសន៍៖

- ថ្ងៃ៖ ថ្ងៃនេះ ថ្ងៃទំនេរក្រោយទៀត ថ្ងៃណាក៏បាន ថ្ងៃចន្ទ ថ្ងៃអង្គារ
- ថ្ងៃពុធ ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ថ្ងៃសុក្រ

- ម៉ោង៖ ព្រឹកព្រលឹម ព្រឹក ថ្ងៃ ល្ងាច ពេលណាក៏បាន

5. កម្មវិធីដទៃទៀត

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាប់បានទទួលជំនួយសាធារណៈ (ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារក្រីក្រ ទទួល Medicaid, កម្មវិធីជំនួយអាហារ រូបត្ថម្ភបន្ថែម [CalFresh], ជំនួយទូទៅ (GR) / ការស្រោចស្រង់ទូទៅ (GR) ជាដើម)? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបានឬចាស់ អ្នកណា?	ទិណ (ខោនធី/រដ្ឋ)?
ប្រសិនបើបានឬចាស់ អ្នកណា?	ទិណ (ខោនធី/រដ្ឋ)?

6a. ព័ត៌មានទំហំគ្រួសារ

បំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោមសម្រាប់មនុស្សគ្រប់រូបនៅផ្ទះដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំ ម្ហូបអាហាររួមទាំងអ្នក។ ប្រសិនបើដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់អ្នកមិនទាន់ចូលសញ្ជាតិ សូម បំពេញសំណួរ 6b និង 6c។ បើមិនដូច្នោះទេ សូមទៅសំណួរ 6d។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

លេខសនិសិទ្ធសងមគ្គុទ្ទេសក៍សម្រាប់ សមាជិកដែលមិនដាក់ពាក្យសុំ ប្រយោជន៍។
អ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលដាក់ពាក្យសុំ ប្រយោជន៍។

ឯកតាពាក្យសុំ ប្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ (✓ ជ្រើសយកបាន/ចាស់ ឬទេ)	ឈ្មោះ (ត្រកូល ឈ្មោះខ្លី ដើមអក្សរឈ្មោះកណ្តាល)	តើជននេះជាប់សាច់លាមន្តិម អ្នកដទៃមេចម្តង?	កាលបរិច្ឆេទកំណើត	ភេទ ប្រុស / ស្រី	ប្រជាពលរដ្ឋ សហរដ្ឋអាមេរិក ឬ ជនជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (✓ គ្រឹមយកបាន ឬ ចាស់ ឬទេ) ប្រសិនបើទេ សូមបញ្ជាក់សំណួរ 6b ខាងក្រោម	លេខសនិសិទ្ធសងមគ្គុទ្ទេសក៍
<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១		ប្រហែល			<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១	
<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១					<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១	
<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១					<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១	
<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១					<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១	
<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១					<input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ១	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

សូមរាយឈ្មោះអ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដែលមិនទិញនិងរៀបចំអាហារជាមួយអ្នក៖

ឈ្មោះ៖	ឈ្មោះ៖
ឈ្មោះ៖	ឈ្មោះ៖

6b. ព័ត៌មានសម្រាប់ជនមិនទាន់ចូលសញ្ជាតិ - បំពេញសម្រាប់អ្នកដែលបានរាយនៅក្នុងសំណួរ 6a ខាងលើដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋនិងកំពុងស្នើសុំជំនួយ។

ឈ្មោះ៖	កាលបរិច្ឆេទនៃការចូលក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក (ប្រសិនបើដឹង)	សូមផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយដូចតទៅ (ប្រសិន បើមាន)៖ លេខប័ណ្ណឆ្លងដែនលេខជនចុះបញ្ជីបរទេស ។ល។	មានការរ៉ាប់រងឬ? (✓ គួសបានឬចាស់) បើឆ្លើយបាន / ចាស់សូមចងសំណួរ 6c ដូចខាងក្រោម៖
		ប្រភេទនៃឯកសារ៖ លេខនៃឯកសារ៖	<input type="checkbox"/> បាន <input type="checkbox"/> ទេ
		ប្រភេទនៃឯកសារ៖ លេខនៃឯកសារ៖	<input type="checkbox"/> បាន <input type="checkbox"/> ទេ
		ប្រភេទនៃឯកសារ៖ លេខនៃឯកសារ៖	<input type="checkbox"/> បាន <input type="checkbox"/> ទេ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(សូមជ្រើសយកមួយ)

តើមាននរណាម្នាក់ដែលបានចុះបញ្ជីខាងលើមានប្រវត្តិការងារឬសេវាយោធា
យ៉ាងតិច 10 ឆ្នាំ (40 ភាគបួន) នៅសហរដ្ឋអាមេរិកទេ? បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា? _____

តើមាននរណាម្នាក់ដែលបានចុះបញ្ជីខាងលើមានឬបានដាក់ពាក្យសុំឬ
តើពួកគេមានគម្រោងស្នើសុំវិស្វកម្ម T-Visa, ស្ថានភាព U-Visa ឬ VAWA បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា? _____

6c. ព័ត៌មានសម្រាប់ជនដែលធានា ពុំទាន់ចូលសញ្ជាតិ - បំពេញសម្រាប់ក្នុង
សំណួរ 6b ខាងលើដែលជាមនី មែនជាពលរដ្ឋដែលបានត្រូវបានធានា និង
ដាក់ពាក្យសុំជំនួយ។

តើអ្នកធានាបានចុះហត្ថលេខា I-864 ឬទេ? បាទ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឧបត្ថម្ភបានចុះហត្ថលេខាលើ I-134 សូមរំលងសំណួរនេះ។

តើអ្នកឧបត្ថម្ភជាទៀងទាត់ជួយលុយ? បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ តើចំនួនប៉ុន្មាន? \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

តើអ្នកឧបត្ថម្ភជាទៀងទាត់ជួយអ្វីមួយដូចខាងក្រោម (គូសជើកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)?
 ជួល សម្លៀកបំពាក់ អាហារ ផ្សេងទៀត _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកធានា	តើអ្នកទទួលបានការធានា?	ល ទូរស័ព្ទសាធារណ
ឈ្មោះរបស់អ្នកធានា	តើអ្នកទទួលបានការធានា?	លខេទូរស័ព្ទរបស់អ្នកធានា

6d. សិស្ស

តើនរណាម្នាក់ដែលកំពុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍រួមទាំងអ្នកដែរ ចូលរៀនមហា
 វិទ្យាល័យឬសាលាវិជ្ជាជីវៈ? (សូមគូសមួយ) បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

ឈ្មោះរបស់បុគ្គល	ឈ្មោះសាលា / ការបណ្តុះបណ្តាល	ស្ថានភាពចុះឈ្មោះ (<input checked="" type="checkbox"/> សូមគូសយកមួយ)	តើពួកគេកំពុងធ្វើការឬ?
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល <input type="checkbox"/> ឬច្រើនជាងក៏ដូចជាពាក់កណ្តាលពេលវេលា ចំនួនអង្គភាព៖ _____	ចំនួនអាត្រាម៉ោងធ្វើការ ប្រចាំសប្តាហ៍៖ _____
		<input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល <input type="checkbox"/> ឬច្រើនជាងក៏ដូចជាពាក់កណ្តាលពេលវេលា ចំនួនអង្គភាព៖ _____	ចំនួនអាត្រាម៉ោងធ្វើការ ប្រចាំសប្តាហ៍៖ _____

6e. តើមានកូនចិញ្ចឹមកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកឬទេ? (សូមជ្រើសយកមួយ)
 បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាសតើអ្នកណា? _____
សូមឆ្លើយសំនួរខាងក្រោមអំពីកូន ៗ ៖

តើកុមារនេះត្រូវបានគេដាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកក្រោមសេចក្តីបង្គាប់របស់តុលាការឬទេ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

តើអ្នកចង់ឱ្យកូនចិញ្ចឹមរបស់អ្នករាប់ក្នុងករណី CalFresh របស់អ្នកឬទេ?
(សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

បើឆ្លើយថាបាទ / ចាសចំណូលដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវបានរាប់ថាជាប្រាក់ចំណូលដែលមិនទាន់រកបាន។ បើឆ្លើយថាទេ

ប្រាក់ចំណូលពីការថែទាំចិញ្ចឹមនឹងមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាប្រាក់ចំណូលមិនទាន់រកបានទេ។

7. ប្រាក់ចំណូលមិនមកពីធ្វើការ

តើអ្នកឬអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដោយទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលមិនមែនមកពីការងារទេ (មិនទាន់បើក)?
(សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមឆ្លើយនឹងសំណួរនេះ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ពិនិត្យមើលគ្រប់ប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូលដែលមិនជាប់មានដែលអនុវត្តពីឧទាហរណ៍
ទាំងនេះ (ប្រហែលជាមានអ្នកផ្សេងទៀតដែលមិនបានចុះបញ្ជីនៅទីនេះ)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ប្រាក់សនិសឧសឯម <input type="checkbox"/> SSI/SSP <input type="checkbox"/> ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI <input type="checkbox"/> បន្ទប់និងជម្រក
(ពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា) <input type="checkbox"/> ប្រាក់រំត្រួត <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកម្ម/បង្កប្រពន <input type="checkbox"/> ប្រាក់អសមតភាពរដ្ឋ/ ផ្សេងៗទៀត
ឬចូលនិវតន៍ <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ដើមចាស់
ប្រាក់សោធនយោធា <input type="checkbox"/> ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ (ជំនួយឥតសណ្ឋាន /
ប្រាក់កម្ម / អាហារបករណ៍) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> អណោយជាប្រាក់សុទ្ធ <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងភាពអត់ការងារធ្វើ /
ធានារ៉ាប់រងពិការភាពរដ្ឋ (State
Disability Insurance, SDI) <input type="checkbox"/> ប្រាក់សណ្ឋានកម្មករ <input type="checkbox"/> ប្រាក់មកពន្ធត្រូវបាន/ឈ្នះល្បែង <input type="checkbox"/> ជំនួយសម្រាប់ថែទាំ/អាហារ/
សម្រាប់បំពាក់ <input type="checkbox"/> ដំណោះស្រាយពិការធានារ៉ាប់រង
ឬផ្សេងៗទៀត <input type="checkbox"/> ពិការភាពឯកជនឬចូលនិវតន៍ <input type="checkbox"/> ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍កងកម្ម <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត _____ |
|--|--|

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

បុគ្គលកំពុងទទួលប្រាក់?	បុគ្គលកំពុងទទួលប្រាក់?	ចំនួនប៉ុន្មាន?	តើបានទទួលមាតិកប៉ុណ្ណា? (ម្តង ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែឬផ្សេងទៀត)	រំពឹងទុកទទួលបាន? (✓ គូសយកបានឬចាស់ ឬទេ)
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ
		\$		<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ

ប្រសិនបើចំណូលនេះមិនត្រូវបានរំពឹងទុកថា នឹងបន្តសូមពន្យល់៖

8. ប្រាក់មកពីការងារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារជាមួយនឹងប្រាក់ចំណូលពី
ការងារ (ប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាន)? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស៍, សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំឡងទៅសំណួរ 9 ។

កំណត់សារ ៖ កំណត់សារ ៖ ប្រសិនបើធ្វើដោយខ្លួនឯង បំពេញសំណួរ 8a.

សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលទាំងអស់មុនពេលបង់ពន្ធឬការកាត់ចេញផ្សេងទៀត (ប្រាក់
ចំណូលសរុប) ។

ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលដែលរកបានគឺ (ឧទាហរណ៍ទាំងនេះអាចជាពេញម៉ោង
បណ្តោះអាសន្នរដ្ឋកាល ឬវគ្គបណ្តុះបណ្តាលហើយអាចមានអ្នកផ្សេងទៀតដែលមិន
បានចុះបញ្ជីនៅទីនេះ)៖

- ប្រាក់ឈ្នួល
- កម្រៃជើងសារ
- កម្រៃក្រៅ
- ប្រាក់ខែ
- ការងារសិក្សា (និសិត្យ)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ប្រាក់ចំណូលសរុបដែលបាន ទទួលបាន ខែ	តើបងជាពិភពលោកប្រណី? (ម្តង ប្រចាំសប្តាហ៍, ប្រចាំខែឬផ្សេងទៀត)	ចំនួនអាត្រា ម៉ោងប្រចាំសប្តាហ៍	ប្រាក់ជួលប្រចាំម៉ោង	លេខទូរស័ព្ទរបស់យោជិត	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់យោជិត	បុគ្គលកំពុងធ្វើការ
\$			\$			
\$			\$			
\$			\$			
\$			\$			

ប្រសិនបើចំណូលនេះមិនត្រូវបានរំពឹងទុកឡើយសូមពន្យល់៖

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

តើមាននរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារធ្វើផ្លាស់ប្តូរការងារឈប់ធ្វើការ ឬបន្ថយម៉ោងធ្វើការក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះទេ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា?	កាលបរិច្ឆេទបាត់បង់ ឈប់ ឬផ្លាស់ប្តូរការងារ	កាលបរិច្ឆេទទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលចុងក្រោយ
--------------------------	---	---------------------------------------

មលហេតុ?

នរណាម្នាក់នៅធ្វើកងកម្មឬ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា?	កាលបរិច្ឆេទបានធ្វើកងកម្ម	កាលបរិច្ឆេទទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលចុងក្រោយ
--------------------------	--------------------------	---------------------------------------

មលហេតុ?

8a. ធ្វើការឲ្យខនឯង

សមាជិកគ្រួសារដែលធ្វើការដោយខនឯងអាចកាត់បន្ថយចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនដោយខនឯងឬកាត់បន្ថយ 40% តាមបទដ្ឋានប្រាក់ចំណូលដោយខនឯង។ បើសិនអ្នកជ្រុសរេសចំណាយជាកម្រៃអគ្គិសនីត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយរបស់ខ្លួន។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ជនដែលធ្វើការដោយខ្លួនឯង	កាលបរិច្ឆេទ	ប្រភេទនៃពាណិជ្ជកម្មនិងឈ្មោះ	ប្រាក់ចំណូលសរុប	ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង។ (សូម ✓ គូសយកមួយ)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% អាត្រាសរុប <input type="checkbox"/> ការចំណាយពិតប្រាកដ \$ _____

9. ការចំណាយរបស់កុមារ / ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យរបស់គ្រួសារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារជាមួយនិងប្រាក់ខែសម្រាប់ការថែទាំរបស់កុមារមនុស្សពេញវ័យពីការឬ អ្នកដែលពឹងពាក់ផ្សេងទៀតដូច្នោះអ្នកឬមនុស្សផ្សេងទៀតអាចទៅធ្វើការសាលារៀនបណ្តុះបណ្តាលឬរកការងារធ្វើ? (សូមគូសមួយ) បាទ ទេ
ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស, សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

អ្នកទទួលការថែទាំ?	តើនរណាផ្តល់ការថែទាំ? (ឈ្មោះនិងអាស័យដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់សេវា)	ចំនួនប្រាក់បានទទួល?	តើបងជាពីកញ្ចប់បំណា? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

តើអ្នកណាម្នាក់អាចជួយគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ប្រាក់ទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃការចំណាយលើការថែរក្សាកូន ៗ / អ្នកជម្ងឺដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងលើដែរឬទេ? បាទ ទេ
ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ បំពេញខាងក្រោម?

អ្នកទទួលការថែទាំ?	អ្នកជួយបង់ឱ្យ?	ចំនួនប្រាក់បានទទួល?	តើបង់ជាពិភពបំណុល? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)
		\$	
		\$	

10. ការទូទាត់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន

តើអ្នកឬអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដែលមានកាតព្វកិច្ចផ្លូវច្បាប់ក្នុងការបង់ថ្លៃទ្រទ្រង់កូន ៗ រាប់បញ្ចូលទាំងការគាំទ្រកូនក្មេងដែរឬទេ? បាទ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់, សូមឆ្លើយសំណួរនេះ៖ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

តើអ្នកបង់ប្រាក់ ឧបត្ថម្ភក្មេង?	ឈ្មោះ របស់កមេងដែលកំពុងតែទទួល ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ:	ចំនួនបង់ ?	តើបង់ជាញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណា? (ប្រចាំសប្តាហ៍/ប្រចាំខែ, ដទៃទៀត)
		\$	
		\$	

11. ការចាយវាយប្រចាំគ្រួសារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះ
ការចំណាយក្នុងគ្រួសារ? បាទ ទេ

ទេប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ
សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

កំណត់សារៈ កុំបញ្ចូលចំនួនប្រាក់ដែលបានផ្តល់ដោយជំនួយការផ្ទះដូចជា HUD ឬផ្នែកទី
8 ។ កំដៅនិងត្រជាក់, ទូរស័ព្ទ, ផ្សេងទៀតឧបករណ៍ប្រើប្រាស់និងទិដ្ឋភ្នែកដែលគ្មានទីលំ
នៅត្រូវបានកំណត់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភហើយអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញចំនួនទឹកប្រាក់ជាក់ស្តែង
ដែលជំពាក់ឡើយ។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ប្រភេទនៃការចាយវាយ	មានការចាយវាយ? (សូមគូសយកមួយ)	អតិបរមាប្រាក់?	ចំនួនជាប់ជំពាក់	តើទទួលបានវិក័យបត្រជាពិភពលោកបំណុល? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ដទៃផ្សេងទៀត)
ការទទាត់ផ្ទះជួល ឬផ្ទះទិញ	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ពន្ធអចលនទ្រព្យនិងការធានារ៉ាប់រង (ប្រសិនបើមានការចេញវិក័យបត្រដាច់ដោយឡែកពីការជួលឬប្រាក់កក់)	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ		\$	
ឧស្ម័ន អគ្គិសនី ឬឥន្ធនៈផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានប្រើសម្រាប់កំដៅឬត្រជាក់ដូចជាអសប្បប្រតាន (ប្រសិនបើមានការចេញវិក័យបត្រផ្សេងពីការជួល ឬប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ)	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
ទូរសព្ទ/ទូរសព្ទចល័ត	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
ការចាយលើទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			
ទឹក ទឹកស្អុយ សម្រាម	<input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ			

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

តើអ្នកណាម្នាក់ដែលមិននៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក នក៏ជួយអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ការចំណាយ ដល់ថ្លៃប្រទេស? (សូមគិតសរុប) <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ចាស់ ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់, សូមបំពេញ។	អកជយបង់ឲ្យ?	ចំនួនប៉ុន្មាន? \$	តើបងជាពិការភ័យខ្លាច?
--	--------------------	-----------------------------	----------------------

តើគ្រួសារអ្នកទទួលបានប្រាក់សំណងពិការភ័យខ្លាចជំនួយថាមពល
 ផ្ទះទាប (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)? (សូមគិតសរុប
 មួយ) បាទ ទេ

12. ការចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រ:

តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ទិញ ឬរៀបចំអាហារជាមួយ មនុស្សចាស់ជរាដែលមានអាយុ (60
 ឬចាស់ជាង) ឬជនពិការដែលមានការចាយវាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយទេ? បាទ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។
 បញ្ជីនៃការចាយវាយដែលអ្នករំលងទៅមាននាអនាគត។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអាចទទួលបានគឺ៖ (គូសយកកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ការថែទាំខាងវេជ្ជសាស្ត្រឬធ្មេញ <input type="checkbox"/> ការសាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ / ការព្យាបាលអក់ដំក្រៅមន្ទីរពេទ្យ / ការថែទាំថែទាំ <input type="checkbox"/> ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា <input type="checkbox"/> គោលនយោបាយបពណ៌កធានារ៉ាប់រងសុខភាព និង កងមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ Medicare (ចំណែក Medi-Cal នៃតម្លៃ ។ល។) <input type="checkbox"/> ធ្មេញជំនួយដល់ឧបករណ៍សាប និងប្រដាប់សិប្បនមិត <input type="checkbox"/> ថែទាំអកបរេដែលចាំបាច់ចាំបាច់ អាយុ ជម ឬ គណវបត <input type="checkbox"/> ចំនននិងថែចំណាយលេមប អាហារដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យទៅអ្នក ទទួលខុសត្រូវ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> បានដាក់ឱសថលេថាឱសថកែងកាយ <input type="checkbox"/> តម្លៃនៃការដកជញ្ជីន (មាយល័យឬក៏ថែសេវា) និងការសាក់នៅដេម្បីទទួលបានការខ្រប្រឹងឬសេវាកម វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> វ៉ែនតាកែវនិងកែវភែក <input type="checkbox"/> ការផ្គត់ផ្គង់សមារៈ និងឧបករណ៍ វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ការចំណាយលេសតសេវាកម(មបអាហារ វក័យបត្រវៀតជាដើម) ការផ្គត់ផ្គង់ វេជ្ជសាស្ត្រនិងឧបករណ៍ |
|--|--|

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ឈ្មោះរបស់មនុស្សចាស់ជរា/ ជនពិការ	ចំនួននៃការចាយវាយ	តើបង់ជាពិការពារបំណាច់? (រាល់សប្តាហ៍/រាល់ខែ/ ដទៃផ្សេងទៀត)	តើប្រភេទនៃការចាយវាយណាមួយ? (វេជ្ជបញ្ជា, ធុញាតិ, ចំនួនអាហារសម្រាប់អ្នកបម្រើជា ដើម។ល។)	តើក្រុមគ្រួសារនឹងត្រូវគេបង់លុយសងសម្រាប់ ការចាយវាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយឬទេ? (ដោយ Medi-Cal ការធានារ៉ាប់រងសមាជិកគ្រួសារ ។ល។)
	\$			បើបានឬចាត់ ដោយនរណា៖ តម្លៃប៉ុន្មាន \$
	\$			បើបានឬចាត់ ដោយនរណា៖ តម្លៃប៉ុន្មាន \$
	\$			បើបានឬចាត់ ដោយនរណា៖ តម្លៃប៉ុន្មាន \$
	\$			បើបានឬចាត់ ដោយនរណា៖ តម្លៃប៉ុន្មាន \$

**13. តើនរណាម្នាក់ដែលកំពុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍រួមទាំងអ្នកដែរទទួលបាន
អាហារពិណាមួយដូចខាងក្រោម? (សូមគូសមួយ) បាន ចាត់ ទេ**

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាន / ចាត់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ៖ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរ
បន្ទាប់។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

• កន្លែងបរិភោគអាហាររួមសម្រាប់មនុស្សចាស់ /

ជនពិការ
• កន្លែងបរិភោគអាហាររួមសម្រាប់មនុស្សចាស់ / ជនពិការ

• កម្មវិធីអាហាររងទៀត

ប្រសិនបើបានឬចាស់ អ្នកណា?

ទីណា?

ប្រសិនបើបានឬចាស់ អ្នកណា?

ទីណា?

14. តើនរណាម្នាក់ដែលកំពុងស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍រួមទាំងអ្នកដែរ រស់នៅទីណាមួយ ដូចខាងក្រោម? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស់ សូមឆ្លើយនឹងសំណួរនេះ ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

- ទីជម្រកសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសំបែង
- ទីជម្រកសម្រាប់ស្ត្រីដែលត្រូវគេវាយដំ
- លំនៅដ្ឋានសម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក
- មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាឱសថ / អាណកុល
- កន្លែងកែតម្រូវ / ស្ថាប័នព្រហ្មទណ្ឌ (ពន្ធនាគារឬពន្ធនាគារ)
- ការរស់នៅជាក្រុមសម្រាប់ជនពិការ / ពិការ
- លំនៅដ្ឋានឧបត្ថម្ភធនសហព័ន្ធ
- មន្ទីរពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ / ស្ថាប័នផ្លូវចិត្ត
- មន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំរយៈពេលវែង ឬក្រុមប្រឹក្សាភិបាល និងស្ថាប័នថែទាំ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

ឈ្មោះរបស់បុគ្គល	ឈ្មោះរបស់សាមីន (មជ្ឈមណ្ឌលមណ្ឌលជម្រក ។ល។)	កាលបរិច្ឆេទចេញផ្សាយដែលរំពឹងទុក (ប្រសិនបើជាប់ទាក់ទង)

15. តើអ្នកឬអ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដែលមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះហើយ មិនអាចទិញអាហារនិងរៀបចំអាហារដោយឡែកពីគ្នាដោយសារតែពិការឬ?
(សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស់ អ្នកណា? _____

16. ធនធានប្រចាំគ្រួសារ

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទិញនិងរៀបចំម្ហូបអាហារដោយមានធនធាន (សាច់ប្រាក់, ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ, វិញ្ញាបនបត្រប្រាក់បញ្ញើ, ភាគហ៊ុននិងប័ណ្ណបំណុល ។ល។)? បាទ ចាស់ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទ / ចាស់ សូមឆ្លើយសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរបន្ទាប់។

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

គូសយកកត្តាទាំងអស់ដែលជាប់ទាក់ទង៖

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> គណនីធនាគារ / ឥណទាន (គូស) | <input type="checkbox"/> ប័ណ្ណសន្សំ | <input type="checkbox"/> លុយជាប់ខ្លួន |
| <input type="checkbox"/> គណនីធនាគារ / ឥណទាន (ការរកស៊ីទុក) | <input type="checkbox"/> គណនីទីផ្សារប្រាក់ | <input type="checkbox"/> ភាគហ៊ុន |
| <input type="checkbox"/> ប្រអប់ដាក់ប្រាក់សុវត្ថិភាព | <input type="checkbox"/> មូលនិធិទៅវិញទៅមក | <input type="checkbox"/> មូលបត្របំណុល |
| | <input type="checkbox"/> វិញ្ញាបនប័ត្រប្រាក់បញ្ញើ (Certificate of Deposit, CD) | <input type="checkbox"/> កម្មវត្ថុផ្សេងទៀត៖ _____ |

ប្រសិនបើគណនីរួមជាមួយបុគ្គលផ្សេងទៀតសូមនិយាយដូចខាងក្រោម។ សម្រាប់ប្រអប់នីមួយៗដែលបានពិនិត្យខាងលើ សូមបំពេញព័ត៌មានដូចខាងក្រោម។

តើធនធានស្ថិតនៅក្រោមឈ្មោះរបស់អ្នកណា?	តើប្រភេទនៃធនធានធ្វើ?	តើវាមានតម្លៃប៉ុណ្ណា?	ទីធនធាននៅទីណា? (រួមបញ្ចូលឈ្មោះធនាគារឬក្រុមហ៊ុនដែលមានលុយ)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

តើអ្នកឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានលក់, លក់ដូរ, ប្រគល់ឱ្យ ឬផ្ទេរធនធានក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះទេ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

17. អត្ថប្រយោជន៍ស្នូល

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានកាត់ឱ្យជាប់ទោសពីបទកែងបន្លំ SNAP (ឈ្មោះសហព័ន្ធសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយម្ហូបអាហារដែលគេស្គាល់ថាជា CalFresh នៅ រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា) ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ 1996? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា? _____

18. ការជញ្ជូន (ការប្តូរ ឬការលក់) អត្ថប្រយោជន៍

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាប់ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីបទជញ្ជូន (ការប្តូរ ឬលក់កាត EBT ទៅកាន់អ្នកដទៃ) ផលប្រយោជន៍ SNAP ចាប់ពី \$500 ឬច្រើនជាងនេះ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញាឆ្នាំ 1996? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា? _____

19. ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រឿងញៀន

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានទោសចំពោះ ការជញ្ជូនអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សម្រាប់គ្រឿងញៀនបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែ កញ្ញាឆ្នាំ 1996 មែនទេ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា? _____

20. ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អារុធ ឬរំសេវផ្ទះ

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានទោស
ចំពោះ បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា? _____

21. ឧក្រិដ្ឋករកំពុងគេចខ្លួន

តើអ្នកឬសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកលាក់ខ្លួនឬរត់ពីច្បាប់ដើម្បីចៀសវាង
ការកាត់ទោស, ត្រូវបានគេឃើញខ្លួនឬជាប់គុកសម្រាប់ឧក្រិដ្ឋកម្មឬប៉ុនប៉ងបទឧក្រិដ្ឋ?
(សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា? _____

22. ការបំពានលើការព្យួរទោស/ការដោះលែងមានលក្ខណ

តើអ្នកឬសមាជិកណាមួយនៃគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានរកឃើញដោយតុលាការថាបាន
បំពានលើការសាកល្បងឬការដោះលែងបានទេ? (សូមគូសយកមួយ) បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទឬចាស អ្នកណា? _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

កន្លែងសម្រាប់សរសេរឋតែម

កន្លែងសម្រាប់សរសេរឋានភាព

កុំបំពេញឡើយ - សម្រាប់ការប្រើរបស់ខោនធីប៉ូណេរ:

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less? Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance? Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days? Yes No