

សេចក្តីជូនដំណឹងការផ្តល់សេវា
តំនៃការបញ្ជាក់ CALFRESH
គ្រួសារដែលមានសមាជិកតែចាស់ជរា
និង / ឬពិការប៉ុណ្ណោះ

ខោនធី

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

(Addressee)

[]
[]

ត្រូវការជំនួយ ឬមានសំណួរឬទេ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

សវនាការរដ្ឋ: ប្រសិនបើអ្នកជឿថាសកម្មភាពនេះខុស អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយ។ ខាងក្រោយនៃទំព័រនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីវិធី។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមិនអាច ផ្តាសប្បុរសបាន ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ មុននឹងសកម្មភាពនេះកើតឡើងឡើយ។

កំណត់សារពិសេស

យើងបានប្រាប់អ្នកថាការសម្ភាសន៍នូវការបញ្ជាក់ ឡើងវិញ គឺមិនត្រូវបានតម្រូវឡើយ។ ផ្អែកទៅលើការផ្លាស់ប្តូរដែលអ្នកបានប្រាប់ខោនធីអំពី **អ្នកឥឡូវនេះត្រូវការបំពេញ** ការសម្ភាសន៍នូវការបញ្ជាក់ឡើងវិញ ។

1. ដំណាក់កាលវិញ្ញាបនប័ត្រ CalFresh របស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
2. ការសម្ភាសន៍ត្រូវបានតម្រូវ។ ការសម្ភាសន៍ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយទូរស័ព្ទល្អៗត្រឹមត្រូវដោយសារពិការភាពសូមប្រាប់ទៅខោនធី ភ្លាមៗ។

ដំណាក់ការបន្ទាប់

1. សូមបំពេញពាក្យសុំទាំងស្រុងហើយត្រលប់ទៅខោនធីវិញនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែចុងក្រោយនៃរយៈពេលបញ្ជាក់៖ _____ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
កម្មវិធីយីតអាចបណ្តាលឱ្យមានការពន្យារពេលក្នុងការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍។
2. អ្នកក៏នឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ដាច់ដោយឡែកជាមួយនឹងកាលបរិច្ឆេទនិងពេលវេលាណាត់សម្ភាសន៍។ សូមទូរស័ព្ទទៅបុគ្គលិករបស់អ្នកភ្លាមបើអ្នកមិនទទួលបានលិខិត ណាត់ជួបក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
3. ប្រសិនបើអ្នកមិនរក្សាការណាត់ជួបដែលបានកំណត់នោះទេ វាគឺជា ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ពេលវេលាឡើងវិញ។
4. ប្រសិនបើអ្នករាយការណ៍នូវការផ្លាស់ប្តូរ ដូចជា ប្រាក់ចំណូល និងប្រាក់ចំណាយ **សមបញ្ចូលភស្តុតាង** ជាមួយនឹង ពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ភស្តុតាងនៃការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ត្រូវតែ ត្រលប់ទៅមិនយូរជាងចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលនៃការបញ្ជាក់ របស់អ្នក។ សូមប្រាប់ទៅខោនធីបើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

វិន័យសំខាន់

- ខោនធីនឹងប្រាប់អ្នកនៅពេលអ្នកត្រូវរាយការណ៍។ ពេល នោះអ្នកត្រូវតែបំពេញបែបបទរបាយការណ៍ដែលផ្តល់ ដោយខោនធី។
- ប្រសិនបើមានរឿងណាមួយដូចខាងក្រោមកើតឡើង អ្នកប្រហែលជាត្រូវរង់ចាំរហូតដល់ 30 ថ្ងៃមុនពេលមានវិធានការចុងក្រោយលើពាក្យសុំឡើងវិញ។ លើសពីនេះទៅទៀតអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ខ្លះៗ សម្រាប់ខែដំបូង នៃដំណាក់កាលបញ្ជាក់ថ្មីរបស់អ្នក។
 - អ្នកត្រូវបានគេប្រាប់ថាការសម្ភាសន៍មួយត្រូវបានទាមទារហើយអ្នកមិនបញ្ចប់ការសម្ភាសន៍ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីបញ្ចប់រយៈពេលបញ្ជាក់។
 - អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ឯកសារភស្តុតាងមុននឹងចុងបញ្ចប់នៃអំឡុងពេលការបញ្ជាក់របស់អ្នកឡើយ ។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលយកពាក្យសុំពីខោនធីនិងដើម្បីឱ្យខោន ធីទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ពាក្យសុំត្រូវតែចុះហត្ថលេខានិងមានយ៉ាងហោចណាស់ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាននិងហត្ថលេខារបស់អ្នក។
- អ្នក ឬអ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក មានសិទ្ធិដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ CalFresh ដោយការផ្តល់ឱ្យទម្រង់បំពេញ ដោយផ្ទាល់ តាមលិខិត តាមទូរសារ ឬ ដោយការបញ្ជូនណាផ្សេងទៀត ដែលមានក្នុងខោនធីរបស់អ្នក (អ៊ីមែល ឬតាមអនឡាញអេឡិចត្រូនិច នៅ ៖ <http://www.benefitscal.org>).
- ប្រសិនបើគ្រួសារអ្នកមានតែប្រាក់សន្តិសុខគ្រមប់ (Supplemental Security Income, SSI) សមាជិកអ្នក ឬអ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាត មានសិទ្ធិដាក់ពាក្យសុំ CalFresh នៅការិយាល័យរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ។

វិន័យ: វិន័យទាំងនេះអនុវត្តទៅលើ៖ CalFresh MPP ផ្នែក 63-300.3, 63-504.25, 63-504.251, 63-504.663-504.61។ អ្នកអាចពិនិត្យតាមអនឡាញឡើងវិញ នៅ cdss.ca.gov ឬ នៅការិយាល័យខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

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 បន្តប្រើរបស់អ្នក 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។

ផែនការត្រួសារ: 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 អំពីខ្លះ៖ 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