

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាពផ្តាច់  
ព្យួរទុកមួយរយៈ - សិទ្ធិទទួលហិរញ្ញវត្ថុ**

ខោនធី  
កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង: \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះករណី: \_\_\_\_\_  
លេខករណី: \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ: \_\_\_\_\_  
លេខអ្នកធ្វើការ: \_\_\_\_\_  
លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_  
អាស័យដ្ឋាន: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

[ ] [ ]  
[ ] [ ]

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

**សវនាការរដ្ឋ: ប្រសិនបើអ្នកជឿថាសកម្មភាពនេះ  
ខុស អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយ។  
ទំព័រលេខ 3 ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបធ្វើ។ អត្ថ  
ប្រយោជន៍របស់អ្នកមិនអាចផ្លាស់ប្តូរ  
បាន ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ  
មុននឹងសកម្មភាពនេះកើតឡើងឡើយ។**

**Medi-Cal:** ការជួយដំណឹងនេះមិនផ្លាស់ប្តូរ ឬ បញ្ឈប់  
អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ទេ។ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរ  
នៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់ កម្មករនិងទទួល  
បានសេចក្តីជូនដំណឹងមួយទៀត។  
**សូមរក្សាសារបណ្ណអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍ផ្លាស្តិករបស់អ្នក។**

**វិន័យ:** វិន័យទាំងនេះអនុវត្តទៅលើ: អ្នកអាចពិនិត្យ  
មើលវានៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក:+

**ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធរាប់បញ្ចូលបាន**

- 1. ចំនួនប្រាក់ចំណូលពីការងារឲ្យខ្លួនឯង \$ \_\_\_\_\_
- 2. ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង។
  - a. 40% ឌីកត ឬ - \_\_\_\_\_
  - b. ពិតប្រាកដ - \_\_\_\_\_
- 3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង = \_\_\_\_\_
- 4. ចំនួនសរុបប្រាក់សំអាងលើពិការភាពប្រាក់ចំណូល (DBI) (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ \_\_\_\_\_
- 5. \$500 DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើ #4 មានចំនួន ច្រើនជាង \$500) - \_\_\_\_\_
- 6. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាព ឬ = \_\_\_\_\_
- 7. ចំនួនប្រាក់ \$500 មិនបានប្រើប្រាស់ DBI មិនរាប់បញ្ចូល = \_\_\_\_\_
- 8. ចំនួនប្រាក់ចំណូលសរុប \$ \_\_\_\_\_
- 9. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង (ពីខាងលើ) + \_\_\_\_\_
- 10. ចំនួនសរុបរង = \_\_\_\_\_**
- 11. ចំនួនប្រាក់ \$500 មិនបានប្រើប្រាស់ (ពី #7) - \_\_\_\_\_
- 12. ចំនួនសរុបរង = \_\_\_\_\_**
- 13. មិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ចំណូល 50% - \_\_\_\_\_
- 14. ចំនួនសរុបរង = \_\_\_\_\_**
- 15. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាព (ពី #6) + \_\_\_\_\_
- 16. ប្រាក់ចំណូលមិនលើកលែងឲ្យបាន (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) + \_\_\_\_\_
- 17. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនបានប្រមូលដោយខោនធី + \_\_\_\_\_
- 18. ប្រាក់ចំណូលចំនួនសរុបសុទ្ធ = \_\_\_\_\_**

- 19. ការទូទាត់ជំនួយអតិបរិមា**  
 ជំនួយនៃការទូទាត់ អតិបរិមាសម្រាប់ \_\_\_\_\_  
 មនុស្ស (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ \_\_\_\_\_  
 តម្រូវការពិសេស (ជំនួយ អង្គភាព + សមាជិកអង្គភាពគ្មាន ជំនួយ) + \_\_\_\_\_
- 20. ការទូទាត់ជំនួយអតិបរិមា = \_\_\_\_\_**

**សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក**

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

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្ម  
គាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់  
និងនៅក្នុងរយៈពេលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុងសេ  
ចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំង  
នោះអ្នកត្រូវចូលទៅកាន់សកម្មភាព  
ដែលខោនធីប្រាប់អ្នកអោយចូលរួម។
- ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រដែល  
ខោនធីចំណាយពេល អ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្ត  
សវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នក  
ចូលរួមអ្នកអាចបញ្ឈប់សកម្មភាព។

**Cal-Learn:**

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

**ព័ត៌មានឯទៀត**

**សមាជិកនៃគំរោងថែទាំចាត់ចែង Medi-Cal:**  
សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាច  
បញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលបានសេវាកម្មពីផែនការសុខភាព  
ដែលបានគ្រប់គ្រង។ អ្នក អាចទាក់ទងទៅសេវាកម្ម  
សមាជិកភាពផែនការសុខភាពរបស់អ្នកប្រសិនបើ  
អ្នកមានសំណួរ។

**កុមារ និង/ឬ ការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ:** ភ្នាក់ងារ  
គាំទ្រកុមារក្នុងតំបន់នឹងជួយប្រមូលការគាំទ្រដោយ  
មិនគិតថ្លៃបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលុយជំនួយក៏  
ដោយ។ ប្រសិនបើពួកគេប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់  
អ្នក អ្នកនឹងបន្តធ្វើដូច្នោះលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ពួកគេ  
ឱ្យឈប់។ ពួកគេនឹងបញ្ជូនអ្នកនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភ  
បច្ចុប្បន្នដែលប្រមូលបានប៉ុន្តែនឹង រក្សាទុក  
ប្រាក់កម្ចីដែលហួសកាលកំណត់ដែលជំពាក់ស្រុក។

**ផែនការគ្រួសារ:** ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក  
នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកនៅ ពេលអ្នកស្នើសុំ។

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

**ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ  
មុននឹងសកម្មភាពអំពី Cash Aid, Medi- Cal,  
CalFresh, ឬ Child Care ចាប់ផ្តើមឡើយ:**

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងនៅដដែល  
នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវា Child Care របស់អ្នកនឹងនៅដដែល នៅ  
ពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅដដែល  
រហូតដល់ សវនាការប្តូរចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល  
វិញ្ញាបនបត្ររបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើត  
ឡើងមុន។

**ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយ  
ថាយើងត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់  
ជំនួយប្រាក់បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារ  
ដែលអ្នកទទួលបាន។** ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់  
អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូម  
ពិនិត្យមើលខាងក្រោម:

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

**ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់ការសម្រេច  
ចិត្ត:**

**សុខុមាលភាពការងារ:**

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។  
អ្នកអាចទទួលបានការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ  
និងសម្រាប់សកម្ម  
ភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេល  
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រ  
ផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នក នឹងមិនទទួល  
បានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូល  
ទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

**ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖**

- បំពេញទំព័រនេះ។
- តើចុះបាប់ចម្លងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរ អ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានច្បាប់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- សូមធ្វើ ឬយកទំព័រនេះទៅ៖

**ឬ**

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

**ដើម្បីទទួលជំនួយ៖** អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងចុះបាប់នៅតាម លេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងចុះបាប់ដោយមិន អស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងចុះបាប់មូលដ្ឋាន 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
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ
ហត្ថលេខា		ស៊ីបកូដ
ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទំព័រនេះ		កាលបរិច្ឆេទ
		លេខទូរស័ព្ទ

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាតរបស់ ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តឬសាច់ ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	ស៊ីបកូដ