

**សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព
(បន្ត)**

ការទូទាត់ក្រោមចំនួនជាប់ជំពាក់
(សម្រាប់ការទូទាត់ក្រោមចំនួនចំ ឬ ក្រោយពី
6-1-2020)

ខោនធី

កាលបរិច្ឆេទទេជូនដំណឹង: _____
 ឈ្មោះករណី: _____
 លេខករណី: _____
 ឈ្មោះអ្នកផ្ទេរការ: _____
 លេខអ្នកផ្ទេរការ: _____

**ខែនិងឆ្នាំនៃការទូទាត់ក្រោមចំនួន
ផ្នែក A. ប្រាក់ចំណូលរាប់បាន ខែ _____**

1. ប្រាក់ចំណូលដោយខ្លួនឯង	\$			
2. ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង។				
a. 40% ឧទាត	-			
ឬ				
b. ពិតប្រាកដ	-			
3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការងារដោយខ្លួនឯង	=			
4. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបានដោយផ្អែកលើ ភាពពិការ (Disability-Based Unearned Income, DBI) (អង្គភាពជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានជំនួយ	\$			
5. \$500 DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើ #4 មានចំនួនលើសពី \$500)	-			
6. ប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាពមិនលើកលែងបាន ឬ	=			
7. មិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ DBI មិនបានប្រើ	=			
8. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីការងារដោយខ្លួនឯង (ពីខាងលើ)	+			
9. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលឯទៀត	+			
10. ចំនួនប្រាក់ \$500 មិនបានប្រើប្រាស់ (ពី #7)	-			
11. ចំនួនសរុបរង	=			
12. មិនរាប់បញ្ចូលបុរាណប្រាក់ចំណូល 50%	-			
13. ចំនួនសរុបរង	=			
14. ប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាពមិនលើកលែងបាន (ពី #6)	+			
15. ចំនួនសរុបរង	=			
16. ប្រាក់ចំណូលមិនលើកលែងឲ្យបាន (អង្គភាពជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានជំនួយ)	+			
ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធរាប់បញ្ចូលបាន	=			

ផ្នែក B. ជំនួយបុរេសុទ្ធផ ខ្មែរ

1. ជំនួយអតិបរិមា _____ ជន (អង្គភាពជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានជំនួយ)	\$			
2. តម្រូវការពិសេស (អង្គភាពជំនួយ + សមាជិកអង្គភាពគ្មានជំនួយ)	+			
3. ចំនួនសរុបនៃប្រាក់ចំណូលអាចរាប់បានពីផ្នែក A	-			
4. ចំនួនសរុបរង	=			
5. ជំនួយអតិបរិមា _____ ជន (តែអង្គភាពជំនួយប៉ុណ្ណោះ) (មិនរាប់បញ្ចូលជនជាប់ពិន័យ)	\$			
6. តម្រូវការពិសេស (ជំនួយអង្គភាពគ្មានជំនួយ)	+			
7. ចំនួនជំនួយអតិបរិមាសរុបរង	=			
8. ចំនួនរងប្រាក់ជំនួយពេញក្នុងមួយខែ (ចំនួនទាបបំផុតលើបន្ទាត់ទី 4 ឬ ទី 7)	=			
9. បន្ទាត់ទី 8 បានលៃតាមចំនួនសម្រាប់ផ្នែកនៃខែ	=			
10. ការលៃសម្រួល 25% ពិន័យប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ	-			
ពិន័យឯទៀត	-			
ការទូទាត់លើសចំនួន	-			
ដាក់បញ្ចូលពិន័យ Cal-Learn	-			
បញ្ចូលប្រាក់រង្វាន់សាលា (\$100 ឬ \$500)	+			
11. ចំនួនសាច់ប្រាក់ជំនួយ (បន្ទាត់លេខ 8 ឬ 9 ត្រូវបានលៃសម្រួល)	\$			
12. ការទូទាត់ក្រោមចំនួន				
កែសំរួលចំនួនជំនួយប្រាក់សុទ្ធ	\$			
ការទូទាត់ជំនួយប្រាក់សុទ្ធបានទូទាត់ទៅអ្នក	-			
 ចំនួនសរុបរង	=			
13. ការទូទាត់ជំនួយប្រាក់សុទ្ធបានទូទាត់ទៅអ្នក	\$			
គាំទ្រការទូទាត់បានប្រមូលសម្រាប់អ្នក	-			
 ចំនួនសរុបរង	=			
14. ចំនួននៃការទូទាត់ក្រោមចំនួនសម្រាប់ខែនីមួយៗ	=			

ចំនួនសរុបការទូទាត់ក្រោមចំនួន (រាល់ខែ) \$ _____

វិន័យ: វិន័យទាំងនេះអនុវត្តទៅលើ: អ្នកអាចពិនិត្យមើលវានៅឯ
ការិយាល័យសុខុមាលភាព: MPP 44-340, SB 80 (ជំពូក
27 លក្ខន្តិកៈនៃឆ្នាំ 2019)។

**សវនាការរដ្ឋ: ប្រសិនបើអ្នកជឿថាសកម្មភាពនេះខុស
អ្នកអាចស្នើសវនាការមួយ។ ទំព័រលេខ 3
ប្រាប់អំពីរបៀបធ្វើ។**

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។
- តើចុះបាច់ម្តងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានច្បាប់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- សូមធ្វើ ឬយកទំព័រនេះទៅ៖

ឬ

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

ដើម្បីទទួលជំនួយ៖ អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងចុះបាច់នៅតាមលេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងចុះបាច់ដោយមិនអស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងចុះបាច់មូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទៅសវនាការតែម្នាក់ទេ អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិឬនរណាមកជាមួយអ្នក។

សំណើសុំសវនាការទាំងមូល

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

ដនេះគឺជាមូលហេតុ៖ _____

- ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម គូសកន្លែងនេះហើយបន្ថែមទំព័រមួយ។
- ខ្ញុំត្រូវការរដ្ឋផ្តល់អ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំទេ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែឱ្យអ្នកនៅពេលសវនាការបានទេ។)

ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

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

- ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្តភក្តិឬសាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង
	រដ្ឋ
	ស៊ីបកូដ