

របាយការណ៍នៃការប្រែប្រួលក្នុងសមាជិកគ្រួសារនៃកម្មវិធី CALFRESH (CF 377.5 CR)

ការណែនាំ ៖

អ្នកត្រូវតែធ្វើរបាយការណ៍នៃការប្រែប្រួលជាក់លាក់ (សំនួរ 1 - 6) ក្នុងអំឡុងពេល 10 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដឹងពីការប្រែប្រួល ។ អ្នកអាចធ្វើរបាយការណ៍លើទម្រង់នេះ, ដោយផ្ទាល់ខ្លួន, ឬ ដោយទូរស័ព្ទមកលេខខាងក្រោម ។ បើអ្នកប្រើទម្រង់នេះ អ្នកត្រូវបំពេញតែផ្នែកដែលទាក់ទងនឹងការប្រែប្រួលទាំងឡាយ ដែលអ្នកធ្វើរបាយការណ៍ ។ បើអ្នកមានសំនួរផ្សេងៗអំពីការប្រែប្រួលអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

អ្នកធ្វើការ ៖

ទូរស័ព្ទ ៖

1 ការប្រែប្រួលប្រាក់ចំណូល

- A. តើប្រភពនៃចំណូលប្រាក់ការបេសគ្រួសារអ្នកប្រែប្រួល ឬឡើង ឬចុះលើសពី\$50.00, ដូចជា ៖ អ្នកបានទទួល \$250.00 ខែមុន ហើយអ្នកបានទទួល \$301.00 ខែនេះ? បើឆ្លើយ បាទ/ចាស, បំពេញ 1 (C) ខាងក្រោម ។
B. តើប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលបានសំរាប់សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ប្រែប្រួល ឬឡើង ឬចុះលើសពី \$100.00? បើឆ្លើយ បាទ/ចាស, បំពេញ 1 (C) ខាងក្រោម ។
C. បើឆ្លើយ បាទ/ចាស ទៅ 1 (A) ឬ 1 (B) ខាងលើ ចូរសរសេរសរសរណ៍ប្រាក់ចំណូលទាំងអស់របស់សមាជិកគ្រួសារអ្នក ។ ភ្ជាប់កន្ទុយសែក ឬក៏ស្កតានៃប្រាក់ចំណូលផ្សេងៗ ។ សំរាប់ប្រាក់ចំណូលដទៃៗទៀត សូមភ្ជាប់ក៏ស្កតានៃមកជាមួយពេលណាមានការប្រែប្រួលត្រូវបានរាយការណ៍ ។ បើមាននរណាម្នាក់ជាអ្នកមានអាជីពដោយខ្លួនឯង រាយមុខវត្ថុចំណាយសំរាប់អាជីព ក្នុងក្រុងសមួយដោយឡែកហើយភ្ជាប់មកជាមួយនូវក៏ស្កតានៃប្រាក់ចំណូល និងចំណាយ ។

Table with 5 columns: ឈ្មោះ, ប្រភព (បើជាចំណូល ចូររាយឈ្មោះនិយោជក), ចំនួន (មុនពេលការកាត់ផ្សេងៗ), តើបានទទួលញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?, កាលបរិច្ឆេទប្រែប្រួល

2 សមាសភាពនៃគ្រួសារប្រែប្រួល

Table with 5 columns: ការប្រែប្រួល, បាទ/ចាស, កាលបរិច្ឆេទប្រែប្រួល, បើឆ្លើយ បាទ/ចាស, ផ្តល់ឈ្មោះជននោះ ទំនាក់ទំនង ហើយពន្យល់ពីការប្រែប្រួល ។
A. តើមាននរណាម្នាក់ផ្លាស់លំនៅទីលំនៅនៅក្នុងផ្ទះជាមួយអ្នក ឬទេ រួមទាំងទារកទើបកើតថ្មី?
B. តើមាននរណាម្នាក់ផ្លាស់លំនៅទីលំនៅនៅចេញពីផ្ទះអ្នកឬមរណៈភាព?
C. តើអ្នកផ្លាស់លំនៅទីលំនៅជាមួយជនណាផ្សេងទៀតឬ?
D. តើមាននរណាម្នាក់រៀបការឬទេ?
E. តើមាននរណាម្នាក់ក្លាយជាពិការ ឬចុះស្បើយឡើងវិញពីពិការភាពអ្វីមួយឬទេ?
F. តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានសន្តិសុខសង្គមថ្មីឬទេ? បើឆ្លើយ បាទ/ចាស, សូមភ្ជាប់ក៏ស្កតាន ។

3 ប្រភពប្រែប្រួល

តើចំនួនសរុបនៃប្រាក់សុទ្ធដែលគ្រួសារអ្នកមានក្នុងដៃ, ប្រាក់ក្នុងគណនីសំរាប់ចាយ និង/ឬក្នុងគណនីសន្សំ, ក្នុងស្តុក, សញ្ញាប័ណ្ណ, ជាដើម ។ល។ មានរហូតដល់ ឬលើសពី \$2000 ឬក៏ \$3250 សំរាប់គ្រួសារដែលមានសមាជិកម្នាក់ពីការ ឬមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាង? បើឆ្លើយ បាទ/ចាស, ចូរបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ៖

Table with 3 columns: រាយឈ្មោះវត្ថុនិមួយៗ, ចំនួន, កាលបរិច្ឆេទប្រែប្រួល

4 ព័ត៌មានអំពី ABAWD ដែលត្រូវតែរាយការណ៍

ខ្ញុំចង់រាយការណ៍នូវការប្រែប្រួលដែលមនុស្សធំអាចធ្វើការដោយគ្មានអ្នកក្រោមបន្ទុក [Able-Bodied Adult without Dependents (ABAWD)] សំរាប់គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ។

ចំនួនម៉ោងបានធ្វើការ ឬក្នុងហ្វឹកហ្វឺនការងារត្រូវបានធ្លាក់ចុះពី 20 ម៉ោង មួយអាទិត្យ ឬ 80 ម៉ោងក្នុងមួយខែ ទៅជា _____ ម៉ោងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬ _____ ម៉ោងក្នុងមួយខែ ។

ក្នុងអាទិត្យ (ច្រើន) នៃ _____

ក្នុងខែ (ច្រើន) នៃ _____

ឈ្មោះ ជន (ច្រើន) ដែលធ្វើការ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក _____

ពន្យល់ពីអ្វីដែលបានកើតឡើង _____

* ការផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) គឺត្រូវដោយ 7 U.S. ក្រមផ្នែក 2025E ។ ជនណាក៏ដោយដែលបដិសេធមិនផ្តល់លេខ សន្តិសុខសង្គម SSN នឹងត្រូវដកហូតសិទ្ធិមិនឲ្យទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ។ លេខ SSNs នឹងត្រូវប្រើសំរាប់ពិនិត្យអត្តសញ្ញាណដើម្បីការពារមិនឲ្យមានការទទួលបានជំនួយជាន់គ្នា និងសំរាប់បញ្ជាក់នូវលក្ខណសម្បត្តិ និងជំនួយផងដែរ ។ លេខ SSNs នឹងត្រូវប្រើសំរាប់ផ្តល់ជំនួយក្នុងកំឡុងដើម្បីពិនិត្យប្រាក់ចំណូល និងប្រភពនានាជាមួយបញ្ជីមកពីជនដទៃ, វិលវិញ, ការងារ, ក្រសួងអភិបាលកិច្ចសន្តិសុខសង្គម និងទីភ្នាក់ងារដទៃទៀត ។ ភាពខុសគ្នាប្រហែលត្រូវពិនិត្យជាមួយនិយោជក, ធនាគារ, ឬអ្នកផ្សេងទៀត ។ ការចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី CalFresh ដោយក្លែងបន្លំអាចបណ្តាលជាឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬនាំឲ្យមានបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី ឬការទាមទារផ្នែករដ្ឋបាល ។

៥ ការប្រែប្រួលនៃថ្លៃឈ្នួលទីជម្រក និងអាសយដ្ឋាន

- A. តើអ្នកមានអាសយដ្ឋានថ្មីសំបុត្រថ្មី ឬលេខទូរស័ព្ទ ឬតើអ្នកមានគម្រោងនឹងផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅឬទេ? បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**, បំពេញ ៥C, ៥D និង ៥E ។
- B. តើអ្នកបានផ្លាស់ទីលំនៅឬ? បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**, បំពេញ ៥ C, ៥ D និង ៥ E ។
- C. តើមាននរណាផ្សេងទៀតរស់នៅតាមអាសយដ្ឋាននេះឬទេ? បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**, ផ្តល់ឈ្មោះ(ប្រើ) និងទំនាក់ទំនង ៖ _____
- D. ដាក់អាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នក និង/ឬលេខទូរស័ព្ទខាងក្រោម ហើយដាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រែប្រួលត្រង់នេះ ៖ _____

| | | | | | |
|---------------------------------|----------|-----------------|--|----------|---------------------------|
| អាសយដ្ឋានចុះ (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ) | | | អាសយដ្ឋានថ្មីសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)(លេខផ្ទះ និងផ្លូវ) | | |
| ក្រុង | ស៊ីបខ្នង | លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ | ក្រុង | ស៊ីបខ្នង | លេខទូរស័ព្ទសំរាប់ទូរស័ព្ទ |

E. តើថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ ឬថ្លៃគ្រឿងទឹកភ្លើងរបស់អ្នកប្រែប្រួលឬទេ ពេលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ? បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**, បំពេញ 1, 2 និង 3 ខាងក្រោម ៖

1. ដាក់ចំនួនថ្លៃឈ្នួលផ្ទះនិមួយៗដែលអ្នក មាន ។
2. បើអ្នកមានថ្លៃឈ្នួលសំរាប់គ្រឿងទឹកភ្លើង សូមគូសក្នុងប្រអប់ ។
សំរាប់គ្រឿងទឹកភ្លើងនិមួយៗដែលអ្នក មាន ។
3. តើមាននរណាម្នាក់ដែលមិននៅក្នុងកម្មវិធី CalFresh នៃគ្រួសាររបស់អ្នក ជួយបង់ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ ឬថ្លៃគ្រឿងទឹកភ្លើងដល់អ្នកដែរឬទេ? បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**, បំពេញ 3a, b និង c ។
 - a. ដាក់ចំនួនថ្លៃឈ្នួលផ្ទះសរុបដែលបានបង់
ដោយសមាជិកគ្រួសារក្នុងកម្មវិធីCalFresh ៖ \$ _____
 - b. ដាក់ចំនួនថ្លៃគ្រឿងទឹកភ្លើងសរុបដែលបានបង់
ដោយសមាជិកគ្រួសារក្នុងកម្មវិធីCalFresh ៖ \$ _____
 - c. ផ្តល់ឈ្មោះជនមួយរូបដែលបានបង់ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ ហើយ បើគេបានបង់ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ
និង/ឬថ្លៃគ្រឿងទឹកភ្លើង ៖ _____

| | |
|--|---|
| ថ្លៃជួលផ្ទះ ឬនិក្ខេប ៖ \$ | ពន្ធអចលនទ្រព្យ ឬការធានារ៉ាប់រង ៖ \$ (បើមិនមានក្នុងប្រាក់និក្ខេប) |
| ទឹកភ្លើង | ទឹកភ្លើង |
| ឧស្ម័ន ឬប្រេង <input type="checkbox"/> | សំរាម ឬសំណល់ <input type="checkbox"/> |
| អគ្គិសនី <input type="checkbox"/> | ទឹក <input type="checkbox"/> |
| ទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> | ទឹកស្អុយ <input type="checkbox"/> |
| ថ្លៃដាក់គ្រឿងទឹកភ្លើង <input type="checkbox"/> | ផ្សេងៗទៀត (សូមបញ្ជាក់) <input type="checkbox"/> |

៦ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមាររបស់ដោយសមាជិកគ្រួសារ

តើមានសមាជិកណាមួយពីគ្រួសារទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh មានកាតព្វកិច្ចស្របច្បាប់បង់ថ្លៃឧបត្ថម្ភកុមារសំរាប់កុមារនានាដែលមិនរស់នៅក្នុងគ្រួសារ ឬជាមួយក្រុមគ្រួសារ ។ ភ្ជាប់ភ័ស្តុតាងនៃដីកាបញ្ជា ឬដីកាបញ្ជាដែលមានបញ្ជីពីការគំរុយឲ្យបង់សំរាប់ឧបត្ថម្ភ និងផ្តល់ចំនួនបានបង់ ។ បើមានការប្រែប្រួលក្នុងចំនួននៃកាតព្វកិច្ចឧបត្ថម្ភស្របច្បាប់ សូមភ្ជាប់ភ័ស្តុតាងនៃចំនួនប្រែប្រួល ។

| | | | |
|-------------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| នរណាបានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ | បានបង់ទៅឲ្យនរណា | ចំនួនបានបង់ | កាលបរិច្ឆេទបានបង់ |
| | | | |

៧ ការប្រែប្រួលនៃការចំណាយលើការមើលថែទាំអ្នកនៅក្រោមបន្ទុក

ជម្រើស - បើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលធ្វើការ, កំពុងរកការងារធ្វើ, ឬកំពុងសិក្សា, មានកំណើនក្នុងការបង់ថ្លៃមើលថែទាំអ្នកនៅក្រោមបន្ទុក ឬបង់ថ្លៃមើលកុមារតាំងពីបានរាយការណ៍នាពេលចុងក្រោយមក, សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះ ។

តើចំនួនដែលបានបង់ប៉ុន្មាន ៖ \$ _____ នរណាជាអ្នកបង់ ៖ _____

រាយឈ្មោះកុមារ/(ច្រើន) ៖ _____

៨ ការចំណាយថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រ (សំរាប់សមាជិកគ្រួសារដែលពិការ ឬមានអាយុ 60ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង)

ជម្រើស - បើ សមាជិកគ្រួសារដែលពិការ ឬមានអាយុ 60ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងមានការចំណាយថ្លៃ ឬកំណើនសំរាប់វេជ្ជសាស្ត្រ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ដោយបញ្ជាក់ការណែនាំនេះអាចបង្កើនប្រាក់ចំណែករបស់អ្នក ។ បើការចំណាយថ្លៃ ឬមានកំណើនលើសពី \$25, សូមភ្ជាប់ភ័ស្តុតាង ។

| | | | | | |
|---------------|------------------|-------|---------------|------------------|-------|
| នរណាបានចំណាយ? | ប្រភេទនៃការចំណាយ | ចំនួន | នរណាបានចំណាយ/ | ប្រភេទនៃការចំណាយ | ចំនួន |
| | | \$ | | | \$ |

៩ ការប្រែប្រួលបណ្តោះអាសន្ន

តើអ្នកគិតថាការប្រែប្រួលក្នុងសំនួរទី ① រហូតដល់ទី ⑥ គឺបណ្តោះអាសន្ន? បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**, ចូរពន្យល់ ។

ការបញ្ជាក់

- ខ្ញុំយល់ថាការខកខានមិនធ្វើរបាយការណ៍ព័ត៌មាន ឬមានចេតនាផ្អែមបោកប្រាសនៃអង្គហេតុអាចបណ្តាលឲ្យមានការកាត់ទោសស្របច្បាប់មានការដាក់ទណ្ឌកម្ម ជាពិន័យ, ជាប់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ ។ ការដាក់ទណ្ឌកម្មអាចបណ្តាលឲ្យគេដកហូតសិទ្ធិមិនឲ្យទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh, ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 និងជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ។ ការដាក់ទណ្ឌកម្មដោយដកហូតសិទ្ធិមិនឲ្យទទួលបានជំនួយ 12 ខែ សំរាប់បទល្មើសលើកទីមួយ, 24 ខែ សំរាប់បទល្មើសលើកទីពីរ, និងត្រូវដកហូតសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍សំរាប់បទល្មើសលើកទីបី ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានពេលវេលា 10 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះសំរាប់ប្រាប់អ្នកធ្វើការរបស់ខ្ញុំអំពីការប្រែប្រួលក្នុងសមាជិកគ្រួសារខ្ញុំ (សំនួរទី 1 - 6 តែប៉ុណ្ណោះ)។
- ខ្ញុំយល់ថាអង្គហេតុទាំងឡាយដែលខ្ញុំបានរាយការណ៍នឹងត្រូវផ្តល់ និងផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយបុគ្គលិកធ្វើការតាមមូលដ្ឋាន, រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ។
- ខ្ញុំយល់ថា សមាជិកគ្រួសារ, សមាជិកជាមនុស្សពិការណាម្នាក់(ទោះជាគ្រួសារលំនៅចេញក៏ដោយ) អ្នកជួយឧបត្ថម្ភនៃសមាជិកគ្រួសារជាជនបរទេស, ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់គេហាជននៅក្នុងស្ថានភាពមានសក្តានុពលសម្បត្តិអាចគំរុយឲ្យបង់សងវិញនូវប្រាក់ជំនួយក្រៅនានាដែលសមាជិកគ្រួសារមិនគួរនឹងត្រូវបានទទួល ទោះបីជាការនោះកើតឡើងដោយកំហុសរបស់ខោនធីក៏ដោយ ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិសុំធ្វើសវនកម្មរដ្ឋមួយអំពីសកម្មភាពនានាដោយក្រសួងអីលហ្វែរខោនធី ។
- ខ្ញុំសូមប្រកាសថាអង្គហេតុនានាដែលមានក្នុងរបាយការណ៍នេះគឺពិត, ត្រឹមត្រូវ និងចប់សព្វគ្រប់ ។

| | |
|---|-------------|
| ហត្ថលេខា (សមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់) | កាលបរិច្ឆេទ |
| ហត្ថលេខ (កសិណសាក្សី បើចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាខ្វែង) | កាលបរិច្ឆេទ |