STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

កិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់នៃកម្មវិធី CALFRESH សំរាប់តែកំហុសគ្រួសារដោយចៃដន្យ

ឈ្មោះ	លេខសំណុំរឿង
	អ្នកធ្វើការ
	ឈ្មោះសំណុំរឿង
អាសយដ្ឋាន	

ប្រការ និងល័ក្ខខ័ណ្ឌនានា

អ្នក ឬសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកបានធ្វើខុស ។
អ្នកត្រូវតែបង់សងវិញនូវជំនួយបន្ថែមនៃកម្មវិធី CalFresh ដោយប្រើរបៀបមួយ ឬច្រើនដូចមានរាយខាងក្រោម ៖

1. **បង់សងទាំងដុលតែម្តង** - អ្នកអាចបង់សងក្នុងចំនួនពេញទាំងអស់ដែលជំពាក់តែម្តង ជាប្រាក់សុទ្ធ និង/ឬពីជំនួយ CalFresh ។
2. **ការកាត់បន្ថយពីជំនួយ** - បើសិនជាអ្នកកំពុងទទួលជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ឥឡូវនេះ អ្នកអាចបង់សងវិញដោយកាត់បន្ថយជំនួយពីគ្រួសាររបស់អ្នកទាំងស្រុង ឬភាគខ្លះនៃចំនួនដែលជំពាក់ ។ ការបង់សងរបៀបនេះនឹងត្រូវដក់យកចំនួន 10% នៃជំនួយប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬ $10 ក្នុងមួយខែៗ ឬចំនួនណាមួយដែលច្រើនជាង ។
3. **ការបង់សងបណ្តាក់** - អ្នកអាចបង់សងវិញចំនួនជំពាក់ក្នុងមួយខែម្តងៗ ជាប្រាក់សុទ្ធ និង/ឬពីជំនួយ CalFresh ។
4. **ការសងតាមដីកាបញ្ជា**

☐ តុលាការ ឬថៅក្រមរដ្ឋបាលបានចេញដីកាបញ្ជាឲ្យអ្នកបង់សងវិញតាមចំនួនបង្ហាញខាងក្រោម ។ ប្រការនៃការបង់សងនេះមិនអាចកែប្រែដោយអ្នក ឬដោយខោនធីឡើយ ។

បើសិនជាយើងមិនទាន់បាននិយាយជាមួយអ្នក អំពីប្រការនានា នៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ឬបើសិនជាអ្នកមានសំនួរផ្សេងៗ សូមទូរស័ព្ទមកការិយាល័យសុខុមាលភាពផ្នែកទារប្រាក់តាមលេខ ______________________________ ។

បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញ ហើយចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងនេះរួចហើយ សូមផ្ញើសំណៅចំឡងទាំងអស់មកខោនធីតាមស្រោមសំបុត្របានផ្តល់ជូនស្រាប់ ។ <u>កុំផ្ញើប្រាក់សុទ្ធមកជាមួយកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ។</u> ពេលណាត្រូវបានយល់ព្រមពីខោនធី សំណៅចំឡងមានចុះហត្ថលេខានៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះនឹងផ្ញើទៅឲ្យអ្នក ។

កិច្ចព្រមព្រៀង

ខ្ញុំ, ____________________________________ , យល់អំពីកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ គឺរវាងខ្ញុំ និង ________________ ខោនធីពីព្រោះជំនួយបន្ថែមនៃកម្មវិធី CalFresh ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ $ ___________ ត្រូវបានចេញទៅឲ្យអ្នក ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់សងចំនួននេះវិញតាមរបៀបនានា ដូចមានគូសខាងក្រោម ៖

☐ **ការបង់សងទាំងដុលតែម្តង**

- ☐ ខ្ញុំនឹងបង់សង ទាំងដុលតែម្តងជាប្រាក់សុទ្ធក្នុងចំនួន $ ___________ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃ ____________________ ។
- ☐ ខ្ញុំនឹងបង់សង ទាំងដុលតែម្តងជាប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh បង់សងក្នុងចំនួន $ ____________ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃ ______________________ ។

☐ ការកាត់បន្ថយពីជំនួយ

- ☐ ខ្ញុំនឹងបង់សងតាមរយៈការកាត់បន្ថយប្រាក់ជំនួយរបស់គ្រួសារខ្ញុំដោយការកាត់យកចំនួន $____________ រៀងរាល់ខែ ចាប់ផ្តើមនៅ ______________ ។

☐ ការបង់សងបណ្តាក់

- ☐ ខ្ញុំនឹងបង់សងជាប្រាក់តាមការសងបណ្តាក់មួយខែៗក្នុងចំនួន $___________ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃទី _________ នៃខែនិមួយៗ ចាប់ផ្តើមនៅ ______________ ។
- ☐ ខ្ញុំនឹងបង់សង ពីប្រាក់ជំនួយរបស់កម្មវិធី CalFesh ក្នុងចំនួន $___________ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃទី ________ នៃខែនិមួយៗ ចាប់ផ្តើមនៅ ______________ ។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹង និងព្រមព្រៀងថា ៖

1. កាលវិភាគនៃការបង់ប្រាក់សងរបស់ខ្ញុំគឺផ្អែកលើលទ្ធភាពនៃការបង់សងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំដូចតាមការគណនាដោយខោនធី ។ ការប្រែប្រួលណាមួយក្នុងលទ្ធភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការបង់សងអាចប្រែប្រួលដល់ការបង់សងប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំ ។
2. បើសិនជាមានអ្វីមួយប្រែប្រួល ខ្ញុំអាចសុំឲ្យខោនធីគណនាឡើងវិញនូវប្រការដែលបានគូសខាងលើ ។
3. បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់សងតាមការព្រមព្រៀងនោះទេ ហើយខ្ញុំមិនបានទទួលកាលវិភាគនៃការបង់សងថ្មី ខោនធីអាចសុំថាចំនួនប្រាក់ជំពាក់ត្រូវតែបង់សងឥឡូវនេះ ។
4. បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់សងតាមការព្រមព្រៀងនោះទេ ហើយខោនធីប្តឹងខ្ញុំដើម្បីប្រមូលចំនួនប្រាក់បានជំពាក់ ខ្ញុំអាចត្រូវឲ្យបង់សងថ្លៃឈ្នួលប្រមូលប្រាក់, ថ្លៃមេធាវី, និងថ្លៃតុលាការ ។
5. បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់សង ខោនធីអាចយកប្រាក់សំណងពន្ធប្រចាំឆ្នាំពីរដ្ឋ/សហព័ន្ធ របស់ខ្ញុំ ហើយ/ឬសុំឲ្យតុលាការរឹបអូសយកប្រាក់បៀវត្សរ៍ ឬចលនទ្រព្យនានាដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ។
6. ខ្ញុំនឹងត្រូវរងការប្រមូលយកប្រាក់ដោយអចេតនា បើសិនជាគេមិនបានទទួលប្រាក់បង់សងនោះតាមកាលបរិច្ឆេទ ហើយប្រាក់នោះក្លាយជាហួសកាលកំណត់ ។
7. បើសិនជា កំហុសគ្រួសារដោយចៃដន្យ តែក្រោយមកត្រូវគេរកឃើញថាជាចេតនាល្មើសលើកម្មវិធី ទណ្ឌកម្មនានានិងត្រូវអនុវត្តន៍ ទោះជាខ្ញុំបង់សងវិញនូវអ្វីដែលខ្ញុំជំពាក់ក៏ដោយ ។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	ខោនធី

To be completed by the county: ***(សំរាប់បំពេញដោយខោនធី ៖)***

The above signed Agreement has been accepted by ____ on ________________________
Date

for ______________________ County. Payments should be made at:

____
(Signature of Authorized County Official)