

សេចក្តីជូនដំណឹងការចេញប្រាក់លើសនៃកម្មវិធី CALFRESH សំរាប់តែកំហុសរដ្ឋបាល (AE)

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖ _____
 សំណុំរឿង ៖ _____
 ឈ្មោះ ៖ _____
 លេខ ៖ _____
 អ្នកធ្វើការ ៖ _____
 ឈ្មោះ ៖ _____
 លេខ ៖ _____
 ទូរស័ព្ទ ៖ _____
 អាសយដ្ឋាន ៖ _____

(ADDRESSEE)

សវនាការរដ្ឋ ៖ បើសិនជាអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស អ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការរដ្ឋមួយបាន ។ ព័ត៌មានខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ ប្រាប់អ្នកពីរបៀបសុំធ្វើសវនាការ ។ ជំនួយរបស់អ្នកប្រហែល ជាមិនមានប្រែប្រួលទេ បើសិនជាអ្នកសុំធ្វើសវនាការ មុនពេលសកម្មភាពនេះកើតឡើង ។

ប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ច្រើនលើសចំនួនត្រូវបានចេញទៅឲ្យ ៖

ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ។

គ្រួសារដែលអ្នកបានជួយឧបត្ថម្ភ ។

នេះជាមូលហេតុ ៖

ប្រាក់ចំណូលរកបានដែលមិនរាយការណ៍មិនអាចមានគុណសម្បត្តិសំរាប់ឲ្យ កាត់បន្ថយ 20% បានទេ ។

\$ _____ នៃប្រាក់ជំនួយបន្ថែមពីកម្មវិធី CalFresh ត្រូវបានចេញសំរាប់រយៈ ពេល _____ ។

គ្រួសារបានទទួលចំនួន \$ _____ នៃប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ។

គ្រួសារបានទទួលតែចំនួន \$ _____ នៃប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ។

\$ _____ (ជំនួយបន្ថែមពីកម្មវិធី CalFresh) គឺជាចំនួនដែលអ្នកបានទទួល ដកពីចំនួនដែលអ្នកត្រូវបានទទួល ។

ចំនួននេះត្រូវបានកាត់បន្ថយចំនួន \$ _____ ដោយសារយើងបានទទួល ប្រាក់បង់សងជាផ្នែកនៃចំនួនដំណាក់ ។ ឥឡូវអ្នកនៅដំណាក់ចំនួន \$ _____ ។

អានអំពីរបៀបដែលយើងគណនាចំនួនប្រាក់ជំនួយបន្ថែមអ្នកបានទទួលនៅក្នុង ក្រដាសបញ្ជីការដែលមកជាមួយសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។

ការបង់ប្រាក់សង អ្នកត្រូវតែបង់សងប្រាក់ជំនួយបន្ថែមពីកម្មវិធី CalFresh ។

1. អ្នកអាចបង់ប្រាក់សងពីជំនួយបន្ថែមនៃកម្មវិធី CalFresh ទាំងអស់តែម្តង ឬ បំពេញ, ចុះហត្ថលេខា ហើយ រៀបចំ ម្រង់កិច្ចព្រមព្រៀងបង់ប្រាក់សង [Repayment Agreement (CF 377.7E1)] ហើយបង់តាមកិច្ចសន្យា ឬ
2. បើសិនជាអ្នកមិនចុះហត្ថលេខា ហើយ រៀបចំ ម្រង់កិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានចុះក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ចំនួននៃប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh អ្នកទទួលនឹងត្រូវបន្ថយចំនួន _____% ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។
 - អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវតែប្រើប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី SSI ដែលអ្នកទទួលបានដើម្បី បង់សងប្រាក់ដែលគេចេញឲ្យលើសនេះទេ ។
 - ការប្រមូលប្រាក់មកវិញនឹងធ្វើឡើងពីគ្រប់មនុស្សធំទាំងអស់នៅក្នុង គ្រួសារ ពេលណាមានការចេញប្រាក់ឲ្យលើសរបៀបនេះកើតឡើង ។
 - បើសិនជាអ្នក មិនបានទទួលប្រាក់ពីកម្មវិធី CalFresh ទេ ការចេញប្រាក់ឲ្យលើស AE របស់អ្នក ត្រូវតែបង់សងវិញ បើសិនជាប្រាក់ចេញឲ្យលើសនោះមានចំនួន លើសពី \$125 ។

ប្រហែលមានសកម្មភាពប្រមូលប្រាក់មកវិញ ៖

- កិច្ចព្រមព្រៀងបង់ប្រាក់សងរបស់អ្នកគឺផ្អែកលើលទ្ធភាពនៃការបង់សងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដូចតាមការគណនាដោយខោនធី ។ ការប្រែប្រួលណាមួយក្នុងលទ្ធភាពរបស់អ្នកក្នុងការបង់សងអាចប្រែប្រួលដល់ការបង់សងប្រចាំខែរបស់អ្នក ។
- បើសិនជាអ្នកមិនបង់សងវិញទេ ខោនធីអាចប្រើមធ្យោបាយផ្សេងទៀត ដើម្បីប្រមូលប្រាក់ដំណាក់នោះមកវិញ ដូចជាតាមរយៈតុលាការ តាមរបៀបទំនាក់ទំនង ប្រមូលប្រាក់ដទៃទៀត ហើយតាមសកម្មភាពប្រមូលដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ។
- បើសិនជាការកំណត់នៃ ក្រោយមកត្រូវបានសើម្បីឡើងវិញ ដោយតុលាការ ឬសវនាការ ហើយត្រូវបានកំណត់ថាវាជាកំហុសរបស់អ្នក ទណ្ឌកម្មនឹងត្រូវអនុវត្តនោះជាអ្នកយល់ព្រមបង់នូវអ្វីដែលអ្នកដំណាក់ក្តី ។
- បើសិនជាប្រាក់នោះក្លាយជាហួសកាលកំណត់ ឬគ្រួសារត្រូវបានប្តឹង អ្នកនឹងត្រូវគេទារថ្លៃឈ្នួលនៃដំណើរការផ្សេងៗ ឬក៏ថ្លៃឈ្នួលតុលាការ ។
- បើសិនជា អ្នកមិនបង់សងប្រាក់ដំណាក់វិញទេ ខោនធីអាចយកប្រាក់សំណងពន្ធប្រចាំឆ្នាំពីរដ្ឋ/សហព័ន្ធ របស់ខ្ញុំ ហើយ/ឬសុំឲ្យតុលាការរឹបអូសយកប្រាក់បៀវត្សរ៍ ឬចលនទ្រព្យនានាដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ។

វិធាន ៖ វិធានទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវអនុវត្តន៍ ៖ MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7 ។ អ្នកអាចពិនិត្យវិធានទាំងនោះតាមការិយាល័យក្នុងខោនធី របស់អ្នក ។

សំនួរ? សួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក ។

ការប្រមាណ ៖ បើសិនជាអ្នក ជឿថាការចេញប្រាក់ឲ្យលើសនេះគឺខុស នេះជា ឪកាសចុងក្រោយបំផុតដែលអ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការមួយ ។ បើសិនជាអ្នកនៅតែទទួល ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh, ខោនធីអាចប្រមូលប្រាក់ដែលចេញឲ្យលើស ដោយ បន្ទាបប្រាក់ជំនួយប្រចាំខែរបស់អ្នក ។ បើសិនជាអ្នកចេញពីកម្មវិធី CalFresh មុនពេលសងប្រាក់ចេញឲ្យលើសនោះអស់ ហើយអ្នកមិនបានធ្វើការចាត់ចែងបង់ សងវិញ ខោនធីអាចយកនូវអ្វីដែលអ្នកនៅដំណាក់ពីប្រាក់សំណងពន្ធប្រចាំឆ្នាំពីរដ្ឋ/ សហព័ន្ធរបស់អ្នក ដូចតាមច្បាប់អនុញ្ញាត ។

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឱ្យអ្នក ឬបានផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះទៅអ្នក។ បើអ្នកមាន បញ្ហាហេតុអ្វី ដែលអ្នកមិនអាចប្តឹងធ្វើសវនាការក្នុងពេល 90 ថ្ងៃបានទេ អ្នកនៅតែអាច ប្តឹងធ្វើសវនាការបាន។ បើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងនៃបញ្ហាហេតុអ្វី សវនាការនៅតែអាច ត្រៀមពេលធ្វើ។

បើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលការសម្រេចលើ ប្រាក់ជំនួយ (Cash Aid), Medi-Cal, CalFresh, ឬ ការថែទាំកូន ចាប់ផ្តើម :

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នក និងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវាថែទាំកូនរបស់អ្នក អាចនឹងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក នឹងនៅជាដដែល រហូតដល់ពេលសវនាការ ឬចុង បញ្ចប់នៃរយៈពេលការបញ្ជាក់របស់អ្នក តាមការណាមួយមុនគេ។

បើការសម្រេចនៃសវនាការថ្លែងថាបើអ្នក អ្នកនឹងដាក់យើងនូវ Cash Aid, CalFresh ឬសេវា ថែទាំកូនដែលលើស ដែលអ្នកបានទទួល។ ដើម្បីប្រាប់ឱ្យយើងបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក នៅមុនពេលសវនាការ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោម :

បាទ/ចាស សូមបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់ : Cash Aid CalFresh ការថែទាំកូន

ក្នុងខណៈរង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការសំរាប់ :

រំលងហ្នែរ-ទៅ-ធ្វើការ :

អ្នកមិនបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានប្រាក់ថ្លៃថែទាំកូន សំរាប់ការធ្វើការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពដែលខោនធី បានយល់ព្រម នៅមុនពេលផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងនេះ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាប្រាក់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់ អ្នកនឹងមិន ទទួលបានប្រាក់អ្វីទៀតឡើយ សូម្បីតែបើអ្នកទៅធ្វើសកម្មភាពរបស់អ្នក ក៏ដោយ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ថ្លៃនោះនឹងបាន បង់តាមចំនួន និងក្នុងរបៀបដែលយើងបានប្រាប់អ្នក នៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាការគាំទ្រទាំងនោះ អ្នកត្រូវតែទៅធ្វើសកម្មភាព ដែលខោនធីបានប្រាប់អ្នក ឱ្យទៅចូលរួម។
- បើចំនួននៃសេវាការគាំទ្រ ដែលខោនធីបង់ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការ មិន គ្រប់គ្រាន់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទៅចូលរួម អ្នកអាចឈប់ទៅធ្វើសកម្មភាពបាន។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn បានទេ បើយើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងមិនអាច បំរើអ្នក។
- យើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រសំរាប់ Cal-Learn សំរាប់សកម្មភាពដែលបានយល់ ព្រម។

ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត

សមាជិកគំរោង Medi-Cal ដែលគ្រប់គ្រងគំរោងថែទាំ : ការសម្រេចលើលិខិតជូនដំណឹងនេះ អាច នឹងបញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលបានសេវា ពីគំរោងសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងការថែទាំ។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែក សេវាសមាជិកនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក បើសិនអ្នកមានសំណួរអ្វី។

ការឧបត្ថម្ភកូន និង/ឬ សុខភាព : ភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភក្មេងតាមមូលដ្ឋាន និងជួយប្រមូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូម្បីតែបើអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ។ បើគ្រូប្រមូលប្រាក់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សំរាប់អ្នកនៅ ឥឡូវនេះ គេនឹងធ្វើជាបន្តទៀត លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឱ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឱ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលដាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៃគោលដៅរបស់ខោនធី ទៅលើរឿងក្តីរបស់អ្នក យ៉ាងហោចបំផុតចំនួនពីរថ្ងៃ មុនពេលធ្វើសវនាការ។ រដ្ឋអាចនឹងចូលរួមសំណុំរឿងសវនាការរបស់អ្នក ទៅក្រសួងរំលងហ្នែរ និងក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្ស និងកសិកម្ម។ (W&I ព្រហ្មទណ្ឌវគ្គ 10850 និង 10950)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

- បំពេញទំព័រនេះ។
- ផតចំឡងផ្នែកខាងមុខ និងខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ សំរាប់ដាក់ណាត់ត្រារបស់អ្នក។ បើអ្នកស្នើ សុំ បុគ្គលិករបស់អ្នកនឹងទទួលបានសំណេរនៃទំព័រនេះ។
- ផ្ញើ ឬ យកទំព័រនេះទៅ :

- ឬ
- ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ : 1-800-952-5253 ឬ សំរាប់អ្នកត្រចៀកក្នុង ឬអន់សំដី ដែលប្រើ TDD តាមលេខ 1-800-952-8349។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិនៃសវនាការរបស់អ្នក ឬសំរាប់ការបញ្ជូនទៅជំនួយខាង ច្បាប់ តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់រដ្ឋ ដែលមានចុះរាយនៅខាងលើ។ អ្នកអាចនឹងទទួល បានជំនួយខាងច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ នៅការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់ ឬសិទ្ធិរំលងហ្នែរ នៅតាម មូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

បើអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសវនាការតែម្នាក់ឯង អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិ ឬជនណាម្នាក់មកជាមួយអ្នកបាន។

សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់ធ្វើសវនាការ ដោយព្រោះការសម្រេចដោយក្រសួងរំលងហ្នែរនៃខោនធី អំពីជំនួយរបស់ខ្ញុំ នៅខាងក្រោម :

Cash Aid CalFresh Medi-Cal បញ្ជី (ផ្សេងទៀត) _____

នេះគឺជាមូលហេតុ : _____

- សូមគូសប្រអប់នេះ និងបន្ថែមទំព័រមួយទៀត បើអ្នកត្រូវការការនឹងសរសេរថែមទៀត។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកខ្ញុំ ឬអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្លាស់ប្តូរ ឬ បានបញ្ឈប់

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ
------------------	-------------

សាសយដ្ឋានផ្លូវ	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
----------------	------	---------

ហត្ថលេខា	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
----------	-------------

ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ	លេខទូរស័ព្ទ
-----------------------------------	-------------

- ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅពេលធ្វើសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះ មើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ទៅធ្វើសវនាការជំនួសខ្ញុំ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬញាតិសន្តាន ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែសំរាប់អ្នកបានឡើយ)។

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
-------	-------------

សាសយដ្ឋានផ្លូវ	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
----------------	------	---------