

កិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់ក្នុងកម្មវិធី

លេខសំណុំរឿង
អ្នកធ្វើការ
ឈ្មោះសំណុំរឿង

ឈ្មោះ: _____

អាសយដ្ឋាន _____

ប្រការ និងលក្ខខណ្ឌនានា - ក្រសួងសុខុមាលភាពខោនធីបានធ្វើខុសក្នុងចំនួនប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ។ អ្នកត្រូវតែបង់សងវិញនូវជំនួយបន្ថែមនៃកម្មវិធី CalFresh ដោយប្រើរបៀបមួយ ឬច្រើនដូចមានរាយខាងក្រោម ៖

- បង់សងទាំងដុលតែម្តង** - អ្នកអាចបង់សងក្នុងចំនួនពេញទាំងអស់ដែលជំពាក់តែម្តង ជាប្រាក់សុទ្ធ និង/ឬជំនួយ CalFresh ។
- ការកាត់បន្ថយពីជំនួយ** - បើសិនជាអ្នកកំពុងទទួលជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh ឥឡូវនេះ អ្នកអាចបង់សងវិញដោយកាត់បន្ថយជំនួយពីគ្រួសាររបស់អ្នកទាំងស្រុង ឬភាគខ្លះនៃចំនួនដែលជំពាក់ ។ អ្នកអាចនិយាយជាមួយយើងអំពីចំនួនដែលត្រូវកាត់បន្ថយ ។
- ការបង់សងបណ្តាក់** - អ្នកអាចបង់សងវិញចំនួនជំពាក់ក្នុងមួយខែម្តងៗ ជាប្រាក់សុទ្ធ និង/ឬជំនួយ CalFresh ។
- ការសងតាមដីកាបញ្ជា**
 - តុលាការ ឬចៅក្រមរដ្ឋបាលបានចេញដីកាបញ្ជាឲ្យអ្នកបង់សងវិញតាមចំនួនបញ្ជាខាងក្រោម ។ ប្រការនៃការបង់សងនេះមិនអាចកែប្រែដោយអ្នក ឬដោយខោនធីឡើយ ។

បើសិនជាយើងមិនទាន់បាននិយាយជាមួយអ្នក អំពីប្រការនានា នៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ឬបើសិនជាអ្នកមានសំនួរផ្សេងៗ សូមទូរស័ព្ទមកការិយាល័យសុខុមាលភាពផ្នែកទារប្រាក់តាមលេខ _____ ។

បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញ ហើយចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងនេះរួចហើយ សូមផ្ញើសំណៅចំឡងទាំងអស់មកខោនធីតាមស្រោមសំបុត្របានផ្តល់ជូនស្រាប់ ។ កុំផ្ញើប្រាក់សុទ្ធ ឬជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh តាមសំបុត្រមកជាមួយកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ ។ ពេលណាត្រូវបានយល់ព្រមពីខោនធី សំណៅចំឡងមានចុះហត្ថលេខានៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះនឹងផ្ញើទៅឲ្យអ្នក ។

កិច្ចព្រមព្រៀង

ខ្ញុំ, _____, យល់អំពីកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ គឺរវាងខ្ញុំ និង _____ ខោនធីពីព្រោះជំនួយបន្ថែមនៃកម្មវិធី CalFresh ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ \$ _____ ត្រូវបានចេញទៅឲ្យអ្នក ដោយការកាន់ច្រឡំពីខោនធី ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់សងចំនួននេះវិញតាមរបៀបនានា ដូចមានគូសខាងក្រោម ៖

- ការបង់សងទាំងដុលតែម្តង**
 - ខ្ញុំនឹងបង់សង ទាំងដុលតែម្តងជាប្រាក់សុទ្ធក្នុងចំនួន \$ _____ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃ _____ ។
 - ខ្ញុំនឹងបង់សង ទាំងដុលតែម្តងជាប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធី CalFresh បង់សងក្នុងចំនួន \$ _____ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃ _____ ។
- ការកាត់បន្ថយពីជំនួយ**
 - ខ្ញុំនឹងបង់សងតាមរយៈការកាត់បន្ថយប្រាក់ជំនួយរបស់គ្រួសារខ្ញុំដោយការកាត់យកចំនួន \$ _____ រៀងរាល់ខែ ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។
- ការបង់សងបណ្តាក់**
 - ខ្ញុំនឹងបង់សងជាប្រាក់តាមការសងបណ្តាក់មួយខែៗក្នុងចំនួន \$ _____ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃទី _____ នៃខែនីមួយៗ ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។
 - ខ្ញុំនឹងបង់សង ពីប្រាក់ជំនួយរបស់កម្មវិធី CalFresh ក្នុងចំនួន \$ _____ ត្រូវបង់នៅថ្ងៃទី _____ នៃខែនីមួយៗ ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹង និងព្រមព្រៀងថា ៖

- កាលវិភាគនៃការបង់ប្រាក់សងរបស់ខ្ញុំគឺផ្អែកលើលទ្ធភាពនៃការបង់សងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំដូចតាមការគណនាដោយខោនធី ។ ការប្រែប្រួលណាមួយក្នុងលទ្ធភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការបង់សងអាចប្រែប្រួលដល់ការបង់សងប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំ ។
- បើសិនជាមានអ្វីមួយប្រែប្រួល ខ្ញុំអាចសុំឲ្យខោនធីគណនាឡើងវិញនូវប្រការដែលបានគូសខាងលើ ។
- បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់សងតាមការព្រមព្រៀងនោះទេ ហើយខ្ញុំមិនបានទទួលកាលវិភាគនៃការបង់សងថ្មី ខោនធីអាចសុំថាចំនួនប្រាក់ជំពាក់ត្រូវតែបង់សងឥឡូវនេះ ។
- បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់សងតាមការព្រមព្រៀងនោះទេ ហើយខោនធីប្តឹងខ្ញុំដើម្បីប្រមូលចំនួនប្រាក់បានជំពាក់ ខ្ញុំអាចត្រូវឲ្យបង់សងថ្លៃឈ្នួលប្រមូលប្រាក់, ថ្លៃមេធាវី, និងថ្លៃតុលាការ ។
- បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់សង ខោនធីអាចយកប្រាក់សំណងពន្ធប្រចាំឆ្នាំពីរដ្ឋ/សហរដ្ឋ របស់ខ្ញុំ ហើយ/ឬសុំឲ្យតុលាការរឹបអូសយកប្រាក់បៀវត្សរ៍ ឬចលនទ្រព្យនានាដែលជាកម្មសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ។
- ខ្ញុំនឹងត្រូវរងការប្រមូលយកប្រាក់ដោយអចេតនា បើសិនជាគេមិនបានទទួលប្រាក់បង់សងនោះតាមកាលបរិច្ឆេទ ហើយប្រាក់នោះក្លាយជាហួសកាលកំណត់ ។

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)