

ការដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ កម្មវិធី មហន្តរាយ CALFRESH

រយៈពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី មហន្តរាយ៖ _____ ដល់ _____

សម្រាប់តែខោនធីប្រើប៉ុណ្ណោះ	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

ព័ត៌មានសំខាន់ - អានដោយផ្ទិតផ្ទង់

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួល៖

- ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតពីពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សាសនា និងការរាយការណ៍ ភេទ ពិការ ឬអាយុ និងដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងប្រសិនបើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថា លោកអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង។
- ដើម្បីទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី មហន្តរាយ CalFresh ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃប្រតិទិន ទៅបី ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលពាក្យសុំបានដាក់ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។
- ដើម្បីពិភាក្សាអំពីចំណាត់ការណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការណែនាំរបស់លោកអ្នកជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល ភាពខ្លាំង និងដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដែលបានអនុម័ត ឬ បដិសេធពាក្យសុំ។
- ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់ដោយអ្នកគ្រប់គ្រង ប្រសិនបើពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ។
- ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋដោយសេរីលើខិតខំទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាលភាពខ្លាំង និងដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ 1-800-952-5253. លេខទូរស័ព្ទតតិតថ្ងៃ សម្រាប់មនុស្សច្រើន (TDD) គឺ 1-800-952-8349.
- ដើម្បីតំណាងឱ្យខ្លួនឯងផ្ទាល់នៅក្នុងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ឬត្រូវបានតំណាងដោយសមាជិកក្នុងគ្រួសារ មិត្តភក្តិ មេធាវី ឬមនុស្សណាម្នាក់ផ្សេងទៀត។
- ដើម្បីឱ្យសមាជិកផ្សេងទៀតក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ឬមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ទៀតដែលស្គាល់អ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើពាក្យសុំនេះត្រូវបានបំពេញដោយមនុស្សពេញវ័យដែលមិនមែនជាសមាជិក កាន់គ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវធ្លាប់នូវលិខិតបញ្ជាក់ពីការយល់ព្រមដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយមេគ្រួសារ ឬសមាជិកគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ផ្សេងទៀត។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់លោកអ្នកក្នុងនាមជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួល៖

- ឆ្លើយសំណួរដោយស្មោះត្រង់ និងសព្វគ្រប់ទាំងអស់តាមសមត្ថភាពដែលអ្នកអាចធ្វើទៅបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកបដិសេធមិនផ្តល់នូវព័ត៌មានចាំបាច់ណាមួយ លោកអ្នកនឹងមិនទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh ទេ។
- ក្នុងកិច្ចសម្ភាសន៍របស់លោកអ្នក លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណនៃមេគ្រួសារ អត្តសញ្ញាណនៃអ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះហើយប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន លិខិតបញ្ជាក់លំនៅដ្ឋានរបស់គ្រួសារនិង / ឬអាសយដ្ឋានកន្លែងការងារក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ។
- អ្នកត្រូវតែសហការជាមួយបុគ្គលិករបស់ខោនធី រដ្ឋ និងសហព័ន្ធប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញបន្ទាប់ពីរយៈពេលគ្រោះមហន្តរាយនេះ។

- លោកអ្នកអាចអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ទទួល ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh របស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់អនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ទទួល សូមបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានរួមបញ្ចូលទាំងទីក្រុងនិងលេខកូដតំបន់	
<input type="checkbox"/> ជ្រើសយកតែកាត EBT ប៉ុណ្ណោះ	<input type="checkbox"/> ជ្រើសយកតែកាត EBT ដើម្បីទិញម្ហូបសម្រាប់គ្រួសារ

ការព្រមានការដាក់ពិន័យ

បើគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CALFRESH អ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌដែលបានចែងដូចខាងក្រោម។ ការខកខានរាយការណ៍ពីព័ត៌មាន ឬការប្លែងប្រែប្រាស់អាចឈានទៅដល់ការកាត់ទោសតាមផ្លូវច្បាប់ដោយការដាក់ពិន័យជាប្រាក់ ការដាច់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ។ ការដាក់ពិន័យនេះអាចឈានទៅដល់ការដកសិទ្ធិពីកម្មវិធី ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$ 250,000 ឬជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ។ ការពិន័យដកសិទ្ធិរយៈពេល 12 ខែចំពោះបទល្មើសលើកដំបូង 24 ខែចំពោះបទល្មើសលើកទីពីរ ហើយការដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍ចំពោះបទល្មើសលើកទីបី។

- មិនត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh។
- មិនត្រូវដោះដូរ ឬលក់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh របស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតឡើយ។
- មិនត្រូវផ្លាស់ប្តូរកាត EBT របស់អ្នកឬកាតផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានទេ។
- មិនត្រូវប្រើអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh ដើម្បីទិញទំនិញដែលមិនអនុញ្ញាតដូចជាភេសជ្ជៈដែលមានជាតិអាល់កុល និងថ្នាំជក់ឡើយ ។
- មិនត្រូវប្រើកាត EBT របស់នរណាម្នាក់ ឬប្រកាសនីយបត្រតក្កកម្សែងទៀតសម្រាប់គ្រួសាររបស់អ្នក។

សេចក្តីណែនាំ៖ សូមឆ្លើយសំណួរនៅលើសំណុំបែបបទនេះសម្រាប់កាលៈទេសៈដែលរំពឹងទុករបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ ដូចដែលបានបង្ហាញខាងលើ។

ឈ្មោះ (មេគ្រួសារ)	
អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍នៅពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានកន្លែងការងារនៅពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ	លេខទូរស័ព្ទ

ផ្នែក A - ស្ថានភាពគ្រួសារ (អ្នកត្រូវតែគូសចំឡើយ បាទ/ចាស ឬ ទេចំពោះរាល់សំណួរនីមួយៗ)

- មាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកកំពុងរស់នៅ ធ្វើការ ឬទាំងពីរ (សូមគូសចំឡើយក្នុងប្រអប់ដែលត្រឹមត្រូវ) ក្នុងតំបន់គ្រោះមហន្តរាយនៅពេលដែលមានគ្រោះមហន្តរាយដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើអ្នកមិនអាចទទួលបានប្រាក់ចំណូល ឬសាច់ប្រាក់របស់គ្រួសាររបស់លោកអ្នកឬ? បាទ/ចាស ទេ
- តើប្រភពប្រាក់ចំណូលឬសាច់ប្រាក់ត្រូវបានបន្ថយ ពន្យារពេល ឬបញ្ឈប់ដំបូងដោយសារតែគ្រោះមហន្តរាយនេះ? បាទ/ចាស ទេ
- អ្នកនឹងទិញម្ហូបអាហារនិងរៀបចំអាហារក្នុងអំឡុងពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវបានជួលដោយ _____? បាទ/ចាស ទេ
ឈ្មោះរបស់ទីភ្នាក់ងារ CALFRESH ប្រចាំខោនធី / រដ្ឋ

សម្រាប់តែខោនធីប្រើប៉ុណ្ណោះ

Disaster Application

Can the identity of the authorized representative be verified?
 YES NO
Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?
 YES NO
Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?
 YES NO
Type of verification:

Is work address in the disaster area?
 YES NO
Type of verification:

Can the household's residence be verified?
 YES NO
Type of verification:

ផ្នែក B – សមាជិកក្នុងគ្រួសារ

5. រាយឈ្មោះសមាជិកទាំងអស់ដែលបានដាក់ពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh។ រួមបញ្ចូលតែសមាជិកដែល **រស់នៅជាមួយនឹងអ្នកនៅក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ**។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នាក់នៅជាបណ្តោះអាសន្នជាមួយគ្រួសារមួយផ្សេងទៀត ដោយសារតែគ្រោះមហន្តរាយ **មិនត្រូវរាយឈ្មោះសមាជិកនៃគ្រួសារនោះទេ។** *ការប្រាប់លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក(SSN)គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ **លេខនេះនឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែគោលបំណងកំណត់អត្តសញ្ញាណប៉ុណ្ណោះ។**

ឈ្មោះ: (មេត្រូវសរសេរ) (H+H)	SSN*	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
a.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេត្រូវសរសេរ	SSN*
b.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេត្រូវសរសេរ	SSN*
c.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេត្រូវសរសេរ	SSN*
d.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេត្រូវសរសេរ	SSN*
e.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេត្រូវសរសេរ	SSN*
f.		
ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយមេត្រូវសរសេរ	SSN*
g.		

ផ្នែក C – ប្រាក់ចំណូល/ធនធាន/ការចំណាយ

6. a. ចំនួនសប្តាហ៍ប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបានក្រោយពីកាត់ពន្ធ ឬប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ដែលសមាជិកទាំងអស់ដែលបានរាយខាងលើបានទទួលបាន ឬនឹងទទួលបានប៉ុន្មានក្នុងអំឡុងពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ? \$ _____

b. រាយប្រភពចំណូលរបស់អ្នកទាំងអស់៖

7. រាយប្រភពសាច់ប្រាក់ទាំងអស់ដែលសមាជិកដែលបានរាយខាងលើនឹងអាចទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ។ មិនត្រូវរួមបញ្ចូលប្រាក់ណាមួយដែលបានរាយក្នុងចំណុចលេខ 6 ។

សាច់ប្រាក់ក្នុងដៃ	គណនីបញ្ជើសន្សំ	គណនីចរន្ត	ផ្សេងទៀត
\$	\$	\$	\$

8. បញ្ចូលចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចំណាយលើបាត់បង់ ឬការខូចខាតដែលទាក់ទងទៅនឹងគ្រោះមហន្តរាយដែលអ្នកបានចំណាយ ឬរំពឹងថានឹងចំណាយក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ។ មិនត្រូវរាយចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនឹងត្រូវបានចំណាយដោយនរណាម្នាក់ដែលមិនបានរាយខាងលើ ឬដែលនឹងទទួលបានប្រាក់សំណងក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយ។ ការចំណាយត្រឹមត្រូវអាចរួមបញ្ចូលទាំងការចំណាយមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

a. ការចំណាយលើការជួសជុលការខូចខាតដល់ផ្ទះរបស់គ្រួសារ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្សេងទៀត ដែលមានសារៈសំខាន់ចំពោះការងារ ឬមុខរបរផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិកគ្រួសារ។ \$ _____

b. ការចំណាយលើជំរកបណ្តោះអាសន្នប្រសិនបើផ្ទះមិនអាចរស់នៅបាន ឬ ក្រុមគ្រួសារនោះមិនអាចទៅដល់ផ្ទះ។ \$ _____

c. ការចំណាយលើការរឹចត្រួតពិនិត្យបំណុលដែលត្រូវបានជម្លៀសចេញដោយសារតែគ្រោះមហន្តរាយនេះ។ \$ _____

d. ការចំណាយទាក់ទងទៅនឹងការការពារផ្ទះឬអាជីវកម្មពីការខូចខាតដោយគ្រោះមហន្តរាយ។ \$ _____

e. ចំណាយលើថ្លៃពេទ្យដោយសារតែការរងរបួសរាងកាយ។ \$ _____

f. ការចំណាយលើពិធីបុណ្យសពទាក់ទងទៅនឹងគ្រោះមហន្តរាយ។ \$ _____

g. ថ្លៃសេវាផ្តល់ការស្នាក់នៅសម្រាប់សត្វចិញ្ចឹមដែលទាក់ទងនឹងគ្រោះមហន្តរាយ។ \$ _____

h. ការចំណាយទាក់ទងទៅនឹងការប្តូរសម្ភារៈផ្ទាល់ខ្លួន និងសម្ភារៈ ក្នុងផ្ទះសម្បែងដែលចាំបាច់ដូចជាសម្លៀកបំពាក់ បរិក្ខារ ឧបករណ៍និងសម្ភារៈសិក្សា។ \$ _____

i. ប្រេងឥន្ធនៈសម្រាប់ប្រភពកម្ដៅចម្បង។ \$ _____

j. ការចំណាយលើការលាងសម្អាតសម្ភារៈ។ \$ _____

k. ការចំណាយលើការខូចខាតថយចុះដោយគ្រោះមហន្តរាយ។ \$ _____

l. ការចំណាយលើការរក្សារបស់របរក្នុងឃ្នាំង។ \$ _____

9. a. តើនរណាម្នាក់ដែលបានរាយខាងលើបច្ចុប្បន្ននេះកំពុងតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយបាទ/ចាស តើនរណា? _____ ខោនធី _____ រដ្ឋ _____ ការបែងចែកចំណាយប្រចាំខែ \$ _____

b. តើពួកគេបានស្នើសុំ ឬទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ពីកម្មវិធី CalFresh ថ្មីសម្រាប់ខែនេះដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយបាទ/ចាស តើពួកគេបានទទួល ឬនឹងទទួលបានប៉ុន្មាន? _____

ការបញ្ជាក់របស់អ្នក

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ព័ន្ធលើពាក្យស្នើសុំនេះហើយយល់ថា គ្រួសាររបស់ខ្ញុំកំពុងត្រូវការអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ CalFresh។ ខ្ញុំបានអានប្រការព្រមានអំពីការដាក់ពិន័យខាងលើ (ឬគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់) ។ ខ្ញុំបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតលើការចេញផ្សាយរាល់ព័ត៌មានណាមួយដែលចាំបាច់ដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ ការទទួលបានសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។ បើខ្ញុំត្រូវបានជ្រើសរើស ខ្ញុំនឹងសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិករបស់ខោនធី រដ្ឋនិងសហព័ន្ធក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញដែលត្រូវធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីរយៈពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីគ្រោះមហន្តរាយ។ ខ្ញុំក៏យល់ថាខ្ញុំអាចត្រូវបានតម្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលត្រូវបានទូទាត់លើសដោយសារតែខ្ញុំជាសមាជិកក្នុងគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ទៀត ឬគំណាងពេញសិទ្ធិត្រូវរាយការណ៍ពីព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្នើសុំចំពោះគ្រោះមហន្តរាយរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកនិងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែលចែងថា ព័ត៌មានមាននៅលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំគឺពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវនិងពេញលេញ។

ហត្ថលេខា (សមាជិកគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យ ឬគំណាងដែលបានអនុញ្ញាត) កាលបរិច្ឆេទ
 សាក្សីប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាដោយចុះកាលបរិច្ឆេទ "X" កាលបរិច្ឆេទ

សម្រាប់តែខោនធីប៉ុណ្ណោះ

Household size for the number of persons listed in 5 _____

Computation

A. Anticipated Income (from 6) \$ _____

B. Accessible Cash Resources (from 7) + \$ _____

C. Total disaster period income (A+B) = \$ _____

D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) - \$ _____

E. Accessible disaster period income (C-D) = \$ _____

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____

2. Regular Allotment Already Received - \$ _____

3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ _____

EBT Card Number issued # _____

YES NO

WORKER'S SIGNATURE DATE
 SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE