

សេចក្តីថ្លែងហេតុការណ៍ សំរាប់មនុស្សបន្ថែម

(ការដាក់ពាក្យសុំបន្ថែម សំរាប់ CalFresh និង សំណើសុំ Cash Aid)

សេចក្តីណែនាំ : បំពេញក្រដាសបំពេញនេះ ដើម្បីប្រាប់យើងអំពីមនុស្សថ្មីនៅក្នុងផ្ទះ។ បើអ្នកត្រូវការកន្លែងថែមទៀត ដើម្បីឆ្លើយសំណួរសូមដាក់ភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសមួយទៀត។ បំពេញចំឡើងទាំងក្នុង សំរាប់សំណួរទាំងអស់ អំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។ ពាក្យ "CA" សំរាប់ ប្រាក់ជំនួយ លុយសុទ្ធ (Cash Aid) និង "CF" សំរាប់ CalFresh ដែលចុះរាយនៅចំហៀងខាងឆ្វេងនៃសំណួរនីមួយៗ ប្រាប់អ្នកនូវសំណួរ ណាមួយ សំរាប់កម្មវិធីណាមួយ។

បើអ្នកទទួលបានប្រាក់ជំនួយ ហើយអ្នកចង់បានជំនួយសំរាប់មនុស្សថ្មី ក្រដាសបំពេញនេះត្រូវតែបានបំពេញដោយមនុស្សពេញវ័យ ជាញាតិសន្តានអ្នកថែទាំ ដែលឥឡូវនេះកំពុងតែទទួលបានប្រាក់ជំនួយ ឬជាមនុស្សថ្មី លុះត្រាតែមនុស្សថ្មីនោះជាកូនក្មេង។

សំរាប់ក្រុមគ្រួសារទទួលបាន CalFresh ដែលមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយ ឬ មិនចង់បានប្រាក់ជំនួយសំរាប់មនុស្សថ្មីទេ ក្រដាសបំពេញនេះអាចនឹងបានបំពេញដោយ សមាជិកក្រុមគ្រួសារ ជាអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត ឬ បានបំពេញដោយមនុស្សថ្មី។

សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព ដោយទឹកប៊ិច

CA ① ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល)

CA ② កត់ឈ្មោះមនុស្សថ្មីនៅក្នុងផ្ទះ រួមទាំងទារកទើបកើត។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល) ស្ថានភាពសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✓) សញ្ជាតិ/ជនជាតិអាមេរិក គ្មានសញ្ជាតិ : គេបានធានា បាទ/ចាស ទេ

លេខសូស្យាល់សិស្សរដ្ឋកិច្ច ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : មានផ្ទៃពោះ តើគាត់ជាមាតាបិតា ឬ? បាទ/ចាស ទេ បាទ/ចាស ទេ

ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស) ភេទ (✓) ប ស ស្ថានភាពការសិក្សា (✓) មានសញ្ញាបត្រមធ្យមសិក្សា មាន GED បច្ចុប្បន្ននេះ កំពុងទៅសិក្សា មិនទៅសិក្សា (សូមពន្យល់) :

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ រៀបការរួច មិនដែលរៀបការ បែកគ្នា លែងគ្នា រួមរស់រៀបការ មេម៉ាយ ពិការភ្នែក/ថ្លង់/ពិការ បាទ/ចាស ទេ

តើជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកថែទាំ/មេគ្រួសារ ឬទេ? ឈ្មោះផ្សេងទៀតបានប្រើ : (ឈ្មោះនៅក្រុម, ឈ្មោះចិញ្ចឹមជាកូន, ល.) បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់ទំនាក់ទំនង : បាទ/ចាស ទេ

ប្រភេទជំនួយបានស្នើ (✓) Cash Aid CalFresh

CA ③ តើគាត់បានដាក់ពាក្យសុំ ឬ បានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលអតីតកាល ដូចជា : បាទ/ចាស ទេ ប្រាក់ជំនួយ, CalFresh, ជំនួយជនអនាមិក, Medi-Cal, ប្រាក់ជំនួយជនភៀសខ្លួន ឬទេ? បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់ :

ពេលណា ទីកន្លែងណា (ខោនធី, រដ្ឋ, ឬ ប្រទេស) ប្រភេទនៃអត្ថប្រយោជន៍

CA ④ តើគាត់ជាក្មេងអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ឬ? បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម : បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះរបស់មាតាបិតា ឬ ញាតិសន្តានអ្នកថែទាំ (✓) រស់នៅក្នុងផ្ទះ ឈ្មោះផ្សេងទៀត របស់មាតាបិតា (✓) រស់នៅក្នុងផ្ទះ មូលហេតុដែលមាតាបិតា ផ្សេងទៀតមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ ក្មេងត្រូវការជំនួយ ដោយសារតែមាតាបិតា (តុល្យប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ) អវត្តមាន គ្មានការងារ ខ្វះសមត្ថភាព ស្លាប់ បាទ/ចាស ទេ បាទ/ចាស ទេ

CA ⑤ តើគាត់ធ្លាប់បានបំរើយោធាសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ ជាប្តីប្រពន្ធ, មាតាបិតា ឬជាកូន បាទ/ចាស ទេ នៃមនុស្សដែលបានបំរើយោធា ឬ? បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់ :

រាយឈ្មោះ, សាខា នៃការបំរើ, ល. បញ្ឈប់ដោយកិត្តិយស បាទ/ចាស ទេ

CA ⑥ តើនៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ គាត់រស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា និងមានបំណងរស់នៅទីនេះជាបន្តទៀត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ "ទេ" សូមពន្យល់ :

សំរាប់តែទោតដី ប្រើប៉ុណ្ណោះ: CASE NAME, CASE NUMBER, WORKER NAME, WORKER NUMBER, DATE RECEIVED, VERIFIED: YES NO, SSN, CF ID, Blind/Deaf/Disabled Residency, DFA 285-C Comp., CW 25 Completed, QR 25 A Completed, Referred to WTW, Citizen, Eligible Non-citizen Sponsored, SAVE, Date of Entry to U.S., Excluded HH Member Code, Work/Training/WTW Code, VERIFIED: Deprivation YES NO, CW 5 YES NO, Date Initiated

CA	7	តើគាត់ជាកូនចិញ្ចឹម ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	សំរាប់តែខោនធី ប្រើប៉ុណ្ណោះ:
CF		A. តើក្មេងនេះបានដាក់ឱ្យនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក នៅក្រោមបទបញ្ជាពិសោធន៍ ឱ្យមានទីពឹងផ្អែក ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ B. តើអ្នកចង់ឱ្យកូនចិញ្ចឹម និងប្រាក់ចំណូលការថែទាំកូនចិញ្ចឹម បានរាប់ចូលក្នុងករណី CalFresh ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ C. តើក្មេងនេះ បានចុះឈ្មោះក្នុងគំរោងថែទាំសុខភាព ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order 7B: CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP 7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service

CA	8	A. តើគាត់មានអាយុ 16 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង បានចុះឈ្មោះសាលា, មហាវិទ្យាល័យ, ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ																	
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធី ហ្វឹកហ្វឺន</td> <td style="width:25%;">មេរៀន/ម៉ោង ក្នុងមួយអាទិត្យ</td> <td style="width:25%;">ខែថ្ងៃឆ្នាំ នៃការទទួលសញ្ញាបត្រ បានរំពឹង</td> <td style="width:25%;">តើធ្វើការ ឬទេ?</td> </tr> <tr> <td> បើបានចុះឈ្មោះ សូមគូស (✓) ស្ថានភាព <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> កន្លះពេល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត (សូមបញ្ជាក់) : </td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ </td> </tr> </table>	ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធី ហ្វឹកហ្វឺន	មេរៀន/ម៉ោង ក្នុងមួយអាទិត្យ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ នៃការទទួលសញ្ញាបត្រ បានរំពឹង	តើធ្វើការ ឬទេ?	បើបានចុះឈ្មោះ សូមគូស (✓) ស្ថានភាព <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> កន្លះពេល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត (សូមបញ្ជាក់) :			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ										
ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធី ហ្វឹកហ្វឺន	មេរៀន/ម៉ោង ក្នុងមួយអាទិត្យ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ នៃការទទួលសញ្ញាបត្រ បានរំពឹង	តើធ្វើការ ឬទេ?																	
បើបានចុះឈ្មោះ សូមគូស (✓) ស្ថានភាព <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> កន្លះពេល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត (សូមបញ្ជាក់) :			<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ																	
CA	CF	B. សូមបំពេញនៅខាងក្រោម បើសិនគាត់បានចុះឈ្មោះរៀននៅមហាវិទ្យាល័យ ឬនៅរៀននៅវិទ្យាល័យស្ថានភាពអប់រំស្រដៀងគ្នា។																		
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;"> អាណត្តិ <input type="checkbox"/> ធីតា <input type="checkbox"/> ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ត្រីមាស </td> <td style="width:25%;">ថ្លៃសាលា/ថ្លៃលម្អិត ក្នុងមួយអាណត្តិ</td> <td style="width:25%;">សៀវភៅ ឧបករណ៍ ល. ក្នុងមួយអាណត្តិ</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ដំណើរទៅមក ក្នុងមួយថ្ងៃ ទៅសាលា/ការថែទាំកូន (ចំងាយម៉ាយ)</td> <td>ចំនួនថ្ងៃទៅសិក្សា ក្នុងមួយអាទិត្យ</td> <td>មានជំនិះបានប្រើ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>តម្លៃយានជំនិះ ក្នុងមួយអាទិត្យ \$</td> <td>ចំនួនបានបង់ ដោយអ្នកជិះឡានចូលគ្នា \$</td> <td>មានជំនិះសាធារណៈ (ឡានបឺស, ល.) ក្នុងមួយថ្ងៃ \$</td> <td></td> </tr> </table>	អាណត្តិ <input type="checkbox"/> ធីតា <input type="checkbox"/> ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ត្រីមាស	ថ្លៃសាលា/ថ្លៃលម្អិត ក្នុងមួយអាណត្តិ	សៀវភៅ ឧបករណ៍ ល. ក្នុងមួយអាណត្តិ			\$	\$		ដំណើរទៅមក ក្នុងមួយថ្ងៃ ទៅសាលា/ការថែទាំកូន (ចំងាយម៉ាយ)	ចំនួនថ្ងៃទៅសិក្សា ក្នុងមួយអាទិត្យ	មានជំនិះបានប្រើ		តម្លៃយានជំនិះ ក្នុងមួយអាទិត្យ \$	ចំនួនបានបង់ ដោយអ្នកជិះឡានចូលគ្នា \$	មានជំនិះសាធារណៈ (ឡានបឺស, ល.) ក្នុងមួយថ្ងៃ \$		VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
អាណត្តិ <input type="checkbox"/> ធីតា <input type="checkbox"/> ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ត្រីមាស	ថ្លៃសាលា/ថ្លៃលម្អិត ក្នុងមួយអាណត្តិ	សៀវភៅ ឧបករណ៍ ល. ក្នុងមួយអាណត្តិ																		
	\$	\$																		
ដំណើរទៅមក ក្នុងមួយថ្ងៃ ទៅសាលា/ការថែទាំកូន (ចំងាយម៉ាយ)	ចំនួនថ្ងៃទៅសិក្សា ក្នុងមួយអាទិត្យ	មានជំនិះបានប្រើ																		
តម្លៃយានជំនិះ ក្នុងមួយអាទិត្យ \$	ចំនួនបានបង់ ដោយអ្នកជិះឡានចូលគ្នា \$	មានជំនិះសាធារណៈ (ឡានបឺស, ល.) ក្នុងមួយថ្ងៃ \$																		

CA	9	តើគាត់ធ្លាប់ត្រូវបានបញ្ឈប់ប្រាក់ជំនួយ ឬ CalFresh មួយរយៈពេល ឬ ជាប្រចាំ ដោយសារ : មិនសហការ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ក្នុងពេលពិនិត្យពិចារណាការត្រួតត្រាគុណភាព ទណ្ឌកម្មការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺន ដោយសារការបែកបាក់ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន ឬ ការល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនា ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ							
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">ហេតុអ្វី</td> <td style="width:33%;">ពេលណា</td> <td style="width:33%;">ខោនធី/រដ្ឋ ណា</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ហេតុអ្វី	ពេលណា	ខោនធី/រដ្ឋ ណា					
ហេតុអ្វី	ពេលណា	ខោនធី/រដ្ឋ ណា								

CA	CF	10 តើមានសមាជិកក្រុមគ្រួសារណាម្នាក់ ដែលកំពុងជួន ឬរត់ខ្សែជួន ដើម្បីជៀសវាងការផ្តោលទោស, កុំឱ្យត្រូវបានចាប់ខ្លួន, ឬ ទៅចូលគុក សំរាប់បទល្មើសឧក្រិដ្ឋ ឬ បានប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទល្មើសឧក្រិដ្ឋ ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមផ្តល់ឈ្មោះរបស់មនុស្ស :	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
CA	CF	11 តើមានសមាជិកក្រុមគ្រួសារណាម្នាក់ ត្រូវបានគុណការច្បាប់រកឃើញ មានប្រព្រឹត្តល្មើសនឹងការល្បួងខ្លួន ឬ លក្ខខណ្ឌការដោះលែង ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមផ្តល់ឈ្មោះរបស់មនុស្ស :	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	

CF	12	តើគាត់ទិញម្ហូបអាហារ និងចម្អិនម្ហូបជាទៀងទាត់ដោយឡែកពីមនុស្សផ្សេងទៀតនៅក្នុងផ្ទះឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CF	13	តើគាត់មានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬ ចាស់ជាង និងពុំអាចទិញម្ហូបអាហារ និងចម្អិនអាហារ ដាច់ដោយឡែក ដោយព្រោះភាពពិការ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

CF	14	តើគាត់បង់ថ្លៃម្ហូបអាហារ និង/ឬ បន្ទប់ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ																		
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">សូមគូស (✓)</td> <td style="width:25%;">ចំនួនប៉ុន្មាន</td> <td style="width:25%;">ហ្វឹកញាប់ប៉ុណ្ណា</td> <td style="width:25%;">ចំនួនម្ហូបអាហារ ក្នុងមួយថ្ងៃ</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> ម្ហូបអាហារ <input type="checkbox"/> បន្ទប់ <input type="checkbox"/> ទាំងពីរ </td> <td>\$</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	សូមគូស (✓)	ចំនួនប៉ុន្មាន	ហ្វឹកញាប់ប៉ុណ្ណា	ចំនួនម្ហូបអាហារ ក្នុងមួយថ្ងៃ	<input type="checkbox"/> ម្ហូបអាហារ <input type="checkbox"/> បន្ទប់ <input type="checkbox"/> ទាំងពីរ	\$			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Household Elects</th> </tr> <tr> <td style="width:33%;">BOARDER</td> <td style="width:33%;">HH MEMBER</td> <td style="width:33%;">ROOMER</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Household Elects			BOARDER	HH MEMBER	ROOMER			
សូមគូស (✓)	ចំនួនប៉ុន្មាន	ហ្វឹកញាប់ប៉ុណ្ណា	ចំនួនម្ហូបអាហារ ក្នុងមួយថ្ងៃ																		
<input type="checkbox"/> ម្ហូបអាហារ <input type="checkbox"/> បន្ទប់ <input type="checkbox"/> ទាំងពីរ	\$																				
Household Elects																					
BOARDER	HH MEMBER	ROOMER																			

CF	15	តើគាត់បានម្ហូបអាហារ ពីកម្មវិធីណាមួយនៅខាងក្រោម ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
		<ul style="list-style-type: none"> • មន្ទីរពិភាក្សាអាហារល្អធម៌សង្កាត់ សំរាប់ព្រឹទ្ធាហារ ឬ ដែលពិការ • កម្មវិធីថែទាំម្ហូបអាហារ ដែលបានប្រតិបត្តិដោយការបំរុងទុកសំរាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក • កម្មវិធីម្ហូបអាហារ ផ្សេងៗទៀត បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :		
		ឈ្មោះកម្មវិធី		

CA 16 តើនៅពេលឥឡូវនេះគាត់ធ្វើការ ឬ រំពឹងនឹងធ្វើការ នៅពេលអនាគត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 CF បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម : សូមភ្ជាប់កម្រិតស្រែក ឬ ភស្តុតាងផ្សេងទៀតនៃប្រាក់រកបាន។
 បើសិនមិនទាន់បានចាប់ផ្តើមការងារទេ តើបានរំពឹងនឹងចាប់ផ្តើមនៅខែថ្ងៃខួបណា? _____
 (ចំណាំ (បើសិនមានការងារខ្លួនឯង សូមកត់រាយការចំណាយលើការងារ នៅលើសន្លឹកក្រដាសមួយដោយឡែក និងភ្ជាប់រាយការជាមួយក្រដាសបំពេញនេះ)។

សំរាប់តែខោនធី ប្រើប៉ុណ្ណោះ:
 if Exempt
 CA
 CF Adult
 CF Child
 CF S/E Farmer Yes No

ឈ្មោះនិយោជក	មានការងារខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	មុខរបរ	ចំនួនថ្ងៃ/ម៉ោង បានធ្វើការក្នុងមួយអាទិត្យ
ខែថ្ងៃឆ្នាំ បើកប្រាក់	ប្រាក់ឈ្នួល មុនការកាត់ចេញ \$ _____	ប្រាក់ទឹកតែ ឬ កម្រៃជើងសារ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ចំនួន \$ _____ <input type="checkbox"/> ទេ

Verification(s) on file: Yes No

តើប្រាក់ចំណូលនេះ នឹងមានជាបន្តទៀត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ "ទេ" សូមពន្យល់ការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយនៅកន្លែងនេះ:

CA 17 A. តើគាត់បង់ប្រាក់ឱ្យជនណាម្នាក់ ដើម្បីមើលថែកូន មនុស្សពេញវ័យដែលពិការ ឬ មនុស្សផ្សេងទៀត បាទ/ចាស ទេ
 CF នៅក្នុងបន្ទប់ ប្រយោជន៍ឱ្យគាត់អាចទៅធ្វើការ ឬ ទៅហ្វឹកហ្វឺន ឬ ស្វែងរកការងារ ឬទេ?
 បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

Child Care Informing Given to Client:
 Trustline Informing (CCP 2) Yes No
 Health & Safety Certification (CCP 5) Yes No
 Dependent Care Eligible
 CA Yes No
 CF Yes No

ឈ្មោះមនុស្ស ដែលទទួលបានការថែទាំ	ឈ្មោះមនុស្ស ដែលផ្តល់ការថែទាំ	ចំនួនបាតបង់ ប្រចាំខែ \$ _____
ឈ្មោះមនុស្ស ដែលទទួលបានការថែទាំ	ឈ្មោះមនុស្ស ដែលផ្តល់ការថែទាំ	ចំនួនបាតបង់ ប្រចាំខែ \$ _____

CA B. តើគាត់ទទួលបានថ្លៃថែទាំកូន ដែលបានបង់សំរាប់ពួកគេ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 CF រួមបញ្ចូលថ្លៃដែលបានបង់ដោយញាតិសន្តាន ឬ មិត្តភក្តិ, ក្រសួងការអប់រំ, ជំនួយសិស្ស, Block Grant, Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP, ល.
 បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះក្មេង	អ្នកណាបង់	ចំនួនបាតបង់ ប្រចាំខែ \$ _____
ឈ្មោះក្មេង	អ្នកណាបង់	ចំនួនបាតបង់ ប្រចាំខែ \$ _____

CA 18 តើគាត់បានឈប់ ឬ បានបដិសេធការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺន ក្នុងពេល 60 ថ្ងៃកន្លងមក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 CF បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

	YES	NO
Emp. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋាន នៃនិយោជក/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	តើមនុស្សនេះទទួល ឬ រំពឹងនឹងទទួលប្រាក់ឈ្នួល ឬអត្ថប្រយោជន៍ ក្នុងខែនេះ ឬទេ? បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម ។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
សែកហ្វឺន បានទទួលចុងក្រោយ (ខែថ្ងៃឆ្នាំ)	ចំនួន មុនការកាត់ចេញ \$ _____
សែកហ្វឺន រំពឹងនឹងទទួល (ខែថ្ងៃឆ្នាំ)	ចំនួន មុនការកាត់ចេញ \$ _____
ថ្ងៃធ្វើការ/ការហ្វឹកហ្វឺន ចុងក្រោយ	ប្រាក់ទឹកតែ ឬ កម្រៃជើងសារ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ចំនួន \$ _____ <input type="checkbox"/> ទេ
ចំនួនម៉ោង ធ្វើការ/ការហ្វឹកហ្វឺន ខែចុងក្រោយ _____	មូលហេតុនៃការចាកចេញពីការងារ/ការហ្វឹកហ្វឺន
ខែនេះ: _____	

CA 19 តើគាត់បំពេញកិច្ចសន្យា ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 CF បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

Striker Regs Apply
 CA Yes No
 CF Yes No

ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋាន នៃនិយោជក/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	ឈ្មោះសហជីព
	ខែថ្ងៃឆ្នាំ បានធ្វើកិច្ចសន្យា
	ប្រាក់ចំណូលរួមប្រចាំខែ បានមកពីការងារនេះ នៅមុនពេលធ្វើកិច្ចសន្យា \$ _____

CF 20 តើគាត់បង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ឬ ប្រពន្ធឬ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

Court Order on File Yes No
 Amount Ordered \$ _____

ឈ្មោះកូន ឬ ប្រពន្ធឬ	ចំនួនក្នុងមួយខែ \$ _____	តុលាការបានបញ្ជា <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
---------------------	--------------------------	--

CA 21 តើគាត់បានដាក់ពាក្យសុំ ឬ បានទទួលអត្ថប្រយោជន៍អ្វីផ្សេងទៀត ក្នុងពេល 12 ខែកន្លងមក ដូចជា : បាទ/ចាស ទេ
 CF សូស្យាល់សិក្សាវិទ្យា, ការធានារ៉ាប់រងពេលអត់ការធ្វើ/អាពាហ៍ពិពាហ៍, ប្រាក់ជំនួយកុមារ/ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រពន្ធឬ, អត្ថប្រយោជន៍អតីត:យុទ្ធជន, ទីលំនៅឥតគិតថ្លៃ, ទឹកភ្លើងឥតគិតថ្លៃ, ល. ឬទេ?
 បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ប្រភេទ អត្ថប្រយោជន៍	ចំនួន	ខែថ្ងៃឆ្នាំ បានដាក់ពាក្យ (ខោនធី/ទ្រព្យ) ណា	ខែថ្ងៃឆ្នាំ ទទួលបានចុងក្រោយ	ញឹកញាប់បំផុត (ប្រចាំអាទិត្យ, ប្រចាំខែ, ល។)	ខែថ្ងៃឆ្នាំ ចាប់ផ្តើម និង ឈប់ បានរំពឹង	(✓) if Exempt
	\$ _____				ចាប់ផ្តើម : _____	CA <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/>
					ឈប់ : _____	

តើប្រាក់ចំណូលនេះ នឹងមានជាបន្តទៀត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ "ទេ" សូមពន្យល់ការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយនៅកន្លែងនេះ:

CA 22 តើគាត់មាន ឬ តើគាត់ទិញអចលនទ្រព្យអ្វីមួយ ដូចជាដីធ្លី និង/ឬ អាគារ នៅទីណា បាទ/ចាស ទេ

CF រួមទាំងនៅក្រៅសហរដ្ឋ ឬទេ?
បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ប្រភេទ (ដី, ផ្ទះ, ផ្ទះល្វែង, ល.)	ប្រើ (ផ្ទះ, ជួល, ល.)	អាសយដ្ឋាន ឬ ទីកន្លែង	តម្លៃប្រមាណ	ចំនួនជំពាក់
			\$	\$

សំរាប់តែខោនធី ប្រើប៉ុណ្ណោះ

Home Exempt Yes No

Other Real Property

Market Value \$ _____

Amount Owed \$ _____

Net Value \$ _____

Lien Applicable Yes No

CA 23 A. តើគាត់មានធនធានអ្វីមួយនៅខាងក្រោម ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

CF បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមគូស (✓) ចំពាក់នីមួយៗ និងពន្យល់នៅខាងក្រោម :

ធនធាន	បាទ/ចាស	ទេ	ធនធាន	បាទ/ចាស	ទេ
សែក ឬ ប្រាក់ (នៅផ្ទះ ឬ នៅកន្លែងដទៃ)			ថវិកាផ្ញើទុក		
កុងសរសេរសែក/សន្សំទុក/ ឥណទានសហជីព			ស្តុក, ប្រាក់ដឹកល់ទុក, សញ្ញាប័ត្រប្រាក់ ផ្ញើទុក, IRA, ប្រាក់និវត្តន៍		
ធនប័ត្រ, ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ, លិខិតផ្ទេរ បំណុល, កិច្ចសន្យាលក់			ផ្សេងទៀត (កត់រាយនៅខាងក្រោម)		

ប្រភេទធនធាន	ម្ចាស់	លេខកុង/ច្បាប់សន្យា	ឈ្មោះ និង អាសយដ្ឋាន គេធនាគារ, ល.	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	(✓) if Exempt
				\$	CA
				\$	CF

CA B. តើគាត់បានប្រាក់ចំណូល មកពីប្រភពណាមួយទាំងនេះ ដូចជា ការប្រាក់, ភាគចំណែកធានារ៉ាប់រង, ល. ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

CF បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមកត់រាយចំពាក់នីមួយៗ និងពន្យល់នៅខាងក្រោម :

ប្រភពប្រាក់	ចំនួនប្រាក់	ព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
	\$	
	\$	

CA 24 តើគាត់មាន, ជួល, ឬ ប្រើរថយន្តអ្វីមួយ ដូចជា ឡាន, ឡានប្រាក់, កាណូត, រថសំណើម, ឡានរ៉ឺម៉ក,
ផ្ទះចល័ត, យន្តជិះក្រៅផ្លូវ (ATV), ទោចក្រយានយន្ត, ស៊ីឌូ (seadoos), ចិតស្គី (jetskis), ល. ឬទេ?
បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ជួល

ឈ្មោះម្ចាស់ បើបាទ/ចាស សូមគូស (✓)	របៀបបាទ/ចាសប្រើ	ឆ្នាំ, ម៉ាក, ម៉ូដែល	លេខអាជ្ញាប័ត្រ និង រដ្ឋ នៃការចុះបញ្ជី	មានអាជ្ញាប័ត្រ (✓)	តម្លៃប្រមាណ	ប្រាក់នៅជំពាក់
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	\$	\$

(✓) If Exempt Leased

Vehicle Valuation

Exempt
 Leased

CA 25 តើគាត់មាន ឬ ប្រើទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ដែលមានតម្លៃយ៉ាងតិចបំផុត \$100 សំរាប់វត្ថុនីមួយៗ ឬ
នៅឡើយទេ? នីមួយៗមានតម្លៃយ៉ាងតិចបំផុត \$100 ដូចជា : គ្រឿងអលង្ការ, បរិក្ខារ, ឧបករណ៍, សត្វចិញ្ចឹម,
ល. ឬទេ? កុំកត់រាយ សំរាប់ប្រាក់, ចិញ្ចៀនអាណាហ៍ពិពាហ៍, កំរាលប្រាំ, គុទ្ធភោមី, បរិក្ខារប្រើអគ្គិសនី,
ឬ គ្រឿងគុទ្ធក្នុងផ្ទះផ្សេងទៀត។ បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ម្ចាស់	ឈ្មោះវត្ថុ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ បាទ/ចាស	តម្លៃទិញ ឬ តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	ប្រាក់នៅជំពាក់
			\$	\$
			\$	\$

Owned Jointly
 Owned Separately

Net Market Value
\$ _____

CA 26 តើគាត់បានលក់ បានផ្ទេរ ឬ បានឲ្យទៅគេ នូវអចលនទ្រព្យ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ក្នុងពេល 2 ឆ្នាំ កន្លងមក បាទ/ចាស ទេ

CF សំរាប់ប្រាក់ជំនួយ និងក្នុងពេល 3 ខែកន្លងមក សំរាប់ CalFresh ឬទេ?
បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់

Closed Bank Accounts:
 CalFresh in last 3 months

CA 27 តើគាត់មានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រោម : ជីវិត ការបញ្ចុះសព, ភាពពិការ ឬ ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

CF បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	លេខច្បាប់សន្យា	ថ្ងៃបង់ធានារ៉ាប់រង បាទ/ចាសដោយ (ឈ្មោះ)	ចំនួនបាទ/ចាស
			\$

Total CSV
(1) _____
(2) _____

Total Countable Property:
Items 22-27
CA \$ _____
CF \$ _____

CA 28 តើគាត់មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬ ការសំរួញពេទ្យ រួមទាំងការធានារ៉ាប់រងដែលបានបង់ដោយ និយោជក បាទ/ចាស ទេ

CF ឬ មាតាបិតាដែលអវត្តមាន ដូចជា : Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare, ល. ឬទេ?
បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ខែថ្ងៃឆ្នាំ ផុតកំណត់	ចំនួនថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង	បាទ/ចាសព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
		\$	

Health Care Options Explanation Given Referral _____
NA* _____

DHS 6155
 DFA 285-C
Medicare Gross Premium
\$ _____

<p>CA 29 តើគាត់ទទួលការព្យាបាលសុខភាព/ការមានផ្ទៃពោះ នៅខែនេះ ឬ ក្នុងបីខែ មុនខែនេះ ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">ឈ្មោះមនុស្ស ដែលទទួលការថែទាំ</td> <td style="width:25%;">ខែនៃការថែទាំ</td> <td style="width:10%;">តើបានបង់ថ្លៃព្យាបាលនេះឬទេ?</td> <td colspan="2" style="width:40%;">តើបានបង់ថ្លៃ MEDICAL សំរាប់ ខែទាំងនោះ ឬទេ?</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">បាទ/ចាស ទេ</td> <td style="text-align: center;">បាទ/ចាស</td> <td style="text-align: center;">ទេ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ឈ្មោះមនុស្ស ដែលទទួលការថែទាំ	ខែនៃការថែទាំ	តើបានបង់ថ្លៃព្យាបាលនេះឬទេ?	តើបានបង់ថ្លៃ MEDICAL សំរាប់ ខែទាំងនោះ ឬទេ?				បាទ/ចាស ទេ	បាទ/ចាស	ទេ						<p>សំរាប់តែខោនធី ប្រើប៉ុណ្ណោះ</p> <p>Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>															
ឈ្មោះមនុស្ស ដែលទទួលការថែទាំ	ខែនៃការថែទាំ	តើបានបង់ថ្លៃព្យាបាលនេះឬទេ?	តើបានបង់ថ្លៃ MEDICAL សំរាប់ ខែទាំងនោះ ឬទេ?																												
		បាទ/ចាស ទេ	បាទ/ចាស	ទេ																											
<p>CA 30 តើគាត់មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីមួយ ពីមាតាបិតា និយោជក ឬ មាតាបិតាអវត្តមាន ដែលមិនបានដាក់ពាក្យសុំ ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង</td> <td style="width:30%;">ចំនួនថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង</td> <td style="width:40%;">បានបង់ប្រាក់បញ្ចាំប៉ុណ្ណា</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td></td> </tr> </table>	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ចំនួនថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង	បានបង់ប្រាក់បញ្ចាំប៉ុណ្ណា		\$			\$		<p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p>																					
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ចំនួនថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង	បានបង់ប្រាក់បញ្ចាំប៉ុណ្ណា																													
	\$																														
	\$																														
<p>CA 31 តើគាត់មានភាពពិការ ដែលបានបណ្តាលមកពីការររបួស ឬ គ្រោះថ្នាក់ ដែលធ្វើឲ្យគេពិបាក ដើម្បីធ្វើការ ឬ ចាត់ចែងសេចក្តីត្រូវការរបស់គេ ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">ប្រភេទបញ្ហា</td> <td style="width:30%;">ខែថ្ងៃធ្លាក់ បញ្ហាបានចាប់ផ្តើម</td> <td style="width:40%;">ខែថ្ងៃធ្លាក់ នៃការជាស្បើយ បានរំពឹង</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ប្រភេទបញ្ហា	ខែថ្ងៃធ្លាក់ បញ្ហាបានចាប់ផ្តើម	ខែថ្ងៃធ្លាក់ នៃការជាស្បើយ បានរំពឹង				<p>VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																								
ប្រភេទបញ្ហា	ខែថ្ងៃធ្លាក់ បញ្ហាបានចាប់ផ្តើម	ខែថ្ងៃធ្លាក់ នៃការជាស្បើយ បានរំពឹង																													
<p>CA 32 A. តើគាត់មានការរក្សាសុខភាព ឬ ស្ថានភាពដែលត្រូវការអ្វីមួយនៅខាងក្រោម ឬទេ? សូមគូសចំពូកនិយមមួយៗ (✓) បាទ/ចាស ឬ ទេ :</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">បាទ/ចាស</td> <td style="width:10%; text-align: center;">ទេ</td> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">បាទ/ចាស</td> <td style="width:10%; text-align: center;">ទេ</td> </tr> <tr> <td>របបអាហារពិសេស - ផ្តល់បណ្តឹងបានចេញផ្តល់បញ្ជា</td> <td></td> <td></td> <td>ការប្រើប្រាស់ទឹកភ្លើងប្រើប្រាស់</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ត្រូវការយានជំនិះពិសេស</td> <td></td> <td></td> <td>សេវាការព្យាបាលពិសេស</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ទូរស័ព្ទ ឬ បរិក្ខារពិសេស ផ្សេងទៀត</td> <td></td> <td></td> <td>ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>កិច្ចការផ្ទះ (គ្មានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះអាចធ្វើបាន)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមពន្យល់ :</p>		បាទ/ចាស	ទេ		បាទ/ចាស	ទេ	របបអាហារពិសេស - ផ្តល់បណ្តឹងបានចេញផ្តល់បញ្ជា			ការប្រើប្រាស់ទឹកភ្លើងប្រើប្រាស់			ត្រូវការយានជំនិះពិសេស			សេវាការព្យាបាលពិសេស			ទូរស័ព្ទ ឬ បរិក្ខារពិសេស ផ្សេងទៀត			ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :			កិច្ចការផ្ទះ (គ្មានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះអាចធ្វើបាន)						<p>CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____</p> <p>VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>
	បាទ/ចាស	ទេ		បាទ/ចាស	ទេ																										
របបអាហារពិសេស - ផ្តល់បណ្តឹងបានចេញផ្តល់បញ្ជា			ការប្រើប្រាស់ទឹកភ្លើងប្រើប្រាស់																												
ត្រូវការយានជំនិះពិសេស			សេវាការព្យាបាលពិសេស																												
ទូរស័ព្ទ ឬ បរិក្ខារពិសេស ផ្សេងទៀត			ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :																												
កិច្ចការផ្ទះ (គ្មានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះអាចធ្វើបាន)																															
<p>CA 32 B. តើគាត់ទទួល សេវាជួយគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (In-Home Supportive Serv. (IHSS)) ឬទេ? បើ “បាទ/ចាស” តើគាត់បង់ប្រាក់ចំនួនប៉ុន្មាន ក្នុងមួយខែ? \$ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																														
<p>CA 33 សេវាទាំងប៉ុន្មាននៅខាងក្រោម គឺមានផ្តល់ជូន : ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ សំរាប់ខ្លួនអ្នក ឬ ជនណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ និងមិនប៉ះពាល់ដល់ សិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកឡើយ។ សូមគូស (✓) បាទ/ចាស ឬ ទេ។</p> <p>A. ពិនិត្យសុខភាពទូទៅទៀងទាត់ ដើម្បីជួយការពារសុខភាពគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលមានតាមសំណួរពរ តាមរយៈកម្មវិធីការពារសុខភាពកុមារ និងភាពពិការ (Child Health and Disability Prevention program, CHDP) សំរាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក ក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ ដែលមានសិទ្ធិទទួល។</p> <ul style="list-style-type: none"> • តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសេវានៃ CHDP ឬទេ? • តើអ្នកចង់បានសេវាសុខភាពនៃ CHDP ឬទេ? • តើអ្នកចង់បានសេវាផ្សេងទៀតនៃ CHDP ឬទេ? • តើអ្នកត្រូវការជំនួយ ក្នុងការណាត់ពេលជួប ឬ យានជំនិះទៅទទួលសេវានៃ CHDP ឬទេ? <p>B. បើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារមានផ្ទៃពោះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការរកផ្តល់បណ្តឹង ការទទួលអាហារមានសុខភាពល្អ និងជំនួយផ្សេងទៀត។ តើអ្នកចង់និយាយទៅកាន់អ្នកណាម្នាក់ អំពីជំនួយនេះ ឬទេ?</p> <p>C. តើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារ បំបៅដោះកូន ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” តើកូនបានកើតក្នុងពេល 12 ខែ កន្លងមកឬ? បើអ្នកបានគូស “បាទ/ចាស” ផ្នែក 33 B ឬ C អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលសេវាដែលបានផ្តល់ដោយការបន្ថែមអាហារពិសេសនៃកម្មវិធីសំរាប់ ស្ត្រី, ទារក និងកុមារ (Women, Infants and Children, WIC)។</p> <p>D. តើអ្នក ឬ សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ ចង់បានសេវាការរៀបចំគំរោងគ្រួសារ ដោយឥតចេញថ្លៃ ឬ មានតម្លៃថោក ឬទេ? បើឆ្លើយ “បាទ/ចាស” សូមទូរស័ព្ទទៅគំរោងថែទាំសុខភាព ឬ ផ្តល់បណ្តឹង ទៀងទាត់របស់អ្នក។ ឬ សំរាប់ហេតុការណ៍ និងទីកន្លែងនៃការរៀបចំគំរោងគ្រួសារជាសំខាន់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ 1-800-942-1054។</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">បាទ/ចាស</td> <td style="width:10%; text-align: center;">ទេ</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		បាទ/ចាស	ទេ																		<p><input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Referral</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5</p> <p><input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum</p> <p><input type="checkbox"/> WIC referral</p> <p><input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____</p>									
	បាទ/ចាស	ទេ																													

ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំយល់ថា :

- ហេតុការណ៍អ្វីមួយដែលខ្ញុំបានផ្តល់ រួមទាំងហេតុការណ៍អត្ថប្រយោជន៍ និងប្រាក់ចំណូល នឹងបានផ្តល់ជាមួយនឹងកំណត់ត្រាថ្នាក់មូលដ្ឋាន, រដ្ឋ និងរដ្ឋបាលសហព័ន្ធដូចជា និយោជក, វាយកង្កែបស្តុកស្តុកស៊ីតូរិទី, ភ្នាក់ងារពន្ធដារ, វិទ្យាល័យ, និងភ្នាក់ងារអត់ការធ្វើ, វត្តមាននៅសាលា, ល.។ ហើយកំណត់ត្រាសំរាប់ប្រាក់ជំនួយ និង CalFresh និងបានផ្តល់ជាមួយនឹងភ្នាក់ងារគណនេយ្យ សំរាប់ដឹកាចាប់ខ្លួន។
- ហេតុការណ៍ទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ រួមទាំងហេតុការណ៍អត្ថប្រយោជន៍ និងប្រាក់ចំណូល អាចនឹងបានពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងបានពិនិត្យដោយបុគ្គលិកខោនធី, រដ្ឋ, និងរដ្ឋបាលសហព័ន្ធ, ហើយបើខ្ញុំបានផ្តល់ហេតុការណ៍ខុស, ប្រាក់ជំនួយ, CalFresh, និង Medi-Cal របស់ខ្ញុំ អាចនឹងបានបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់។
- សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ អាចនឹងបានជ្រើសយកមកពិនិត្យមើលឡើងវិញ ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាក់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ បានគិតគូរយ៉ាងត្រឹមត្រូវ ហើយខ្ញុំត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញ ជាមួយនឹងបុគ្គលិកខោនធី, រដ្ឋ ឬ រដ្ឋបាលសហព័ន្ធ ក្នុងការស៊ើបអង្កេត ឬ ការពិនិត្យមើលឡើងវិញអ្វីមួយ រួមទាំងការពិនិត្យពិចារណាត្រួតត្រាគុណភាព។
- ខោនធី នឹងបញ្ជូនហេតុការណ៍ទៅ សេវាខាងសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ សហរដ្ឋ (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) ដើម្បីបញ្ជាក់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ និងហេតុការណ៍ដែលខោនធីទទួលបានពី USCIS អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ប្រាក់ជំនួយ, CalFresh, និង Medi-Cal យ៉ាងពេញលេញ។ ប៉ុន្តែបើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំតែ Medi-Cal ហើយបើខ្ញុំមិនមែនជា (a) អាណិកជនអ្នកមូលដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ពេញលេញ (lawful permanent resident, LPR), (b) អាណិកជនមានអតិថិជនសិទ្ធិ ដែលមានប័ណ្ណ I-688 ប្រើការបាន និង ដំបូងបង្អស់, ឬជា អាណិកជនអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក នៅក្រោមពណ៌ច្បាប់ (PRUCOL), ខោនធីនឹងមិនបញ្ជូនហេតុការណ៍ទៅ USCIS ទេ។
- ខ្ញុំត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំ និងរក្សាការរ៉ាប់រងសុខភាពអ្វីមួយដែលមាន បើមិនទាក់ទងនឹងតម្លៃ; បើខ្ញុំមិនដាក់ពាក្យសុំទេ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ នឹងបានបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់។
- រូបខ្ញុំ ឬ សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត នឹងបានត្រូវឲ្យសងប្រាក់ជំនួយ ដែលខ្ញុំមិនគួរបានទទួល។
- ក្រុមគ្រួសារដែលទទួល CalFresh, សមាជិកមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់នៃក្រុមគ្រួសារ CalFresh (សូម្បីតែបើគាត់ផ្លាស់ចេញ), អ្នកធានា សមាជិកក្រុមគ្រួសារមិនមែនជាពលរដ្ឋ ឬ អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត នៃអ្នកមូលដ្ឋាន ដែលមានសិទ្ធិទទួលនៅក្នុងស្ថាប័នមួយ អាចនឹងបានត្រូវឲ្យសងអត្ថប្រយោជន៍ ដែលក្រុមគ្រួសារមិនគួរបានទទួល។
- សមាជិកណាម្នាក់នៃក្រុមគ្រួសារ ដែលកំពុងពន្យារ ឬរត់គេចពីច្បាប់ ដើម្បីជៀសវាងការផ្តោលទោស, កុំឲ្យត្រូវបានចាប់ទៅឃុំឃាំង, ឬ ទៅចូលគុក សំរាប់បទល្មើសឧក្រិដ្ឋ ឬ បានប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទល្មើសឧក្រិដ្ឋ ឬ គុណការច្បាប់បានរកឃើញ ថាគេមានការប្រព្រឹត្តិល្មើសនឹងលក្ខខណ្ឌការដោះលែង ឬ ការល្បួងខ្លួន មិនអាចទទួលបានប្រាក់ជំនួយ ឬ CalFresh បានទេ។
- សំរាប់ប្រាក់ជំនួយវិញ ខោនធីនឹងត្រូវឲ្យខ្ញុំ និងសមាជិកគ្រួសារខ្លះ បានផ្តិតប្រមាណនិងថតរូប។ បើយើងមិនសហការទេ អត្ថប្រយោជន៍អាចនឹងបានបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់។

ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា :

ខ្ញុំនឹងលែងមានសិទ្ធិទទួល និង/ឬ ទទួលទោសពិន័យការគេបន្តដែលហ្ន៎ បើសិនខ្ញុំមានចេតនាផ្តល់ហេតុការណ៍ខុស ឬ ខានរាយការណ៍នូវហេតុការណ៍ទាំងអស់ ឬ ស្ថានភាពដែលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលរបស់ខ្ញុំ ឬ អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ប្រាក់ជំនួយ CalFresh និង Medi-Cal។

សំរាប់ ប្រាក់ជំនួយ :

- បើសិនខ្ញុំមានចេតនា មិនប្រព្រឹត្តតាមវិន័យប្រាក់ជំនួយ, ខ្ញុំអាចនឹងបានទទួលពិន័យដល់ទៅ \$10,000 និង/ឬ បញ្ជូនទៅគុក/ពន្ធនាគារ ចំនួន 3 ឆ្នាំ។ ហើយជំនួយប្រាក់របស់ខ្ញុំ អាចបានបញ្ឈប់ :
 - សំរាប់ការមិនរាយការណ៍ហេតុការណ៍ទាំងអស់ ឬ ការផ្តល់ហេតុការណ៍ខុស : 6 ខែ សំរាប់ទោសលើសលើកទីមួយ, 12 ខែ សំរាប់លើកទីពីរ, ឬ ជាហួតសំរាប់លើកទីបី; និង សំរាប់ប្រាក់ជំនួយជនរៀនសូត្រខ្លះវិញ ចំនួន 3 ខែ សំរាប់លើកទីមួយ និង 6 ខែ សំរាប់ទោសលើសនៅពេលក្រោយៗទៀត។
 - សំរាប់ការបញ្ជូនក្រដាសដាក់ពាក្យសុំមួយ ឬ លើសពីមួយ ដើម្បីឲ្យបានជំនួយច្រើនជាងមួយករណី នៅពេលព្រមគ្នា : 2 ឆ្នាំ សំរាប់ការជាប់ទោសលើកទីមួយ, 4 ឆ្នាំ សំរាប់ការជាប់ទោសលើកទីពីរ, ឬ ជាហួត សំរាប់លើកទីបី។
 - សំរាប់ការជាប់ទោសនៃបទឧក្រិដ្ឋការលួច ដើម្បីឲ្យបានជំនួយ : 2 ឆ្នាំ សំរាប់ការលួចចំនួនក្រោម \$2,000; 5 ឆ្នាំ សំរាប់ចំនួន \$2,000 រហូតដល់ \$4,999.99; និងជាហួត សំរាប់ចំនួន \$5,000 ឬ ច្រើនជាង។
 - ការផ្តល់ឲ្យខោនធី នូវភស្តុតាងលំនៅដ្ឋានក្លែងក្លាយ ប្រយោជន៍ឲ្យបានជំនួយនៅពីរខោនធី ឬ រដ្ឋ ច្រើនជាងពីរ នៅពេលព្រមគ្នា; ការផ្តល់ឲ្យខោនធី នូវភស្តុតាងសិទ្ធិទទួលក្លែងក្លាយ សំរាប់ក្មេង ឬ មិនមានក្មេងនោះទេ; ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ប្រាក់ ច្រើនជាង \$10,000 តាមរយៈការគេបន្ត; ទទួលការជាប់ទោសលើកទីបី សំរាប់ការគេបន្ត នៅក្នុងគុណការច្បាប់ ឬ ស្តីទីសវនាការ : ជាហួត។

សំរាប់ CalFresh :

- បើសិនខ្ញុំមានចេតនា មិនប្រព្រឹត្តតាមវិន័យ CalFresh, អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់ខ្ញុំ នឹងបានបញ្ឈប់ចំនួន 12 ខែ សំរាប់ការលើសលើកទីមួយ, 24 ខែ សំរាប់លើកទីពីរ; និងជាហួត សំរាប់លើកទីបី។ ហើយខ្ញុំអាចនឹងបានទទួលពិន័យដល់ទៅ \$250,000 និង/ឬ បញ្ជូនទៅគុក/ពន្ធនាគារ ចំនួន 20 ឆ្នាំ។
- បើសិនខ្ញុំត្រូវបានរកឃើញមានទោសទណ្ឌ នៅក្នុងគុណការច្បាប់ណាមួយ ពីព្រោះតែ :
 - ខ្ញុំបានរដូវ ឬ បានលក់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សំរាប់កាំភ្លើង, គ្រាប់កាំភ្លើង, ឬ គ្រាប់បែក, CalFresh របស់ខ្ញុំ អាចបានបញ្ឈប់ជាហួត សំរាប់ការលើសលើកទីមួយ។
 - ខ្ញុំបានរដូវ ឬ បានលក់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh សំរាប់សារធាតុដែលទប់ស្កាត់, CalFresh របស់ខ្ញុំ អាចបានបញ្ឈប់ចំនួន 24 ខែ សំរាប់ការលើសលើកទីមួយ និងជាហួត សំរាប់លើកទីពីរ។
 - ខ្ញុំបានរដូវ ឬ បានលក់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ដែលមានតម្លៃ \$500 ឬ ច្រើនជាង CalFresh របស់ខ្ញុំ អាចបានបញ្ឈប់ជាហួត។
 - ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំ CalFresh ពីរដង ឬ ច្រើនជាង នៅពេលព្រមគ្នា ទាំងបានផ្តល់ឲ្យខោនធី នូវភស្តុតាង ឬ ព័ត៌មានលំនៅដ្ឋានក្លែងក្លាយ, CalFresh របស់ខ្ញុំ អាចបានបញ្ឈប់ចំនួន 10 ឆ្នាំ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសពិន័យនៃការរក្សាភាព ក្រុមច្បាប់នៃសហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះ គឺពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងសព្វគ្រប់។

ហត្ថលេខា (មាតាបិតា ឬ ញាតិសន្តានអ្នកថែទាំ, អ្នកដាក់ពាក្យសុំ MEDI-CAL, សមាជិកក្រុមគ្រួសារ CALFRESH ឬ អ្នកតំណាង CALFRESH បានអនុញ្ញាត)		ហត្ថលេខាសាក្សី ចំពោះគំនួស, អ្នកបកប្រែ ឬ មនុស្សធ្វើការជួសជុល អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	
ហត្ថលេខា (មាតាបិតាផ្សេងទៀតរស់នៅក្នុងផ្ទះ, បើដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយ)	ខែថ្ងៃឆ្នាំ	ហត្ថលេខាសាក្សី ចំពោះគំនួស, អ្នកបកប្រែ ឬ មនុស្សធ្វើការជួសជុល អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍	ខែថ្ងៃឆ្នាំ