សេចក្ដីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធ/ការបាត់បង់សិទ្ធិប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ

(ការខកខានមិនបានបំពេញតាមបទបញ្ញត្តិការងារកម្មវិធីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ)

ស្រុក

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង : ____________________

ករណី

ឈ្មោះ : ____________________

លេខ : ____________________

បុគ្គលិក

ឈ្មោះ : ____________________

លេខ : ____________________

ទូរស័ព្ទ : ____________________

អាស័យដ្ឋាន : ____________________

____

____

(ADDRESSEE)

សំណួរ? សូមសួរបុគ្គលិករបស់លោកអ្នក។

សវនាការរបស់រដ្ឋ : ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះមិនត្រឹមត្រូវ លោកអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការ។ ខាងក្រោយនៃទំព័រនេះប្រាប់លោកអ្នកពីរបៀបស្នើសុំ។ ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកអាចនឹងមិនផ្លាស់ប្ដូរ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនសកម្មភាពនេះកើតឡើង។

ស្រុកកំពុងធ្វើសកម្មភាពខាងក្រោម ពីព្រោះ ____________ មិនបានធ្វើតាមបទបញ្ញត្តិការងារកម្មវិធីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ (ដូចរាយខាងក្រោម)។

លោកអ្នក ☐ ត្រូវបានបដិសេធ/ ☐ បាត់បង់សិទ្ធិ សម្រាប់ ១ ☐ ៣ ☐ ឬ ៦ ☐ ខែ។

ការពិន័យនឹងបញ្ចប់នៅ ______________________ (កាលបរិច្ឆេទ) ។

ចំនួននៃប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់គ្រួសារលោកអ្នកនឹងផ្លាស់ប្ដូរពី
$ ______________ ទៅ $ ______________ ។

<u>មូលហេតុដែលលោកអ្នកមិនទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភទៀត ពីព្រោះលោកអ្នកខកខានមិនបានបំពេញបទបញ្ញត្តិការងារណាមួយខាងក្រោម។ លោកអ្នកមិនបាន</u>

- ☐ ចុះឈ្មោះធ្វើការងារ។
- ☐ រក្សាការងាររបស់លោកអ្នក ឬ រក្សាការធ្វើការយ៉ាងហោចណាស់ ៣០ ម៉ោងក្នុងមួយសប្ដាហ៍។
- ☐ ចូលរួមនៅក្នុងការងារដើម្បីសុខមាលភាព, ស្វែងរកការងារ ឬ កិច្ចការដែលទាក់ទងនឹងការងារផ្សេងទៀត។
- ☐ ផ្ដល់ឱ្យស្រុកនូវព័ត៌មានអំពីប្រវត្តិការងាររបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកអាចធ្វើការ។
- ☐ រាយការណ៍ទៅនិយោជកដើម្បីការងារ។
- ☐ ទទួលការផ្ដល់ឱ្យនូវការងារល្អ។
- ☐ ចូលរួមនៅក្នុងតម្រូវការការងារកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងនិកម្មភាព។
- ☐ ចូលរួមនៅក្នុងម្រូវការការងាររបស់កម្មវិធីសុខមាលភាពដើម្បីការងារ CalWORKs។

សូមទូរស័ព្ទមកយើងប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាលោកអ្នកមានមូលហេតុចំពោះការមិនអាចបំពេញបទបញ្ញត្តិការងារនេះ។

<u>របៀបរក្សាពីការបាត់បង់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ</u>

នៅ ______________________ (កាលបរិច្ឆេទ) លោកអ្នកត្រូវតែ

- បង្ហាញការបញ្ជាក់ជាសម្ដី ឬ លាយល័ក្ខអក្សរដែលថាលោកអ្នកកំពុងបំពេញបទបញ្ញត្តិការងាកម្មវិធីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ។
- មានមូលហេតុល្អសម្រាប់ការមិនអាចបំពេញបទបញ្ញត្តិការងារ។
- ទទួលការអត់ឱន (សូមមើលបញ្ជីខាងក្រោម)។

<u>ដើម្បីទទួលការអត់ឱនពីបទបញ្ញត្តិការងារ លោកអ្នកត្រូវតែ</u>

- មានអាយុក្រោម ១៦ ឆ្នាំ ឬ អាយុ ៦០ ឆ្នាំ ឬ ចាស់ជាងនេះ
- មានអាយុ ១៦ ឬ ១៧ ហើយ មិនមែនជាមេនៃគ្រួសារទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នក
- មិនសមស្របខាងផ្នែករាងកាយ ឬ អារម្មណ៍ចំពោះការងារ
- បំពេញបទបញ្ញត្តិសុខមាលភាពដើម្បីការងារកាលវើក (CalWORKs Welfare-to-Work rules)
- ថែទាំក្មេងអាយុក្រោម ៦ ឆ្នាំ ឬ ទទួលរងរបួស ឬ ជាមនុស្សឈឺ
- ចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលជាតិស្រវឹង ឬ ថ្នាំញៀន ដែលមិនអាចឱ្យលោកអ្នកធ្វើការ ៣០ ម៉ោង ឬ ច្រើនជាងនេះក្នុងមួយសប្ដាហ៍។
- ទទួល ឬ បានស្នើសុំផលប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងនិកម្មភាព។
- មានការងារ ឬ រកស៊ីខ្លួនឯងយ៉ាងហោចណាស់ ៣០ ម៉ោងក្នុងមួយសប្ដាហ៍ ឬទទួលចំណូលរៀងរាល់សប្ដាហ៍ យ៉ាងហោចណាស់ស្មើនឹងប្រាក់បៀវត្សរ៍តិច បំផុតរបស់សហព័ន្ធគុននឹង ៣០ ម៉ោង
- ទៅសាលារៀន យ៉ាងហោចណាស់ពាក់កណ្ដាលថ្ងៃ

<u>នេះគឺជារបៀបទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភត្រឡប់មកវិញ</u>

- ចាប់ផ្ដើមនៅ ______________________ (កាលបរិច្ឆេទ) លោកអ្នកអាចទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលសិទ្ធិ និង យល់ព្រមបំពេញតាមបទបញ្ញត្តិការងារកម្មវិធីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលការអត់ឱនពីបទបញ្ញត្តិការងារកម្មវិធីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ លោកអ្នកអាចស្នើសុំបានគ្រប់ពេល។ (សូមមើលបញ្ជីអត់ឱនខាងលើ)។

<u>មតិ</u>

បទបញ្ញត្តិ : បទបញ្ញត្តិទាំងនេះអនុវត្ត។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យវានៅការិយាល័យសុខមាលភាពរបស់លោកអ្នក។
ផ្នែក MPP ☐ 42-721; ☐ 63-407; ☐ 63-408;
☐ ផ្សេងទៀត : ______________________ ។

សិទ្ធិសវនាការរបស់លោកអ្នក

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយសកម្មភាពណាមួយរបស់ស្រុក ។ លោកអ្នកមានពេលតែ ៩០ ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ ។ រយៈពេល ៩០ ថ្ងៃ បានចាប់ផ្ដើមបន្ទាប់ពីស្រុកបានផ្ដល់ ឬ បានផ្ញើសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះជូនលោកអ្នក ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនសកម្មភាពលើជំនួយជាសាច់ប្រាក់, Medi-Cal, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ សេវាថែទាំក្មេង កើតឡើង :

- ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ Medi-Cal របស់លោកអ្នកនឹងនៅដដែល នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសវនាការ ។
- សេវាកម្មថែទាំក្មេងរបស់លោកអ្នកអាចនៅដដែល នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសវនាការ ។
- ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នកនឹងនៅដដែល រហូតមានសវនការ ឬ ចុងបញ្ចប់នៃអំឡុងពេលនៃការបញ្ជាក់របស់លោកអ្នក មួយណាដែលកើតឡើងឆាប់ជាង ។

ប្រសិនបើសេចក្ដីសម្រេចសវនាការថ្លែងថាយើងគឺត្រឹមត្រូវ លោកអ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ សេវាកម្មថែទាំក្មេងលើស ដែលលោកអ្នកបាន ទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ផលប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកមុនសវនាការ សូមគូស ខាងក្រោម :

បាទ/ចាំ បន្ថយ ឬ បញ្ឈប់ ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ សេវាថែទាំក្មេង

នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្ដីសម្រេចសវនាការសម្រាប់ :

<u>សុខមាលភាពដើម្បីការងារ :</u>

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពទាំងនោះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលការបង់ប្រាក់ថែទាំក្មេងសម្រាប់ការងារ និង សម្រាប់សកម្មភាពដែលយល់ព្រមដោយស្រុក មុនសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះ ។

ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់លោកអ្នកថាការបង់ប្រាក់សេវាកម្មគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់លោកអ្នក នឹងបញ្ឈប់ លោកអ្នកនឹងមិនទទួលការបង់ប្រាក់បន្ថែមនានា សូម្បីតែលោកអ្នកទៅចូលរួម នៅក្នុងសកម្មភាពរបស់លោកអ្នក ។

ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់លោកអ្នកថាយើងនឹងបង់ប្រាក់សេវាកម្មគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់ លោកអ្នក ពួកគេនឹងទទួលចំនួននោះ និង ក្នុងមធ្យោបាយដែលយើងបានប្រាប់លោកអ្នក នៅក្នុងសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះ ។

- ដើម្បីទទួលសេវាកម្មគាំទ្រទាំងនោះ លោកអ្នកត្រូវតែទៅចូលរួមក្នុងកម្មវិធីដែលស្រុកបានប្រាប់លោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- ប្រសិនបើចំនួនប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រដែលស្រុកបង់ នៅពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្ដីសម្រេចរបស់សវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចចូលរួម លោកអ្នកអាចឈប់ទៅ ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនោះ ។

<u>Cal-Learn:</u>

- លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn ទេ ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់លោកអ្នកថាយើងមិនអាចបម្រើជូនលោកអ្នក ។
- យើងនឹងបង់តែថ្លៃសេវាកម្មគាំទ្រ Cal-Learn សម្រាប់សកម្មភាពដែលបានយល់ព្រមប៉ុណ្ណោះ ។

ព័ត៌មានផ្សេងទៀត

សមាជិកនៃផែនការថែទាំដែលទទួលការចាត់ចែង Medi-Cal: សកម្មភាពនៅលើសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកពីការទទួលសេវាកម្មពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នកដែលទទួលការចាត់ចែង ។ លោកអ្នកអាចទាក់ទងជាមួយសេវាកម្មសមាជិកភាពផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ ។

ការឧបត្ថម្ភក្មេង និង/ឬ សុខភាព : ទីភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភក្មេងក្នុងតំបន់ និង ជួយប្រមូលការឧបត្ថម្ភដោយ មិនគិតថ្លៃ សូម្បីតែលោកអ្នកមិនទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ។ ប្រសិនបើឥឡូវ ពួកគេប្រមូលការឧបត្ថម្ភ សម្រាប់លោកអ្នក ពួកគេនឹងរក្សាការធ្វើដូច្នោះ លុះត្រាតែលោកអ្នកប្រាប់ពួកគេជាលាយល័ក្ខអក្សរ ឱ្យបញ្ឈប់ ។ ពួកគេនឹងផ្ញើប្រាប់ឧបត្ថម្ភថ្មីៗដែលប្រមូលបានជូនលោកអ្នក ប៉ុន្តែនឹងរក្សាទុកប្រាក់ ប្រមូលបានដែលដល់ថ្ងៃពីមុន ដែលនៅជំពាក់ស្រុក ។

ផែនការគ្រួសារ : ការិយាល័យសុខមាលភាពរបស់លោកអ្នកនឹងផ្ដល់ជូនលោកអ្នក នូវព័ត៌មាន នៅពេលលោកអ្នកស្នើសុំវា ។

ឯកសារសវនាការ : ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការ នាយកដ្ឋានសវនាការរបស់រដ្ឋនឹងបង្កើត ឯកសារមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិមើលឯកសារនេះ មុនសវនាការរបស់លោកអ្នក និង ទទួលឯកសារ ចម្លងនៃជំហរជាលាយល័ក្ខអក្សររបស់ស្រុកលើករណីរបស់លោកអ្នក យ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃ មុនសវនាការ ។ រដ្ឋអាចផ្ដល់ឯកសារសវនាការរបស់លោកអ្នកទៅក្រសួងសុខមាលភាព និង ក្រសួងសេវាកម្មសុខភាព និង មនុស្ស ព្រមទាំងក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ។ (**ក្រម W&I ផ្នែក 10850 និង 10950**) ។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

- **បំពេញទំព័រនេះ ។**
- ថតចម្លងទំព័រខាងមុខ និង ខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់ លោកអ្នក ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំ បុគ្គលិករបស់លោកអ្នកនឹងថតចម្លងឯកសារមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក ។
- **បញ្ជូន ឬ យកឯកសារនេះទៅ :**

ឬ

- **ទូរស័ព្ទដោយឥតបង់ប្រាក់ : 1-800-952-5253 ឬ** សម្រាប់មនុស្សថ្លង់ ឬ គរ ដែលប្រើប្រាស់ TDD : **1-800-952-8349** ។

ដើម្បីទទួលជំនួយ : លោកអ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់លោកអ្នក ឬ សម្រាប់ការយោងទៅរកជំនួយផ្លូវច្បាប់តាមលេខទូរស័ព្ទរបស់រដ្ឋដោយឥតបង់ប្រាក់ ដែលបានរាយខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយផ្លូវច្បាប់ដោយឥតបង់ប្រាក់នៅការិយាល័យជំនួយផ្លូវច្បាប់ ឬ ការិយាល័យសិទ្ធិសុខមាលភាពក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចង់ទៅកាន់សវនាការម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចនាំមិត្តភ័ក្រ្ត ឬ នណាម្នាក់ទៅជាមួយលោកអ្នក ។

សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់បានសវនាការ ដោយសារតែសកម្មភាពដែលធ្វើឡើងដោយក្រសួងសុខមាលភាពរបស់ស្រុក ______________________________ អំពី :

☐ ជំនួយសាច់ប្រាក់របស់ខ្ញុំ ☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំ ☐ Medi-Cal

☐ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) ______________________________

នេះគឺជាមូលហេតុ : ______________________________

____

____

____

____

____

☐ **ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមគូសទីនេះ និង បន្ថែមមួយទំព័រទៀត ។**

☐ ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្ដល់ឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែដោយមិនគិតថ្លៃពីខ្ញុំ ។ (សាច់ញាតិ ឬ មិត្តភ័ក្រ្ត មិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកនៅសវនាការទេ) ។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : ______________________________

ឈ្មោះអ្នកដែលផលប្រយោជន៍របស់គេត្រូវបានបដិសេធ, ផ្លាស់ប្ដូរ ឬ បញ្ឈប់		
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ	
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ		
ក្រុង	រដ្ឋ	កូដតំបន់
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	
ឈ្មោះអ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះ	លេខទូរស័ព្ទ	

☐ **ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅក្នុងសវនាការនេះ ។ ខ្ញុំផ្ដល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំជូនមនុស្សនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ចូលទៅក្នុងសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្សនេះ<u>អាចជា</u>មិត្តភ័ក្រ្ត ឬ សាច់ញាតិ ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែជូនលោកអ្នកទេ) ។**

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ	
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ		
ក្រុង	រដ្ឋ	កូដតំបន