

សេចក្តីសម្រេច

នៃខណ្ឌ

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

ការបដិសេធ ការបញ្ឈប់ ការផ្តាច់ - ការយកចំណូល
185 ភាគរយមកស្រៀម

កាលបរិច្ឆេទសេចក្តីប្រកាស : _____
 ឈ្មោះ : _____
 សំណុំរឿង : _____
 លេខ : _____
 អ្នកកាន់សំណុំរឿង : _____
 ឈ្មោះ : _____
 លេខ : _____
 ទូរស័ព្ទ : _____
 អាសយដ្ឋាន : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

មានសំណុំរឿង? សូមសួរអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ។

សេចក្តីបញ្ជាក់: បើលោកអ្នកគិតថាសេចក្តីសម្រេចនេះខុស លោកអ្នកអាចស្នើសុំ
 សេចក្តីបញ្ជាក់ ។ នៅខាងខ្នងនៃសេចក្តីប្រកាសនេះមានប្រាប់អំពីរបៀប ។ ជំនួយ
 របស់លោកអ្នកអាចមិនបានផ្លាស់ប្តូរ បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបញ្ជាក់នៅមុន
 ពេលសេចក្តីសម្រេចនេះអនុវត្ត ។

ប្រាក់ចំណូលនៃគ្រួសារនៅមុនពេលកាត់កងនៅក្នុង

(រៀ)

_____	\$ _____
_____	+ _____
_____	+ _____
_____	+ _____

សរុបប្រាក់ចំណូលនៅមុនពេលកាត់កង

= _____

សេចក្តីត្រូវការនៃគ្រួសារនៅក្នុង

(រៀ)

សេចក្តីត្រូវការជាមូលដ្ឋានសំរាប់ _____ នាក់	\$ _____
សេចក្តីត្រូវការពិសេស	+ _____
សរុបសេចក្តីត្រូវការ	= _____

x 1.85

185 ភាគរយនៃសេចក្តីត្រូវការ

= _____

មេឌី-កាល : សេចក្តីសម្រេចនេះមិនបានផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ជំនួយ Medi-Cal (ជំនួយផ្នែកពេទ្យ
 នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា) របស់លោកអ្នកឡើយ ។ **សូមរក្សាទុកប័ណ្ណផ្តិតសំគាល់ខ្លួនជំនួយរបស់
 លោកអ្នក ។**

ច្បាប់ : ច្បាប់ទាំងនេះបានអនុវត្ត ។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យច្បាប់ទាំងនេះសារឡើងវិញនៅឯ
 ការិយាល័យសុខុមាលភាព (welfare office) របស់លោកអ្នក : MPP