

សេចក្តីជូនដំណឹងនៃចំណាត់ការ

ខោនធី

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

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖ _____
 សំណុំរឿង _____
 ឈ្មោះ ៖ _____
 លេខ ៖ _____
 បុគ្គលិកធ្វើការ ឈ្មោះ ៖ _____
 លេខ ៖ _____
 ទូរស័ព្ទ ៖ _____
 អាសយដ្ឋាន ៖ _____

(ADDRESSEE)

┌
└

មានសំណួរ? សួរបុគ្គលិកធ្វើការរបស់លោកអ្នក ។

**សវនាការដូចៗ បើសិនជាលោកអ្នកគិតថាសកម្មភាពនេះខុស
 លោកអ្នកអាចសុំធ្វើសវនាការមួយបាន។ ព័ត៌មានខាងខ្នងនៃទំព័រនេះប្រាប់លោកអ្នកពីរបៀបសុំធ្វើសវនាការ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកប្រហែលជាមិនអាចផ្លាស់ប្តូរទេ
 ប្រសិនបើអ្នកសុំធ្វើសវនាការ មុនពេលវិធានការនេះកើតឡើង។**

- Welfare to Work Cal-Learn
 គិតត្រឹម _____ រហូតដល់ _____
- ខោនធីបានផ្លាស់ប្តូរការបង់ប្រាក់សម្រាប់ចម្ងាយម៉ែយ៉ែម៉ែយ៉ែធ្វើដំណើររបស់លោកអ្នក
 ពី \$ _____ ទៅ \$ _____ សម្រាប់ចម្ងាយសរុប
 _____ ម៉ែយ៉ែម៉ែយ៉ែមួយ _____ ។
- ខោនធីបានផ្លាស់ប្តូរការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការដំណើរសាធារណៈរបស់លោកអ្នកពី
 \$ _____ ទៅ \$ _____ ក្នុងមួយ _____ ។
- ខោនធីបានផ្លាស់ប្តូរការបង់ថ្លៃសំបុត្រថយន្តក្នុងរបស់លោកអ្នកពី _____
 ទៅ _____ ក្នុងមួយ _____ ។
- ខោនធីបានផ្លាស់ប្តូរវិធីបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើដំណើររបស់លោកអ្នក
 ពី _____ ទៅ _____ ។
- ខោនធីបានផ្លាស់ប្តូរការធ្វើដំណើរផ្សេងទៀតរបស់លោកអ្នក (កំណត់ប្រភេទ) ៖
 _____ ការបង់ថ្លៃ ពី _____ ទៅ _____ ក្នុងមួយ _____

- នេះជាមូលហេតុ៖
- អត្រាម៉ែយ៉ែម៉ែយ៉ែរបស់ខោនធីបានផ្លាស់ប្តូរពី _____
 អត្រាបង់ប្រាក់ធ្លាប់មានអត្រា \$ _____ ក្នុងមួយខែ ឥឡូវនេះគឺ \$ _____
 ក្នុងមួយខែ។
- ចម្ងាយម៉ែយ៉ែរបស់លោកអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ។
 ចម្ងាយម៉ែយ៉ែពីផ្ទះរបស់លោកអ្នកទៅកន្លែងសកម្មភាព WTW របស់លោកអ្នក
 មួយទិស ធ្លាប់ តែមានចម្ងាយ _____ ម៉ែយ៉ែ ឥឡូវនេះគឺ _____ ម៉ែយ៉ែ។
- អត្រាថ្លៃដឹកជញ្ជូនសាធារណៈបានផ្លាស់ប្តូរចាប់ពី _____ ។
 អត្រាធ្លាប់តែ \$ _____ ក្នុងមួយខែ ឥឡូវនេះគឺ \$ _____ មួយខែ។
- ការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ ដែលចំណាយពេលតិចជាងពីរម៉ោងដែលមាន
 ដើម្បីធ្វើដំណើរពីផ្ទះរបស់លោកអ្នកទៅសកម្មភាព WTW របស់លោកអ្នក។
- ផ្សេងៗ៖

- ថ្លៃបង់ការធ្វើដំណើររបស់លោកអ្នកគឺ
- ដែលបានបង់ឲ្យលោកអ្នកជាមុន។ អ្នកត្រូវដាក់តម្កល់របស់លោកអ្នកនៅចុងខែ។
- បានបង់ឲ្យលោកអ្នកនៅចុងខែ (លោកអ្នកមិនបានសុំការបង់លុយជាមុន
 សម្រាប់ការធ្វើដំណើរ)
- បានបង់ឲ្យអ្នកផ្តល់ការដឹកជញ្ជូនរបស់លោកអ្នក (ដែលជា) ៖ _____
- ផ្សេងៗ៖

ច្បាប់៖ ច្បាប់ទាំងនេះអនុវត្ត។ លោកអ្នកអាចពិនិត្យមើលនៅឯការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក៖ MPP Section 42-750.112, .2 និង .4. Welfare & Inst. លេខកូដ 11323.2, 11323.4, 11322.9

ការគណនាការបង់ប្រាក់ការធ្វើដំណើររបស់លោកអ្នកត្រូវបានបង្ហាញនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ចំនួនម៉ែយ៉ែអាចត្រូវបានបង់ បើប្រសិនគ្មានការធ្វើដំណើរសាធារណៈទេ។ ឬប្រសិនបើការបើកទ្វាររបស់លោកអ្នកចំណាយដូចគ្នា ឬតិចជាងការធ្វើដំណើរសាធារណៈ។ ការធ្វើដំណើរសាធារណៈគឺមាននៅពេលវាចំណាយពេលពីរម៉ោង ឬតិចជាងនេះ ទៅវិញទៅមកដើម្បីយកអ្នកពីផ្ទះរបស់លោកអ្នក ទៅកន្លែងសកម្មភាពរបស់លោកអ្នកឲ្យទានពេល។ ពេលវេលាទៅ និងមកពីសាលារៀនរបស់លោកអ្នក ឬកន្លែងថែទាំកុមារមិនត្រូវបានរាប់ចូលទៅចម្ងាយដែលវាស៊ីពេលអ្នកដើម្បីទៅដល់កន្លែងសកម្មភាពរបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកបើកទ្វាររបស់លោកអ្នក បើទោះបីការធ្វើដំណើរសាធារណៈមានកំដៅយលោកអ្នកនិងត្រូវបានបង់ឲ្យត្រឹមត្រូវការធ្វើដំណើរសាធារណៈ ឬអត្រាម៉ែយ៉ែ ពេលគឺមួយណាថោកជាង។

លើកលែងតែវាជាជម្រើសបន្ទាន់ លោកអ្នកចាំបាច់ប្រាប់អ្នកធ្វើការរបស់លោកអ្នកយ៉ាងហោចណាស់ដប់ថ្ងៃ មុនពេលលោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរការចាត់ចែងការធ្វើដំណើររបស់លោកអ្នក។

ការធ្វើដំណើរសាធារណៈ:
 _____ អត្រាសម្រាប់ថ្ងៃនីមួយៗគឺ
 _____ ក្នុង _____
 = \$ _____

ម៉ែយ៉ែរបស់ថយន្តអ្នក
 _____ អត្រា
 _____ ក្នុងមួយ _____
 _____ ម៉ែយ៉ែ
 = \$ _____

ចំណាត់ថយន្ត
 \$ _____ ខែ ឆ្នាំសិក្សា ផ្សេងៗ

ផ្សេងៗ៖
 _____ អត្រា
 x _____ ក្នុង _____
 = \$ _____

- លោកអ្នកនឹងមិនទទួលបានការជូនដំណឹងមួយទៀតដែលប្រាប់លោកអ្នកនៅពេលណាដែលការបង់របស់លោកអ្នកចប់ ដោយសារតែសកម្មភាពរបស់លោកអ្នកគឺតិចជាង30 ថ្ងៃ។

លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ Welfare to Work/Cal- Learn worker របស់លោកអ្នក ប្រសិនបើអ្នកគិតថា សេចក្តីជូនដំណឹងនេះខុស។

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឲ្យអ្នក ឬបានផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះទៅអ្នក។ បើអ្នកមាន បញ្ហាហេតុអ្វី ដែលអ្នកមិនអាចប្តឹងធ្វើសវនាការក្នុងពេល 90 ថ្ងៃបានទេ អ្នកនៅតែអាច ប្តឹងធ្វើសវនាការបាន។ បើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងនៃបញ្ហាហេតុអ្វី សវនាការនៅតែអាច ត្រៀមពេលធ្វើ។

បើអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលការសម្រេចលើ ប្រាក់ជំនួយ (Cash Aid), Medi-Cal, CalFresh, ឬ ការថែទាំកូន ចាប់ផ្តើម :

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នក និងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវាថែទាំកូនរបស់អ្នក អាចនឹងនៅជាដដែល ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក នឹងនៅជាដដែល រហូតដល់ពេលសវនាការ ឬចុង បញ្ចប់នៃរយៈពេលការបញ្ជាក់របស់អ្នក តាមការណាមួយមុនគេ។

បើការសម្រេចនៃសវនាការថ្លែងថាយើងត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវ Cash Aid, CalFresh ឬសេវា ថែទាំកូនដែលលើស ដែលអ្នកបានទទួល។ ដើម្បីប្រាប់ឲ្យយើងបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក នៅមុនពេលសវនាការ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោម :

បាទ/ចាស សូមបន្ទាប ឬ បញ្ឈប់ : Cash Aid CalFresh ការថែទាំកូន

ក្នុងខណៈរង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការសំរាប់ :

រំលងហ្នែរ-ទៅ-ធ្វើការ :

អ្នកមិនបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានប្រាក់ថ្លៃថែទាំកូន សំរាប់ការធ្វើការងារ និងសំរាប់សកម្មភាពដែលខោនធី បានយល់ព្រម នៅមុនពេលផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងនេះ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាប្រាក់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់ អ្នកនឹងមិន ទទួលបានប្រាក់អ្វីទៀតឡើយ សូម្បីតែបើអ្នកទៅធ្វើសកម្មភាពរបស់អ្នក ក៏ដោយ។

បើយើងបានប្រាប់អ្នក ថាយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ថ្លៃនោះនឹងបាន បង់តាមចំនួន និងក្នុងរបៀបដែលយើងបានប្រាប់អ្នក នៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាការគាំទ្រទាំងនោះ អ្នកត្រូវទៅធ្វើសកម្មភាព ដែលខោនធីបានប្រាប់អ្នក ឲ្យទៅចូលរួម។
- បើចំនួននៃសេវាការគាំទ្រ ដែលខោនធីបង់ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការ មិន គ្រប់គ្រាន់អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកទៅចូលរួម អ្នកអាចឈប់ទៅធ្វើសកម្មភាពបាន។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn បានទេ បើយើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងមិនអាច បំរើអ្នក។
- យើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាការគាំទ្រសំរាប់ Cal-Learn សំរាប់សកម្មភាពដែលបានយល់ ព្រម។

ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត

សមាជិកគំរោង Medi-Cal ដែលគ្រប់គ្រងគំរោងថែទាំ : ការសម្រេចលើលិខិតជូនដំណឹងនេះ អាច នឹងបញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលបានសេវា ពីគំរោងសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងការថែទាំ។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែក សេវាសមាជិកនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក បើសិនអ្នកមានសំណួរអ្វី។

ការឧបត្ថម្ភកូន និង/ឬ សុខភាព : ភ្នាក់ងារឧបត្ថម្ភក្មេងតាមមូលដ្ឋាន និងជួយប្រមូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភដោយ ឥតគិតថ្លៃ សូម្បីតែបើអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ។ បើគ្រូប្រមូលប្រាក់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សំរាប់អ្នកនៅ ឥឡូវនេះ គេនឹងធ្វើជាបន្តទៀត លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណៈអក្សរ ឲ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឲ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលជំពាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណៈអក្សរ នៃគោលដៅរបស់ខោនធី ទៅលើរឿងក្តីរបស់អ្នក យ៉ាងហោចបំផុតចំនួនពីរថ្ងៃ មុនពេលធ្វើសវនាការ។ រដ្ឋអាចនឹងចូលរួមសំណុំរឿងសវនាការរបស់អ្នក ទៅក្រសួងរំលងហ្នែរ និងក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្ស និងកសិកម្ម។ (W&I ព្រហ្មទណ្ឌវគ្គ 10850 និង 10950)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ :

- បំពេញទំព័រនេះ។
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខាងខ្នងនៃទំព័រនេះ សំរាប់ដាក់ណាត់ត្រារបស់អ្នក។ បើអ្នកស្នើ សុំ បុគ្គលិករបស់អ្នកនឹងទទួលបានសំណេរនៃទំព័រនេះ។
- ផ្ញើ ឬ យកទំព័រនេះទៅ :

ឬ

- ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ : 1-800-952-5253 ឬ សំរាប់អ្នកត្រចៀកក្នុង ឬអន់សំដី ដែលប្រើ TDD តាមលេខ 1-800-952-8349។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិនៃសវនាការរបស់អ្នក ឬសំរាប់ការបញ្ជូនទៅជំនួយខាង ច្បាប់ តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់រដ្ឋ ដែលមានចុះរាយនៅខាងលើ។ អ្នកអាចនឹងទទួល បានជំនួយខាងច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ នៅការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់ ឬសិទ្ធិរំលងហ្នែរ នៅតាម មូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

បើអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសវនាការតែម្នាក់ឯង អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិ ឬជនណាម្នាក់មកជាមួយអ្នកបាន។

សំណើសុំសវនាការ

ខ្ញុំចង់ធ្វើសវនាការ ដោយព្រោះការសម្រេចដោយក្រសួងរំលងហ្នែរនៃខោនធី អំពីជំនួយរបស់ខ្ញុំ នៅខាងក្រោម :

Cash Aid CalFresh Medi-Cal បញ្ជី (ផ្សេងទៀត) _____

នេះគឺជាមូលហេតុ : _____

- សូមគូសប្រអប់នេះ និងបន្ថែមទំព័រមួយទៀត បើអ្នកត្រូវការការនឹងសរសេរថែមទៀត។
- ខ្ញុំត្រូវការស្វែងរកផ្តល់មកខ្ញុំ នូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំឡើយ។ (ញាតិសន្តាន ឬមិត្តភក្តិ មិនអាចបកប្រែនៅពេលធ្វើសវនាការ បានទេ)។

ភាសា ឬ គ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ : _____

ឈ្មោះមនុស្សដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់គេ ត្រូវបានបដិសេធ បានផ្លាស់ប្តូរ ឬ បានបញ្ឈប់

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	លេខទូរស័ព្ទ
------------------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
----------------	--

ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
---------	------	---------

ហត្ថលេខា	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
----------	-------------

ឈ្មោះមនុស្សដែលបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ	លេខទូរស័ព្ទ
-----------------------------------	-------------

- ខ្ញុំចង់ឲ្យមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅពេលធ្វើសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សនេះ មើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ទៅធ្វើសវនាការជំនួសខ្ញុំ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬញាតិសន្តាន ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែសំរាប់អ្នកបានឡើយ)។

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
-------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ	
----------------	--

ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
---------	------	---------