

ការជូនដំណឹងពីចំណាត់ការ

ខោនធីនៃ

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

កាលបរិច្ឆេទនៃការជូនដំណឹង៖ _____
 ឈ្មោះករណី៖ _____
 លេខករណី៖ _____
 ឈ្មោះបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច៖ _____
 លេខ/អត្តលេខ៖ _____
 ទូរស័ព្ទ៖ _____
 ការជូនដំណឹង 24 ម៉ោង៖ _____
 អាសយដ្ឋាន៖ _____

(ADDRESSEE)

┌
└

មានសំណួរឬ? សាកសួរបុគ្គលិកលោកអ្នក ឬទូរស័ព្ទទៅលេខខាងលើ។

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថាចំណាត់ការនេះខុស លោកអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយបាន។ នៅខាងក្រោយទំព័រនេះ ប្រាប់លោកអ្នកពីរបៀបក្នុងការស្នើសុំសវនាការ។ អត្ថប្រយោជន៍លោកអ្នកមិនអាចផ្លាស់ប្តូរបានទេប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសវនាការមុនពេលដែលមានចំណាត់ការនេះ។

គិតត្រឹមថ្ងៃទី _____ ខោនធីនឹងបញ្ឈប់លោកអ្នកនូវ ៖

- ជំនួយជាសាច់ប្រាក់
- CalFresh

មូលហេតុគឺ ៖

របាយការណ៍ប្រចាំឆមាសទម្រង់ (SAR 7) ដែលយើងខ្ញុំបានទទួលពីលោកអ្នកក្នុងអំឡុងពេលរាយការណ៍នេះ គឺមិនពេញលេញ។

ដើម្បីបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង/ឬ CalFresh លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើត្រឡប់មកវិញនូវទម្រង់ SAR 7 ដ៏ពេញលេញមួយច្បាប់។

ទម្រង់ SAR 7 មួយពេញលេញនៅពេលដែលលោកអ្នកបានឆ្លើយគ្រប់សំណួរទាំងអស់ហើយបានភ្ជាប់មកជាមួយនូវភស្តុតាងដែលត្រូវការ។

ខោនធីត្រូវតែទទួលបានរបាយការណ៍ពេញលេញរបស់លោកអ្នកមិនឲ្យយឺតជាងថ្ងៃធ្វើការទីមួយនៃខែក្រោយ។

លោកអ្នកត្រូវតែធ្វើ ឬផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម ៖

- បំពេញសំណួរគូសរង្វង់ក្នុងរបាយការណ៍ដែលបានភ្ជាប់។
- បំពេញសំណួរខាងក្រោមក្នុងរបាយការណ៍ដែលបានភ្ជាប់៖
- ធ្វើ ឬផ្តល់ភស្តុតាងខាងក្រោម ៖

ព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង/ឬ CalFresh របស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកធ្វើទម្រង់ SAR 7 ដែលពេញលេញនៅពេលណា មួយនាខែបន្ទាប់ដែលបង្ហាញថា លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង/ឬ CalFresh លោកអ្នកនឹងចាប់ផ្តើម ពីកាលបរិច្ឆេទដែលលោកអ្នកធ្វើទម្រង់បែបបទនេះ។

ប្រសិនបើអត្ថប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយសារតែលោកអ្នកខកខានមិនបានធ្វើទម្រង់ SAR 7 ដ៏ពេញលេញមួយនោះ លោកអ្នកនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អន្តរកាលឡើយ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពី CalFresh អន្តរកាល សូមទំនាក់ទំនងករិយាល័យខោនធីរបស់លោកអ្នក។

Medi-Cal (កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រនៃរដ្ឋ California) ៖ ការជូនដំណឹងនេះ មិនផ្តល់ឱ្យប្រញាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ឡើយ។ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នក លោកអ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងមួយផ្សេងទៀត។

បន្តប្រើប្រាស់ប័ណ្ណស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់លោកអ្នក

- លោកអ្នក និងគ្រួសារលោកអ្នកនៅតែអាចបន្តទទួលបាន Medi-Cal ប្រសិនបើ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ លោកអ្នកត្រូវបញ្ឈប់ ហើយ៖
- លោកអ្នកមានប្រាក់ចំណូលពីការងារ អាជីវកម្មដែលខ្លួនបានចាប់ផ្តើម ឬប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការតម្លើងប្រាក់ខែ។
 - លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើមទទួលបាន ឬមានកំណើនលើប្រាក់អាហារកិច្ច/ប្រាក់គាំពារស្នាម/ភរិយា។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ SAR 7 សូមទំនាក់ទំនងខោនធី ហើយស្នើសុំជំនួយ។ ទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃ _____។

វិធាននានា ៖ វិធានទាំងនេះ នឹងយកមកអនុវត្ត។ លោកអ្នកអាចត្រួតពិនិត្យវាបាននា ការិយាល័យសុខុមាលភាពលោកអ្នកគឺ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់៖ MPP ផ្នែក 40-105.1, 40-181.22; CalFresh: MPP ផ្នែក 63-103n(2), 63-508.6. TCVP, RCA និង ECA: MPP ផ្នែក 70-105.1, 69-206 និង 69-301។

សិទ្ធិសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិសុវត្ថិភាព បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់ខោនធី។ អ្នកមានពេលវេលា 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ ពេល 90 ថ្ងៃ បានចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃបញ្ចប់ពីខោនធីបានឱ្យអ្នក 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។ ដើម្បីប្រាប់ឱ្យយើងបន្ទាប 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 ឱ្យទៅចូលរួម។
- បើចំនួននៃសេវាការគាំទ្រ ដែលខោនធីបង់ក្នុងខណៈអ្នករង់ចាំការសម្រេចនៃសវនាការ មិន គ្រប់គ្រាន់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទៅចូលរួម 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 លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឱ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឱ្យអ្នក ប៉ុន្តែនឹងទុកប្រាក់ខានបង់ពីពេលកន្លងមកដែលបាន ប្រមូល ដែលជំពាក់ដល់ខោនធី។

ការរៀបចំគំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យរំលងហ្នែររបស់អ្នក និងផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក នៅពេលអ្នកស្នើ សំរាប់។

សំណុំរឿងសវនាការ : បើអ្នកស្នើសុំសវនាការ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ។ អ្នកមាន សិទ្ធិមើលសំណុំរឿងនេះ នៅមុនពេលការធ្វើសវនាការរបស់អ្នក និងទទួលបានសំណេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ 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 សំរាប់អ្នកក្រចៀកគ្រាន់ ឬអន់សំរី 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
------------------	-------------

អាសយដ្ឋានថ្មី

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

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

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

- ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោម ធ្វើជាតំណាងខ្ញុំនៅពេលធ្វើសវនាការនេះ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះ មើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ឬ ទៅធ្វើសវនាការជំនួសខ្ញុំ។ (មនុស្សនេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬញាតិសន្តាន ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែសំរាប់អ្នកបានឡើយ)។

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

អាសយដ្ឋានថ្មី

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