

លិខិតជូនដំណឹងអំពី ធាន្យិកាពេល 24-ខែ វិលវ័រ-ទៅ-ធ្វើការ

នៃខោនធី

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

ខ្ញុំផ្ញើនៃលិខិត : _____
ឈ្មោះសំណុំរឿង : _____
លេខ : _____
បុគ្គលិក : _____
ឈ្មោះ : _____
លេខ : _____
ទូរស័ព្ទ : _____
អាសយដ្ឋាន : _____

(ADDRESSEE)

មានសំណួរឬទេ? សូមសួរបុគ្គលិករបស់អ្នក។

ចាប់ផ្តើមនៅ _____ ខែនិងចាប់ផ្តើមរាប់ឆ្ពោះទៅ ធាន្យិកា
ពេល 24-ខែ វិលវ័រ-ទៅ-ធ្វើការ (Welfare-To-Work 24-Month Time
Clock) របស់អ្នក។ យើងនឹងចាប់ផ្តើមរាប់ខែឆ្ពោះទៅធាន្យិកាពេល 24-ខែ
វិលវ័រ-ទៅ-ធ្វើការ របស់អ្នក ពីព្រោះអ្នកមិនបានធ្វើគ្រប់យ៉ាងទាំងស្រុងនៃសកម្ម
ភាព “រដ្ឋបាលសហព័ទ្ធ” ដែលអ្នកបានយល់ព្រម នៅក្នុងគំរោងវិលវ័រ-ទៅ-ធ្វើ
ការ របស់អ្នក។

សូមប្រញាប់ប្រញាល់ទាក់ទងទៅបុគ្គលិករបស់អ្នក បើសិនអ្នកមិន
យល់ ស្របជាមួយនឹងព័ត៌មាន នៅលើលិខិតជូនដំណឹងនេះ។

ឈ្មោះបុគ្គលិកនៃ វិលវ័រ-ទៅ-ធ្វើការ របស់អ្នក :

អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ដោយឡែក បើសិនបុគ្គលិករបស់អ្នកត្រូវធ្វើការ
ណាត់ពេលជួប ដើម្បីពិគ្រោះជាមួយអ្នក អំពីបញ្ហាការចូលរួម។

លេខទូរស័ព្ទ : _____

Medi-Cal: លិខិតជូនដំណឹងនេះ មិនមែនផ្តល់ឬ បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍
Medi-Cal ទេ។ ត្រូវបន្តប្រើអត្ថសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកទៀត។
អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងដោយឡែកទៀត ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការផ្តល់ឬ
អ្វីមួយ ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក។

CalFresh: លិខិតជូនដំណឹងនេះ មិនមែនបញ្ឈប់ ឬ ផ្តល់ឬអត្ថប្រយោជន៍
CalFresh របស់អ្នកទេ។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងដោយឡែកទៀត
ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការផ្តល់ឬអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh អ្វីមួយរបស់អ្នក។

CalWORKs: លិខិតជូនដំណឹងនេះ មិនមែនបញ្ឈប់ ឬ ផ្តល់ឬអត្ថប្រយោជន៍
CalWORKs របស់អ្នកទេ។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងដោយឡែកទៀត
ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការផ្តល់ឬអត្ថប្រយោជន៍ CalWORKs អ្វីមួយរបស់អ្នក។

ការទទួលបាន Medi-Cal និង/ឬ CalFresh មិនមែនរាប់ទាំងស្រុងនៃការពេលវេលា
នៃប្រាក់ជំនួយ របស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។

វិន័យ : វិន័យទាំងនេះអនុវត្ត : WIC § 11322.8, 11322.85(a)(2) និង (b)។