

# WELFARE-TO-WORK រយៈពេល 24 ខែ ការកំណត់អំពីការពន្យារពេល

ឈ្មោះសំណុំរឿង \_\_\_\_\_

លេខសំណុំរឿង។ \_\_\_\_\_

ខោនធី \_\_\_\_\_ លេខអត្តសញ្ញាណផ្សេងៗ។ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះបុគ្គលិក \_\_\_\_\_

**មានសំណួរ? សូមសួរបុគ្គលិកធ្វើការរបស់អ្នក។**

នៅថ្ងៃទី \_\_\_\_\_ (កាលបរិច្ឆេទ) , \_\_\_\_\_ (ឈ្មោះ) បានស្នើសុំការពន្យារ WTW រយៈពេល 24 ខែ។

ផ្អែកលើព័ត៌មានដែលលោកអ្នកបានផ្តល់ជូន ខោនធីបានធ្វើសេចក្តីសម្រេចដូចតទៅ៖

ពន្យារនេះត្រូវបាន **អនុញ្ញាត**។ មូលហេតុសម្រាប់ការពន្យារ៖ \_\_\_\_\_

នេះមានន័យថា លោកអ្នកអាចបន្តស្ថិតនៅក្នុងសកម្មភាពទាំងឡាយនៅក្នុងផែនការសុខុមាលភាពបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេលបន្ថែមទៀត។ ការពន្យារពេលរបស់លោកអ្នក នឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី \_\_\_\_\_ (កាលបរិច្ឆេទ) ។

លក្ខខណ្ឌរបស់លោកអ្នក អាចនឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញម្តងទៀត ដើម្បីឲ្យដឹងថាតើលោកអ្នកគួរបន្តទទួលបានការពន្យារដែរឬទេ។ ប្រសិនបើការពន្យាររបស់លោកអ្នកបញ្ចប់ លោកអ្នកនឹងត្រូវ ផ្លាស់ប្តូរសកម្មភាពទាំងឡាយនៅក្នុងផែនការសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងស្តង់ដាររបស់សហព័ន្ធ CalWORKs។

ប្រសិនបើការពន្យារពេលរបស់លោកអ្នកគួរបន្ត លោកអ្នកអាចជានឹងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជូនខោនធីដើម្បីបង្ហាញថា វាគួរតែបន្តមុន កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ខាងលើ ឬលោកអ្នកនឹងត្រូវឆ្លើយតបទៅនឹងស្តង់ដាររបស់សហព័ន្ធ CalWORKs។

លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរសកម្មភាពទាំងឡាយនៅក្នុងផែនការ welfare-to-work របស់លោកអ្នក ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងស្តង់ដាររបស់សហព័ន្ធ CalWORKs នៅគ្រប់ពេលវេលា ដោយទាក់ទង បុគ្គលិករបស់លោកអ្នក និងចុះហត្ថលេខាលើផែនការសុខុមាលភាពថ្មីមួយ។

ពន្យារនេះត្រូវបាន **បដិសេធ**។ មូលហេតុសម្រាប់ការបដិសេធ៖ \_\_\_\_\_

លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញទៅតាមស្តង់ដាររបស់សហព័ន្ធ CalWORKs នៅពេលលោកអ្នកប្រើប្រាស់អស់ 24 ខែ នៃ WTW រយៈពេល 24 ខែរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកនឹងទទួលបាននូវ សេចក្តីជូនដំណឹងមួយពីខោនធី អំពីការផ្លាស់ប្តូរសកម្មភាពទាំងឡាយនៅក្នុងផែនការ welfare-to-work របស់លោកអ្នក ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងស្តង់ដាររបស់សហព័ន្ធ CalWORKs។

សូមទាក់ទងបុគ្គលិករបស់លោកអ្នកភ្លាម ប្រសិនបើលោកអ្នក៖

- ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីស្តង់ដាររបស់សហព័ន្ធ CalWORKs ដែលលោកអ្នកត្រូវតែឆ្លើយតប នៅពេលលោកអ្នកបានប្រើអស់ WTW រយៈពេល 24 ខែរបស់លោកអ្នក។
- គិតថា លោកអ្នកមិនគួរស្ថិតនៅក្នុង Welfare-to-Work ហើយនៅពុំទាន់បានស្នើសុំការលើកលែងនោះ ឬ ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែងផ្សេងៗពីការចូលរួមនៅក្នុង Welfare-to-Work ។

សូមទាក់ទងបុគ្គលិករបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា សេចក្តីជូនដំណឹងនេះខុស។ លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋមួយផងដែរ។ ទម្រង់បែបបទ "សិទ្ធិទទួលបានសវនាការរបស់លោកអ្នក" នៅផ្នែកខាងក្រោយនេះ ប្រាប់លោកអ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។

# 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 លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់គេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឲ្យបញ្ឈប់។ គេនឹងធ្វើប្រាក់ ឧបត្ថម្ភដែលបានប្រមូល នៅពេលបច្ចុប្បន្នទៅឲ្យអ្នក 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។
- ផតចំឡងផ្នែកខាងមុខ 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
---------	------	---------