

# ແຈ້ງການດຳເນີນການຄ່າອາຫານ ການປັບປັບຊົ່ວໂອນສະຫວັດດີການ ທາງອີເລັກໂຕຼນິກ (EBT)

ເທດສະບານ

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

ວັນທີແຈ້ງການ : \_\_\_\_\_  
ຊື່ກໍລະນີ : \_\_\_\_\_  
ເລກ : \_\_\_\_\_  
ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ່ : \_\_\_\_\_  
ເລກ : \_\_\_\_\_  
ໂທລະສັບ : \_\_\_\_\_  
ທີ່ຢູ່ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ADDRESSEE

┌  
  
  
  
└

ຖ້າທ່ານມີຂໍສົງໄສ, ສອບຖາມເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ.

**ການຮ້ອງຮຽນຕໍ່ລັດ:** ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການດຳເນີນການນີ້ຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍ ການຮ້ອງຮຽນໄດ້. ດ່ານຫຼັງໜ້ານີ້ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ວິທີຮ້ອງຮຽນ. ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ອາດບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນກ່ອນ ມີການດຳເນີນການນີ້.

## ການທົບທວນການປັບປັບຊົ່ວໂອນ:

ເທດສະບານໄດ້ປະຕິເສດ ຄ່າຮ້ອງຂອງທ່ານເພື່ອຂໍ \$ \_\_\_\_\_ ຕື້ມໃນ ບັນຊີສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ ໂດຍການໂອນສະຫວັດດີການທາງອີເລັກໂຕຼນິກ (Electronic Benefit Transfer: EBT) ຂອງທ່ານ.

## ເນື່ອງຈາກເຫດຜົນລຸ່ມນີ້:

ບໍ່ມີຄວາມຜິດພາດຂອງລະບົບເກີດຂຶ້ນ ໃນເວລາໃຊ້ບັນຊີສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ ທາງອີເລັກໂຕຼນິກຂອງທ່ານ.

ວັນທີ:  
ເວລາ:  
ສະຖານທີ່:  
ຈຳນວນເງິນ:  
ອື່ນໆ:

## ແຈ້ງການນີ້:

- ບໍ່ໄດ້ປ່ຽນແປງສິດສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ;
- ບໍ່ໄດ້ປ່ຽນແປງໜ້າທີ່ຂອງທ່ານໃນການລາຍງານການປ່ຽນແປງ ທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ ສິດສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ; ແລະ
- ບໍ່ໄດ້ປ່ຽນແປງເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື ສະຫວັດດີການ Medi-Cal ຂອງທ່ານ -- ຖ້າເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື ສະຫວັດດີການ Medi-Cal ປ່ຽນແປງ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການຕ່າງຫາກ.
- ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ສິດສະຫວັດດີການຊ່ວຍເຫຼືອໃນໄລຍະພິຈາລະນາ ຍ້ອນການປະຕິເສດ ການປັບປັບຊົ່ວໂອນ.

**ກົດລະບຽບ:** ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ ມີຜົນສັກສິດ: ທ່ານອາດທົບທວນກົດລະບຽບ ດັ່ງກ່າວ ທີ່ສຳນັກງານ ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ. MPP 16-705, ແລະ 16-705.32.

## ບັນຊີຖືກປັບ (ໂດຍພໍ້ຄ້າຍ່ອຍ)

ວັນທີ \_\_\_\_\_, ສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານທາງອີເລັກໂຕຼນິກຂອງທ່ານ ຈຳນວນ \$ \_\_\_\_\_ ຈະຖືກຫັກຈາກຍອດຄົງເຫຼືອ ຂອງທ່ານ.

## ເນື່ອງຈາກເຫດຜົນລຸ່ມນີ້:

ມີຄວາມຜິດພາດຂອງລະບົບເກີດຂຶ້ນ ໃນເວລາໃຊ້ບັນຊີສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ ທາງອີເລັກໂຕຼນິກຂອງທ່ານ:

ວັນທີ:  
ເວລາ:  
ສະຖານທີ່:  
ຈຳນວນເງິນ:  
ອື່ນໆ:

## ສຳຄັນ

ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ໃນບັນຊີ EBT ຂອງທ່ານ ອາດບໍ່ຖືກຫັກ ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ ກ່ອນມີການດຳເນີນການນີ້.

ຖ້າທ່ານຈຳຕ້ອງຈ່າຍຄືນສະຫວັດດີການ ແລະ ທ່ານບໍ່ມີສະຫວັດດີການໃນບັນຊີ ຂອງທ່ານພຽງພໍ ທີ່ຈະຈ່າຍຄືນຈຳນວນເງິນຕາມຄວາມຜິດພາດ, ພວກເຮົາຈະຫັກ ຈາກ ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ໃນເດືອນໜ້າ.

## ແຈ້ງການນີ້:

- ບໍ່ໄດ້ປ່ຽນແປງໜ້າທີ່ຂອງທ່ານໃນການລາຍງານການປ່ຽນແປງ ທີ່ສົ່ງຜົນຕໍ່ ສິດສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ; ແລະ
- ບໍ່ໄດ້ປ່ຽນແປງເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື ສະຫວັດດີການ Medi-Cal ຂອງທ່ານ -- ຖ້າເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື ສະຫວັດດີການ Medi-Cal ປ່ຽນແປງ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ແຈ້ງການຕ່າງຫາກ.
- ບໍ່ໄດ້ປ່ຽນແປງສິດສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ.

# ສິດໃນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດໃນການຂໍຮ້ອງຮຽນ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງ ຂອງ ເທດສະບານ. ທ່ານມີເວລາພຽງແຕ່ 90 ວັນ ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ. 90 ວັນ ແມ່ນເລີ່ມຈາກວັນທີ່ເທດສະບານ ໄດ້ໃຫ້ ຫຼື ສົ່ງ ແຈງການສະບັບນີ້ ໃຫ້ທ່ານ.

ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ ກ່ອນ ມີການດຳເນີນການຕໍ່ເງິນສະຫວັດດີການ, Medi-Cal, ຄ່າອາຫານ, ຫຼື ຄ່າດູແລເດັກ:

- ເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື Medi-Cal ຂອງທ່ານ ຈະຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ການຮ້ອງຮຽນ.
- ການບໍລິການດູແລເດັກຂອງທ່ານ ອາດຍັງຄືເກົ່າ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ການຮ້ອງຮຽນ.
- ຄ່າອາຫານຂອງທ່ານ ຈະຍັງຄືເກົ່າ ຈົນກວ່າຮອດການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ວັນສິ້ນສຸດ ໄລຍະຍັງຢືນ ຂອງທ່ານ, ຂຶ້ນກັບສິ່ງໃດໜຶ່ງ.

ຖ້າຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ລະບຸວ່າ ພວກເຮົາເຮັດຖືກ, ທ່ານຈະຕິດພວກເຮົາ ຕາມຈຳນວນໃດໆ ຂອງເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ ຫຼື ບໍລິການດູແລເດັກ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຫຼຸດ ຫຼື ຍຸດຕິ ສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ, ເລືອກ ຂໍລຸມນີ້:

ແມ່ນ, ຫຼຸດ ຫຼື ຍຸດຕິ:  ເງິນສະຫວັດດີການ  ຄ່າອາຫານ  ຄ່າດູແລເດັກ

## ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າ ຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ສຳຫຼັບ:

### ສະຫວັດດີການເພື່ອເຮັດວຽກ:

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳນີ້.

ທ່ານອາດໄດ້ຮັບເງິນດູແລເດັກ ສຳຫຼັບການເຮັດວຽກ ຫຼື ການສຳຫຼັບກິດຈະກຳ ຕາມທີ່ອະນຸມັດ ໂດຍເທດສະບານ ກ່ອນແຈງການນີ້.

ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ເງິນບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ ຈະຖືກຢຸດຕິ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບ ເງິນໃດໆ ຕື່ມອີກ, ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ ຂອງທ່ານ.

ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ ຂອງທ່ານ, ຈະມີການ ຈ່າຍໃນຈຳນວນ ແລະ ວິທີການ ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານ ໃນແຈງການນີ້.

- ເພື່ອໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ ທີ່ເທດສະບານ ໄດ້ບອກທ່ານໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ.
- ຖ້າຈຳນວນຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເທດສະບານຈ່າຍ ໃນຂະນະທີ່ ທ່ານກຳລັງລໍຖ້າ ຄຳຕັດສິນຈາກການຮ້ອງຮຽນ ບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ, ທ່ານສາມາດ ຍຸດຕິການເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ.

### Cal-Learn:

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ Cal-Learn ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາ ບໍ່ສາມາດຮັບໃຊ້ທ່ານໄດ້.
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍແຕ່ ຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ Cal-Learn ສຳຫຼັບ ກິດຈະກຳ ຕາມທີ່ໄດ້ ອະນຸມັດ ເທົ່ານັ້ນ.

## ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

**ສະມາຊິກແຜນດູແລແບບຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal:** ການດຳເນີນຕາມແຈງການນີ້ ອາດຢຸດການຮັບບໍລິການ ຂອງທ່ານ ຈາກແຜນດູແລສຸຂະພາບແບບຄຸ້ມຄອງ ຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດປະສົງຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກ ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານ ມີຂໍສົງໄສ.

**ການສະໜັບສະໜູນເດັກ ແລະ/ຫຼື ຄຳຮັກສາ:** ໜ່ວຍງານສະໜັບສະໜູນເດັກເຂດ ຈະຊ່ວຍເກັບເງິນ ສະໜັບສະໜູນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບ ເງິນສະຫວັດດີການ. ຖ້າເຂົາເຈົ້າກຳລັງເກັບ ເງິນສະໜັບສະໜູນໃຫ້ທ່ານ, ເຂົາເຈົ້າ ຈະຍັງສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍແຕ່ ທ່ານບອກເຂົາເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າ ໃຫ້ຢຸດຕິ. ເຂົາເຈົ້າຈະສົ່ງເງິນສະໜັບສະໜູນງວດປະຈຸບັນທີ່ເກັບໄດ້ແກ່ທ່ານ ແຕ່ຈະຮັກສາ ເງິນທີ່ຕິດ ໃນອະດີດທີ່ຕິດເທດສະບານ.

**ການວາງແຜນຄອບຄົວ:** ສຳນັກງານສະຫວັດດີການຂອງທ່ານ ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍ.

**ເອກະສານຮ້ອງຮຽນ:** ຖ້າທ່ານຂໍການຮ້ອງຮຽນ, ພະແນກຮ້ອງຮຽນລັດ ຈະສ້າງ ລະບົບເອກະສານຮ້ອງຮຽນ. ທ່ານມີສິດຂໍເບິ່ງເອກະສານນີ້ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແລະ ເອົາສຳເນົາຄຳກ່າວຫາ ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຂອງເທດສະບານ ກ່ຽວກັບກິດຈະກຳຂອງທ່ານ ຢ່າງໜ້ອຍ ສອງວັນ ກ່ອນການຮ້ອງຮຽນ. ລັດອາດໃຫ້ເອກະສານ ຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແກ່ກົມສະຫວັດດີການ ແລະ ກົມສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ກະສິກຳ ສະຫະລັດ. (W&I ກົດລະບຽບ ພາກ 10850 ແລະ 10950.)

# ເພື່ອຂໍການຮ້ອງຮຽນ:

- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນໜ້ານີ້.
- ສຳເນົາດ້ານໜ້າ ແລະ ດ້ານຫຼັງຂອງໜ້ານີ້ ເພື່ອເຮັດບັນຊີສາໄວ້ກັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານຂໍ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ ຈະໃຫ້ສຳເນົາໜ້ານີ້ແກ່ທ່ານ.
- ສົ່ງ ຫຼື ນຳສົ່ງໜ້ານີ້ໃຫ້:

ຫຼື  
ໂທຟຣີ: 1-800-952-5253 ຫຼື ສຳຫຼັບຜູ້ມີບັນຫາໃນການຟັງ ຫຼື ເວົ້າ ຜູ້ທີ່ໄຊ້ TDD, 1-800-952-8349.

ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ: ທ່ານສາມາດສອບຖາມກ່ຽວກັບສິດໃນການຮ້ອງຮຽນ ຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກິດໝາຍ ຕາມໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງລັດ (ໂທຟຣີ) ຕາມທີ່ລະບຸ ຂ້າງເທິງ. ທ່ານອາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກິດໝາຍຟຣີ ທີ່ສຳນັກງານຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານກິດໝາຍ ຫຼື ສິດທິສະຫວັດດີການ ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປໃຫ້ການຮ້ອງຮຽນຄົນດຽວ, ທ່ານສາມາດນຳໝູ່ ຫຼື ບາງຄົນ ໄປນຳທ່ານ.

## ການຂໍການຮ້ອງຮຽນ

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການຂໍຮ້ອງຮຽນຍ້ອນການດຳເນີນການຂອງກົມສະຫວັດດີການ ເທດສະບານ \_\_\_\_\_ ກ່ຽວກັບ ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

ເງິນສະຫວັດດີການ  ຄ່າອາຫານ  Medi-Cal

ອື່ນໆ (ໄປລະບຸ) \_\_\_\_\_

ຍ້ອນເຫດຜົນລຸ່ມນີ້: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເນື້ອທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ເລືອກຂໍ້ນີ້ ແລະ ຄັດຕິດເຈ້ຍຕື່ມ.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການໃຫ້ລັດຈັດນາຍພາສາແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ໂດຍບໍ່ເສຍ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. (ຍາດພິມ້ອງ ຫຼື ໝູ່ ບໍ່ສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານ ໃນເວລາຮ້ອງຮຽນ.)

ພາສາ ຫຼື ພາສາທ້ອງຖິ່ນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນ: \_\_\_\_\_

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ສະຫວັດດີການຂອງລາວຖືກປະຕິເສດ, ບ່ຽນແປງ ຫຼື ຍຸດຕິ

ວັນເດືອນປີເກີດ \_\_\_\_\_ ໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ \_\_\_\_\_

ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ \_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_

ຊື່ຜູ້ທີ່ແບບຟອມນີ້ \_\_\_\_\_ ໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງການບຸກຄົນທີ່ລະບຸຊື່ລຸ່ມນີ້ ໃຫ້ວ່າຄວາມໃຫ້ເງິນ ໃນການຮ້ອງຮຽນນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າ ອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນນີ້ ເບິ່ງບັນທຶກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ໄປໃຫ້ ການຮ້ອງຮຽນ ແຜນຂ້າພະເຈົ້າ. (ບຸກຄົນນີ້ ສາມາດເປັນແຕ່ ຫຼື ຍາດພິມ້ອງ ແຕ່ບໍ່ສາມາດແປພາສາ ໃຫ້ທ່ານໄດ້.)

ຊື່ \_\_\_\_\_ ໂທລະສັບ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່, ຖະໜົນ \_\_\_\_\_

ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ \_\_\_\_\_