

សេចក្តីជូនដំណឹងនៃសកម្មភាព

ខោនធី

កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង : _____
ឈ្មោះករណី : _____
លេខករណី : _____
ឈ្មោះអ្នកធ្វើការ : _____
លេខអ្នកធ្វើការ : _____
លេខទូរស័ព្ទ : _____
អាស័យដ្ឋាន : _____

(ADDRESSEE)

មានសំណួរឬ? សូមសួរអ្នកធ្វើការរបស់អ្នក។

សវនាការដ៏ប្រសើរឡើងបំផុតសម្រាប់សកម្មភាពនេះខុស
អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយ។ ទំព័រលេខ 3 ប្រាប់អ្នក
អំពីរបៀបធ្វើ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមិនអាច
ផ្លាស់ប្តូរបាន ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ
មុន និងសកម្មភាពនេះកើតឡើងឡើយ។

Medi-Cal: សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមិនផ្លាស់ប្តូរឬ
បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal។ សូមបន្តប្រើប្រាស់
សំណុំអត្ថបញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍ស្តីពីការបង់ប្រាក់
អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងមួយទៀត
ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ចំពោះ
អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក។

CalFresh: សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមិនផ្លាស់ប្តូរឬ
បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។
អ្នក នឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងដាច់
ដោយឡែក ប្រាប់ អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ
ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។

ការទទួលយកតែ Medi-Cal និង / ឬកម្មវិធី
CalFresh មិន ត្រូវបានរាប់បញ្ចូលនឹងដែនកំណត់
ពេលវេលាផ្តល់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់អ្នកទេ។

វិន័យ: វិន័យទាំងនេះអនុវត្តទៅលើ៖
អ្នកអាចពិនិត្យមើលវានៅ
ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក៖
MPP Sections 44-100; 44-315; SB 80
(Chapter 27, Statutes of 2019).

ចំនួនសាច់ប្រាក់ជំនួយប្រចាំខែ

ផ្នែក A. ប្រាក់ចំណូលរាប់បាន, ខែ _____

1. ប្រាក់ចំណូលដោយខ្លួនឯង \$ _____
2. ការចំណាយចំពោះការងារដោយខ្លួនឯង៖
 - a. 40% ខ្នាត _____ ឬ _____
 - b. ពិតប្រាកដ - _____
3. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង = _____
4. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលដែលមិនរកបានដោយផ្អែកលើ ភាពពិការ (Disability-Based Unearned Income, DBI) (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ _____
5. \$550 DBI មិនរាប់បញ្ចូល (ប្រសិនបើ #4 មានចំនួន ច្រើនជាង \$550) - _____
6. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាព ឬ _____
7. ការមិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ DBI មិនបានប្រើ = _____
8. ប្រាក់ចំណូលសុទ្ធពីធ្វើការឲ្យខ្លួនឯង (ពីខាងលើ) + _____
9. ចំនួនសរុបប្រាក់ចំណូលឯទៀត + _____
10. ចំនួនមិនប្រើប្រាស់នៃ \$550 (ពី #7) - _____
- 11. ចំនួនសរុបរង** = _____
12. មិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ 50% - _____
- 13. ចំនួនសរុបរង** = _____
14. ប្រាក់មិនរកចូលដែលមិនលើកលែងប្រាក់ចំណូលផ្អែកលើពិការភាព (ពី #6) + _____
- 15. ចំនួនសរុបរង** = _____
16. ប្រាក់ចំណូលមិនលើកលែងបានឯទៀត (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) + _____
- ចំណូលរាប់បានសុទ្ធ** = _____

ផ្នែក B. ប្រាក់ជំនួយសាច់ប្រាក់, ខែ _____

1. ជំនួយអតិបរមា _____ ជន (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយអង្គភាពសមាជិក) \$ _____
2. ជំនួយពិសេស (អង្គភាពជំនួយ + ការគ្មានជំនួយ អង្គភាពសមាជិក) + _____
3. ចំណូលរាប់បានសុទ្ធពីផ្នែក A - _____
- 4. ចំនួនសរុបរង** (ប្រសិនបើអវិជ្ជមានបញ្ចូល លេខ 0) = _____
5. ជំនួយអតិបរមា _____ ជន (តែអង្គភាពជំនួយប៉ុណ្ណោះ) (មិនរាប់បញ្ចូលជនដែលទទួលបានពិន័យ) \$ _____
6. តម្រូវការពិសេស (ជំនួយអង្គភាពប៉ុណ្ណោះ) + _____
7. ចំនួនជំនួយអតិបរមាសរុបរង = _____
- 8. ចំនួនរងប្រាក់ជំនួយពេញក្នុងមួយខែ** (ចំនួនទាបបំផុតលើបន្ទាត់ទី 4 ឬ ទី 7) = _____
9. បន្ទាត់ទី 8 បានលៃតាមចំនួនសម្រាប់ផ្នែក នៃខែ = _____
10. ការលៃសម្រួល 25% ពិន័យប្រាក់ឧបត្ថម្ភកុមារ ពិន័យឯទៀត - _____
 ការទូទាត់លើសចំនួន - _____
 ដាក់បញ្ចូលពិន័យ Cal-Learn - _____
 បញ្ចូលប្រាក់រង្វាន់សាលា (\$100 ឬ \$500) + _____
- 11. ចំនួនសាច់ប្រាក់ជំនួយ** (បន្ទាត់ទី 8 ឬ 9 លៃសម្រួល) \$ _____

សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការ បើអ្នកមិនយល់
ស្របជាមួយសកម្មភាពណាមួយរបស់ខោនធី។
អ្នកមានពេលត្រឹមតែ 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំ
សវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមនៅ
ថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូន
ដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុណាដែល
អ្នកមិនអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំសវនាការបានក្នុង
រយៈពេល 90 ថ្ងៃអ្នកអាចនៅតែដាក់ពាក្យ បណ្តឹង
។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់មូលហេតុល្អសវនាការ អាច
នៅតែត្រូវបានកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការមួយ មុននឹង
សកម្មភាពអំពី Cash Aid, Medi- Cal, CalFresh, ឬ
Child Care ចាប់ផ្តើមឡើយ៖

- Cash Aid ឬ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងនៅដដែល
នៅពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- សេវា Child Care របស់អ្នកនឹងនៅដដែល នៅ
ពេលអ្នករង់ចាំសវនាការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នកនឹងនៅដដែល
រហូតដល់ សវនាការឬចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលវិញ្ញា
បនប័ត្ររបស់អ្នក ករណីណាមួយដែលកើតឡើង
មុន។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តសវនាការនិយាយថាយើង
ត្រូវ អ្នកនឹងជំពាក់ប្រាក់យើងសម្រាប់ជំនួយប្រាក់
បន្ថែម CalFresh ឬ សេវាថែទាំកុមារដែលអ្នកទទួល
បាន។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយឬបញ្ឈប់
អត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នក មុនពេលសវនាការសូម
ពិនិត្យមើលខាងក្រោម៖

បាទ/ចាស់បន្ថយចំនួន ឬបញ្ឈប់៖
☐ ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ ☐ CalFresh ☐ Child Care

**ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសវនាការសម្រាប់
ការសម្រេចចិត្ត៖**

សុខុមាលភាពការងារ៖

អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពទេ។
អ្នកអាចទទួលការបង់ការថែទាំកុមារសម្រាប់ការងារ
និងសម្រាប់សកម្ម
ភាពដែលបានអនុម័តដោយខោនធីមុនពេល
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាការបង់ថ្លៃសេវាគាំទ្រ
ផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកនឹងឈប់អ្នក នឹងមិនទទួល
បានការបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតទេទោះបីជាអ្នកចូល
ទៅកាន់សកម្មភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកយើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្ម
គាំទ្រផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក បង់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់
និងនៅក្នុងវិធីដែលយើងបានប្រាប់អ្នកនៅក្នុង
សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មគាំទ្រទាំងនោះអ្នកត្រូវ
ចូលទៅកាន់សកម្មភាព ដែលខោនធីប្រាប់អ្នក
អោយចូលរួម។
- ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាកម្មគាំទ្រ
ដែលខោនធីចំណាយពេល អ្នករង់ចាំការសម្រេច
ចិត្តសវនាការមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ
អ្នក
ចូលរួមអ្នកអាចបញ្ឈប់សកម្មភាព។

Cal-Learn:

- អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Cal-Learn
ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់ អ្នកថាយើងមិនអាច
បម្រើអ្នកបាន។
- យើងនឹងបង់តែ Cal-Learn សេវាកម្មគាំទ្រ
សម្រាប់សកម្មភាពដែល បានអនុម័ត។

ព័ត៌មានឯទៀត

សមាជិកនៃគំរោងថែទាំចាត់ចែង Medi-Cal:

សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាច
បញ្ឈប់អ្នកពីការទទួលសេវាកម្មពីផែនការសុខភាព
ដែលបានគ្រប់គ្រង។ អ្នក អាចទាក់ទងទៅសេវាកម្ម
សមាជិកភាពផែនការសុខភាពរបស់អ្នកប្រសិនបើ
អ្នកមានសំណួរ។

កុមារ និង/ឬ ការគាំទ្រខាងវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ភ្នាក់ងារ
គាំទ្រកុមារក្នុងតំបន់នឹងជួយប្រមូលការគាំទ្រដោយ
មិនគិតថ្លៃបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលុយជំនួយ
ក៏ដោយ។ ប្រសិនបើពួកគេប្រមូលការគាំទ្រសម្រាប់
អ្នក អ្នកនឹងបន្តធ្វើដូច្នេះលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ពួកគេ
ឱ្យឈប់។ ពួកគេនឹងបញ្ជូនអ្នកនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភ
បច្ចុប្បន្នដែលប្រមូលបានប៉ុន្តែនឹង រក្សាទុក
ប្រាក់កម្ចីដែលហួសកាលកំណត់ដែលជំពាក់ស្រុក។

ផែនការត្រួតពិនិត្យ៖ ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក
នឹងផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកនៅ ពេលអ្នកស្នើសុំ។

ឯកសារសវនាការ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើកាកាឆ្កើត
ឯកសារមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិមើលឯកសារនេះមុន
ពេលសវនាការរបស់អ្នកនឹងដើម្បីទទួលបានច្បាប់
ចម្លងនៃទីតាំងសរសេររបស់ខោនធីក្នុងករណីរបស់
អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលសវនាការ។ រដ្ឋ
អាចផ្តល់ឯកសារសវនាការរបស់អ្នកទៅ
នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនិងក្រសួងសុខាភិបាល
និងសេវាមនុស្ស និងឧស្សាហកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក
(W&I កូដ ផ្នែក 10850 និង 10950)។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ៖

- បំពេញទំព័រនេះ។
- តើចុះបាត់ចម្លងផ្នែកខាងមុខនិងខាងក្រោយនៃទំព័រនេះសម្រាប់ កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសួរ អ្នកធ្វើការរបស់អ្នកនិង បានចុះបាត់ចម្លងនៃទំព័រនេះ។
- សូមធ្វើ ឬយកទំព័រនេះទៅ៖

ឬ

- សូមទូរស័ព្ទដោយមិនអស់លុយ៖ **1-800-952-5253** ឬ សម្រាប់សវនាការ ឬ ការពិការនិយាយស្តី អ្នកដែល ប្រើ TD 1-800-952-8349.

ដើម្បីទទួលជំនួយ៖ អ្នកអាចសួរអំពីសិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ការបញ្ជូនជំនួយខាងច្បាប់នៅតាម លេខទូរស័ព្ទរដ្ឋដែលមិនគិតថ្លៃដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ អ្នកអាចទទួលជំនួយខាងច្បាប់ដោយមិន អស់លុយ នៅឯការិយាល័យជំនួយខាងច្បាប់មូលដ្ឋាន ឬ សិទ្ធិសុខុមាលភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទៅសវនាការតែម្នាក់ទេ អ្នកអាចយកមិត្តភក្តិឬនរណាមកជាមួយអ្នក។

សំណើសុំសវនាការទាំងមូល

ខ្ញុំចង់បានសវនាការដោយសារតែសកម្មភាពនាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពនៃ _____
 ខោនធី អំពីខ្ញុំ៖ ☐ ប្រាក់ជំនួយសុទ្ធ ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal ☐ ដទៃទៀត (បញ្ជី) _____

ដនេះគឺជាមូលហេតុ៖ _____

- ☐ ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែម គូសកន្លែងនេះហើយបន្ថែមទំព័រមួយ។
- ☐ ខ្ញុំត្រូវការរដ្ឋផ្តល់អ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំទេ។ (សាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែឱ្យអ្នកនៅ ពេលសវនាការបានទេ។)

ភាសា ឬគ្រាមភាសារបស់ខ្ញុំគឺ៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្លួន ត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់		កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ
ហត្ថលេខា			កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលបំពេញទំព័រនេះ៖			លេខទូរស័ព្ទ

- ☐ ខ្ញុំចង់អោយបុគ្គលម្នាក់ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅសវនាការនេះ។ ខ្ញុំសុំការអនុញ្ញាត របស់ខ្ញុំសម្រាប់បុគ្គលនេះដើម្បីមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំឬទៅសវនាការសម្រាប់ខ្ញុំ។ (បុគ្គលនេះអាចជាមិត្ត ឬ សាច់ញាតិប៉ុន្តែមិនអាចបកស្រាយសម្រាប់អ្នកទេ។)

ឈ្មោះ៖		លេខទូរស័ព្ទ	
អាស័យដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ