



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

# ការដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងរដ្ឋជំនួយស៊ីលវេនញ៉ា

This is an application for cash, health care and SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP, asistencia médica y asistencia monetaria. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La ayuda bilingüe será gratuita.

Đây là đơn xin trợ cấp y tế, tiền mặt và trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng ngôn ngữ khác hoặc cần người khác thông dịch, vui lòng liên lạc với văn phòng trợ cấp của quận tại địa phương quý vị. Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

本申请书用于申请现金、医疗援助及补充营养援助计划 (SNAP) 之福利。若您需要本申请书的其他语言版本或需口译员, 请联系您当地的县援助办公室。将提供免费语言协助。

Это заявление на получение денежной и медицинской помощи, а также пособия SNAP (Программы продовольственной помощи). Если вам требуется устный переводчик или данное заявление на другом языке, обратитесь в окружной отдел социального обеспечения. Языковая поддержка предоставляется бесплатно.

នេះជាពាក្យសុំប្រាក់ សុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសា នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

បើសិនជាលោកអ្នកពិការ ឬត្រូវការលិខិតជាពុម្ពអក្សរធំៗ ឬតាមទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរស័ព្ទតាមខ្សែផ្តល់ជំនួយរបស់យើងខ្ញុំលេខ 1-800-692-7462.

បុគ្គលដែលថ្លង់ ស្តាប់មិនសូវឮ និយាយមិនច្បាស់ ហើយចង់ទាក់ទងតាមខ្សែផ្តល់ជំនួយអាចទូរស័ព្ទតាម PA Relay Services ដោយចុចលេខ 711.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមអ៊ិនធឺណិត [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) ។



# សុវត្ថិភាពក្រុមគ្រួសារ៖ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងអំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក។

អំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសារ កើតឡើងនៅពេលអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នកធ្វើទុក្ខទោសដល់អ្នក។ ការធ្វើទុក្ខទោសអាចមានមកលើរាងកាយ តាមការរួមដំណេក ឬផ្លូវចិត្ត។ នេះរួមមាន៖

- វាយតប់អ្នក ឬកូនរបស់អ្នក
- គំរាមកំហែង ឬព្យាយាមធ្វើបាបអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក
- បង្ខំអ្នកឲ្យរួមដំណេក
- ធ្វើបាបខាងផ្លូវភេទមកលើកូនរបស់អ្នក
- ត្រួតត្រាក្នុងការទៅណាមកណា ឬជួបជាមួយអ្នកណាម្នាក់
- មិនអនុញ្ញាតឲ្យអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក មានម្ហូបអាហារ សម្លៀកបំពាក់ ឬការថែទាំសុខភាព
- មិនឲ្យអ្នកទៅធ្វើការ ឬទៅរៀន
- ដើរតាម ឬលួចមើលអ្នក

បើសិនជាអ្នកកំពុងរងគ្រោះ ឬធ្លាប់ទទួលការរងគ្រោះដោយអំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសារ ឬស្ថិតនៅក្នុងភាពគ្រោះថ្នាក់នៃអំពើហិង្សាទៅទៀត អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នកអាចលើក លែងអ្នកពីការតម្រូវសម្រាប់ការសុំប្រាក់ជំនួយ បើសិនជាអំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសាររារាំងអ្នកមិនឲ្យធ្វើតាម តម្រូវការបាន។ ជូនកាលមនុស្សយើងមិនអាចធ្វើតាមតម្រូវការរបស់ សុខុមាលភាពដោយសុវត្ថិភាពបាន ដោយសារពួកគេខ្លាចថា ពួកគេ ឬកូនរបស់ពួកគេ នឹងទទួលរងគ្រោះ បើសិនជាពួកគេធ្វើតាមតម្រូវការនោះ។ ទាំងនេះរួមមាន៖

- កិច្ចសហប្រតិបត្តិការគាំទ្រ
- ការកំណត់ពេលវេលា
- ការងារ (RESET)
- ការតម្រូវឲ្យក្មេងជំទង់ដែលមានកូន រស់នៅក្នុងផ្ទះ
- ការតម្រូវផ្សេងទៀត យោងទៅតាមរឿងនីមួយៗ
- ការបញ្ជាក់

បើសិនជាអ្នកត្រូវការ ការលើកលែងពីតម្រូវការរបស់វេលវេលា ដោយសារអំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសារ សូមជម្រាបអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក។

បើសិនជាអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក កំពុងរងគ្រោះ ឬធ្លាប់ទទួលការរងគ្រោះដោយអំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសារ ឬស្ថិតនៅក្នុងភាពគ្រោះថ្នាក់ដោយអំពើហិង្សា ទៅទៀត អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នកអាច៖

- និយាយ ជាមួយអ្នក បើសិនជាអ្នកចង់និយាយ។ អ្នកអាចសុំនិយាយនៅកន្លែងស្ងាត់។ អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងបុគ្គលិក នឹងរក្សាព័ត៌មាន របស់អ្នកទុកជាសម្ងាត់។ ទោះជា ដូច្នោះក៏ដោយ ច្បាប់ចែងថា ក្រសួងសេវាមនុស្ស (Department of Human Services) ត្រូវរាយការណ៍ ពីការធ្វើទុក្ខទោសក្មេងទៅភ្នាក់ងារទទួលបន្ទុកលើក្មេង និងយុវវ័យ (Children and Youth Agency) ។
- ជួយ អ្នករកកម្មវិធីនៅក្នុងតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួល ការឲ្យយោបល់ ការរៀបចំឲ្យមានសុវត្ថិភាព ជម្រក សេវាច្បាប់ និងជំនួយផ្សេងទៀត។
- ជួយ អ្នកឲ្យយល់អំពីវិស័យសម្រាប់ការដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយ ហើយថាមានការប៉ះពាល់អ្វីខ្លះដល់អ្នក បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ តម្រូវការនៃកម្មវិធី TANF ខ្លះ អាចលើកលែង ឲ្យ យោងទៅលើអំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសារ។

ដើម្បីជ្រាបព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធ្វើអន្តរាគមន៍នៅពេលមានវិបត្តិ ការឲ្យយោបល់ ការជូនទៅជួបប៉ូលីស មន្ទីរព្យាបាល និង តុលាការ ជម្រកបណ្តោះអាសន្ន និងកម្មវិធីការពារ និងអប់រំ សូមទូរស័ព្ទទៅ៖

ការរួបរួមគ្នាប្រឆាំងនឹងអំពើហិង្សានៅក្នុងគ្រួសារនៅរដ្ឋផ្សេនស៊ីលវេនញ៉ា (The Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence)  
 1-800-932-4632 (ក្នុងរដ្ឋផ្សេនស៊ីលវេនញ៉ា)      303-839-1852 (ក្នុងប្រទេស)

## JobGateway – ព័ត៌មានសំខាន់

JobGateway គឺជាកម្មវិធីរបស់ ក្រសួងផ្នែកការងារ និងឧស្សាហកម្ម នៃរដ្ឋផ្សេនស៊ីលវេនញ៉ា (Pennsylvania Department of Labor and Industry) ដើម្បីជួយអ្នករកការងារធ្វើ ស្វែងរក ការងារ។ បុគ្គលិករបស់ក្រសួងផ្នែកការងារ និងឧស្សាហកម្ម ដឹងអំពីលក្ខណៈការងារបច្ចុប្បន្ន ហើយអាចផ្តល់ព័ត៌មាន និងជំនួយដល់អ្នក ដើម្បីជួយដល់ការស្វែងរកការងាររបស់អ្នក។

អ្នកសុំជំនួយទាំងអស់អាចប្រើ JobGateway។ សូមជ្រាបថា បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធីផ្តល់ ជំនួយបណ្តោះអាសន្នដល់ក្រុមគ្រួសារ ដែលត្រូវការ (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) ហើយអ្នកមានអាយុ១៨ឆ្នាំឡើងទៅ គេតម្រូវឲ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំធ្វើការយ៉ាងហោចណាស់បីកន្លែងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ក្នុងពេលដែលយើងសម្រេចលើលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។

យើងអាចលើកលែងអ្នកពីតម្រូវការនេះ បើសិនជាអ្នកមានការងារធ្វើ 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ អ្នកជាជនពិការ ឬមានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត អ្នកមានកូនក្រោមអាយុមួយឆ្នាំ អ្នកមានកូនក្រោមអាយុប្រាំមួយឆ្នាំហើយគ្មានអ្នកមើលកូនឲ្យ អ្នកត្រូវនៅផ្ទះដើម្បីមើលថែជនពិការ អ្នកជាជនរងគុណ ដោះដោយអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ អ្នកគ្មានឃានជំនិះ អ្នកគ្មានលំនៅ ឬអ្នកមានមូលហេតុផ្សេងទៀត។ គេនឹងតម្រូវឲ្យអ្នកបញ្ជាក់ពីអ្វីៗទាំងនេះឲ្យបានច្បាស់លាស់ តាមតែអ្វីដែលទៅបាន។ យកភស្តុតាងដែលអ្នកមាន នៅពេលទៅធ្វើសម្ភាសន៍សុំប្រាក់ជំនួយ។

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបបញ្ជាក់ការធ្វើតាមការតម្រូវជាមួយអ្នករកការងារធ្វើ ឬរបៀបបញ្ជាក់ថាគេតម្រូវលើកលែងឲ្យអ្នក អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងដាក់នៅក្នុងសំណាងសារដែលគាត់ឲ្យអ្នក ឬផ្ញើទៅឲ្យអ្នក។ យើងសុំឲ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាមួយកម្មវិធី JobGateway ដើម្បីចាប់ផ្តើម។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះជាមួយ JobGateway តាមរូបសៃ [www.jobgateway.pa.gov/](http://www.jobgateway.pa.gov/)។





រដ្ឋជំនួយស្រួលជូនព័ត៌មានពីរដ្ឋផ្សេងៗ និងពីស្ថាប័នរដ្ឋសហព័ន្ធ ដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើង។ បើសិនជាអ្នករាយការណ៍ខុស លាក់បាំង ឬ មិនប្រាប់ការពិត ដែលអាចមានផលប៉ះពាល់លើសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក គេអាចតម្រូវឲ្យអ្នកសងជំនួយដែលអ្នកបានទទួលវិញ ហើយគេអាចកាត់ទោសអ្នក និងដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងអ្វីមួយនាពេលអនាគត។



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមអ៊ិនធឺណិត៖ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us).

**មានការងាយស្រួលក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំ!**

1. បំពេញ លិខិតនេះ។
2. ចុះហត្ថលេខា និង សរសេរថ្ងៃខែ នៅលើទំព័រ1 និង ទំព័រ15
3. យកពាក្យស្នើសុំនេះទៅឲ្យដោយផ្ទាល់ ផ្ញើតាមទូរសារ ឬផ្ញើតាមសំបុត្រ ទៅការិយាល័យសុខុមាលភាព (CAO) របស់អ្នក។

**តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍លើសេវាអ្វីផ្សេងទៀតទេ?**

សូមគូសលើប្រអប់ បើសិនជាអ្នកចង់បានព័ត៌មានអ្វីមួយ អំពីសេវាទាំងនេះ៖

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែម (SSI)   | <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិនិត្យទារក                 | <input type="checkbox"/> ការមើលថែក្មេង                                 |
| <input type="checkbox"/> សេវាសម្រាប់ជនពិការ   | <input type="checkbox"/> ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ             | <input type="checkbox"/> កម្មវិធី Head Start (ក្មេងអាយុ ៣ ដល់ ៦ ឆ្នាំ) |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP (ជំនួយលើថ្លៃ ភ្លើង ទឹក ហ្វែស)                                       | <input type="checkbox"/> សេវាសម្រាប់ទាហានជើងចាស់           | <input type="checkbox"/> សេវាជួយចេញប្រាក់ចិញ្ចឹមកូន                    |
| <input type="checkbox"/> ជំនួយម្ហូបអាហារ  | <input type="checkbox"/> ការងារ និងការហ្វឹកហ្វឺន           | <input type="checkbox"/> វិធីការពារមិនឲ្យមានកូន                        |
| <input type="checkbox"/> អាហារនៅសាលា (ឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះតម្លៃ)                                       | <input type="checkbox"/> បង្រៀនអ្នកពិការល្មមៗឲ្យចេះធ្វើការ | <input type="checkbox"/> កម្មវិធី Lifeline (បញ្ចុះថ្លៃទូរស័ព្ទ)        |
| <input type="checkbox"/> ការមើលថែយូរ (កន្លែងមើលថែមនុស្សចាស់)  | <input type="checkbox"/> ជំនួយខាងផ្ទះសំបែង                 | <input type="checkbox"/> កម្មវិធី WIC (ស្ត្រី ទារក និងកុមារ)           |
| <input type="checkbox"/> សេវាតាមផ្ទះ និងក្នុងសហគមន៍ (សេវា ដែលមានការលើកលែង)                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិសេសសម្រាប់ ការងារ និង ការហ្វឹកហ្វឺន ដូចជា ប្រដាប់ប្រដាប្រើ | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖ _____                     |  |

**មានសំណួរ?**

ទូរស័ព្ទទៅ ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក ឬ មណ្ឌលចាំទទួលទូរស័ព្ទ លេខ1-877-395-8930។  
ក្នុងទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វា សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ1-215-560-7226

យើងខ្ញុំនៅទីនេះចាំជួយអ្នក។ ទូរស័ព្ទពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច  
ទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកគិរ ឬប្លង់  
(TTY/TDD) 711។

**Medical Providers Use Only**

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

**CAO Use Only**

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------



# ទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារដែលមានជីវជាតិ (SNAP) យ៉ាងឆាប់រហ័ស!

## សុំប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារដែលមានជីវជាតិ (SNAP) ឥឡូវនេះ!

កម្មវិធីផ្តល់ប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារដែលមានជីវជាតិ (SNAP) ពីមុនហៅថា កម្មវិធីសម្រាប់ប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ (Food Stamp)

- តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ក្នុងខ្លួន និងក្នុងធនាគារ \$100 ឬតិចជាងនេះ ហើយនឹងទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចជាង \$15b នៅខែនេះ ឬ?
- តើអ្នកជា អ្នកធ្វើការរដ្ឋពីកន្លែងមួយទៅកន្លែងមួយទៀត ឬជាកសិករធ្វើការតាមរដូវកាល ឬ?
- តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែមុនដកពន្ធ និងប្រាក់ដែលមានក្នុងខ្លួន និងក្នុងធនាគាររបស់អ្នក តិចជាង ថ្លៃជួលផ្ទះ/ ថ្លៃបង់ថ្លៃទិញផ្ទះ និងថ្លៃទឹកភ្លើង ឬទេ ខែនេះ?

បើសិនជាចម្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយនៃសំណួរទាំងនេះថាតិចជាង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP បានយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ នេះមានន័យថា អ្នកអាចទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ក្នុងកំឡុងពេលប្រាំថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមដោយទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលហ្វែររបស់អ្នក។

## បំពេញពាក្យស្នើសុំប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ឥឡូវនេះ!

ជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញពាក្យស្នើសុំឥឡូវនេះ នៅម៉ោងប៉ុន្មានក៏បាន មុនម៉ោង 5 ល្ងាច។ អ្នកធ្វើការនៅការិយាល័យសុខុមាលភាពត្រូវបោះត្រា ថ្ងៃខែនៅលើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក នៅមុខអ្នក។

បើសិនជាគេបដិសេធមិនឲ្យប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ឲ្យបានឆាប់រហ័ស អ្នកមានសិទ្ធិសុំជួបប្រជុំក្នុងកំឡុងពេលពីរថ្ងៃធ្វើការ ជាមួយអ្នកទទួលខុសត្រូវនៅ ការិយាល័យសុខុមាលភាព។ បើសិនជាកម្មវិធីបដិសេធសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬការបម្រើ ឬបើសិនជាការិយាល័យសុខុមាលភាពមិនទទួលយកលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកយកទៅឲ្យដោយផ្ទាល់ ហើយមិនបោះត្រាថ្ងៃខែនៅមុខអ្នក ត្រូវសុំនិយាយជាមួយអ្នកទទួលខុសត្រូវ ឬទូរស័ព្ទទៅទូរស័ព្ទផ្តល់ជំនួយ លេខ 1-800-692-7462។

អ្នកអាចទទួលជំនួយផ្នែកច្បាប់ដែលឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យច្បាប់ក្នុងតំបន់។



# ចាប់ផ្តើម

## តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំអ្វី?

ប្រាក់ជំនួយ  ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព  SNAP (កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយជីវជាតិបន្ថែម)

តើអ្នកចង់បានភាសាអ្វី?  អង់គ្លេស  អាស៊ីញ៉ុល  ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefieren usted?  Inglés  Español  Otro (especifique)

**ឥតប្រើក្រដាសស្នាម!** តើអ្នកចង់ទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងរបស់អ្នកតាមអ៊ិនធឺណិត ដែរឬទេ?  
សូមមើលរ៉ូប៊ីស៍ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) ហើយចុះឈ្មោះប្រើក្នុង My COMPASS Account របស់អ្នក។

- យើងអាចចាប់ផ្តើមពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកក្រោយពេលអ្នកសរសេរ ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន របស់អ្នក និងចុះហត្ថលេខា ហើយប្រគល់ពាក្យស្នើសុំនេះឲ្យមកវិញ។
- យើងសុំឲ្យអ្នកឆ្លើយសំណួរឲ្យបានច្រើន តាមតែអាចធ្វើទៅបាន លើកលែងតែមានការណែនាំប្រាប់អ្នកថា អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។ បើយើងមានព័ត៌មានកាន់តែច្រើន យើងអាចពិនិត្យពាក្យស្នើសុំ របស់អ្នកកាន់តែលឿន។
- បើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដែលយើងទទួលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ យើងនឹងជម្រាបទៅអ្នកក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃ ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ឬអត់។

▶ **សារៈសំខាន់៖** អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំទាំងអស់ ត្រូវផ្តល់ ឬដាក់ពាក្យស្នើសុំ លេខសូស្យល់សិខ្យវិធី (Social Security number, SSN) ហើយឆ្លើយសំណួរថា តើលេខសូស្យល់សិខ្យវិធី ត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬទេ? ប្រសិនបើលេខសូស្យល់សិខ្យវិធី ត្រូវបានប្រើប្រាស់ អ្នកត្រូវបញ្ជាក់ថា លេខសូស្យល់សិខ្យវិធី គឺស្របចិត្តសម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប៉ុន្តែការផ្តល់ឲ្យអាចជួយឲ្យមានការពិនិត្យពាក្យស្នើសុំបានឆាប់រហ័ស។ យើងប្រើលេខសូស្យល់សិខ្យវិធី ដើម្បីពិនិត្យមើល ប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីឲ្យយើងដឹងថាអ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលជំនួយលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ បើសិនជាអ្នកណាម្នាក់ត្រូវការជំនួយក្នុងការសុំលេខសូស្យល់សិខ្យវិធី សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-772-1213 ឬមើលរ៉ូប៊ីស៍ [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) អ្នកប្រើទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកផ្តល់ TTY ត្រូវទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778។

Note: If you are a non-citizen applying for Emergency Medical Services only, you do not need to provide information about your immigration status or apply for or provide an SSN.

## សូមប្រាប់យើងអំពីខ្លួនអ្នក ដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ យើងខ្ញុំត្រូវការទាក់ទងទៅ មនុស្សពេញវ័យ/មាតាបិតា/អ្នកមើលថែ។

ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./1 ល។)៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន (រួមទាំង ផ្លូវ លេខអាគារ លេខផ្ទះ ទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខតំបន់ +4) \_\_\_\_\_

ក្រសួងអប់រំ៖	ឃុំ ឬ ក្រុង	តើអ្នករស់នៅអាសយដ្ឋាននេះអស់រយៈពេលប៉ុន្មានហើយ?
លេខទូរស័ព្ទ៖ ( )	ប្រភេទនៃទូរស័ព្ទ៖ <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> ដៃ	លេខទូរស័ព្ទទីពីរ៖ ( )
	<input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> ដៃ	<input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> ដៃ

សូមគិតត្រង់នេះ បើសិនជាអ្នកគ្មានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ អ្នកនៅតែត្រូវឲ្យអាសយដ្ឋានសម្រាប់ផ្ញើសំបុត្រ។ អាសយដ្ឋានសម្រាប់ផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)៖ \_\_\_\_\_

## ទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP យ៉ាងឆាប់រហ័ស៖ អ្នកអាចទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ក្នុងកំឡុងពេល៥ថ្ងៃ! សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ បន្ទាប់មក ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ ហើយឲ្យទៅការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក ឲ្យទាន់ម៉ោង 5 ល្ងាច នៅថ្ងៃនេះ! ការិយាល័យសុខុមាលភាពរបស់អ្នកនឹងណាត់ពេលធ្វើសម្ភាសន៍ជាមួយអ្នក។

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុប សម្រាប់អ្នក និងអ្នកដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំណាម្នាក់ មុនពេលដាក់ពាក្យ៖ \$	តើអ្នក ឬអ្នកដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ទេ ឥឡូវនេះ? <input type="checkbox"/> ទទួល <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នកបង់ថ្លៃទឹក ភ្លើង ហ្គោស ដែរឬទេ ក្រៅពីថ្លៃទូរស័ព្ទ? <input type="checkbox"/> ទទួល <input type="checkbox"/> អត់ទេ បើបង់ តើបង់ថ្លៃអ្វី?
ទ្រព្យសរុប (ទ្រព្យគឺជា លុយ សែក និងគណនេយ្យសន្សំប្រាក់)៖ \$	តើអ្នកបង់ថ្លៃប្រើទូរស័ព្ទ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទទួល <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នក ឬអ្នកដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យ ដាក់ម្ហូបធ្វើការតាមរដូវ ឬជាអ្នកដូរកន្លែងធ្វើការពីកន្លែងមួយទៅកន្លែងមួយទៀត ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទទួល <input type="checkbox"/> អត់ទេ
ថ្លៃជួលផ្ទះ ឬថ្លៃបង់ថ្លៃទិញផ្ទះ ប្រចាំខែសរុប សម្រាប់អ្នក និងអ្នកដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យ៖ \$	តើអ្នកបង់ថ្លៃម៉ាស៊ីនកំដៅ ឬម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទទួល <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នក ឬអ្នកដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យ រស់នៅក្នុងជម្រកបណ្តោះអាសន្ន សម្រាប់ស្ត្រី និងកុមារ ដែលទទួលបានការធ្វើទុក្ខទោស ឬការរាយជំ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទទួល <input type="checkbox"/> អត់ទេ

**ចុះហត្ថលេខាផ្ទាល់នេះ៖**

X \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នក ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងឲ្យអ្នក \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែ



**សូមប្រាប់យើងអំពីអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក៖**

យើងត្រូវប្រមូលព័ត៌មានអំពីអ្នកដែលរស់នៅអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកទាំងអស់ ទោះជាពួកគេមិនដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ ចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ត្រូវបញ្ជូនអ្នកដែលមានឈ្មោះនៅក្នុង ក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធប្រចាំឆ្នាំរដ្ឋសហព័ន្ធ (federal income tax return) ទោះជាពួកគេមិនរស់នៅជាមួយអ្នកក៏ដោយ។

កំណត់សំគាល់៖ អ្នកមិនចាច់ បំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធប្រចាំឆ្នាំទេ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនេះ។

**មនុស្សទី 1 (ចាប់ពីខ្លួនអ្នកផ្ទាល់)** CAO Use Only Line #:

ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./ៗល។)៖		តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខសូស្យល់សិខ្សវិធី៖
ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	អត្តលេខប័ណ្ណបើកបររថយន្ត ឬអត្តលេខពីរដ្ឋ បើសិនជាមាន៖	ស្ថានភាព រៀបការ <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ មេម៉ាយ <input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា <input type="checkbox"/>
តើអ្នកនៅរៀន ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើនៅរៀន ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?	ឈ្មោះសាលា៖	ជាសិស្សរៀនពេញម៉ោង ឬ? <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកមានផ្ទះពោះ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន គ្រប់ខែនៅថ្ងៃណា?	តើរំពឹងទុកថា មានទារកប៉ុន្មាននាក់?	

**សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។**

<p>អ្នកមិនចាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំតែ ប័ណ្ណទិញប្រាក់ SNAP ។</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	▶ បើសិនជាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ តើអ្នកចង់ឲ្យគេចេញតែថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	▶ បើសិនជាអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងនឹងគិតតែប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ក្នុងការសម្រេចកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន។ បើសិនជាអ្នកចង់ឲ្យគេសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ យើងត្រូវវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក។ តើអ្នកចង់ឲ្យគេសម្រេចតែថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ហើយ មិនចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើអ្នកក៏យល្មមជាព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបាននៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ អំពីការការពារមិនឲ្យមានកូនអាចបណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬទុក្ខទោស ផ្សេងទៀតពី ប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ របស់អ្នក ឬអ្នកដទៃទៀត ដែរឬទេ?

តើអ្នកជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង ឬអ្វី?  មាន  អត់ទេ

<p><b>បើសិនជាអ្នកមិនមែន ជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖</b></p>	តើអ្នកជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ	បើមានសិទ្ធិ សូមសរសេរ ប្រភេទនៃឯកសារ និង អត្តលេខ៖	ប្រភេទនៃឯកសារ៖	អត្តលេខរបស់ឯកសារ៖
	តើអ្នកមានអ្នកធានា ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		

<p><b>ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត)</b> (គូសអ្វីៗដែលជាប់ ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់)</p>	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកា អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា (សូមមើល សេចក្តីបន្ថែម A (Appendix A))	<input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____
--	--	---

<p><b>ជាតិពន្ធស្រេចចិត្ត</b></p>	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណា <input type="checkbox"/> មិនមែនជា អេស្ប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណា
----------------------------------	--



មនុស្សទី២			CAO Use Only Line #:		
ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./១៧ៗ)៖		តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ ឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		លេខស្នើសុំសិទ្ធិវិធី៖	
ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	អត្តលេខប័ណ្ណបើកបររថយន្ត ឬអត្តលេខពីរដ្ឋបើសិនជាមាន៖	ស្ថានភាពរៀបការ <input type="checkbox"/> នៅលើរ <input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ	<input type="checkbox"/> រៀបការ
តើបុគ្គលនេះជាប់សាច់ញាតិជាអ្វីនឹងអ្នក៖ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ			តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើបុគ្គលនេះនៅរៀន ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	នៅរៀន ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?	ឈ្មោះសាលា៖	ជាសិស្សរៀនពេញម៉ោង ឬ? <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើគាត់មានផ្ទៃពោះ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	មើល គ្រប់ខែនៅថ្ងៃណា?		តើវិញ្ញាណកម្ម មានទារកប៉ុន្មាននាក់?		

**សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ។**

អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប័ណ្ណទិញម្ហូប SNAP ។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេចេញថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម២១ឆ្នាំ យើងនឹងគិតតែប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ក្នុងការសម្រេច កម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន។ បើសិនជាពួកគេចង់ឲ្យគេសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ យើងត្រូវយកប្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេសម្រេចតែផ្នែកការពារមិនឲ្យមានកូន ហើយមិនចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យព្រួយថាព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីការការពារមិនឲ្យមានកូន អាចបណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយផ្លូវចិត្ត ឬទុក្ខទោសផ្សេងទៀតពី ប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ របស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀត ដែរឬទេ?

តើបុគ្គលនេះជា ពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង ឬអ្វី?  មាន  អត់ទេ

បើសិនជាបុគ្គលនេះមិន មែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖	តើបុគ្គលនេះជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ	ប្រភេទនៃឯកសារ៖	អត្តលេខរបស់ឯកសារ៖
	តើបុគ្គលនេះមានអ្នកធានា ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ១៩៩៦ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	

ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត) (គូសអ្វីៗដែលជាប់ ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកា អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា (សូមមើល សេចក្តីបន្ថែម A (Appendix A) <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____

ជាតិព័ន្ធផ (សូមចេញត្រួត)  អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ  មិនមែនជា អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ

**មនុស្សទី៣** CAO Use Only Line #:

ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./១៧ៗ)៖		តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ ឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		លេខស្នើសុំសិទ្ធិវិធី៖	
ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	អត្តលេខប័ណ្ណបើកបររថយន្ត ឬអត្តលេខពីរដ្ឋបើសិនជាមាន៖	ស្ថានភាពរៀបការ <input type="checkbox"/> នៅលើរ <input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ	<input type="checkbox"/> រៀបការ
តើបុគ្គលនេះជាប់សាច់ញាតិជាអ្វីនឹងអ្នក៖ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ			តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើបុគ្គលនេះនៅរៀន ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	នៅរៀន ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?	ឈ្មោះសាលា៖	ជាសិស្សរៀនពេញម៉ោង ឬ? <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើគាត់មានផ្ទៃពោះ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	មើល គ្រប់ខែនៅថ្ងៃណា?		តើវិញ្ញាណកម្ម មានទារកប៉ុន្មាននាក់?		

**សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ។**

អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប័ណ្ណទិញម្ហូប SNAP ។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេចេញថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម២១ឆ្នាំ យើងនឹងគិតតែប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ក្នុងការសម្រេច កម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន។ បើសិនជាពួកគេចង់ឲ្យគេសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ យើងត្រូវយកប្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេសម្រេចតែផ្នែកការពារមិនឲ្យមានកូន ហើយមិនចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យព្រួយថាព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីការការពារមិនឲ្យមានកូន អាចបណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយផ្លូវចិត្ត ឬទុក្ខទោសផ្សេងទៀតពី ប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ របស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀត ដែរឬទេ?

តើបុគ្គលនេះជា ពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង ឬអ្វី?  មាន  អត់ទេ

បើសិនជាបុគ្គលនេះមិន មែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖	តើបុគ្គលនេះជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ	ប្រភេទនៃឯកសារ៖	អត្តលេខរបស់ឯកសារ៖
	តើបុគ្គលនេះមានអ្នកធានា ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ១៩៩៦ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	

ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត) (គូសអ្វីៗដែលជាប់ ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកា អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា (សូមមើល សេចក្តីបន្ថែម A (Appendix A) <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____

ជាតិព័ន្ធផ (សូមចេញត្រួត)  អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ  មិនមែនជា អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ



មនុស្សទី 4				CAO Use Only Line #:	
ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./១៧ៗ):			តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ ឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		លេខសូល្យាសិទ្ធិរ៉ែ:
ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	អត្តលេខប័ណ្ណលើកបររថយន្ត ឬអត្តលេខពីរដ្ឋ បើសិនជាមាន:	ស្ថានភាព រៀបការ: <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ
តើបុគ្គលនេះជាប់សាច់ញាតិជាមួយអ្នក: <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ			តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើបុគ្គលនេះនៅរៀន ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើនៅរៀន ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?	ឈ្មោះសាលា:	ជាសិស្សរៀនពេញម៉ោង ឬ? <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើគាត់មានផ្ទៃពោះ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន គ្រប់ខែនៅថ្ងៃណា?	តើរំពឹងទុកថា មានទារកប៉ុន្មាននាក់?			
សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ។					
អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប័ណ្ណទិញម្ហូប SNAP ។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេចេញតែថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ឬអ្វី?			
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម២១ឆ្នាំ យើងនឹងគិតត្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ក្នុងការសម្រេច កម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន។ បើសិនជាពួកគេចង់ឲ្យគេសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ យើងត្រូវរាយការណ៍ត្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេសម្រេចតែថ្លៃការពារមិនឲ្យមានកូន ហើយមិនចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ ឬអ្វី?			
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះក៏យកប្រាក់ចំណូលដែលពួកគេទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីការពារមិនឲ្យមានកូន អាចបណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយផ្លូវចិត្ត ឬទុក្ខទោសផ្សេងទៀត ឬប្រព័ន្ធ ឪពុកម្តាយ របស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀត ដែរឬទេ?			
តើបុគ្គលនេះជា ពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង ឬអ្វី? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ					
បើសិនជាបុគ្គលនេះមិន មែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ:	តើបុគ្គលនេះជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ	បើមានសិទ្ធិ សូមសរសេរ ប្រភេទនៃជំនាញ និង អត្តលេខ:	ប្រភេទនៃឯកសារ:	អត្តលេខរបស់ឯកសារ:	
	តើបុគ្គលនេះមានអ្នកធានា ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ១៩៩៦ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត) (គូសអ្វីៗដែលជាប់ ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកា អាមេរិកាំង	<input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក		
	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា (សូមមើល សេចក្តីបន្ថែម A (Appendix A))	<input type="checkbox"/> ស្បែកស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____		
ជាតិពន្ធនាគារ (សូមចេញត្រួត)	<input type="checkbox"/> អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនជា អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ				

មនុស្សទី 5				CAO Use Only Line #:	
ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./១៧ៗ):			តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ ឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		លេខសូល្យាសិទ្ធិរ៉ែ:
ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	អត្តលេខប័ណ្ណលើកបររថយន្ត ឬអត្តលេខពីរដ្ឋ បើសិនជាមាន:	ស្ថានភាព រៀបការ: <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ
តើបុគ្គលនេះជាប់សាច់ញាតិជាមួយអ្នក: <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ			តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើបុគ្គលនេះនៅរៀន ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើនៅរៀន ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?	ឈ្មោះសាលា:	ជាសិស្សរៀនពេញម៉ោង ឬ? <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើគាត់មានផ្ទៃពោះ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន គ្រប់ខែនៅថ្ងៃណា?	តើរំពឹងទុកថា មានទារកប៉ុន្មាននាក់?			
សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ។					
អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប័ណ្ណទិញម្ហូប SNAP ។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេចេញតែថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ឬអ្វី?			
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម២១ឆ្នាំ យើងនឹងគិតត្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ក្នុងការសម្រេច កម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន។ បើសិនជាពួកគេចង់ឲ្យគេសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ យើងត្រូវរាយការណ៍ត្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេសម្រេចតែថ្លៃការពារមិនឲ្យមានកូន ហើយមិនចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ ឬអ្វី?			
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះក៏យកប្រាក់ចំណូលដែលពួកគេទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីការពារមិនឲ្យមានកូន អាចបណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយផ្លូវចិត្ត ឬទុក្ខទោសផ្សេងទៀត ឬប្រព័ន្ធ ឪពុកម្តាយ របស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀត ដែរឬទេ?			
តើបុគ្គលនេះជា ពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង ឬអ្វី? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ					
បើសិនជាបុគ្គលនេះមិន មែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ:	តើបុគ្គលនេះជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ	បើមានសិទ្ធិ សូមសរសេរ ប្រភេទនៃជំនាញ និង អត្តលេខ:	ប្រភេទនៃឯកសារ:	អត្តលេខរបស់ឯកសារ:	
	តើបុគ្គលនេះមានអ្នកធានា ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ១៩៩៦ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត) (គូសអ្វីៗដែលជាប់ ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកា អាមេរិកាំង	<input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក		
	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា (សូមមើល សេចក្តីបន្ថែម A (Appendix A))	<input type="checkbox"/> ស្បែកស	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____		
ជាតិពន្ធនាគារ (សូមចេញត្រួត)	<input type="checkbox"/> អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនជា អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ				



មនុស្សទី 6			CAO Use Only Line #:		
ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./១៧ៗ)៖		តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ ឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		លេខស្នើសុំសិទ្ធិវិធី៖	
ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	អត្តលេខប័ណ្ណបើកបររថយន្ត ឬអត្តលេខពីរដ្ឋបើសិនជាមាន៖	ស្ថានភាពរៀបការ	<input type="checkbox"/> នៅលើរ <input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ
តើបុគ្គលនេះជាប់សាច់ញាតិជាអ្វីនឹងអ្នក៖ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ			តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើបុគ្គលនេះនៅរៀន ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	នៅរៀន ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?	ឈ្មោះសាលា៖	ជាសិស្សរៀនពេញម៉ោង ឬ? <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើគាត់មានផ្ទៃពោះ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	មើល គ្រប់ខែនៅថ្ងៃណា?		តើវិញ្ញាណកម្ម មានទារកប៉ុន្មាននាក់?		

**សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ។**

<b>អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប័ណ្ណទិញម្ហូប SNAP ។</b>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេចេញតែថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងនឹងគិតតែប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ក្នុងការសម្រេច កម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន។ បើសិនជាពួកគេចង់ឲ្យគេសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ យើងត្រូវយកប្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេសម្រេចតែថ្លៃការពារមិនឲ្យមានកូន ហើយមិនចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យព្រួយថាព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីការការពារមិនឲ្យមានកូន អាចបណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយផ្លូវចិត្ត ឬទុក្ខទោសផ្សេងទៀតពី ប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ របស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀត ដែរឬទេ?

តើបុគ្គលនេះជា ពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង ឬអ្វី?  មាន  អត់ទេ

<b>បើសិនជាបុគ្គលនេះមិន មែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖</b>	តើបុគ្គលនេះជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ	ប្រភេទនៃឯកសារ៖	អត្តលេខរបស់ឯកសារ៖
	តើបុគ្គលនេះមានអ្នកធានា ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	

<b>ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត)</b> (គួសម្លឹងដែលជាប់ ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកា អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា (សូមមើល សេចក្តីបន្ថែម A (Appendix A)	<input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ស្បែកស	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____
--	---	---	--

<b>ជាតិពន្ធុ (សូមចេញចិត្ត)</b>	<input type="checkbox"/> អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនជា អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ
--------------------------------	--

**មនុស្សទី 7**

មនុស្សទី 7			CAO Use Only Line #:		
ឈ្មោះ (រួមទាំង នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម និង - Jr./Sr./១៧ៗ)៖		តើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ ឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		លេខស្នើសុំសិទ្ធិវិធី៖	
ថ្ងៃកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	អត្តលេខប័ណ្ណបើកបររថយន្ត ឬអត្តលេខពីរដ្ឋបើសិនជាមាន៖	ស្ថានភាពរៀបការ	<input type="checkbox"/> នៅលើរ <input type="checkbox"/> លែងលះគ្នា	<input type="checkbox"/> បែកបាក់គ្នា <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ
តើបុគ្គលនេះជាប់សាច់ញាតិជាអ្វីនឹងអ្នក៖ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនជាប់សាច់ញាតិ			តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើបុគ្គលនេះនៅរៀន ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	នៅរៀន ថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន?	ឈ្មោះសាលា៖	ជាសិស្សរៀនពេញម៉ោង ឬ? <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> អត់ទេ		
តើគាត់មានផ្ទៃពោះ ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	មើល គ្រប់ខែនៅថ្ងៃណា?		តើវិញ្ញាណកម្ម មានទារកប៉ុន្មាននាក់?		

**សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបុគ្គលនេះ។**

<b>អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប័ណ្ណទិញម្ហូប SNAP ។</b>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាគ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេចេញតែថ្លៃកម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើសិនជាបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងនឹងគិតតែប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ ក្នុងការសម្រេច កម្មវិធីការពារមិនឲ្យមានកូន។ បើសិនជាពួកគេចង់ឲ្យគេសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ យើងត្រូវយកប្រាក់ចំណូលក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ រួមទាំងប្រាក់ចំណូលរបស់ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះចង់ឲ្យគេសម្រេចតែថ្លៃការពារមិនឲ្យមានកូន ហើយមិនចង់បានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលគេចេញថ្លៃឲ្យទាំងអស់ ឬអ្វី?
	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យព្រួយថាព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីការការពារមិនឲ្យមានកូន អាចបណ្តាលឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយផ្លូវចិត្ត ឬទុក្ខទោសផ្សេងទៀតពី ប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយ របស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀត ដែរឬទេ?

តើបុគ្គលនេះជា ពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង ឬអ្វី?  មាន  អត់ទេ

<b>បើសិនជាបុគ្គលនេះមិន មែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិ អាមេរិកាំង សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖</b>	តើបុគ្គលនេះជាជនអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ	ប្រភេទនៃឯកសារ៖	អត្តលេខរបស់ឯកសារ៖
	តើបុគ្គលនេះមានអ្នកធានា ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកតាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	

<b>ពូជសាសន៍ (ស្រេចចិត្ត)</b> (គួសម្លឹងដែលជាប់ ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិកា អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា (សូមមើល សេចក្តីបន្ថែម A (Appendix A)	<input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ស្បែកស	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____
--	---	---	--

<b>ជាតិពន្ធុ (សូមចេញចិត្ត)</b>	<input type="checkbox"/> អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនជា អសេប៉ាញ៉ុល ឬ ឡាទីណូ
--------------------------------	--



**សំណួរផ្សេងទៀតអំពីអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក**

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះអំពី ខ្លួនអ្នក ឬអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ជំនួយ ការធានារ៉ាប់រង សុខភាព ឬ SNAP នៅរដ្ឋផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ឥឡូវនេះ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើទទួលបាន រដ្ឋណា និងតំបន់ណា?
តើអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ធ្លាប់បាន គេដកសិទ្ធិ ឬយល់ព្រមឱ្យគេដកសិទ្ធិពី ប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP នៅរដ្ឋផ្សេងទៀត ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើធ្លាប់ សូមប្រាប់ថាជាអ្នកណា
តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ ដោយប្រើឈ្មោះ ឬលេខ សូស្យលសិទ្ធិរ៉ែ ផ្សេងទៀត ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន សូមប្រាប់ឈ្មោះ និងលេខសូស្យលសិទ្ធិរ៉ែ ឱ្យយើងដឹង
តើមានអ្នកណាម្នាក់ចូលបម្រើក្នុងកងទ័ពអាមេរិក ឬមានអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់បានបម្រើក្នុងកងទ័ពអាមេរិក ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើមានអ្នកណាម្នាក់ជា មេម៉ាយ ប្តីប្រពន្ធ ឬកូន (ក្រោមអាយុ ១៨ ឆ្នាំ) របស់អ្នកចូលបម្រើក្នុងកងទ័ពអាមេរិក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលធ្លាប់ បានបម្រើក្នុងកងទ័ពអាមេរិក ដែរឬទេ?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលមានអាយុ ១៨ ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ ត្រូវបានគេយកទៅចិញ្ចឹម ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន ជាអ្នកណា? រដ្ឋ៖
តើមានអ្នកណាម្នាក់ជាជនពិការ ឬត្រូវការការព្យាបាល ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន ជាអ្នកណា? តើពិការអ្វី?
តើមានអ្នកណាម្នាក់មានជម្ងឺ ដែលត្រូវលេបថ្នាំដើម្បីទ្រទ្រង់ សុខភាព ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់រស់នៅកន្លែងព្យាបាល ឬកន្លែងថែទាំយូរ ឬមានលក្ខណៈដែលប៉ះពាល់ដល់ រាងកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬអារម្មណ៍ ដែលបណ្តាលឱ្យមានការលំបាកក្នុង ការធ្វើអ្វីមួយ (ដូចជា ងូតទឹក ស្លៀកពាក់ កិច្ចការប្រចាំថ្ងៃតិចតួច ។ល។ ដែរឬទេ)?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	
តើមានអ្នកណាម្នាក់មានរឺកាយប៉ងដែលបានបង់ហើយ ឬមិនទាន់បង់ ក្នុងខែនេះ ឬចំខែកន្លងទៅនេះ ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ទទួលបានការងារគ្រោះដោយសារការធ្វើទុក្ខទោស ក្នុងគ្រួសារ ដែរឬទេ?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ទទួលបានការព្យាបាលដោយសារ ញៀននិង គ្រឿងញៀន ឬស្រវា ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើមាន ជាអ្នកណា?

**ជំពូកសាច់ញាតិដែលមិនរស់នៅជាមួយ៖ នេះសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រាក់។**

បើសិនជាអ្នកណាម្នាក់ដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យរក្សាដែលមានឪពុកម្តាយដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ឬបើសិនជាអ្នកណាម្នាក់ដាក់ពាក្យស្នើសុំដែលមានប្តីប្រពន្ធមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ ដើម្បីឱ្យយើងអាចខិតខំរកជំនួយ។

អ្នកមិនចាប់បំពេញជំពូកនេះទេ បើសិនជាការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ ឬការរកជំនួយ ធ្វើឱ្យអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារស្ថិតនៅក្នុងភាពគ្រោះថ្នាក់ដោយអំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬធ្វើឱ្យមានការលំបាកក្នុងការ គេចខ្លួនពីអំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬបើសិនជា កូនរបស់អ្នកបាន

បើសិនជាធ្វើឱ្យមានបញ្ហាដល់អ្នក ចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ ឬចំពោះការរកជំនួយ ដោយសារអំពើហឹង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬការរំលោភ ឬស្មន់ការជាមួយសាច់ញាតិ ឬអ្នកចង់ឱ្យគេយកកូនទៅចិញ្ចឹម សូមគូសប្រអប់នេះ

ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលមានសាច់ញាតិមិននៅជាមួយ៖	ឈ្មោះសាច់ញាតិដែលមិននៅជាមួយ៖	សាច់ញាតិដែលមិននៅជាមួយជា៖
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ

▶ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយ អ្នកត្រូវតែប្រាប់ឈ្មោះ ឪពុកម្តាយរបស់ក្មេង និង ជួយ ផ្តល់ទំនាក់ទំនងក្នុងស្រុក (Domestic Relations Section, DRS) ទាមទារប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង ដោយផ្តល់ព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការ លើកលែងតែអ្នកមានមូលហេតុ។ បើសិនជាអ្នកមិន ជួយភ្នាក់ងារជួយទាមទារប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង ដោយផ្តល់ព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការ ហើយគ្មាន មូលហេតុចំពោះការមិនផ្តល់ជំនួយ ចំនួនប្រាក់ដែលគេយល់ព្រមឱ្យអ្នក នឹងត្រូវកាត់បន្ថយយ៉ាងហោចណាស់២៥ភាគរយ។

បើសិនជាគេយល់ព្រមឱ្យប្រាក់ជំនួយ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យស្របតាមការទាមទារប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេងនូវសិទ្ធិទាមទារប្រាក់សម្រាប់អ្នក និងអ្នកដទៃទៀត ដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យ។ ច្បាប់ចែងថា សិទ្ធិទាមទារប្រាក់ចិញ្ចឹមក្មេង នឹងត្រូវប្រគល់ទៅឱ្យរដ្ឋ បើសិនជាអ្នកយល់ព្រមទទួល ប្រាក់ជំនួយនេះ។

បើសិនជាប្រាក់ជួយចិញ្ចឹមក្មេងត្រូវឱ្យទៅក្មេងដែលទទួលបានប្រាក់ជំនួយ ក្រុមគ្រួសារអាចទទួលបានប្រាក់ជួយចិញ្ចឹមក្មេងខ្លះ បន្ថែមលើប្រាក់ជំនួយ។



**ព័ត៌មានអំពីពន្ធ៖** សូមបំពេញជំពូកនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំការថែទាំសុខភាព។ អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំតែអត្ថប្រយោជន៍ SNAP។ អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរ ទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នក ដាក់ពាក្យស្នើសុំ ប័ណ្ណទិញម្ហូប SNAP ។

សូមបំពេញជំពូកនេះសម្រាប់ ប្តីប្រពន្ធដែគ្នា និងគូរ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬ អ្នកណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធដូសហព័ន្ធប្រចាំឆ្នាំ បើសិនជាអ្នកបានបំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ នឹងបំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធដូសហព័ន្ធ (federal income tax return) នៅឆ្នាំក្រោយ ដែរឬទេ?  
 ពេញម៉ោង  អត់ទេ  
 បើបំពេញ សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកបំពេញទូទាត់ពន្ធ និងឈ្មោះប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នកបំពេញនោះ បើសិនជាបំពេញរួមគ្នា។

ឈ្មោះអ្នកបំពេញទូទាត់ពន្ធ៖	បើសិនជាបំពេញរួមគ្នា ឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ៖

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ បញ្ចូលឈ្មោះ អ្នកពឹងពាក់ (dependent) នៅពេលបំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធរបស់ពួកគេ ដែរឬទេ?  
 ពេញម៉ោង  អត់ទេ  
**បើបញ្ចូល** សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកបំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធ និងឈ្មោះអ្នកពឹងពាក់។  
 អ្នកពឹងពាក់អាចបញ្ចូលឈ្មោះដោយអ្នកបំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធតែម្នាក់គត់។ បើបំពេញរួមគ្នា អ្នកគ្រាន់តែសរសេរឈ្មោះអ្នកពឹងពាក់ សម្រាប់អ្នកបំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធដែលនឹងចុះហត្ថលេខាលើក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធនោះ។

ឈ្មោះអ្នកបំពេញទូទាត់ពន្ធ៖	ឈ្មោះអ្នកពឹងពាក់ (Dependent (s))៖

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ត្រូវគេបញ្ចូលឈ្មោះថាជាអ្នកពឹងពាក់នៅក្នុងក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធរបស់អ្នកណាដែរឬទេ?  
 ពេញម៉ោង  អត់ទេ  
**បើគេរាប់បញ្ចូល** សរសេរឈ្មោះអ្នកពឹងពាក់ និងសរសេរឈ្មោះអ្នកបំពេញក្រដាសស្នាមទូទាត់ពន្ធ ដែលបញ្ចូលឈ្មោះបន្ថែមនោះ។  
**អ្នកមិនបាច់បំពេញព័ត៌មាននៅក្នុងតារាងនេះទេ បើសិនជាឈ្មោះរបស់អ្នកពឹងពាក់បាន សរសេរខាងលើរួចហើយ។**

ឈ្មោះអ្នកពឹងពាក់៖	ឈ្មោះអ្នកបំពេញទូទាត់ពន្ធ៖	ជាប់សាច់ញាតិទៅអ្នកបំពេញទូទាត់ពន្ធជា៖

**ការបន្ថយពន្ធ៖** បំពេញជំពូកនេះ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំតែអត្ថប្រយោជន៍ SNAP។

បើសិនជាអ្នកណាម្នាក់បង់ថ្លៃអ្វីៗដែលអាចដកចេញមុនគិតពន្ធដូសហព័ន្ធ បើប្រាប់យើងអំពីអ្វីៗទាំងនោះ អាចធ្វើឲ្យថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពចុះថ្លៃបន្តិច។  
 កំណត់សំគាល់៖ បើសិនមានបរិច្ចាគបញ្ចូលថ្លៃដែលអ្នកនឹងរាប់ថាជាថ្លៃចំណាយនៅក្នុង Schedule C នៃលិខិតទូទាត់ពន្ធ (ឧទាហរណ៍ ការចំណាយទៅលើថយន្តកូច និងថយន្តធំ កាចុះតម្លៃបន្តិចម្តងៗ ប្រាក់ខែសម្រាប់អ្នកធ្វើការ និងការធានារ៉ាប់រងបន្ទាប់បន្សំ ។ល។)។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ចំណាយទៅលើ៖ (✓)(សូមគូសថា មាន)	មាន	តើជាការចំណាយរបស់អ្នកណា?	តើបង់ថ្លៃចំណាយនេះញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (តែម្តង រាល់ខែ បីខែម្តង មួយឆ្នាំពីរដង រាល់ឆ្នាំ)	ចំនួនប៉ុន្មាន?
ការបន្ថយពន្ធសម្រាប់ប្រាក់ការប្រាក់ខ្ចីបង់ថ្លៃសាលា៖				
ការបន្ថយពន្ធសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្របសម្រួលមានរបរខ្លះៗ៖				
ថ្លៃកាត់បន្ថយពន្ធសម្រាប់ការបង់ពន្ធនៃការរកស៊ីខ្លះៗ៖				
ការបន្ថយពន្ធសម្រាប់ការសន្សំប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖				
ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖				



**ធនធាន៖** អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំតែប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ឬបើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ហើយអ្នកមានអ្វីៗត្រូវតាមការលើកលែងមួយ ក្នុងចំណោមនៃការលើកលែងទាំងនេះ៖ មានផ្ទៃដី មានក្មេងក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ មានអ្នករៀនពាក់កណ្តាលដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ រស់នៅជាមួយអ្នក។ អ្នកមិនពិការ ហើយមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ។

**សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីធនធាន ដូចជា៖**

- ប្រាក់
- ប្រាក់សន្សំទុកសម្រាប់ពេលចូលនិវត្ត (IRA/401k/profit sharing)
- ការចាត់ចែងប្រាក់ឲ្យអ្នកទទួលប្រាក់ (Trust fund)
- គណនេយ្យទុកលុយចាយវាយ និងគណនីសន្សំប្រាក់
- កម្រៃការប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាល (U.S. Savings Bonds)
- ទូក យាន្តបើកបរលើទឹកកក រថយន្ត camper
- គណនេយ្យទុកលុយសរសេរសែក
- ប្រាក់សន្សំទុកសម្រាប់ពេលបុណ្យណាអែល ឬដើរលេង (Christmas or vacation club)
- ម៉ូតូ យានបែប ATV
- ដាក់ប្រាក់ក្នុងធនាគារយកការប្រាក់ (Certificate of deposit)
- ភាគហ៊ុន និងមូលបត្របំណុល (Stocks and bonds)
- យានជំនិះ រថយន្តតូច រថយន្ត van រថយន្តធំ

**សូមសរសេរធនធានដោយឡែកពីគ្នា៖**

ឈ្មោះអ្នកដែលមានធនធាន៖	ប្រភេទនៃធនធាន៖	តើថ្លៃប៉ុន្មាន?	តើធនធាននោះស្ថិតនៅទីណា/លេខគណនេយ្យ?

**សំណួរផ្សេងទៀតអំពីធនធាន៖** អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំតែប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ឬបើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ហើយអ្នកមានអ្វីៗត្រូវតាមការលើកលែងមួយ ក្នុងចំណោមនៃការលើកលែងទាំងនេះ៖ មានផ្ទៃដី មានក្មេងក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ មានអ្នករៀនពាក់កណ្តាលដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ រស់នៅជាមួយអ្នក។ អ្នកមិនពិការ ហើយមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះអ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់រួមទាំង ពិការងារ ប្រាក់បានពីគ្រោះថ្នាក់មរតក ឬប្រាក់ដែលគេទុកឲ្យដោយឡែក (trust fund) ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?	ប្រភេទណា?	តើនឹងទទួលនៅពេលណា?	តើនឹងទទួលចំនួនប៉ុន្មាន?
ក្នុងកំឡុងពេលប្រាំឆ្នាំកន្លងទៅនេះ តើមានអ្នកណាម្នាក់ លក់ ឲ្យ ឬផ្ទេរផ្ទះ ដី ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬធនធានអ្វី ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?	ប្រភេទណា?	ពីកាលណា?	តើមានតម្លៃប៉ុន្មាន?
តើមានអ្នកណាម្នាក់មានផ្ទះដែលពួកគេមិនរស់នៅទីនោះ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?	តើអ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានរថយន្តប៉ុន្មានគ្រឿង?	▶▶▶	
តើមានអ្នកណាម្នាក់មានកិច្ចព្រមព្រៀងទុកកប់សព ជាមួយធនាគារ ឬផ្ទះបុណ្យខ្មោច ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?	តើអ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានកន្លែងកប់សពប៉ុន្មានកន្លែង?		
តើមានអ្នកណាម្នាក់មានការធានារ៉ាប់រងជីវិត ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?			



**ប្រាក់ចំណូល៖**

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ក្មេង ឬមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ៖

យើងត្រូវដឹងអំពីប្រាក់ចំណូលអ្វីមួយ ដូចជា៖

- ប្រាក់ខែ (ប្រាប់ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការ)
- មានរបរខ្លួនឯង
- លុយប្រាក់ពីមើលកូនឲ្យគេ
- ប្រាក់ខែពេលធ្វើការលែងកើត
- ប្រាក់បន្ថែមពីលើប្រាក់ខែ
- ថ្លៃសហជីព
- ប្រាក់ពេលចូលនិវត្ត (Pensions)
- ប្រាក់បានពីជួលផ្ទះឲ្យគេ (Money paid to you for rent)
- ប្រាក់បានពីជួលបន្ទប់ឲ្យគេ (Money paid to you for room or board)
- ប្រាក់បានពីសំណង (Money paid to you for loans)
- ថ្លៃអាណាព្យាបាល (Guardian fees)
- សុស្ស័យសិទ្ធិរ៉ឺឌី (Social Security)
- ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ទាហានដើងចាស់ (Veteran Benefits)
- ប្រាក់ជួយចិញ្ចឹមក្មេង (Support)
- ការធានារ៉ាប់រងនៅពេលឈឺ (Sick benefits)
- ប្រាក់ខែពេលគ្មានការងារធ្វើ (Unemployment)
- ប្រាក់បានពីការហ្វឹកហ្វឺន (Money for training)
- ប្រាក់ចំណែក (Dividends)
- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែម (SSI)
- ប្រាក់ល្មុះល្មៀង (Gambling)

តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះអ្នក មានប្រាក់ចំណូល ដែរឬទេ?  មាន  អត់ទេ

បើមាន សូមប្រាប់ពីប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកទទួលបានហើយ ឬនឹងទទួល នៅឆ្នាំនេះ។

សរសេរប្រាក់ចំណូលនីមួយៗដោយឡែកពីគ្នា៖

ឈ្មោះអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល៖	ប្រភេទ/ប្រភព នៃប្រាក់ចំណូល៖	តើថ្លៃប៉ុន្មាន?	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?	ថ្ងៃខែដែលទទួលបានប្រាក់ខែក្នុងពេលថ្មីៗនេះ៖

**សំណួរផ្សេងទៀតអំពីប្រាក់ចំណូល៖**

តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្វើការដែរឬទេ ក្នុងកំឡុងពេល 90 ថ្ងៃកន្លងទៅនេះ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?	តើមានអ្នកណាម្នាក់ត្រូវគេបន្ថយម៉ោងធ្វើការ ដែរឬទេ ក្នុងកំឡុងពេល 60 ថ្ងៃកន្លងទៅនេះ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្វើការដែរឬទេ ក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃកន្លងទៅនេះ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?	តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្វើកូដកម្ម ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់សុស្ស័យសិទ្ធិរ៉ឺឌីដែរឬទេ កាលពីមុន? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?	តើមានអ្នកណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែម ដែរឬទេ កាលពីមុន? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ ដែរឬទេ? (សូមគូសអ្វីៗដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធ)	<input type="checkbox"/> ប្រាក់ខែពេលធ្វើការលែងកើត	អ្នកណា?	
	<input type="checkbox"/> សុស្ស័យសិទ្ធិរ៉ឺឌី (Social Security)	អ្នកណា?	
	<input type="checkbox"/> ប្រាក់ខែពេលគ្មានការងារធ្វើ (Unemployment Compensation)	អ្នកណា?	
	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ទាហានដើងចាស់ (Veteran Benefits)	អ្នកណា?	
	<input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែម (SSI)	អ្នកណា?	
តើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ថ្លៃមើលថែក្មេង ឬមើលថែមនុស្សពេញវ័យដែលពិការ ដែរឬទេ ដើម្បីគាត់អាចទៅធ្វើការ ទៅរៀន ឬទៅហ្វឹកហ្វឺន បាន? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ	បើសិនជាមាន ថ្លៃប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ?	ចំនួនប្រចាំខែ៖ \$	តើអ្នកណាជាអ្នកទទួលបានការមើលថែ?

ដើម្បីទទួលបានប្រាក់ចំណូលខាងលើនេះ តើមានអ្នកណាម្នាក់ត្រូវចំណាយលុយសម្រាប់អ្វីមួយ ដែរឬទេ ដូចជាថ្លៃយានជំនិះ តុលាការ ធនាគារ ឬអាណាព្យាបាល ។ល។?  មាន  អត់ទេ



**ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖ អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំតែប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ។**

តើមានអ្នកណាម្នាក់ ដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែរឬទេ?  មាន  គ្មាន  
 តើមានអ្នកណាម្នាក់ដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែរឬទេ ក្នុងកំឡុងពេល 90 ថ្ងៃ កន្លងទៅនេះ?  មាន  គ្មាន

**បើសិនជាអ្នកមាន (ឬធ្លាប់មានក្នុងកំឡុងពេល ៩០ ថ្ងៃកន្លងទៅនេះ) ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពលើសពីមួយប្រភេទ សូមបំពេញប្រអប់ខាងក្រោមនេះ សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង នីមួយៗ។**  
**កំណត់សំគាល់៖** បើសិនជាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពលើសពីមួយប្រភេទ អ្នកត្រូវចម្លងទំព័រនេះ ហើយដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ។

**ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព**  ការធានារ៉ាប់រងពីកន្លែងការងារ  ពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ចាស់ព្រឹទ្ធាចារ្យ និងជនពិការ (Medicare)  ពីការធានារ៉ាប់រងក្រុមគ្រួសារទាហាន (TRICARE\*)  
 ពី Peace Corps  ការធានារ៉ាប់រងឯកជន  ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

សរសេរឈ្មោះអ្នកទទួល (ឬធ្លាប់ទទួល) ការធានារ៉ាប់រង៖		
ឈ្មោះអ្នកទទួលការធានារ៉ាប់រង៖	នាម៖	គោត្តនាម៖
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖	នាម៖	គោត្តនាម៖
លេខរបស់ការធានារ៉ាប់រង៖	នាម៖	គោត្តនាម៖
ឈ្មោះ/លេខ ក្រុម៖	នាម៖	គោត្តនាម៖

**តើអ្នកណាទទួល (ឬធ្លាប់ទទួល) ការធានារ៉ាប់រង**  ការព្យាបាលនៅថ្នាក់ពេទ្យភ្នែក  ទិញថ្នាំ  ការថែទាំ  
 ជួបវេជ្ជបណ្ឌិត  ពេទ្យគ្រួសារ  ផ្សេងទៀត

តើនេះជាការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ឬអ្វី (ដូចជាការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គ្រោះថ្នាក់នៅសាលា)?  បាទ/ចាស  ទេ

**តើការធានារ៉ាប់រងនេះបានចាប់ផ្តើមពីពេលណាមក?** **តើការធានារ៉ាប់រងនេះបាន (ឬ នឹង) ឈប់ នៅពេលណា?**   
 (កុំបំពេញបើសិនជាអ្នកនៅមានការធានារ៉ាប់រងនៅឡើយ។)

តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះបាន (ឬ នឹង) ត្រូវបញ្ឈប់ ដោយសារអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងអស់ការងារធ្វើ (គេបញ្ឈប់បណ្តោះអាសន្ន ដេញចេញ ឬឈប់ដោយខ្លួនឯង) ឬដូរការងារឬអ្វី?  បាទ/ចាស  ទេ

បើត្រូវគេបញ្ឈប់ តើអ្នកណាជាអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង?  បាទ/ចាស  ទេ

តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះបាន (ឬ នឹង) ត្រូវគេបញ្ឈប់ ដោយសារកន្លែងការងារ ឈប់ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ឬអ្វី?  បាទ/ចាស  ទេ

\*សូមកុំគួស បើសិនជាអ្នកមានការមើលថែផ្ទាល់ ឬ Line of Duty ។

**ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការ៖ អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំតែប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ។**

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យ ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការ ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 គួសថាទទួល ទោះជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបានមកពីកន្លែងធ្វើការរបស់អ្នកដទៃទៀតក៏ដោយ ដូចជា ឪពុកម្តាយ ឬប្តីប្រពន្ធ។

**បើទទួល សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងជំពូកនេះឲ្យបានច្រើន តាមតែអាចធ្វើទៅបាន ក្នុង Appendix B៖ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការ។**

តើនេះជាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកធ្វើការឲ្យរដ្ឋ ឬអ្វី?  បាទ/ចាស  ទេ  
 តើនេះជាការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ COBRA ឬអ្វី?  បាទ/ចាស  ទេ  
 តើនេះជាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចូលនិវត្ត  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនជាកន្លែងធ្វើការផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឲ្យអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃដោយខ្លួនឯង  បាទ/ចាស  ទេ  
 តើអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឲ្យកូន ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រុមគ្រួសារ តាមរយៈនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាក្រុមនៃកន្លែងធ្វើការ មានតម្លៃប៉ុន្មាន?

តើថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពកូន តាមរយៈនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់កន្លែងធ្វើការ មានតម្លៃប៉ុន្មាន?



**ការចំណាយ៖ ជំពូកនេះសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ។**

សូមប្រាប់យើងអំពីការចំណាយរបស់អ្នក ដើម្បីឲ្យអ្នកអាចទទួលបានប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារដ៏ច្រើន តាមតែអាចធ្វើទៅបាន។ បើសិនជាគេស្នើសុំ អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយរបស់អ្នក។

▶ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការចំណាយនៅក្នុងផ្ទះមកយើងខ្ញុំ នៅពេលណាក៏បាន យើងអាចសុំឲ្យអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងទាំងនោះ។

<p>តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបង់ថ្លៃជួយចិញ្ចឹមក្មេង (child support) ទៅឲ្យអ្នកដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ?</p> <p>បើបង តើជាបញ្ហារបស់គុណាការ ឬអ្វី?</p>	<p>តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលបានជំនួយខាង ផ្ទះសំបែង ដែរឬទេ?</p> <p>បើទទួល ប្រភេទណា? _____</p> <p>បើទទួល តើអ្នកទទួលបានការឧបត្ថម្ភសម្រាប់ថ្លៃភ្លើង ទឹក ហ្គែស ដែរឬទេ?</p>
<p>តើម្ហូបអាហាររួមជាមួយថ្លៃជួលផ្ទះរបស់អ្នក ដែរឬទេ?</p>	<p>តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជួយចេញថ្លៃចំណាយអ្វីឲ្យអ្នក ដែរឬទេ?</p> <p>បើជួយ ចំណាយទៅលើអ្វី? _____</p> <p>ចំនួនប៉ុន្មាន? _____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____ ទៅឲ្យអ្នកណា? _____</p>
<p>តើអ្នកបង់ថ្លៃកំដៅ ដែរឬទេ?</p>	<p>តើអ្នកបង់ថ្លៃហ្វឺស៊ីនត្រជាក់ក្នុងផ្ទះទាំងមូល ឬតែមួយបន្ទប់?</p>

គូសលើការចំណាយប្រចាំខែ ដែលអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកត្រូវចំណាយ។ សូមគូស ទោះជាអ្នកបង់មិនពេញចំនួនក៏ដោយ។

ទូរស័ព្ទ                       ទឹក                       សម្រាម                       តម្លើងគ្រឿងប្រើទឹកភ្លើង                       អគ្គីសនី  
 ប្រេង ធូលី មុស ប្រេងកាត                       លូទឹកស្អុយ                       ហ្គែស                       ប្រូផែន (Propane)                       ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

បើសិនជាអ្នកត្រូវចំណាយទៅលើអ្វីមួយ ក្នុងចំណោមអ្វីៗទាំងនេះ តើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនប៉ុន្មាន ក្នុងមួយខែៗ។

ថ្លៃជួលផ្ទះ៖ \$ \_\_\_\_\_                      ថ្លៃឈ្នួលខុនដូ៖ \$ \_\_\_\_\_

បង់ថ្លៃទិញផ្ទះ៖ \$ \_\_\_\_\_                      ពន្ធផ្ទះ៖ \$ \_\_\_\_\_                      ការធានារ៉ាប់រងផ្ទះ៖ \$ \_\_\_\_\_

**ការចំណាយទៅលើថ្លៃពេទ្យ៖ ជំពូកនេះសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ។**

អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP កាន់តែច្រើន បើសិនជាអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក មានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឡើងទៅ ឬពិការ ហើយបើអ្នកអាចផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយទៅលើថ្លៃពេទ្យ។

**គូសលើការចំណាយ ដែលអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកត្រូវចំណាយ៖**

<input type="checkbox"/> ថ្លៃពេទ្យធូលី	<input type="checkbox"/> ថ្លៃធ្វើដំណើរទៅ ពេទ្យ ព្យាបាល ឬយកថ្នាំ។ ទាំងនេះអាចមាន ថ្លៃជិះតាក់ស៊ី និងថយន្តក្រុង។
<input type="checkbox"/> ថ្លៃវេជ្ជបណ្ឌិត	<input type="checkbox"/> អ្នកជំនួយក្នុងការមើលថែ (អ្នកដែលមកផ្ទះរបស់អ្នកដើម្បីជួយផ្តល់ការព្យាបាល)។
<input type="checkbox"/> ថ្លៃគេងពេទ្យ	<input type="checkbox"/> សម្ភារៈដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព (ដូចជា វ៉ែនតា ប្រដាប់ពាក់ត្រចៀកស្តាប់ កន្ទួសសម្រាប់មនុស្សចាស់)។
<input type="checkbox"/> ថ្លៃបង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬសំបុត្រពេទ្យ មេឌីវែ (Medicare)	<input type="checkbox"/> ថ្នាំដែលវេជ្ជបណ្ឌិតចេញសំបុត្រឲ្យ
<input type="checkbox"/> ឧបករណ៍ពេទ្យ	
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖	

▶ បើមិនរាយការណ៍ ឬបញ្ជាក់ ការចំណាយដែលមានខាងលើនេះ គេនឹងយល់ថាអ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមិនចង់ទទួលបានការកាត់បន្ថយសម្រាប់ការចំណាយដែលមិនបាន រាយការណ៍ទេ។



**ការចង់ដឹងពីប្រវត្តិបទឧក្រិដ្ឋ៖ អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំតែការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។**

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ សម្រាប់ខ្លួនអ្នក និងអ្នកដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យ៖		
តើមានអ្នកណាម្នាក់មាន ការកោះហៅឱ្យចូលខ្លួន ឬដីកាដើម្បីមកបង្ហាញខ្លួន ជាអ្នកជាប់ចោទនៅតុលាការបទឧក្រិដ្ឋ ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ជំពាក់ផ្ទៃពិន័យ ផ្ទៃផ្សេងៗ ឬសំណង សម្រាប់បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសមធ្យម ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ត្រូវបង់ខែសម្រាប់ផ្ទៃពិន័យ ពិន័យ ឬផ្ទៃផ្សេងៗទៀត ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ស្ថិតនៅក្រោមការដោះលែងសាកល្បង (probation) ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ (parole) ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់បានទទួលការកាត់ទោសដោយលួចបន្លំការឧបត្ថម្ភធនធាន ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់រត់គេចពីអាជ្ញាធរ ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	បើសិនជាមាន ជាអ្នកណា?

**ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត (ស្រេចចិត្ត)**

បើសិនជាអ្នកមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះដែរឬទេ?  ចង់  មិនចង់

បើសិនជាអ្នកមិនគ្មានលិខិតប្រកាសឈ្មោះ គេនឹងគិតថាអ្នកសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតក្នុងពេលនេះ។

ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវ៖ 1) មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ នៅថ្ងៃបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។ 2) ចូលសញ្ជាតិអាមេរិកាំង យ៉ាងហោចណាស់មួយខែមុនថ្ងៃបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។ 3) រស់នៅក្នុងរដ្ឋផ្សេងស៊ីលវេនញ៉ា និងតំបន់ដែលត្រូវទៅ ឆ្នោតយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ មុនថ្ងៃបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។

ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬបដិសេធមិនចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនេះនឹងអ្នកទេ។

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញ ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើស្វែងរកជំនួយ ឬទទួលយកជំនួយឬអត់ គឺនៅលើអ្នក។ អ្នកអាចបំពេញ ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនេះដោយផ្ទាល់។ សូម ទាក់ទងមកកិច្ចការយោធាសុខុមាលភាព (county assistance office) បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ។ បើសិនជាអ្នកជឿថា មានអ្នកណាម្នាក់ជ្រៀតជ្រែកលើសិទ្ធិចុះឈ្មោះរបស់អ្នក ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិជ្រើសរើសគណបក្សផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬការចង់បានគណបក្សផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយលេខាធិការរដ្ឋ PA Department of State, Harrisburg, PA 17120។ (លេខទូរស័ព្ទដែលឥតគិតថ្លៃ 1-877-VOTESPA ។)

**បុគ្គលិកនៅការិយាល័យសុខុមាលភាព នឹងបំពេញប្រអប់នេះយោងទៅលើចម្លើយរបស់អ្នកខាងលើនេះ**  
**COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE**

<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, not interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> Declined, already registered ___/___/___

**CAO USE ONLY**

1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?	<b>EXPEDITED REVIEW</b>	Initials:	Date:
2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?		<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - <b>CLIENT NOTIFIED</b>	Reason for denial:
3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are the household liquid resources equal to or less than \$100?			
4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the countable monthly gross income less than \$150?			
5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this a migrant or seasonal farm worker household?	<b>REGISTERED FOR CATEGORIES</b> ▶		
6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the household destitute?			
7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?			





**ការហាមឃាត់ និងពិន័យ អានអំពីការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖**

បើសិនជារឿងនេះកើតឡើងដោយគ្មានមូលហេតុ		អាចបណ្តាលឲ្យមាន (ពិន័យ)
គ្រប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ប្រាក់សុទ្ធ ការធានារ៉ាប់រង សុខភាព	ប្រើ ប័ណ្ណ EBT និង PA ACCESS មិនត្រឹមត្រូវ។	ពិន័យ ជាប់គុក ឬទាំងពីរមុខ។
	មិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរតាមការតម្រូវ។	ការធានារ៉ាប់រងនានាបានបន្ថយ ឬបញ្ឈប់។
	ផ្តល់ព័ត៌មានខុស មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ ដោយចេតនា។	ពិន័យ ដកសិទ្ធិ និង/ឬ ជាប់គុកចំពោះការលួចបន្លំការឧបត្ថម្ភធាន ការដកសិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងសវនាការ។  គ្មានសិទ្ធិទទួលប្រាក់៖ • លើកទី១ – 6 ខែ។ • លើកទី២ – 12 ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។  គ្មានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP៖ • លើកទី១ – 12 ខែ។ • លើកទី២ – 24 ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។
ដូរ លក់ ឬចង់ដូរ ចង់លក់ ចង់ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ ACCESS របស់អ្នកដទៃ។	គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • គ្រប់ការកាត់ទោសទាំងអស់ ដោយគុណ្ណាការ – 12 ខែ	
អត្ថប្រយោជន៍ SNAP	ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ខុស, ឧទាហរណ៍ ដូរ លក់ ឬទិញ ប័ណ្ណ EBT ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយចេតនា បំប្លែងការធានារ៉ាប់រង។ ឬទិញធុងសម្រាមដោយប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទទួលប្រាក់កក់ - ឬទិញអ្វីៗដែលមិនចេញថ្លៃឲ្យដោយ SNAP ដូចជា ស្រា ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារដែលបានទទួលលើយ ឬទិញម្ហូបអាហាររៀង។	គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • លើកទី១ – 12 ខែ។ • លើកទី២ – 24 ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។  • ទទួលការកាត់ទោសពីតុលាការលើកទីមួយ លើសពី \$500 – រហូត។
	ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងគោលបំណងចង់បានប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារដោយលក់អ្វីៗទាំងនោះគិតជាប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ។	គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • លើកទី១ – 24 ខែ។ • លើកទី២ – រហូត។
	ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាមុន ក្នុងគោលបំណងដូរយកលុយ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារដោយចេតនា។	គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • លើកទី១ – 24 ខែ។ • លើកទី២ – រហូត។
	ប្រើទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងដែលត្រូវហាមឃាត់។	លើកទី១ – គ្មានសិទ្ធិរហូត។
	ប្រើទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីលក់កាំភ្លើង គ្រាប់រំសេវ ឬ រំសេវផ្ទះ។	លើកទី១ – គ្មានសិទ្ធិរហូត។
ទទួលការកាត់ទោសចំពោះ ការទិញ លក់ ឬដូរ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ចំនួន \$500 ឡើងទៅ។	គ្មានសិទ្ធិរហូត។	
ភូតករបន្តអំពីរូបអ្នក ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP លើសពីមួយកន្លែង។	គ្មានសិទ្ធិទទួលរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។	
រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារ បទឧក្រិដ្ឋ/ប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ - ឬរត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាម ការព្យួរទោសសាលារៀន (probation) ឬ ការដោះលែងដោយមានសិទ្ធិឯកសារមុនកំណត់ដោះលែង (parole)។	គ្មានសិទ្ធិទទួលរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។	
ប្រាក់	ការមិនធ្វើតាមពិន័យរបស់តុលាការ រួមទាំងសងថ្លៃពិន័យ ចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសជាមធ្យឹម។	គ្មានសិទ្ធិទទួលរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមពិន័យរបស់អ្នក។
	ភូតករពិភ័យអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលប្រាក់ពីរដ្ឋ ឬលើសពីនេះ។	គ្មានសិទ្ធិទទួលរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។
	រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារបទឧក្រិដ្ឋ/ប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ។ មិនទៅបង្ហាញខ្លួនជាជនជាប់ចោទនៅតុលាការ ក្រៅប្រទេស នៅពេលចេញដីការកាត់ទោស ឬដីកាតុលាការសម្រាប់បទឧក្រិដ្ឋស្រាលៗ (summary offense) បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសជាមធ្យឹម។ រត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាមការព្យួរទោសសាលារៀន (probation) ការដោះលែងដោយមានសិទ្ធិឯកសារមុនកំណត់ដោះលែង (parole)។ ឬមានដីកាផ្សេងទៀត។	គ្មានសិទ្ធិទទួលរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។
បើសិនជាអ្នកមានទោសចំពោះ ការលួចបន្លំ ឬមិនធ្វើតាមវិន័យខាងលើនេះ៖		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ពិន័យរហូតដល់ទៅ \$250,000 សម្រាប់ SNAP និងរហូតដល់ទៅ \$15,000 សម្រាប់ប្រាក់។</li> <li>• ជាប់គុករហូតដល់ទៅ 20 ឆ្នាំ សម្រាប់ SNAP និងរហូតដល់ទៅប្រាំពីរឆ្នាំសម្រាប់ប្រាក់។ និង/ឬ</li> <li>• សងវិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានទទួល។</li> <li>• ដកសិទ្ធិពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗ សម្រាប់រយៈពេលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះ ដោយគុណ្ណាការ។</li> </ul>
បទបញ្ជានៃការងារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP	សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ដែលមានសមត្ថភាពទាំងរាងកាយ និងផ្លូវចិត្ត - ដែលមានអាយុ 15 ឆ្នាំឡើងទៅ និងក្រោមអាយុ 60 ឆ្នាំ - ដែលគ្មានការលើកលែង ឬមានមូលហេតុ។	គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • លើកទីមួយ – មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • លើកទីពីរ – បីខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • បីដងឡើងទៅ – ប្រាំមួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។
	<p>បដិសេធន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• មិនចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ការងារ/ហ្វឹកហ្វឺន ដែលបានយល់ព្រម។</li> <li>• មិនយល់ព្រមធ្វើការ</li> <li>• មិនប្រាប់ CAO អំពីស្ថានភាពការងារ និងការងារដែលមាន។</li> </ul> <p>ដោយចេតនា សម្រេចថា៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ឈប់ធ្វើការ។</li> <li>• បន្ថយម៉ោងធ្វើការ ឲ្យនៅតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែ ការងារផ្សេងទៀតត្រូវតាមតម្រូវការនៃការងារនោះរួចទៅហើយ)។</li> </ul>	
បទបញ្ជាសម្រាប់ការទទួលប្រាក់	មិនធ្វើតាមតម្រូវការនៃការងារដោយចេតនា ដូចបានចែងក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងការងារទៅទៅទៅ (Agreement of Mutual Responsibility, AMR)។	<p>គ្មានសិទ្ធិទទួល៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ – អ្នកគ្មានសិទ្ធិទទួល យ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ និងរហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។ បើសិនជាគេដកហូត សិទ្ធិអ្នករយៈពេល 90 ថ្ងៃ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវគេដកសិទ្ធិ រហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។</li> <li>• លើកទីពីរ – អ្នកគ្មានសិទ្ធិទទួល យ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃ និងរហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។ បើសិនជាគេដកហូតសិទ្ធិអ្នក រយៈពេល 60 ថ្ងៃ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវគេដកសិទ្ធិ រហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។</li> <li>• លើកទីបី – រហូត។</li> </ul>



**ការយល់ដឹងអំពី សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក**

**នៅពេលដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើលិខិតនេះ៖**

- ខ្ញុំដឹងថា រដ្ឋធីនស៊ីលវេរីយ៉ាទទួលបានព័ត៌មានពី ប្រព័ន្ធបញ្ជាក់មើលសិទ្ធិតាមប្រាក់ចំណូល (Income Eligibility Verification System, IEVS) និង ភ្នាក់ងារ រដ្ឋ និងរដ្ឋសហព័ន្ធ ផ្សេងទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់មើលព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឲ្យពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលមានតាមរយៈនៃ ប្រព័ន្ធបញ្ជាក់មើលសិទ្ធិតាមប្រាក់ចំណូល និងត្រូវបាន ផ្ញើស៊ុ ប្រើ ហើយអាចបញ្ជាក់តាមរយៈនៃការទាក់ទងរួមគ្នា នៅពេលយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចដែលមិនស្របគ្នា ដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាននេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ក្រុមគ្រួសារ និងកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រង គេអាចតម្រូវឲ្យខ្ញុំសងការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ហើយគេអាចកាត់ទោសខ្ញុំ និងដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងអនាគត។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចជ្រើសរើសអ្នកតំណាងម្នាក់ ដោយបំពេញព័ត៌មានអំពីអ្នកតំណាង ហើយធ្វើតាមពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំដឹង និងយល់ព្រមថា ខ្ញុំជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីព្រួយបារម្ភក្នុងបន្តិចមួយ ដែលបានរាយការណ៍ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ទោះជាពាក្យស្នើសុំនេះត្រូវធ្វើដោយអ្នកដែលតំណាងដោយខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំបានទទួលច្បាប់ចម្លងអំពី សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំមួយច្បាប់ បានអានច្បាប់ទាំងនោះ ឬមានគេអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់ ហើយខ្ញុំយល់អំពីច្បាប់ទាំងនោះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មានដែលមាននៅលើពាក្យស្នើសុំនេះ នឹងត្រូវគ្រប់គ្រងដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងប្រើសម្រាប់វិភាគចាត់ចែងអត្ថប្រយោជន៍ ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានអំពីលុយកាក់ និងសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ក្នុងគោលបំណងនៃការសម្រេចសិទ្ធិទទួល អ្វីមួយ
- ខ្ញុំដឹងថា ការផ្លាស់ប្តូរដែលគេតម្រូវឲ្យខ្ញុំរាយការណ៍ ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងកំឡុងពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃខែនោះ ក្រោយខែដែលមានការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រង។ បើសិនជាគេមិនឲ្យ ផ្លាស់ប្តូរពន្យល់ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រង លិខិតជូនដំណឹងនឹងពន្យល់ពីមូលហេតុនោះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំនឹងមានពេល ៣០ ថ្ងៃ (៩០ ថ្ងៃ សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP (ប័ណ្ណទិញម្ហូប)) ចាប់ពីថ្ងៃទទួលបានលិខិតជូនដំណឹង ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ បើសិនជាខ្ញុំមិនយល់ស្របតាមការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅលើលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំគឺស្ថិតនៅលើការបញ្ជាក់ពី កន្លែងការងារ ប្រភពលុយកាក់ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំដឹងថា អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំត្រូវផ្តល់លេខសូស្យល់សិទ្ធិវិធីរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យស្នើសុំលេខសូស្យល់សិទ្ធិវិធី បើសិនជាពួកគេគ្មានលេខសូស្យល់សិទ្ធិវិធី។ គេអាចប្រើលេខនេះដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវប្រើ ការបញ្ជូនអត្ថប្រយោជន៍តាមគ្រឿងអេឡិចត្រូនិច (Electronic Benefit Transfer, EBT) ឬ ប័ណ្ណ PA ACCESS តែក្នុងកំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានប័ណ្ណ។ ខ្ញុំត្រូវប្រើ EBT ឬ ប័ណ្ណ PA ACCESS សម្រាប់តែអ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួល ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ និងសមហេតុសមផលតែប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមិនអាចចាយលុយ TANF ដែលចេញឲ្យតាមរយៈនៃប័ណ្ណ PA ACCESS របស់ខ្ញុំ ដើម្បីប្រើប័ណ្ណ EBT នៅហាងស្រា កាស៊ីណូ (កាស៊ីណូលេងល្បែងស៊ីសង ឬកន្លែងលេងល្បែងផ្សេងៗ) ឬកន្លែងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យទៅសប្បាយ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមិនចាប់ផ្តល់លេខសូស្យល់សិទ្ធិវិធីសម្រាប់អ្នកដែលមិនដាក់ពាក្យស្នើសុំនូវទេ។ បើសិនជាខ្ញុំផ្តល់លេខសូស្យល់សិទ្ធិវិធីរបស់ពួកគេ។ គេអាចប្រើលេខសូស្យល់សិទ្ធិវិធីនេះដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងនេះគឺជាការពិត ក្រោមការពិន័យនៃការភូតករ (បទឧក្រិដ្ឋ)។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទៅនឹងការបញ្ជាក់នៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ដែលគួររាប់បញ្ចូល។ ច្បាប់របស់រដ្ឋសហព័ន្ធដាក់កម្រិតថាពេលណាអាចបដិសេធការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬដាក់កម្រិតចំពោះលក្ខណៈពេកដែលមានពីមុនមក។ បើសិនជាខ្ញុំចុះឈ្មោះក្នុងក្រុមធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបដិសេធការព្យាបាលលក្ខណៈពេកដែលមានពីមុនមក ខ្ញុំអាចទទួលបានបន្ថែមនូវពេលវេលាដែលខ្ញុំទទួលបានបុត្រ ពេទ្យរដ្ឋ (Medical Assistance)។

- ខ្ញុំដឹងថា បើសិនជាគេសម្រេចថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព គេនឹងចាត់ឲ្យខ្ញុំនូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដ៏ទូលំទូលាយដែលមានសម្រាប់ខ្ញុំ។
- បើសិនជាខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍លុយកាក់ ខ្ញុំនឹងសហការជាមួយការតម្រូវរបស់កម្មវិធីទាមទារប្រាក់ជួយចិញ្ចឹមក្មេង ដូចបានណែនាំដោយក្រសួង។ ខ្ញុំផ្តល់ឲ្យក្រសួង និងភ្នាក់ងារទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមគ្រួសារ (Domestic Relations Section) នូវសិទ្ធិតាមរក និងប្រមូលប្រាក់ និង/ឬ ជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ និងអ្នកដទៃទៀតដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យ។
- ខ្ញុំដឹងថា បើសិនជាខ្ញុំរាយការណ៍ ឬផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយនៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP (ប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ) ដ៏ច្រើនបំផុត តាមការអនុញ្ញាត។ ការមិនរាយការណ៍ ឬមិនផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយនៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ នឹងចាត់ទុកថាជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ខ្ញុំ ថាមិនចង់ទទួលបានការកាត់បន្ថយចំពោះការចំណាយដែលមិនបានរាយការណ៍ ឬគ្មានភស្តុតាង។ (អាជ្ញាធរ ក្រសួងកសិកម្មនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ក្រសួងម្ហូបអាហារ និងអាហារដែលមានជីវជាតិ តំបន់អាត្លង់ទិច (Mid-Atlantic Region) លិខិតជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ និងនីតិវិធី ៦-៩៩ (Administrative Notice 6-99) បានចេញនៅថ្ងៃទី៥ ខែមករា ឆ្នាំ១៩៩៩)។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានការចំណាយឲ្យក្រុមគ្រួសារ នៅពេលខ្ញុំរាយការណ៍ និងផ្តល់ភស្តុតាងអំពី ការចំណាយទាំងនោះ នៅពេលណាក៏បាន ក្នុងកំឡុងពេលបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP (ប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ)។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិសុំជំនួយពីការិយាល័យសុខុមាលភាពក្នុងការរកស្នាក់នៃការចំណាយ ហើយការិយាល័យសុខុមាលភាពអាចទាក់ទងអ្នកដទៃសម្រាប់ការបញ្ជាក់ បើសិនជាខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការរកស្នាក់នៃអ្វីមួយ។
- ខ្ញុំដឹងថា បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំខ្លះ ឬទាំងអស់ គ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP។ បើសិនជាខ្ញុំ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យក្រសួងស្រាវជ្រាវស្រាវ ផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ដែលមាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ ទៅឲ្យក្រសួងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬអ្នកទទួលបានការពិនិត្យវិធី CHIP។
- ខ្ញុំដឹងថា បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំខ្លះ ឬទាំងអស់ គ្មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋសហព័ន្ធ និង/ឬ ស្បែករកការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន តាមរយៈក្រុមហ៊ុនលក់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Marketplace)។ បើសិនជាខ្ញុំ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យក្រសួង ផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ដែលមាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ ទៅឲ្យ ក្រុមហ៊ុនលក់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ការបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅឆ្នាំក្រោយ៖ ដើម្បីឲ្យមានការងាយស្រួលក្នុងការសម្រេចមើលសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំនៅឆ្នាំក្រោយទៀត ខ្ញុំត្រូវអនុញ្ញាតឲ្យ ក្រុមហ៊ុនលក់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រើទិន្នន័យនៃប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានពីការទូទាត់ពន្ធប្រចាំឆ្នាំ (tax returns)។ ក្រុមហ៊ុនលក់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនឹងផ្ញើលិខិតមកខ្ញុំ ដើម្បីឲ្យធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយ ហើយខ្ញុំអាចជ្រើសរើសមិនចូលរួមនៅពេលណាក៏បាន។

**សូមបន្តសិទ្ធិចូលរួមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់រយៈពេល៖**  
(សូមគូសយកមួយ)

- ប្រាំឆ្នាំ (ច្រើនឆ្នាំបំផុត ដែលគេអនុញ្ញាតឲ្យ)
- បួនឆ្នាំ
- បីឆ្នាំ
- ពីរឆ្នាំ
- មួយឆ្នាំ
- សូមកុំប្រើព័ត៌មានពីការទូទាត់ពន្ធប្រចាំឆ្នាំរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

X \_\_\_\_\_ ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ ថ្ងៃខែ

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ Name of Authorized Representative	អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ Address of Authorized Representative	លេខទូរស័ព្ទ Phone Number

សម្រាប់តែការិយាល័យ រ៉ែសប៊ុន (COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY)

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

\_\_\_\_\_  
CAO Signature

\_\_\_\_\_  
Date





# pennsylvania

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ក្រសួងសេវាមនុស្សនៃរដ្ឋផ្តល់សេវា (The Pennsylvania Department of Human Services, DHS) ធ្វើតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋសហព័ន្ធ និងគ្មានការរើសអើង ដោយយោងទៅលើ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬ ភេទ។ DHS មិនបដិសេធប្រជាព្រហ្ម ឬប្រព្រឹត្តិទៅលើពួកគេខុសប្លែកពីអ្នកដទៃ ដោយសារ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព គោលជំនឿ សាសនា ពូជពង្ស ភេទ អត្តសញ្ញាណ នៃភេទ ឬមនោសញ្ចេតនា ឬទំនោរនៃសេចក្តីស្រឡាញ់។

### ក្រសួងសេវាមនុស្ស ផ្តល់៖

- ជំនួយ និងការបម្រើ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ជនពិការ ដើម្បីទាក់ទងជាមួយយើងដោយប្រសិទ្ធភាព ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាដោយប្រើសញ្ញាដៃដែលមានសមត្ថភាព
  - ព័ត៌មានដែលសរសេរតាមទម្រង់ផ្សេងៗ (ពុម្ពអក្សរធំៗ សម្លេង ទម្រង់ដែលអាចប្រើដោយគ្រឿងអេឡិចត្រូនិច ទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- ការបម្រើផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលភាសាកំណើតមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាដែលមានសមត្ថភាព
  - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងៗ

បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យវិលវែលហ្វែរក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក។

បើសិនជាអ្នកជឿថា DHS មិនផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬរើសអើងក្នុងប្រការណាមួយ ដែលយោងទៅលើ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬ ភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ៖ The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, សម្រាប់អ្នកឆ្លង TTY (800) 654-5484, ទូរសារ - (717) 772-4366, ឬ អ៊ីមែល - [RA-PWBEOAO@pa.gov](mailto:RA-PWBEOAO@pa.gov)។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងដោយផ្ទាល់ ឬតាមការផ្ញើសំបុត្រ ទូរសារ ឬ អ៊ីមែល។ បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹង នាយកដ្ឋានផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា (Bureau of Equal Opportunity) រងចាំជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, តាមគ្រឿងអេឡិចត្រូនិច តាមរយៈវិបសៃរបស់ ការិយាល័យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល (Office for Civil Rights Complaint Portal) <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ឬតាមការផ្ញើសំបុត្រ ឬតាមទូរស័ព្ទលេខ៖

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

លិខិតសម្រាប់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងមានតាមរយៈវិបសៃ៖ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



សមាជិកគ្រួសារនៃជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (AI/AN)

បំពេញសេចក្តីបន្ថែមនេះ បើសិនជាអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា។ សូមផ្តល់លិខិតនេះ ជាមួយពាក្យស្នើសុំរបស់លោកអ្នក សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ អ្នកមិនបាច់បំពេញសេចក្តីបន្ថែមនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យ ស្នើសុំតែអត្ថប្រយោជន៍ SNAP។

សូមប្រាប់យើងអំពីសមាជិកគ្រួសារនៃ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា របស់អ្នក។

ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាចទទួលសេវាពី ក្រសួងសុខាភិបាលរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំងនៅក្នុងទីក្រុង។ ពួកគេក៏មិនបាច់ជួយចេញថ្លៃ ហើយអាចទទួលបានការចុះឈ្មោះពិសេសប្រចាំខែ។ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាឲ្យក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានជំនួយដ៏ច្រើនបំផុត តាមតែអាចធ្វើទៅបាន។

កំណត់សំគាល់៖ បើសិនជាអ្នកមានមនុស្សថែមទៀត សូមចម្លងទំព័រនេះ ហើយដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ។

AI/AN អ្នកទី1	សូមសរសេរព័ត៌មានទាំងអស់ឲ្យច្បាស់
ឈ្មោះ (នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម)៖  តើបុគ្គលនេះធ្លាប់ទទួលសេវាពី ក្រសួងសុខាភិបាលរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង នៅក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈរដ្ឋសហព័ន្ធ ពីកម្មវិធីណាមួយ ក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ធ្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនធ្លាប់	តើជាកុលសម្ព័ន្ធដែលរដ្ឋសហព័ន្ធទទួលស្គាល់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទទួលស្គាល់ <input type="checkbox"/> មិនទទួលស្គាល់ បើទទួលស្គាល់ ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ _____ រដ្ឋ៖ _____
ប្រាក់ដែលបានទទួលខ្លះ ប្រហែលជាមិនរាប់បញ្ចូលសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។ សូមប្រាប់ពីប្រាក់ចំណូល (ចំនួន និង ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា) ដែលបានរាយការណ៍ក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ដែលរួមទាំងប្រាក់បានមកពីប្រភពទាំងនេះ៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការទូទាត់ដែលបុគ្គលម្នាក់ៗទទួលបានពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិសិទ្ធិប្រើប្រាស់ ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិ។</li> <li>• ការទូទាត់ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិ កសិកម្ម ការចេញមូលបត្រ នេសាទត្រី ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិដែលបានមកពីដីដែលបានកំណត់ជាដីហ៊ិនរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian trust land) ដោយនាយកដ្ឋានមហាផ្ទៃ (រួមទាំង ដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងអតីតដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (reservations and former reservations)។</li> <li>• Money from selling things that have cultural significance.</li> </ul>	បើមិនធ្លាប់ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលសេវាពី ក្រសួងសុខាភិបាលរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង នៅក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈរដ្ឋសហព័ន្ធ ពីកម្មវិធីណាមួយ ក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> គ្មានសិទ្ធិ
ប្រាក់ដែលបានទទួលខ្លះ ប្រហែលជាមិនរាប់បញ្ចូលសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។ សូមប្រាប់ពីប្រាក់ចំណូល (ចំនួន និង ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា) ដែលបានរាយការណ៍ក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ដែលរួមទាំងប្រាក់បានមកពីប្រភពទាំងនេះ៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការទូទាត់ដែលបុគ្គលម្នាក់ៗទទួលបានពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិសិទ្ធិប្រើប្រាស់ ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិ។</li> <li>• ការទូទាត់ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិ កសិកម្ម ការចេញមូលបត្រ នេសាទត្រី ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិដែលបានមកពីដីដែលបានកំណត់ជាដីហ៊ិនរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian trust land) ដោយនាយកដ្ឋានមហាផ្ទៃ (រួមទាំង ដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងអតីតដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (reservations and former reservations)។</li> <li>• Money from selling things that have cultural significance.</li> </ul>	\$ _____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____

AI/AN អ្នកទី2	សូមសរសេរព័ត៌មានទាំងអស់ឲ្យច្បាស់
ឈ្មោះ (នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់ គោត្តនាម)៖  តើបុគ្គលនេះធ្លាប់ទទួលសេវាពី ក្រសួងសុខាភិបាលរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង នៅក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈរដ្ឋសហព័ន្ធ ពីកម្មវិធីណាមួយ ក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើជាកុលសម្ព័ន្ធដែលរដ្ឋសហព័ន្ធទទួលស្គាល់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ទទួលស្គាល់ <input type="checkbox"/> មិនទទួលស្គាល់ បើទទួលស្គាល់ ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ _____ រដ្ឋ៖ _____
ប្រាក់ដែលបានទទួលខ្លះ ប្រហែលជាមិនរាប់បញ្ចូលសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។ សូមប្រាប់ពីប្រាក់ចំណូល (ចំនួន និង ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា) ដែលបានរាយការណ៍ក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ដែលរួមទាំងប្រាក់បានមកពីប្រភពទាំងនេះ៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការទូទាត់ដែលបុគ្គលម្នាក់ៗទទួលបានពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិសិទ្ធិប្រើប្រាស់ ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិ។</li> <li>• ការទូទាត់ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិ កសិកម្ម ការចេញមូលបត្រ នេសាទត្រី ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិដែលបានមកពីដីដែលបានកំណត់ជាដីហ៊ិនរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian trust land) ដោយនាយកដ្ឋានមហាផ្ទៃ (រួមទាំង ដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងអតីតដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (reservations and former reservations)។</li> <li>• Money from selling things that have cultural significance.</li> </ul>	បើមិនធ្លាប់ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិទទួលសេវាពី ក្រសួងសុខាភិបាលរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian Health Services) កម្មវិធីសុខភាពរបស់កុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង នៅក្នុងទីក្រុង ឬតាមរយៈរដ្ឋសហព័ន្ធ ពីកម្មវិធីណាមួយ ក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ប្រាក់ដែលបានទទួលខ្លះ ប្រហែលជាមិនរាប់បញ្ចូលសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។ សូមប្រាប់ពីប្រាក់ចំណូល (ចំនួន និង ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា) ដែលបានរាយការណ៍ក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ដែលរួមទាំងប្រាក់បានមកពីប្រភពទាំងនេះ៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការទូទាត់ដែលបុគ្គលម្នាក់ៗទទួលបានពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិសិទ្ធិប្រើប្រាស់ ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិ។</li> <li>• ការទូទាត់ដែលបានមកពីធនធានធម្មជាតិ កសិកម្ម ការចេញមូលបត្រ នេសាទត្រី ដួល ឬការបង់ប្រាក់សិទ្ធិដែលបានមកពីដីដែលបានកំណត់ជាដីហ៊ិនរបស់ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (Indian trust land) ដោយនាយកដ្ឋានមហាផ្ទៃ (រួមទាំង ដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងអតីតដីដែលចាត់ចែងដោយជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (reservations and former reservations)។</li> <li>• Money from selling things that have cultural significance.</li> </ul>	\$ _____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____





### ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការ

សូមប្រាប់យើងអំពីការងារដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ អ្នកមិនបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ លើកលែងតែអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការ។ អ្នកមិនបាច់បំពេញ សេចក្តីបន្ថែមនេះទេ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំតែប៉ុណ្ណោះទិញម្ហូបអាហារ SNAP។

សរសេរ ឈ្មោះ និងលេខសូល្យល់សិខ្យវិធី របស់អ្នកនៅក្នុង ជំពូកស្តីពីព័ត៌មានកន្លែងធ្វើការ។ អ្នកអាចសុំឲ្យកន្លែងការងាររបស់អ្នកជួយបំពេញជំពូកស្តីពីព័ត៌មានកន្លែងធ្វើការនេះ។ បើសិនជាអ្នកមិនអាចយកព័ត៌មាននេះពីកន្លែងការងារឲ្យទាន់ពេលវេលា ឬការបំពេញនេះពន្យាការចាប់ផ្តើមការដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្តល់លិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកដោយគ្មានសេចក្តីបន្ថែម B។

ដាក់ភ្ជាប់ទំព័រនេះមួយចម្លងសម្រាប់ការងារនីមួយៗដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។


#### ព័ត៌មានរបស់អ្នកធ្វើការ

ព័ត៌មានរបស់អ្នកធ្វើការ (នាម នាមកណ្តាល គោត្តនាម)៖	លេខសូល្យល់សិខ្យវិធី៖
--	----------------------

#### ព័ត៌មានកន្លែងធ្វើការ

ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការ៖	អត្តលេខរបស់កន្លែងធ្វើការ (EIN)៖
---------------------	---------------------------------

អាសយដ្ឋានកន្លែងធ្វើការ (រួមទាំង ផ្លូវ លេខ ទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខតំបន់ +4)៖	លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ៖ ( )
--	----------------------------------

តើយើងអាចទាក់ទងទៅអ្នកណាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅកន្លែងធ្វើការនេះ? 	លេខទូរស័ព្ទ (បើសិនជាខុសគ្នាពីលេខខាងលើ)៖ ( )	អ៊ីមែល៖
---	--	---------

បច្ចុប្បន្ននេះ តើអ្នកធ្វើការមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្តល់ឲ្យដោយ កន្លែងធ្វើការនេះ ឬនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងរយៈពេលបីខែក្រោយ ដែរឬទេ?

មានសិទ្ធិ (បន្ត) បើសិនជាអ្នកធ្វើការគ្មានសិទ្ធិនៅថ្ងៃនេះ រួមទាំងពេលត្រូវរង់ចាំ ឬរយៈពេលសាកល្បង តើពេលណាទើបអ្នកធ្វើការមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព? \_\_\_\_\_

គ្មានសិទ្ធិ (ឈប់ ហើយប្រគល់លិខិតនេះទៅឲ្យអ្នកធ្វើការវិញ)

សូមប្រាប់យើងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្តល់ឲ្យដោយកន្លែងធ្វើការនេះ។

តើកន្លែងធ្វើការនេះ ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឲ្យប្តីប្រពន្ធ ឬអ្នកពឹងពាក់ ដែរឬទេ?  ផ្តល់ឲ្យ។ អ្នកណា៖  ប្តីប្រពន្ធ  អ្នកពឹងពាក់  មិនផ្តល់ឲ្យ (ទៅសំណួរបន្ទាប់)

តើកន្លែងធ្វើការនេះ ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលត្រូវតាមខ្នាតគំរូនៃតម្លៃតិចបំផុត ដែរឬទេ?  ផ្តល់ឲ្យ (ទៅសំណួរបន្ទាប់)  មិនផ្តល់ឲ្យ (ឈប់ ហើយប្រគល់លិខិតនេះទៅឲ្យអ្នកធ្វើការវិញ)

សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលត្រូវតាមខ្នាតគំរូនៃតម្លៃថោកបំផុត\* ដែលផ្តល់ឲ្យអ្នកធ្វើការ (សូមកំរិតបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងក្រុមគ្រួសារ៖ បើសិនជាកន្លែងធ្វើការមាន កម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់ឲ្យនៅមានសុខភាពល្អ (wellness programs) សូមប្រាប់ចំនួនប្រាក់បង់ការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកធ្វើការត្រូវបង់ បើសិនជាគិតទទួលបានបញ្ចុះតម្លៃច្រើនបំផុត សម្រាប់កម្មវិធីជួយឲ្យឈប់ជក់បារី ហើយមិនទទួលបានចុះតម្លៃផ្សេងទៀត យោងទៅលើកម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់ឲ្យនៅមានសុខភាពល្អ។

តើអ្នកធ្វើការត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងចំនួនប៉ុន្មាន សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ? \$ \_\_\_\_\_

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?  រៀងរាល់សប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  មួយខែពីរដង  រៀងរាល់ខែ  មួយឆ្នាំបួនដង  រៀងរាល់ឆ្នាំ

បើសិនជាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចាប់ក្នុងពេលនាប្តីប្រពន្ធ ហើយអ្នកដឹងថា ការធានារ៉ាប់រងដែលគេផ្តល់ឲ្យនឹងផ្លាស់ប្តូរ សូមទៅសំណួរបន្ទាប់។ បើសិនជាអ្នកមិនដឹងឈប់ ហើយប្រគល់លិខិតនេះទៅឲ្យអ្នកធ្វើការវិញ។

តើកន្លែងធ្វើការនឹងផ្លាស់ប្តូរអ្វី សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឆ្នាំថ្មី?

កន្លែងធ្វើការនឹងមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ

កន្លែងធ្វើការនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់អ្នកធ្វើការ ឬផ្លាស់ប្តូរថ្លៃបង់ការធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃថោកបំផុត សម្រាប់តែអ្នកធ្វើការដែលត្រូវតាមខ្នាតគំរូនៃតម្លៃថោកបំផុត។\* (ថ្លៃបង់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គ្រួសារនិងការចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់ឲ្យនៅមានសុខភាពល្អ។ សូមមើលសំណួរខាងលើ។)

តើអ្នកធ្វើការត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងចំនួនប៉ុន្មាន សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ? \$ \_\_\_\_\_

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?  រៀងរាល់សប្តាហ៍  រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍  មួយខែពីរដង  រៀងរាល់ខែ  មួយឆ្នាំបួនដង  រៀងរាល់ឆ្នាំ

ថ្ងៃខែឆ្នាំផ្លាស់ប្តូរ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_

\*ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលឧបត្ថម្ភដោយកន្លែងធ្វើការ ត្រូវតាម "ខ្នាតគំរូនៃតម្លៃថោកបំផុត" បើសិនជាថ្លៃធានារ៉ាប់រងសរុបដែលត្រូវបង់ឲ្យ មិនតិចជាង ៦០ ភាគរយ នៃតម្លៃនោះ (Section 36B(C)(2)(C)(iii) of the Internal Revenue Code of 1986)។





**សិទ្ធិទៅកាន់ភាពមិនរើសអើង**

ស្ថាប័ននេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលជំនុំជម្រះ ព្រហ្មទណ្ឌ ឬ ជំនុំជម្រះ ដើម្បីកំណត់ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងពេលវេលា សាសនា និងលទ្ធផលយោបាយ។

ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក ក៏ហាមមិនឲ្យមានការរើសអើងដែលយោងទៅលើ ព្រហ្មទណ្ឌ ព្រហ្មទណ្ឌ ឬ ជំនុំជម្រះ ដើម្បីកំណត់ ភេទ សាសនា ពិការភាព អាយុ លទ្ធផលយោបាយ ឬការផ្ទេរធនធាន ឬការសងសឹក ចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលកាលពីមុន ក្នុងកម្មវិធីអ្វីមួយ ឬសកម្មភាពដែលបានធ្វើ ឬបានឧបត្ថម្ភ ដោយក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (USDA) ។

ជនពិការដែលត្រូវការវិធីទាក់ទងតាមវិធីផ្សេងៗ ដើម្បីព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ឧ. អក្សរសម្រាប់មនុស្សខ្លាំង ឬ អក្សរអក្សរធំៗ កាសែតសម្លេង កាសែតអូឌីយ៉ូ ឬ កាសែតអូឌីយ៉ូដែលសម្រាប់អ្នកឆ្លង អាមេរិកាំង ។ល។) ត្រូវទាក់ទងទៅភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬ តំបន់) នៅកន្លែងដែលពួកគេដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង។ បុគ្គលដែលឆ្លង ស្ថាប័នមិនសូវ ឬ មិនយោងមិនច្បាស់ អាចទាក់ទងទៅសេដ្ឋី តាមរយៈទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកឆ្លង (Federal Relay Service) លេខ (800) 877-8339។ ជាបន្ថែមទៀត ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានតាមរយៈកាសែតផ្សេងទៀត ក្រៅពីកាសែតអូឌីយ៉ូ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងនៃកម្មវិធី សូមបំពេញពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង និងកម្មវិធីរបស់ USDA, (AD-3027), ឬមាននៅក្នុង ប្រព័ន្ធ [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) និងនៅការិយាល័យ USDA ឬសមរម្យលើទូរស័ព្ទទៅកាន់ USDA លើយន្តការព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទាំងអស់ នៅក្នុងលិខិតនេះ។ ដើម្បីស្នើសុំពាក្យបណ្តឹងមួយច្បាប់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (866) 632-9992។ ផ្ញើពាក្យបណ្តឹង ឬលិខិតរបស់អ្នកទៅ USDA តាមរយៈ៖

- (1) ប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ៖ U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) ទូរសារ៖ (202) 690-7442
- (3) អ៊ីមែល៖ [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

ដើម្បីព័ត៌មានអំពីផ្សេងទៀត ចំពោះរឿងដែលទាក់ទងនឹង កម្មវិធីផ្តល់ជីវភាពិបនៃម (SNAP) ឬ គ្រួសារទាក់ទងតាមខ្សែទូរស័ព្ទសំខាន់នៃកម្មវិធី SNAP របស់ USDA លេខ (800) 221-5689 ដែលមានជាភាសាអេស្បាញ៉ាល់ផងដែរ ឬទូរស័ព្ទតាមលេខផ្តល់ព័ត៌មានរបស់រដ្ឋ/លេខទូរស័ព្ទសំខាន់ (សូមចុចលើបណ្តាញតភ្ជាប់ ដើម្បីមើលបញ្ជីលេខទូរស័ព្ទសំខាន់ៗតាមរដ្ឋ) ដែលមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធ [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) ។

ដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង ដែលទាក់ទងនឹងកម្មវិធីដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីរដ្ឋសហព័ន្ធ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងក្រសួងសេវាមនុស្ស (HHS) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក សូមសរសេរទៅ៖ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ (202) 619-0403 (អាត់សម្លេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY) សម្រាប់អ្នកឆ្លង។

ស្ថាប័ននេះជាស្ថាប័នដែលផ្តល់ឱកាសស្នើសុំ។

**សិទ្ធិក្នុងការសម្ងាត់**

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកទុកជាសម្ងាត់។ គេនឹងប្រើសម្រាប់តែការសម្រេចឲ្យ ដឹងថាតើលោកអ្នកមានសិទ្ធិលើកម្មវិធីអ្វីមួយ។ នៅពេលស្នើសុំ ការិយាល័យវិស័យហិរញ្ញវត្ថុផ្តល់ ឲ្យភ្នាក់ងារមានសមត្ថកិច្ច រដ្ឋសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងតំបន់ នូវអាសយដ្ឋាន លេខសូល្យសំខាន់ និងរូបថត (បើសិនជាមាន) របស់បុគ្គលដែលរត់គេចពី ការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬការដោះលែងសាកល្បង (probation) ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុន កំណត់ (parole)។ ជនណាម្នាក់ដែលស្នើសុំនឹងរើសយ ឬបញ្ជាក់ របស់ក្រសួងនេះដោយចេតនា នឹងមានទោសកម្រិតធ្ងន់ បើមានទោស នឹងត្រូវកាត់ទោសឲ្យបង់ថ្លៃពិន័យមិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬជាប់គុកមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទាំងពីរមុខ (62 P.S. section 483)។

**សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរ**

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរ ដែលពន្យល់ពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ បើសិនជាយើង បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ពន្យល់ ឬបញ្ឈប់ ការធានារ៉ាប់រង យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូន ដំណឹងតាមការសរសេរដែលផ្តល់ឲ្យលំអិតប្រចាំខ្លះ។ លោកអ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃ (90 ថ្ងៃ សម្រាប់កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយដីដាំដុះ (SNAP)) ចាប់ពីថ្ងៃផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំឲ្យមានសវនាការ។

**សិទ្ធិគាំ**

លោកអ្នកមានសិទ្ធិសុំឲ្យក្រសួងសេវាមនុស្ស (Department of Human Services (DHS)) ឲ្យមានសវនាការ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យការសម្រេច បើសិនជាអ្នកជឿថាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬបើសិនជា DHS មិនពិនិត្យមើលពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងនៅ CAO។ បើសិនជាលោកអ្នកគិត លោកអ្នកអាចស្នើសុំការជួបប្រជុំជាបន្ទាន់ មុនថ្ងៃសវនាការ។ បើសិនជាលោកអ្នករបស់លោកអ្នកទាក់ទងនឹងការសម្រេចអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឲ្យបានជាប់ហើស លោកអ្នកមានសិទ្ធិមានអង្គប្រជុំបែបនេះជាមួយអ្នកមើលខុសត្រូវក្នុងកំឡុងពេលពីរថ្ងៃដើម្បីពិភាក្សា។ នៅទីសវនាការ លោកអ្នកអាចតំណាងឲ្យខ្លួនឯង ឬអ្នកណាម្នាក់ ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចតំណាងឲ្យលោកអ្នក។

**សិទ្ធិទាមទារដែលមានមូលហេតុ**

បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ ឬអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ច្បាប់តម្រូវឲ្យអ្នកសហការក្នុងការកំណត់របស់ក្មេង និងរកជំនួយ។ អ្នកអាចទទួលបានការលើកលែងពីការតម្រូវទាំងនេះ បើសិនជាអ្នកបង្ហាញភស្តុតាងថា វាអាចបណ្តាលឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក និង/ឬ របស់អ្នក។ នេះហៅថាការមានមូលហេតុ។ លើកលែងតែមានការលើកលែងដោយមានមូលហេតុ បើពុំមានសោតគេ នឹងតម្រូវឲ្យអ្នកធ្វើតាមតម្រូវការផ្នែកការងារ និងការហ្វឹកហ្វឺន។ គេក៏នឹងតម្រូវឲ្យអ្នកធ្វើតាមតម្រូវការដែល ត្រូវជួបពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ លើកលែងតែគេយល់ព្រមទទួលមូលហេតុរបស់អ្នក។

**សិទ្ធិចំពោះការបញ្ជាក់នៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលត្រូវរាប់បញ្ចូល**

ច្បាប់របស់រដ្ឋសហព័ន្ធដាក់កម្រិតថាពេលណាអាចបដិសេធការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬដាក់កម្រិតចំពោះ លក្ខណៈពេកដែលមានតាំងពីមុនមក។ បើសិនជាអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងក្រុមធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបដិសេធការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ពេកដែលអ្នកមានពីមុនមក គេអាចដាក់បន្ថែមនូវពេលវេលាដែលអ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់ រងសុខភាព។ ដូច្នោះអាចជួយអ្នកឲ្យទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំការបញ្ជាក់នេះ។

**ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន**

អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដែល ពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវជួយផ្តល់ភស្តុតាងព័ត៌មាន ដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យ។ គេអាចបដិសេធការធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗ បើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ភស្តុតាងអ្វី មួយ។ បើសិនជាអ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបាន អ្នកត្រូវសុំ CAO ឲ្យជួយអ្នកយកភស្តុតាងនោះ។ បើសិនជា DHS ឬការិយាល័យផ្នែកកំចាត់អំពើពុករលួយ (Office of Inspector General) ទាក់ទងទៅអ្នក អ្នកត្រូវសហការយ៉ាងពេញទំហឹងជាមួយអ្នកទាំងនោះ ឬអ្នកសើបអង្កេតទាំងនោះ។ បើសិនជាអ្នកមានអាយុ៥៥ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ហើយទទួលសំបុត្រពេទ្យជំងឺ (Medical Assistance) ដើម្បីបង់ថ្លៃ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ សេវាតាមផ្ទះ ឬក្នុងសហគមន៍ ដែលមានការលើកលែង និងថ្លៃដែលទាក់ទងនឹង មន្ទីរពេទ្យ ឬថ្នាំដែលរដ្ឋបណ្តុំតម្លៃឲ្យ អ្នកត្រូវតែតម្រូវឲ្យសងថ្លៃទាំងនេះវិញ ពីទ្រព្យសម្បត្តិ និងផ្ទះសំបែងពិតប្រាកដ ក្រោយពេលអ្នកស្លាប់ (probate estate)។ បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប្រាក់ជំនួយ យើងខ្ញុំអាចតម្រូវឲ្យអ្នកចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងឲ្យសងការធានារ៉ាប់រងដែល អ្នក ធ្វើប្រពន្ធរបស់អ្នក និងកូនរបស់អ្នក បានទទួលនោះវិញ។

**ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់លេខសូល្យសំខាន់វិធី**

ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ ប្រាក់ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និង/ឬ SNAP អ្នកត្រូវផ្តល់លេខសូល្យសំខាន់វិធី (SSN) សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ ដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យ។ បើសិនជាអ្នកគ្មានលេខសូល្យសំខាន់វិធី (SSN) អ្នកត្រូវដាក់ពាក្យសុំ។ ការផ្តល់លេខសូល្យសំខាន់វិធីបណ្តាលមិនឲ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ។ ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ប្រាក់វិញ យើងខ្ញុំអាចសុំលេខសូល្យសំខាន់វិធីពីអ្នកទាំងឡាយណាដែលមាន គ្រាប់ចំណូល ឬធនធាន ដែលអាចបំពេញសំខាន់វិធីទទួលបានជំនួយ ឬធនធាននៃអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះ។ គេនឹងបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារកុំឲ្យមានការធានារ៉ាប់រងពីរដ្ឋ និងរដ្ឋសហព័ន្ធ។ ជនបរទេសដែលដាក់ពាក្យសុំ ជំនួយសំបុត្រពេទ្យ (MA) សម្រាប់តែការព្យាបាលបន្ទាន់ មិនតម្រូវឲ្យផ្តល់លេខសូល្យសំខាន់វិធីទេ។ (42 U.S.C. 1320b-7)

**លេខសូល្យសំខាន់វិធី ឬឈ្មោះ ACCESS ឲ្យត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់**

ពេលមានលេខសូល្យសំខាន់វិធី ឬឈ្មោះធានារ៉ាប់រងគេនឹងបញ្ជូន PA ACCESS ឲ្យអ្នក។ ប័ណ្ណនេះអាចប្រើសម្រាប់ តែអ្នកមានលេខសូល្យសំខាន់វិធី និងក្នុងកំឡុងពេលដែលមានលេខសូល្យសំខាន់វិធីប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកអាចប្រើប័ណ្ណនេះសម្រាប់ តែសេវាដែលត្រូវការ និងសមហេតុសមផលតែប៉ុណ្ណោះ។

**ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការរាយការណ៍ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរ**

បើសិនជាអ្នកមានលេខសូល្យសំខាន់វិធី ឬឈ្មោះធានារ៉ាប់រងគេនឹងត្រូវឲ្យអ្នករាយការណ៍ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរការងារ ទេ លេខសូល្យសំខាន់វិធី ទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬមណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ (Customer Service Center)។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ ដែលត្រូវរាយការណ៍ រួមមាន អ្នកចាកចេញពីផ្ទះ ឬអ្នកកាន់នៅក្នុងផ្ទះ អាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់អ្នកណាម្នាក់ បើអ្នកណាម្នាក់គ្មានការងារធ្វើ និងទទួលបានប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល។ អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងលិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួល និងរៀបចំសេចក្តីលម្អិតចំពោះ យោងទៅលើកម្មវិធី និងការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួល។ ការមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការ ដែលមាននៅក្នុងការណែនាំរបស់កម្មវិធី អាចបណ្តាលឲ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ ការដាក់ទណ្ឌកម្ម ឬការចោទប្រកាន់តាមច្បាប់ស្តីវិល ឬបទឧក្រិដ្ឋ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ CAO ដោយផ្ទាល់ តាមទូរស័ព្ទ តាមទូរសារ តាមប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ ឬតាមរយៈគណនេយ្យ COMPASS។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅមណ្ឌល ផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ លេខ 1-877-395-8939 ឬសម្រាប់ទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វា 1-215-560-7226 នៅពេលណាក៏បាន។

**ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការរាយការណ៍ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរ**

បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយប្រាក់ អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងថា អ្នកកំពុងរកការងារធ្វើយ៉ាងហោចណាស់ បើកន្លែងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ក្នុងកំឡុងពេលដាក់ពាក្យស្នើសុំ លើកលែងតែអ្នកបានបញ្ជាក់ពីមូលហេតុ ឬភស្តុតាង ថាអ្នកមានការលើកលែងពីការទទួលខុសត្រូវនេះ។

**សេចក្តីថ្លែងការណ៍ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរ**

(I) ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រួមទាំង លេខសូល្យសំខាន់វិធី (SSN) របស់សាធារណជនគ្រួសារម្នាក់ៗ បានអនុញ្ញាតក្រោម ច្បាប់ឆ្នាំ ១៩៧៧ ស្តីពីបណ្តាញផ្សារក្រចេះ (Food Stamp Act of 1977) ដូចបានកែប្រែ 7 U.S.C. 2011-2036។ គេនឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីសម្រេច ថាតើអ្នកដែល រស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី SNAP ឬអត់។ យើងខ្ញុំនឹងបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះ តាមរយៈកម្មវិធី ផ្ទះផ្ទេរដោយកុំឲ្យទំរាំ។ គេក៏នឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីតាមដានការតម្រូវឲ្យធ្វើតាម ជាមួយបទប្បញ្ញត្តិរបស់កម្មវិធី និងសម្រាប់ការចាត់ចែងកម្មវិធី។

(II) គេអាចបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះទៅឲ្យភ្នាក់ងារមនុស្សចាស់ ឬរដ្ឋសម្រាប់ការពិនិត្យមើលជាផ្លូវការ និងទៅឲ្យភ្នាក់ងារមានសមត្ថកិច្ច ក្នុងគោលបំណងចាប់ខ្លួនអ្នករត់គេចពីច្បាប់។

(III) បើសិនជាមានការទាមទារពីកម្មវិធី SNAP ប្រឆាំងនឹងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក គេអាចបញ្ជូនព័ត៌មាន នៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ រួមទាំងលេខសូល្យសំខាន់វិធីទាំងអស់ ទៅឲ្យភ្នាក់ងារមនុស្សចាស់ និង ទៅឲ្យភ្នាក់ងារមានសមត្ថកិច្ច។

(IV) ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលគេស្នើសុំ រួមទាំងលេខសូល្យសំខាន់វិធីរបស់សាធារណជនគ្រួសារគ្រប់រូប គឺជាការសុំគ្រឿង។ ទោះជាដូច្នោះក៏ដោយ ការមិនផ្តល់លេខសូល្យសំខាន់វិធី និងបណ្តាញឲ្យគេបដិសេធមិនឲ្យអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ទៅបុគ្គលណាដែលមិនផ្តល់លេខ សូល្យសំខាន់វិធី។ គេនឹងប្រើ និងបញ្ជាក់ លេខសូល្យសំខាន់វិធីដែលបានផ្តល់ឲ្យ ដូចគ្នានឹងលេខសូល្យសំខាន់វិធីរបស់សាធារណជន គ្រួសារដែលមានសិទ្ធិទទួល។



**ការហាមឃាត់ និងពិន័យ អានអំពីការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖**

បើសិនជាឿងនេះកើតឡើងដោយគ្មានមូលហេតុ		អាចបណ្តាលឲ្យមាន (ពិន័យ)
គ្រប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ប្រាក់សុទ្ធ ការធានារ៉ាប់រង សុខភាព	ប្រើ ប័ណ្ណ EBT និង PA ACCESS មិនត្រឹមត្រូវ។	ពិន័យ ជាប់គុក ឬទាំងពីរមុខ។
	មិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរតាមការតម្រូវ។	បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ ការធានារ៉ាប់រង។
	ផ្តល់ព័ត៌មានខុស មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ ដោយចេតនា។	ពិន័យ ដកសិទ្ធិ និង/ឬ ជាប់គុកចំពោះការលួចបន្លំដីសុខុមាលភាព ការដកសិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងសវនាការ។  គ្មានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់៖ • លើកទី1 – 6 ខែ។ • លើកទី2 – 12 ខែ។ • លើកទី3 – រហូត។  គ្មានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP៖ • លើកទី1 – 12 ខែ។ • លើកទី2 – 24 ខែ។ • លើកទី3 – រហូត។
ដូរ លក់ ឬចងដូរ ចង់លក់ ចង់ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ ACCESS របស់អ្នកដទៃ។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន • គ្រប់ការកាត់ទោសទាំងអស់ ដោយតុលាការ - 12 ខែ	
អត្ថប្រយោជន៍ SNAP	ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ខុស, ឧទាហរណ៍ ដូរ លក់ ឬទិញ ប័ណ្ណ EBT ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយចេតនា។ បំប្លែងការធានារ៉ាប់រង។ ឬទិញធុងសម្រាមដោយប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់កក់ - ឬទិញអ្វីៗដែលមិនចេញផ្តល់ដោយ SNAP ដូចជា ស្រា ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារដែលបានទទួលហើយ ឬទិញម្ហូបអាហាររៀបរយ។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន • លើកទី1 – 12 ខែ។ • លើកទី2 – 24 ខែ។ • លើកទី3 – រហូត។ • ទទួលបានការកាត់ទោសពីតុលាការលើកទីមួយ លើសពី \$500 – រហូត។
	ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងគោលបំណងចង់បានប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារដោយលក់អ្វីៗទាំងនោះគិតជាប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន • លើកទី1 – 24 ខែ។ • លើកទី2 – រហូត។
	ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាមុន ក្នុងគោលបំណងដូរយកលុយ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ ដោយចេតនា។	លើកទី1 – គ្មានសិទ្ធិរហូត។
	ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងដែលត្រូវហាមឃាត់។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន • លើកទី1 – 24 ខែ។ • លើកទី2 – រហូត។
	ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីលក់កាំភ្លើង គ្រាប់រំលេច ឬ រំលេចផ្ទុះ។	លើកទី1 – គ្មានសិទ្ធិរហូត។
	ទទួលបានការកាត់ទោសចំពោះ ការទិញ លក់ ឬដូរ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ចំនួន \$500 ឡើងទៅ។	គ្មានសិទ្ធិរហូត។
	ភូតភររបស់អ្នក ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP លើសពីមួយកន្លែង។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។
ប្រាក់	រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារ បទឧក្រិដ្ឋ/ប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ - ឬរត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាម ការព្យួរទោសសាលារៀង (probation) ឬ ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole)។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។
	ការមិនធ្វើតាមពិន័យរបស់តុលាការ រួមទាំងសងថ្លៃពិន័យ ចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសជាមជ្ឈឹម។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមពិន័យរបស់អ្នក។
	ភូតភរពីកន្លែងអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់ពីអដ្ឋ ឬលើសពីនេះ។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។
	រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារ បទឧក្រិដ្ឋ/ប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ។ មិនទៅបង្ហាញខ្លួនជជែងជាប់ចោទនៅតុលាការព្រហ្មទណ្ឌនៅពេលចេញដីការកោះហៅ ឬដីកាតុលាការ សម្រាប់បទឧក្រិដ្ឋស្រាល (summary offense) បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសជាមជ្ឈឹម។ រត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាម ការព្យួរទោសសាលារៀង (probation) ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole)។ ឬមានជំនាញផ្សេងទៀត។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។
<b>បើសិនជាអ្នកមានទោសចំពោះការលួចបន្លំ ឬមិនធ្វើតាមពិន័យខាងលើនេះ៖</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ពិន័យរហូតដល់ទៅ \$250,000 សម្រាប់ SNAP និងរហូតដល់ទៅ \$15,000 សម្រាប់ប្រាក់។</li> <li>• ជាប់គុករហូតដល់ទៅ២០ឆ្នាំ សម្រាប់ SNAP និងរហូតដល់ទៅប្រាំពីរឆ្នាំសម្រាប់ប្រាក់។ និង/ឬ</li> <li>• សងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងដែលបានទទួល។</li> <li>• ដកសិទ្ធិពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗ សម្រាប់រយៈពេលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះ ដោយកម្មវិធី។</li> </ul>
បទបញ្ជានៃការងារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP	សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ដែលមានសមត្ថភាពទាំងរាងកាយ និងផ្លូវចិត្ត - ដែលមានអាយុ 15 ឆ្នាំឡើងទៅ និងក្រោមអាយុ 60 ឆ្នាំ - ដែលគ្មានការលើកលែង ឬមានមូលហេតុ។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន • លើកទីមួយ – មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • លើកទីពីរ – បីខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • បីដងឡើងទៅ - ប្រាំមួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បដិសេធមិន៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ការងារ/ហ្វឹកហ្វឺន ដែលបានយល់ព្រម។</li> <li>• យល់ព្រមធ្វើការ</li> <li>• ប្រាប់ CAO អំពីស្ថានភាពការងារ និងការងារដែលមាន។</li> </ul> </li> </ul>	
បទបញ្ជាសម្រាប់ការទទួលបានប្រាក់	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ដោយចេតនា សម្រេចថា៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ឈប់ធ្វើការ។</li> <li>• បន្ថយម៉ោងធ្វើការ ឲ្យនៅតិចជាង ៣០ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែ ការងារផ្សេងទៀតត្រូវតាមតម្រូវការនៃការងារនោះរួចទៅហើយ)។</li> </ul> </li> </ul>	គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន • លើកទីមួយ – អ្នកគ្មានសិទ្ធិទទួលបាន យ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ និងរហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។ បើសិនជាគេដកហូតសិទ្ធិ លោកអ្នក រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវគេដកសិទ្ធិ រហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។ • លើកទីពីរ – អ្នកគ្មានសិទ្ធិទទួលបាន យ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃ និងរហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាមក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។ បើសិនជាគេដកហូតសិទ្ធិអ្នក រយៈពេល 60 ថ្ងៃ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកក៏ត្រូវគេដកសិទ្ធិ រហូតដល់អ្នក បង្ហាញ និងរក្សា ការធ្វើតាម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍។ • លើកទីបី – រហូត។





ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។  
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.  
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

