



ការណែនាំ :

1. សូមចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះនៅលើបន្ទាត់ហត្ថលេខានៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ។
2. សូមបត់លិខិតនេះ ហើយដាក់វាចូលក្នុងស្រោមសំបុត្របញ្ជូនមកវិញដែលបានផ្តល់ជូននេះ ។

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណសំណុំរឿង			
CO	លេខកំណត់ហេតុ	CSLD	DIST
ឈ្មោះកំណត់ហេតុ			កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះ : _____

លេខទូរស័ព្ទ : _____

អាសយដ្ឋាន : _____

លិខិតបញ្ជាក់

1. ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំនៅក្នុងពាក្យសុំនេះផ្តល់ជូនការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដល់ក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ ឬភ្នាក់ងារដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យ : (a) ពិនិត្យមើលព័ត៌មានណាមួយដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនអំពីទីកន្លែងដែលខ្ញុំរស់នៅ ការងារ ប្រាក់ចំណូល ធនធាន ការផ្គត់ផ្គង់ថាមពល និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ថាមពលរបស់ខ្ញុំ; (b) ចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ថាមពលរបស់ខ្ញុំ ហើយទទួលបានព័ត៌មានពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ថាមពលរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ DHS ទទួលបានកំណត់ត្រានៃការប្រើប្រាស់ថាមពលប្រើប្រាស់ ថ្លៃចំណាយនិងព័ត៌មានអំពីវិក្កយបត្ររបស់ខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងនៃការវាយតម្លៃកម្មវិធី ប្រតិបត្តិការ ឬការវាយការណ៍; (c) បំពេញការស្វែងមតិណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំនួយថាមពល ។
2. ប្រសិនបើលោកអ្នកខកខានផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ឬខកខានបំពេញលិខិតបញ្ជាក់អំពីជំនួយថាមពលខាងក្រោម លោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឡើយ ។

លិខិតបញ្ជាក់អំពីជំនួយថាមពល

បាទឬនាងខ្ញុំបញ្ជាក់ថា :

ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ ។

ចំពោះការយល់ដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ សមាជិកគ្រួសារទាំងនេះមិនមានលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចឡើយ :

(សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព)

សមាជិកគ្រួសារខាងក្រោមកំពុងអនុវត្តសិទ្ធិពួកគេក្រោមផ្នែក 7 នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិឯកជនភាពឆ្នាំ 1974 និងបដិសេធមិនបង្ហាញលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចពួកគេ ឬអាចមិនបង្ហាញដោយសារពួកគេជាជនរងគ្រោះនៃអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ :

(សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព)

3. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានអំពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយថាមពលតាមផ្ទះមានប្រាក់ចំណូលទាប LIHEAP ជូនទៅនឹងមកពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ថាមពលរបស់ខ្ញុំ ឬភ្នាក់ងារការពារអាកាសធាតុ និងអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេស្វែងរកជំនួយដែលក្នុងនោះខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ ជំនួយនេះអាចរាប់បញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងជាសាច់ប្រាក់ រ៉ាប់ត្រី ឬការធានារ៉ាប់រងការពារអាកាសធាតុនៃកម្មវិធីជំនួយថាមពលតាមផ្ទះមានប្រាក់ចំណូលទាប LIHEAP ។
4. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តណាមួយ ឬការពន្យារពេលហួសហេតុចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលខ្ញុំគិតថាមិនសមស្របចំពោះការដាក់ពាក្យសុំនេះ ។
5. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាផ្ទះនេះស្ថិតនៅ Pennsylvania គឺជាលំនៅដ្ឋានស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំ ។
6. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំយល់ថាលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចណាមួយដែលបានផ្តល់ជូននោះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់នៅក្នុងការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីនេះ ដែលរួមមានការផ្គត់ផ្គង់ត្រូវគ្នាជាមួយកម្មវិធីផ្សេងទៀត ។
7. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានធ្វើលិខិតជូនដំណឹងអំពីភាពមានសិទ្ធិទទួលបានឬភាពមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយបើមានសិទ្ធិទទួលបាននោះ លិខិតជូនដំណឹងនេះនឹងបញ្ជាក់អំពីចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ។
8. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំយល់ថាទៀតថា ប្រសិនបើគ្រួសារខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាសាច់ប្រាក់ពីកម្មវិធី LIHEAP នោះ ការធានារ៉ាប់រងនេះត្រូវធ្វើទៅក្រុមហ៊ុនសេវាប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃឬអ្នកលក់ប្រេងឥន្ធនៈរបស់ខ្ញុំដោយផ្ទាល់ លុះត្រាតែខ្ញុំជាអ្នកជួយហើយប្រព័ន្ធកំដៅរបស់ខ្ញុំមានរាប់បញ្ចូលការជួយរបស់ខ្ញុំ ឬប្រេងឥន្ធនៈរបស់ខ្ញុំត្រូវបានផ្គត់ផ្គង់ដោយអ្នកលក់ប្រេងឥន្ធនៈដែលមិនទទួលបានការទូទាត់ប្រាក់អ្នកលក់ ។
9. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាតាមការពិន័យដែលកំណត់ដោយច្បាប់ ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញចំពោះចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ ។
10. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយនោះ ខ្ញុំអាចត្រូវទទួលបានការដាក់ទោសដោយមានការពិន័យនិង/ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារ ។
11. ខ្ញុំបាទឬនាងខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះខ្ញុំអាចមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឡើយ ដោយសារតែប្រាក់នៃកម្មវិធី LIHEAP បានអស់ហើយ ។
12. ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានពីកម្មវិធី LIHEAP លោកអ្នកអាចទទួលបានសំណុំបែបបទស្តីពីការព្រមព្រៀងលើការពិនិត្យមើលយ៉ាងឆាប់រហ័សតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ។

សូមចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ - សូមប្រើទឹកបិទ

X _____

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ