



Pennsylvania

Department of Human Services

ការពិនិត្យឡើងវិញអំពីអត្ថប្រយោជន៍

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (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 en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហោសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នក ត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូម ទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំជាថ្មីឡើងវិញតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ៖ www.compass.state.pa.us

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការពាក្យសុំនេះជាទម្រង់អក្សរព្រោះពុម្ពធំ ឬជា ទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរសព្ទមកបណ្តាញទូរសព្ទ ជំនួយ របស់យើងតាមលេខ **1-800-692-7462**។ បុគ្គលនានាដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការ និយាយ និងមានបំណងចង់ទាក់ទងដោយប្រើបណ្តាញទូរសព្ទជំនួយ អាចហៅទូរសព្ទ ទៅសេវាកម្មបញ្ជូនបន្ត PA Relay Services ដោយចុចលេខ **711**។

សុវត្ថិភាពគ្រួសារ ៖ ព័ត៌មានអំពីអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការបំពានបំពានផ្លូវភេទ និងអត្ថប្រយោជន៍ TANF របស់អ្នក ។

អាចជាការពិបាកណាស់ដែលទទួលស្គាល់ថា ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកស្និទ្ធស្នាលជាមួយ កំពុងមានទំនាក់ទំនង ឬជួបប្រទះ

អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ។

អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារគឺជាទម្រង់នៃអាកប្បកិរិយារំលោភបំពាននៅក្នុងទំនាក់ទំនងណាមួយដែលប្រព្រឹត្តទៅដោយបុគ្គលណាម្នាក់ ដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាអំណាចនិងការគ្រប់គ្រងទៅលើបុគ្គលម្នាក់ទៀតនៅក្នុងទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធ ឬទំនាក់ទំនងគ្រួសារ ។ អាចមានលក្ខណៈបែបផ្លូវកាយ ផ្លូវភេទ ផ្លូវអារម្មណ៍ ឬផ្លូវចិត្ត ។ មានពាក់ព័ន្ធនឹងអាកប្បកិរិយាដែលបំប្លែង ប្រើឈ្លីចកល សម្តែង ទុកចោល បន្ទាច បំភិតបំភ័យ បំភ្លេចបង្ខំ គំរាមកំហែង បន្ទោសបង្ខំបង្ខំ បង្កការឈឺចាប់ បង្កសេចក្តីវិនាសអន្តរាយ ឬបង្ករបួសស្នាមដល់នរណាម្នាក់ ។ ក៏អាចមានពាក់ព័ន្ធនឹងការគ្រប់គ្រង និងដាក់កម្រិតលើការទទួលបានហិរញ្ញវត្ថុ ឬបណ្តាញផ្សព្វផ្សាយសង្គម ។

ឧទាហរណ៍អំពីអាកប្បកិរិយារំលោភបំពាន រួមមានជាអាទិ៍ ៖

- ការរំលោភបំពានផ្លូវកាយ
- ការរំលោភបំពានផ្លូវអារម្មណ៍
- ការរំលោភបំពានផ្លូវចិត្ត
- ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ
- ការបំពានបំពានផ្លូវភេទ
- ការបៀតបៀនផ្លូវភេទ
- ការលួចតាមដាន
- ការរំលោភបំពានផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ
- ការរំលោភបំពានផ្នែកបច្ចេកវិទ្យា

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា ឬធ្លាប់ជាជនរងគ្រោះនៃអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការបៀតបៀនផ្លូវភេទ ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ការបំពានបំពានផ្លូវភេទ ឬការលួចតាមដាន ហើយកំពុងមានហានិភ័យប្រឈមនឹងអំពើហិង្សា ការបៀតបៀន ការរំលោភបំពាន ការបំពានបំពាន ឬការលួចតាមដានជាបន្តនោះ បុគ្គលិកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកអាចអនុគ្រោះអ្នកឱ្យរួចផុតពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃកម្មវិធីសម្រាប់ជំនួយសាច់ប្រាក់ ។ ជួនកាល បុគ្គលនានាមិនអាចអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវជំនួយសាច់ប្រាក់បានដោយសុវត្ថិភាពនោះទេ ដោយសារតែពួកគេភ័យខ្លាចថា ពួកគេ ឬកូនៗរបស់ពួកគេ នឹងទទួលរងនូវការរំលោភបំពាន ប្រសិនបើពួកគេធ្វើដូច្នោះ ។

លក្ខខណ្ឌតម្រូវកម្មវិធីទាំងនេះរួមមាន ៖

- កិច្ចសហការអាហារកិច្ចកូនឬសហព័ទ្ធ
- ការចូលរួមក្នុងការងារ (RESET)
- លក្ខខណ្ឌតម្រូវការផ្សេងទៀត
- ដែនកំណត់ពេលវេលា
- លក្ខខណ្ឌតម្រូវដែលឪពុកម្តាយជាយុវជនត្រូវរស់នៅឯផ្ទះ ។
- លក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្សេងទៀតទៅតាមករណីនីមួយៗ

ប្រសិនបើអ្នកចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការអនុគ្រោះពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវជំនួយសាច់ប្រាក់ដោយសារតែអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ សូមប្រាប់បុគ្គលិកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក ។ បុគ្គលិកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកអាច ៖

- ពិភាក្សា ជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកចង់ពិភាក្សា ។ អ្នកអាចស្នើសុំពិភាក្សាជាលក្ខណៈឯកជន ។ បុគ្គលិកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកនោះ នឹងរក្សាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាការសម្ងាត់ ។
- ជួយ អ្នកឱ្យស្វែងរកកម្មវិធីតាមមូលដ្ឋានដែលអ្នកអាចទទួលបានការពិគ្រោះយោបល់ ការរៀបចំផែនការសុវត្ថិភាព ទីជម្រក សេវាផ្លូវច្បាប់ និងជំនួយផ្សេងទៀត ។
- ជួយ អ្នកឱ្យយល់អំពីធានានៅពេលដាក់ពាក្យសុំជំនួយសាច់ប្រាក់ និងរបៀបដែលពួកវាប៉ះពាល់ដល់អ្នកប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ។

អង្គការសម្ព័ន្ធប្រឆាំងនឹងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារនៅរដ្ឋ Pennsylvania (PCADV), <https://www.pcadv.org>
1-800-932-4632 (នៅក្នុងរដ្ឋ PA) 303-839-1852 (ទូទាំងប្រទេស)

ការបំពានបំពានផ្លូវភេទ អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬការបៀតបៀនផ្លូវភេទ គឺមិនកំណត់ត្រឹមទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធប៉ុណ្ណោះទេ ។ វាអាចកើតមាននៅកន្លែងធ្វើការ មជ្ឈដ្ឋានអប់រំ ឬនៅទីសាធារណៈដោយជនមិនស្គាល់មុខ ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបំពានបំពានផ្លូវភេទ និងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ សូមទាក់ទងទៅកាន់ ៖

អង្គការសម្ព័ន្ធដើម្បីលើកកម្ពស់ការគោរពនៅរដ្ឋ Pennsylvania (PCAR), <https://pcar.org> 1-888-772-7227 (នៅក្នុងរដ្ឋ PA)

PA CareerLink® - ព័ត៌មានសំខាន់ៗ

PA CareerLink® គឺជាកម្មវិធីរបស់ក្រសួងការងារនិងឧស្សាហកម្មរដ្ឋ Pennsylvania ដើម្បីជួយស្វែងរកការងារជូនដល់ជនដែលកំពុងស្វែងរកការងារ ។ បុគ្គលិកក្រសួងការងារនិងឧស្សាហកម្ម ជំនួយស្ថានភាពទីផ្សារការងារបច្ចុប្បន្ន និងអាចផ្តល់ព័ត៌មាននិងធនធានដល់អ្នក ដើម្បីជួយដល់ការស្វែងរកការងាររបស់អ្នក ។

ជាការល្អ អ្នកគួរតែចុះឈ្មោះជាមួយនឹងកម្មវិធី PA CareerLink® ដើម្បីចាប់ផ្តើម ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះជាមួយនឹងកម្មវិធី PA CareerLink® តាមរយៈ: www.pacareerlink.pa.gov/ ។

ការពិនិត្យឡើងវិញអំពីអត្ថប្រយោជន៍៖ យើងខ្ញុំត្រូវតែពិនិត្យឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់ ការថែទាំសុខភាព និងកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)។

ចូលទៅកេងកងសារអេឡិចត្រូនិក ! តើអ្នកចង់ទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងរបស់អ្នកតាមអនឡាញឬទេ ? សូមចូលទៅ www.compass.state.pa.us និងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគណនី MyCOMPASS របស់អ្នក។

សម្រាប់ព័ត៌មានទាំងអស់

លិខិតជូនដំណឹងសំខាន់ៗចំពោះអ្នកទទួល៖ យើងខ្ញុំត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានអំពីអ្នក។

1. សូមបោះពុម្ពបញ្ជាក់សំណុំសំណុំបែបបទ។ សូមព្យាយាមបំពេញព័ត៌មានឱ្យបានច្រើនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះគឺត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជាបន្តបន្ទាប់របស់អ្នក។
2. សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវមើលព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពមិនត្រឹមត្រូវ ឬបានផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមគូសចោលព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ព និងផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីៗ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណួរទាំងអស់ ដែលមិនមានចម្លើយដែលបានបោះពុម្ពហើយផ្តល់ចម្លើយ លុះត្រាតែមានការណែនាំដែលប្រាប់អ្នកថា អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។
3. ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀតអាចជួយអ្នកនោះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930. អ្នកប្រើ CST TTY/TDD ត្រូវហៅទូរសព្ទតាមលេខ 711.
4. **ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទក្នុងសំណុំបែបបទពិនិត្យឡើងវិញអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៅទំព័រ 1 និងនៅលើការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក។**
5. យកសំណុំបែបបទទៅការិយាល័យជំនួយខោនធីតាមកាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍ដែលបានកំណត់ពេលវេលារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវធ្វើសម្ភាសន៍តាមទូរសព្ទ ឬបើអ្នកមិនតម្រូវឱ្យធ្វើសម្ភាសន៍ទេ សូមធ្វើតាមប៉ុស្តិ៍ប្រសិទ្ធិសំណុំបែបបទជាមួយការផ្ញើផ្តល់ឯកសារដែលបានស្នើសុំទៅបុគ្គលិកកាន់សំណុំបែបបទរបស់អ្នក។
6. អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំជាថ្មីឡើងវិញតាមគេហទំព័រ www.compass.state.pa.us.

តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្ត ? ¿Qué idioma prefiere usted ? អង់គ្លេស/Inglés អេស្ប៉ាញ/Español ផ្សេងៗ/Otro (សូមបញ្ជាក់/especifique _____)
 តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាឬទេ ? ¿Necesita un intérprete ? បាទ/ចាស/SI ទេ
 បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើភាសាអ្វី ? En caso afirmativo, ¿de qué idioma ? _____

ព័ត៌មានរបស់អ្នក

សូមប្រាប់ខ្ញុំអំពីអ្នក៖ យើងខ្ញុំត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានខ្លះអំពីអ្នក។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពប្រើខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមនៃឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ នាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ _____
 អាសយដ្ឋានផ្ទះ (រួមមានផ្លូវ លេខអាគារតមិន ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដប្រៃសណីយ៍ + 4)៖ _____
 លេខទូរសព្ទ៖ _____ មណ្ឌលសិក្សាជីវិត៖ _____ ទីប្រជុំជន/សង្កាត់/ក្រុងឬទីក្រុង៖ _____

ចុះហត្ថលេខាទីនេះ

នៅពេលអ្នកចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក វាមានន័យថាអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ វាមានន័យផងដែរថា អ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកទៅការិយាល័យជំនួយខោនធី ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅលើក្នុងពាក្យសុំនេះ ដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះឬទេ។

X _____ ហត្ថលេខារបស់អ្នក ឬហត្ថលេខាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

សូមគូសប្រយោជន៍ប្រអប់ខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់មានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាព ហើយចង់ដាក់ពាក្យសុំការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក៖

បាទ/ចាស ខ្ញុំចង់ដាក់ពាក្យសុំការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ប្រសិនបើអ្នកបានគូសប្រយោជន៍ បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារដែលអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំ រួមទាំងខ្លួនអ្នកផងដែរ៖

កុំបំពេញ – ការិយាល័យជំនួយខោនធីតែប៉ុណ្ណោះ

WORKER ID	CSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM
						PM
AUTHORIZED				NOT AUTHORIZED		

តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍សេវាកម្មផ្សេងទៀតទេ ?

សូមគូសប្រយោជន៍ក្នុងប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចាប់អារម្មណ៍សេវាកម្មណាមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (SSI) | <input type="checkbox"/> គ្លីនិកទារក (Well Baby Clinic) | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មពិការភាពខាងបញ្ញា |
| <input type="checkbox"/> ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ការចាក់ថ្នាំ) | <input type="checkbox"/> LIHEAP (ជំនួយថាមពល) | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មអតីតយុទ្ធជន |
| <input type="checkbox"/> WIC (ត្រូវ ទារក និងកុមារ) | <input type="checkbox"/> ធនាគារអាហារ | <input type="checkbox"/> អាហារនៅសាលា (មិនគិតថ្លៃ ឬចំណាយតិច) |
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពកុមារ | <input type="checkbox"/> Lifeline (សេវាទូរស័ព្ទចំណាយតិច) | <input type="checkbox"/> ជំនួយលំនៅដ្ឋាន |
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង (ការថែទាំសុខភាពនៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់) | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មគាំទ្រកុមារ | <input type="checkbox"/> ការចាប់ផ្តើមដំបូង (សម្រាប់កុមារអាយុ 3-6 ឆ្នាំ) |
| <input type="checkbox"/> ការធ្វើផែនការគ្រួសារ/ការពន្យារកំណើត | <input type="checkbox"/> ការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល | <input type="checkbox"/> ការស្តារនីតិសម្បទាវិជ្ជាជីវៈ |
| <input type="checkbox"/> សេវាកម្មតាមផ្ទះនិងសហគមន៍ (សេវាកម្មលើកលែង) | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិសេសសម្រាប់ការងារនិងការបណ្តុះបណ្តាល (ដូចជាឧបករណ៍) | |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖ _____ | | |

សូមប្រាប់យើងអំពីមនុស្សនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក៖

យើងខ្ញុំត្រូវប្រមូលព័ត៌មានអំពីអ្នកគ្រប់គ្នាដែលរស់នៅតាមអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ក៏ដោយ។ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាពនោះ ត្រូវប្រាកដថាបំណងអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនរស់នៅជាមួយអ្នកក៏ដោយ។ សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់របាយការណ៍ពន្ធ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទេ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

បុគ្គលទី 1

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមនៃឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ _____ តើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ? បាទ/ចាស ទេ លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ _____ ភេទ៖ ប្រុស ស្រី តើអ្នកមានប័ណ្ណ PA Access/EBT ឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ

តើអ្នករៀននៅសាលា ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន ? _____ ឈ្មោះសាលា៖ _____ សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង ? បាទ/ចាស ទេ

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

បាទ/ចាស ទេ ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើអ្នកត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះឬទេ ?

បាទ/ចាស ទេ ▶ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាមួយដែលអ្នកប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភមួយរបស់អ្នក។ តើអ្នកត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬទេ ?

បាទ/ចាស ទេ ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើអ្នកយកខ្លួនជាព័ត៌មានដែលអ្នកអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធខ្ញុំពុកម្តាយរបស់អ្នក ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកមានអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ) ដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬទេ ?

តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសម្របសម្រួលអាមេរិក, សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ៖	តើអ្នកមានស្ថានភាពអត្តសញ្ញាណស្របស្រី ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន ID ៖ _____	ប្រភេទឯកសារ៖ _____	លេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន ID ឯកសារ៖ _____
	តើអ្នកមានអ្នកជួយឧបត្ថម្ភឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		

បុគ្គលទី 2

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមនៃឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ _____ តើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ _____ ភេទ៖ ប្រុស ស្រី តើបុគ្គលនេះមានប័ណ្ណ PA Access/EBT ឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ តើបុគ្គលនេះរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ

តើបុគ្គលនេះ រៀននៅសាលាឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន ? _____ ឈ្មោះសាលា៖ _____ សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង ? បាទ/ចាស ទេ

តើបុគ្គលនេះពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច ? ប្តីប្រពន្ធ កូន កូនចិញ្ចឹម មិនពាក់ព័ន្ធ ផ្សេងទៀត _____

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

បាទ/ចាស ទេ ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើបុគ្គលនេះចង់ឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះឬទេ ?

បាទ/ចាស ទេ ▶ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាមួយដែលអ្នកប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភមួយរបស់អ្នក។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬទេ ?

បាទ/ចាស ទេ ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះយកខ្លួនជាព័ត៌មានដែល ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើពួកគេមានអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ) ដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬទេ ?

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសម្របសម្រួលអាមេរិក, សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖	តើបុគ្គលនេះមានស្ថានភាពអត្តសញ្ញាណស្របស្រី ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខសម្គាល់ ID ឯកសារ៖ _____	ប្រភេទឯកសារ៖ _____	លេខសម្គាល់ ID ឯកសារ៖ _____
	តើបុគ្គលនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើបុគ្គលនេះបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		

សំណួរផ្សេងៗ

តើមានអ្នកណាម្នាក់មានផ្ទះពោះបូទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?៖	កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលកំណត់?	តើមានការរំពឹងទុកថាមានទារកប៉ុន្មាននាក់?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ជាជនពិការ ឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?	តើមានពិការភាពអ្វី?	
តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹមមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?	នៅរដ្ឋណា?	
តើមាននរណាម្នាក់បង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យដែលមានពិការភាព ដើម្បីឱ្យគាត់អាចទៅធ្វើការងារ ទៅសាលារៀន ឬការបណ្តុះបណ្តាលឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើមានចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែប៉ុន្មាន?	ចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែ \$	អ្នកណាទទួលបានការថែទាំសុខភាព?
តើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ថ្លៃធ្វើដំណើរទៅធ្វើការឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើមានចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែប៉ុន្មាន?	ចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែ \$	តើអ្នកធ្វើដំណើរតាមរយៈយានអ្វី (ឡានក្រុង រថភ្លើង ឡាន រថភ្លើងក្រោមដី)?
ប្រសិនបើអ្នកប្រើឡាន៖			
តើត្រូវទៅធ្វើការប៉ុន្មានម៉ាយល៍? <input type="checkbox"/> ម៉ាយល៍	តើប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍? <input type="checkbox"/> ថ្ងៃ	តើការទូទាត់ប្រាក់ថយចុះប្រចាំខែរបស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មាន?	ចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែ \$

ព័ត៌មានអំពីពន្ធ

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់មានគម្រោងដាក់របាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ឆ្នាំក្រោយ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោម។

សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលត្រូវដាក់ឯកសារពន្ធ។ ប្រសិនបើដាក់ឯកសាររួមគ្នា សូមរួមបញ្ចូលប្តីប្រពន្ធក្នុងផ្ទះតែមួយ។
 សម្គាល់៖ អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់កម្មាភ័ អាចទាមទារសំណងដោយអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធតែមួយប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធរួមគ្នា អ្នកគ្រាន់តែត្រូវការរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធដែលនឹងចុះហត្ថលេខាសំណុំបែបបទពន្ធ។

សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលមានផែនការដាក់របាយការណ៍ពន្ធ។	តើបុគ្គលនេះនឹងដាក់ឯកសាររួមគ្នាជាមួយប្តីប្រពន្ធឬទេ? បាទ ឬ ចាស / ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ	តើបុគ្គលនេះ នឹងទាមទារសំណងអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ឬទេ? បាទ ឬ ចាស/ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់

តើមានអ្នកណាម្នាក់នឹងទាមទារសំណងក្នុងនាមជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ចំពោះរបាយការណ៍ពន្ធរបស់នរណាម្នាក់ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោម។

សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ ឬឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធដែលទាមទារសំណងសម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់។
 សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញតារាងនេះទេ ប្រសិនបើមានការទាមទារសំណងសម្រាប់បុគ្គលនេះ ត្រូវបានត្រៀមរាយបញ្ជីឈ្មោះរួចហើយថាជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ខាងលើ។

ឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់	ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ	ញាតិភាពចំពោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ

ការកាត់ពន្ធ

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វីមួយជាក់លាក់ ដែលអាចកាត់យកក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ដែលប្រាប់យើងអំពីពួកគេនោះ អាចរៀបចំការចំណាយលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពតិចជាងបន្តិច។

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកប្រកបកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង មិនរាប់បញ្ចូលការចំណាយដែលអ្នកនឹងរៀបរាប់បញ្ជីជាការចំណាយលើសំណុំបែបបទពន្ធតាមកម្មវិធីផ្នែក C របស់អ្នកឡើយ (ឧទាហរណ៍ការចំណាយលើថយន្ត និងថយន្តដឹកទំនិញ ការបញ្ចុះតម្លៃ ប្រាក់ឈ្នួលនិយោជិត និងអត្ថប្រយោជន៍បន្ទាប់បន្សំ ជាដើម)។

តើមាននរណាម្នាក់ មានការចំណាយពី៖ (✓ គូសប្រដឹក បាទ/ចាស)	បាទ/ចាស	តើការចំណាយនេះជាប់សំណង?	តើការចំណាយដែលបានបង់ប្រាក់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (មួយដង រៀងរាល់ខែ រៀងរាល់បីខែ ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ រៀងរាល់ឆ្នាំ)	ប៉ុន្មាន?
ការកាត់យកប្រាក់កម្ចីរបស់សិស្សឬនិស្សិត				
ការកាត់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្នកគ្រប់គ្រងការងារ ឬអាជីវកម្មខ្លួនឯង				
ផ្នែកដែលអាចកាត់យកបានពីពន្ធលើការគ្រប់គ្រងការងារឬអាជីវកម្មខ្លួនឯង				
ការកាត់យកប្រាក់គណនីសន្សំសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព				
ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)				

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកមាន (ឬមានក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយ) ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពច្រើនជាងមួយប្រភេទ សូមបំពេញក្នុងប្រអប់មួយសម្រាប់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។
 សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកមានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងច្រើនជាងមួយ អ្នកត្រូវការថតចម្លងទំព័រនេះ ហើយភ្ជាប់វា។

ប្រភេទនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព ការធានារ៉ាប់រងនិយោជក កម្មវិធីមេឌីវែរ Medicare កម្មវិធី TRICARE* កម្មវិធី Peace Corps ផែនការកម្មវិធីបុគ្គល (Individual Program Plan) ផ្សេងទៀត _____

សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកទទួល (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង៖	
ឈ្មោះអ្នកកាន់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖	នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖	នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____
លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖	នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____
ឈ្មោះ/លេខក្រុម៖	នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____
តើរួមបញ្ចូល (ឬបានរួមបញ្ចូល) ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ? <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពនៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ការចេញវេជ្ជបញ្ជា <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពភ្នែក <input type="checkbox"/> តើ (ឬជា) នេះជាគម្រោងធានារ៉ាប់រងមានកំណត់ (ដូចជាប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់នៅសាលា)? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ការជួបពិនិត្យជំងឺរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> ធ្មេញ
តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានឈប់ (ឬនឹងឈប់) នៅពេលណា? (សូមទុកចោលកន្លែងនេះប្រសិនបើអ្នកនៅតែទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង) <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ បានបញ្ចប់ (ឬនឹងបញ្ចប់) ដោយសារអ្នកកាន់កាប់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងបាត់បង់ការងារ (ការបាត់បង់ការងារដោយសារក្រុមហ៊ុនកាត់បន្ថយបុគ្គលិក ការបញ្ឈប់ពីការងារ ការចាកចេញពីការងារ) ឬការផ្លាស់ប្តូរការងារឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស, តើអ្នកណាបានបង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង?
តើមាន (ឬនឹងមាន) កូនណាម្នាក់បានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសារនិយោជកឈប់ផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	

* សូមគូសប្រយោជន៍ បើអ្នកមានការថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ ឬកាតព្វកិច្ចការងារជាប្រចាំ។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីនិយោជករបស់អ្នក

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានផ្តល់ជូនពីការងារឬទេ? បាទ/ចាស ទេ សូមគូសប្រយោជន៍ បាទ/ចាស បើទោះជាមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះមកពីការងាររបស់និយោជកផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកឬម្តាយ ឬប្តីឬប្រពន្ធក៏ដោយ។

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកនេះ និងព័ត៌មានជាច្រើនទៀត ដែលអ្នកអាចធ្វើបាននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ A: ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ។

តើនេះជាគម្រោងធានារ៉ាប់រងនិយោជកធម្មតា? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើនេះជាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី COBRA? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើនេះជាគម្រោងសុខភាពអ្នកចូលនិវត្តន៍? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងាររបស់អ្នក តើអ្នកត្រូវ (ឬនឹងអាច) បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នកត្រូវ (ឬនឹងអាច) បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើមានការចំណាយប៉ុន្មានលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងក្រុមគ្រួសារតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពក្រុមនិយោជករបស់អ្នក? <input type="checkbox"/>	
តើមានការចំណាយប៉ុន្មាន ដើម្បីចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពនិយោជករបស់អ្នក? <input type="checkbox"/>	

ការចំណាយ

ផ្នែកនេះ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការចំណាយរបស់អ្នកដូច្នោះអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចមានច្រើនបំផុត។ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ការបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃការចំណាយរបស់អ្នក។

▶ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការចំណាយក្នុងត្រួតពិនិត្យយើងខ្ញុំគ្រប់ពេលវេលា យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំអ្នកឱ្យផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់នៃការចំណាយ។

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបង់ប្រាក់ការខ្ចីប្រាក់កុមារ ដល់មនុស្សម្នាក់ដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើត្រូវបានតុលាការបង្គាប់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលបានជំនួយលំនៅដ្ឋានឬទេ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើជាប្រភេទលំនៅដ្ឋានអ្វី? _____ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកទទួលបានប្រាក់ខ្ចីប្រាក់សម្រាប់ប្រាក់ប្រចាំថ្ងៃឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអាហាររួមបញ្ចូលនៅក្នុងការជួលផ្ទះរបស់អ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើមានអ្នកណានៅក្រៅត្រួតពិនិត្យរបស់អ្នក ដែលបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយរបស់អ្នកឬទេ? បើដូច្នោះ តើចំណាយអ្វីខ្លះ? _____ ប៉ុន្មាន? _____ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____ ចំពោះអ្នកណា? _____	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកចំណាយសម្រាប់ម៉ាស៊ីនកម្តៅឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	តើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ខ្យល់សម្អាតផ្ទះ ឬដើម្បីដំណើរការម៉ាស៊ីនត្រជាក់ បន្ទប់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

សូមគូសប្រតិកម្មចំណាយណាមួយដែលអ្នកបង់ប្រាក់ជារៀងរាល់ខែ ឬដោយនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ សូមគូសប្រតិកម្ម ទោះបីជាអ្នកបង់ប្រាក់តែផ្នែកខ្លះនៃវិក្កយបត្រក៏ដោយ។

ទូរសព្ទ ទឹក សំរាមបូកកសាង ការដំឡើងសេវាប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃ អគ្គិសនី
 ប្រេង ធុរ្យថ្ម អូស ប្រេងកាត លូទឹកស្អុយ ហ្គាស ប្រូប៉ាន ផ្សេងទៀត _____

ប្រសិនបើអ្នកមានការចំណាយណាមួយនៃការចំណាយទាំងនេះ តើអ្នកត្រូវចំណាយប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ?

ថ្លៃជួល: \$ _____ ថ្លៃសេវាសហកម្មសិទ្ធិ: \$ _____

វត្ថុបញ្ចាំបំណុល \$ _____ ពន្ធអចលនទ្រព្យ: \$ _____ ការចាត់បំណុលសម្រាប់ផ្ទះ: \$ _____

ការចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។

អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP បន្ថែមទៀត ប្រសិនបើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ ឬជនពិការ ហើយអ្នកអាចផ្តល់ការបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃការចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

សូមគូសប្រតិកម្មចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ ដែលអ្នកឬអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបង់ប្រាក់:

<input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រធានារ៉ាប់រង <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រវេជ្ជបណ្ឌិត	<input type="checkbox"/> ការចំណាយណាមួយដើម្បីទទួលបានការណាប័រដូបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានការពេញវេជ្ជបញ្ជា។ ទាំងនេះអាចជាការចំណាយ ដូចជាការបង់ពន្ធ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ។
<input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ	
<input type="checkbox"/> បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬកម្មវិធីមេឌីមែរ Medicare	<input type="checkbox"/> ជំនួយសុខភាព (មនុស្សនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ)។
<input type="checkbox"/> គ្រឿងបរិក្ខារពេទ្យ	<input type="checkbox"/> ការផ្គត់ផ្គង់ទាក់ទងនឹងសុខភាព (ដូចជាជំនួស ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ កន្ទួបអាចម៍មនុស្សពេញវ័យ)។
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:	<input type="checkbox"/> ថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជា

▶ ការខកខានមិនរាយការណ៍ឬផ្ទៀងផ្ទាត់រាល់ការចំណាយណាមួយដែលមានរាយបញ្ជីខាងលើនេះ នឹងត្រូវពិនិត្យឃើញថាជារបាយការណ៍មួយពីត្រួតពិនិត្យរបស់អ្នក ដែលអ្នកមិនត្រូវការទទួលបានការកាត់យកប្រាក់សម្រាប់ការចំណាយដែលមិនបានរាយការណ៍ឡើយ។

សាច់ញាតិអវត្តមាន

ផ្នែកនេះ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំសាច់ប្រាក់។

ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កូនម្នាក់ដែលមានឪពុកម្តាយមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ឬ ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ដាក់ពាក្យសុំនោះ មានប្តីឬប្រពន្ធមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ ដើម្បីយើងខ្ញុំអាចព្រួយបារម្ភទទួលបានការជួយគាំទ្រ។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញផ្នែកនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មាននេះ ឬការស្វែងរកការជួយគាំទ្រអាចធ្វើឱ្យអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារមានបារម្ភនៃអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬធ្វើឱ្យមានបញ្ហាកាន់តែលំបាកក្នុងការត្រួតពិនិត្យពីអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ឬប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកកើតមកដោយសារការចាប់រំលោភ ឬការស្មានប្តីឬការរួមភេទរវាងសាច់ញាតិដែលច្បាប់ហាមមិនឱ្យយកគ្នាជាប្តីប្រពន្ធឬប្រសិនបើអ្នកកំពុងគិតពីការណាម្នាក់ពីការសុំកូនចិញ្ចឹម។

ប្រសិនបើមានបញ្ហាមួយចំពោះអ្នក ដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មាននេះ ឬស្វែងរកការជួយគាំទ្រដោយសារតែអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការចាប់រំលោភ ឬការស្មានប្តីឬការរួមភេទរវាងសាច់ញាតិដែលច្បាប់ហាមមិនឱ្យយកគ្នាជាប្តីប្រពន្ធ ឬដោយសារតែអ្នកកំពុងគិតពីការណាម្នាក់ពីការសុំផ្តល់កូនម្នាក់សម្រាប់ការសុំកូនចិញ្ចឹម សូមគូសប្រុងប្រយ័ត្ននេះ៖

ឈ្មោះអ្នកដែលមានសាច់ញាតិមិនរស់នៅជាមួយ៖	ឈ្មោះសាច់ញាតិមិនរស់នៅជាមួយ៖	សាច់ញាតិអវត្តមានគឺជា៖
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
ឈ្មោះអ្នកដែលមានសាច់ញាតិមិនរស់នៅជាមួយ៖	ឈ្មោះសាច់ញាតិមិនរស់នៅជាមួយ៖	សាច់ញាតិអវត្តមានគឺជា៖
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ
ឈ្មោះអ្នកដែលមានសាច់ញាតិមិនរស់នៅជាមួយ៖	ឈ្មោះសាច់ញាតិមិនរស់នៅជាមួយ៖	សាច់ញាតិអវត្តមានគឺជា៖
		<input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ

▶ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់ អ្នកត្រូវតែដាក់ឈ្មោះឪពុកម្តាយរបស់កុមារដែលជាអន្តិភូតិជនណាម្នាក់ ហើយជួយផ្នែកទំនាក់ទំនងតាមផ្ទះ (Domestic Relations Section (DRS)) ប្រមូលការជួយគាំទ្រដោយផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការនោះ លើកលែងតែអ្នកមានមូលហេតុត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនជួយផ្នែក DRS ដោយផ្តល់ព័ត៌មានដែលត្រូវការ ហើយមិនមានហេតុផលត្រឹមត្រូវចំពោះការមិនជួយនោះ ចំនួនជំនួយជាសាច់ប្រាក់ដែលក្នុងនោះអ្នកទទួលបានការអនុម័តនោះ នឹងមានកម្រិតទាបដែលមានយ៉ាងតិច 25 ភាគរយ។

ប្រសិនបើបានអនុម័តលើជំនួយសាច់ប្រាក់ អ្នកត្រូវតែផ្តល់សិទ្ធិដល់ក្រសួង និងផ្នែក DRS ដើម្បីប្រមូលសាច់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកនិងអ្នកផ្សេងទៀតដែលក្នុងនោះអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ។ ច្បាប់កំណត់ថាសិទ្ធិជួយគាំទ្រនិងត្រូវប្រគល់ជូនដល់ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់។

ប្រសិនបើការឧបត្ថម្ភត្រូវបានបង់ប្រាក់សម្រាប់កុមារដែលទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់នោះ ក្រុមគ្រួសារអាចនឹងទទួលបានការឧបត្ថម្ភមួយចំនួនបន្ថែមលើការផ្តល់ជំនួយសាច់ប្រាក់។

សំណួរអំពីប្រវត្តិបទឧក្រិដ្ឋ

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពតែមួយមុខ។

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់ខ្លួនអ្នកនិងអ្នកផ្សេងទៀតដែលក្នុងនោះអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ៖

តើមានអ្នកណាម្នាក់មានដីកាកោះឬដីកាបង្ហាញខ្លួនជាអ្នកចុងចោទនៅក្នុងដំណើរការនីតិវិធីតុលាការព្រហ្មទណ្ឌឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ពាក់ប្រាក់ពិន័យ ការចំណាយ ឬការសងសំណងវិញចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសផ្សេងៗទៀតឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់មានគម្រោងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ប្រាក់ពិន័យនិងការចំណាយនានាឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ស្ថិតនៅកាកាវកំណត់ការព្យាបាលទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់ស្ថិតនៅកាកាវកំណត់ការព្យាបាលទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ មិន គោរពតាមច្បាប់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីការរំលោភបំពានសុខុមាលភាពឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមានអ្នកណាម្នាក់គេចចេញពីការអនុវត្តច្បាប់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះជាអ្នកប្រព្រឹត្តិបទល្មើសផ្លូវភេទដែលបានផ្តន្ទាទោសឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?
តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះជាអ្នកប្រព្រឹត្តិបទល្មើសផ្លូវភេទដែលបានផ្តន្ទាទោស មិន ប្រតិបត្តិតាមតម្រូវការទាមទារនៃការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?

ការចុះបញ្ជីល្មោះអនុកហៈឆន្ទាតិ (ដលៃមានដើម្បីស) ៖ ជូនកែនេះ សម្រាប់តែពលរដ្ឋអាមេរិកប៉ុណ្ណោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានចុះឈ្មោះហៈឆន្ទាតិនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឡើយទេ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះហៈឆន្ទាតិទិន្ននៃនេះឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើអ្នកមិនគួសប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះហៈឆន្ទាតិពលរដ្ឋឡើយ។

ដើម្បីចុះឈ្មោះ អនុកហៈឆន្ទាតិ៖
 1) មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ នៅក្នុងហៈឆន្ទាតិបន្ទាប់;
 2) កុលាយាតពលរដ្ឋរស់នៅក្នុងរដ្ឋអាមេរិកយ៉ាងតិចមួយខែមុនពេលហៈឆន្ទាតិបន្ទាប់;
 3) រស់នៅរដ្ឋ Pennsylvania និងមណ្ឌលហៈឆន្ទាតិយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃមុនការហៈឆន្ទាតិបន្ទាប់។

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះហៈឆន្ទាតិ និងមិនមានផលប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយដលៃអនុកហៈឆន្ទាតិឡើយ។
 ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអនុកហៈឆន្ទាតិ យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវសង្កេតទទួលបានជំនួយគឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំជាលក្ខខណៈដក់ជន។ សូមទាក់ទងការយល់យំជំនួយខាងលើ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយ។
 ប្រសិនបើអ្នករៀបរាប់ថា មាននរណាម្នាក់ប្រាប់ខ្លួនដលៃសិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះហៈឆន្ទាតិ សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះសិទ្ធិជំនួយភាពកាន់កាប់សម្រេចចិត្តថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះហៈឆន្ទាតិ ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដោះស្រាយសកលភាពសន្យាហាមឱ្យលូនរបស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខាងលើហាមឱ្យផ្តល់ឱ្យគ្រួសារ អនុកហៈឆន្ទាតិដាក់ពាក្យសុំបង្កើតដីកា Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120។ (លេខទូរស័ព្ទគិតគូរលើ 1-877-VOTESPA)។

បុគ្គលិកការិយាល័យជំនួយនានា នឹងបំពេញប្រអប់នេះដោយផ្អែកលើចម្លើយរបស់អ្នកនៅខាងលើ

<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 ___/___/___

ការហាមឃាត់ និងការដាក់ទោសទណ្ឌ សូមអានអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

ប្រសិនបើរឿងនេះ កើតឡើងដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវ		ការណ៍នេះអាចកើតឡើង (ពិន័យ)
អត្ថប្រយោជន៍ ទាំងអស់ SNAP CASH ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ	ប្រើប្រាស់ប័ណ្ណឆ្នេរអត្ថប្រយោជន៍តាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card ខុស។	ការដាក់ពិន័យ ការដាក់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ។
	មិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការទាមទារ។	ការកាត់ ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍។
	ក្នុងគោលបំណងផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលមិនពិត មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។	ការដាក់ពិន័យ ការដកសិទ្ធិ និង/ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារចំពោះការក្លែងបន្លំ សុខុមាលភាព ការដកសិទ្ធិចំពោះដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានសាច់ប្រាក់៖ • លើកទីមួយ - 6 ខែ។ • លើកទីពីរ - 12 ខែ។ • លើកទីបី - ជាប់រហូត។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP៖ • លើកទីមួយ - 12 ខែ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ។ • លើកទីបី - ជាប់រហូត។
	ដួញដូរ លក់ ឬប៉ុនប៉ងធ្វើពាណិជ្ជកម្ម លក់ ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card របស់អ្នកផ្សេង។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • ការផ្តន្ទាទោសរបស់តុលាការទាំងអស់ - 12 ខែ។
SNAP	ក្នុងគោលបំណងប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ខុស ឧទាហរណ៍ ជួញដូរ លក់ ឬទិញប័ណ្ណ EBT Card ឬ អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ ឬបោះចោលចូលជូនដល់អ្នកទិញអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បញ្ញើ - ឬទិញរបស់អ្វីៗដែលមិនចេញច្រើនដោយកម្មវិធី SNAP ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃអាហារដែលបានទទួលរួចហើយ ឬអាហារដែលមិនចាំបាច់ បង់ប្រាក់ភ្លាមៗ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទីមួយ - 12 ខែ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ។ • លើកទីបី - ជាប់រហូត។ • ការកាត់ទោសរបស់តុលាការលើកទីមួយជាង \$500 ដុល្លារ - ជាប់រហូត។
	ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដោយមានបំណងទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណា ក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយការលក់ផលិតផលនេះជាជូននិងសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពី អាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។	
	ចំពោះគោលបំណងការទិញផលិតផលដែលបានទិញតាមប្រភពដើម ដែលបានទិញដោយមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ជាជូននិងសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារមានសិទ្ធិទទួលបាន។	
	ប្រើ/ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទិញថ្នាំបូសារធាតុដែលគ្រប់គ្រង។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទីមួយ - 24 ខែ។ • លើកទីពីរ - ជាប់រហូត។
	ប្រើ/ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ក្នុងការលក់អាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ។	លើកទីមួយ - មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។
	ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសចំពោះការទិញ ការលក់ ឬការជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP សម្រាប់ទឹកប្រាក់សរុបចំនួន \$500 ដុល្លារ ឬច្រើនជាងនេះ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។
កុហកអំពីអ្នកជានរណា ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ច្រើនជាងមួយ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។	
ភ្ញៀវស្ទួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំយ៉ាង ដោយសារតែបទឧក្រិដ្ឋ/ការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិ បទឧក្រិដ្ឋ - ឬភ្ញៀវស្ទួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់។	
CASH	មិនគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់តុលាការ ដែលរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសមជ្ឈិម។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់អ្នក។
	កុហកអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានសាច់ប្រាក់នៅក្នុងរដ្ឋពីរ ឬច្រើន។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។
	ភ្ញៀវស្ទួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំយ៉ាង ដោយសារតែការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ/ការប៉ុនប៉ង ប្រព្រឹត្តិឧក្រិដ្ឋកម្ម ឧកខានមិនបានបង្ហាញខ្លួនជាអ្នកចុងចោទតាមនីតិវិធីតុលាការប្រព្រឹត្តិ ក្នុងករណីមានការ ចេញដីកាកោះ ឬដីកាចាប់ខ្លួនចំពោះបទល្មើសតិចតួច បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសមជ្ឈិម ភ្ញៀវស្ទួនដោយសារតែការព្យួរទោស មានលក្ខខណ្ឌ/ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ ឬមានដីកាដែលនៅប្រើប្រាស់មួយប្រឆាំងនឹងអ្នក។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកអនុវត្ត តាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានកំហុសពីការក្លែងបន្លំ ឬការរំលោភច្បាប់ខាងលើ៖		<ul style="list-style-type: none"> • ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP និង រហូតដល់ \$15,000 ដុល្លារសម្រាប់ កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash • ដាក់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ សម្រាប់ កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ប្រាំពីរឆ្នាំ សម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash • បានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលបង់ប្រាក់ សងមកវិញ។ • ការដកសិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈ ពេលដែលកម្មវិធីបានបញ្ជាក់ខាងលើ។
បទបញ្ជាស្តីពីការងារ SNAP	សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - កាយសម្បទា និងផ្លូវចិត្ត - មានអាយុលើសពី 15 ឆ្នាំ និងក្រោម 60 ឆ្នាំ - មិនត្រូវលើកលែង ឬ ដោយហេតុផលត្រឹមត្រូវតាមរបៀបផ្សេងទៀតនោះទេ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទីមួយ - មួយខែ និងរហូតដល់អ្នក អនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។ • លើកទីពីរ - បីខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្ត តាមអ្វីដែលបានកំណត់។ • លើកទីបី ឬច្រើនខែ និងរហូតដល់អ្នក អនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។
	<p>បដិសេធមិន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ទទួលយកការងារមួយ។ • ជូនដំណឹងទៅការិយាល័យ CAO អំពីស្ថានភាពការងារ និង ភាពអាចរកការងារធ្វើ។ 	
បទបញ្ជាស្តីពី ការងារ CASH		<p>តាមគោលបំណង ចាត់វិធានការដើម្បី៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ឈប់ពីការងារ។ • កាត់បន្ថយម៉ោងធ្វើការតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយ សប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារមួយផ្សេងទៀត ដែលបំពេញបានតាមតម្រូវការតាមទាមទារ ការងាររួចហើយ)។
	មិនបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងារជាសាច់ប្រាក់តាម គោលបំណង ដូចមានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងស្តី ពីការទទួលខុសត្រូវគ្នាទៅវិញទៅមក (AMR)។	<p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ឬ រហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ឈប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលជាងនេះ។ • ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 60 ថ្ងៃ ឬ រហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ឈប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលជាងនេះ។ • ការរំលោភបំពានលើកទី 3 - អ្នកនឹងត្រូវដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។ <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ រយៈពេល 24 ខែ មិនចាំបាច់ដាក់ប្រាក់ធានាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះតែបុគ្គល ប៉ុណ្ណោះ។</p> <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ រយៈពេល 24 ខែ មិនចាំបាច់ដាក់ប្រាក់ធានាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះក្រុមគ្រួសារ ទាំងអស់។</p>

ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ លុះត្រាតែអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញឧបសម្ព័ន្ធនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកគ្រាន់តែដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP ប៉ុណ្ណោះ។

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ អ្នកអាចត្រូវការស្នើសុំឱ្យនិយោជករបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកបំពេញផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះពីនិយោជករបស់អ្នកទាន់ពេលវេលា ឬអ្នកមានអារម្មណ៍ថាការបំពេញនេះនឹងអាចពន្យារពេលការចាប់ផ្តើមនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកនោះ អ្នកអាចដាក់ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់មានឧបសម្ព័ន្ធ A ឡើយ។ សូមភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ការងារនីមួយៗដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

ឈ្មោះនិយោជក (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល)	លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច
--	-------------------------------

ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

ឈ្មោះនិយោជក៖	លេខអត្តសញ្ញាណនិយោជក (EIN)
--------------	---------------------------

អាសយដ្ឋាននិយោជក (រួមមាន ផ្លូវ លេខផ្ទះ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍ + 4)៖	លេខទូរសព្ទនិយោជក ()
---	----------------------

តើយើងខ្ញុំអាចទាក់ទងអ្នកណាអំពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជកចំពោះការងារនេះ?	លេខទូរសព្ទ (ប្រសិនបើមានខុសពីខាងលើ)៖ ()	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖
---	---	------------------

តើបច្ចុប្បន្ននិយោជកមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយនិយោជកនេះ ឬតើនិយោជកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងរយៈពេលបីខែក្រោយឬទេ?

បាទ/ចាស (បន្ត) ប្រសិនបើនិយោជកមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់នៅថ្ងៃនេះ ដែលរួមមានទាំងលទ្ធផលនៃការរង់ចាំ ឬរយៈពេលការព្យាបាលមានលក្ខខណ្ឌ តើនិយោជកមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅពេលណា?

ទេ (ឈប់ ហើយប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជក)

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពី គម្រោងថែទាំសុខភាព ដែលនិយោជកបានផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ។

តើនិយោជកផ្តល់ជូនគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុករបស់និយោជកឬទេ? បាទ/ចាស។ អ្នកណា៖ ប្តីឬប្រពន្ធ អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក

ទេ (ចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)

តើនិយោជកផ្តល់ជូនគម្រោងសុខភាពដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមាឬទេ? *

បាទ/ចាស (ចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)

ទេ (ឈប់ ហើយប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជក)

សម្រាប់គម្រោងចំណាយទាបបំផុតដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមា* ដែលបានផ្តល់ជូន និយោជកតែប៉ុណ្ណោះ (មិនរាប់បញ្ចូលផែនការគ្រួសារ)៖ ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីសុខុមាលភាព សូមផ្តល់ជូនបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនិយោជកនឹងអាចបង់ប្រាក់ ប្រសិនបើគាត់បានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធីបញ្ឈប់ការជំពាក់ ហើយមិនបានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃណាមួយផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើកម្មវិធីសុខុមាលភាព។

តើនិយោជកនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងនេះឬទេ? \$ _____

តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់សប្តាហ៍ រាល់ពីរសប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ រាល់ខែ រាល់បីខែ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ ហើយអ្នកដឹងថាគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ជូន នឹងផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹង ឈប់ ហើយប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជក។

តើនិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ផែនការឆ្នាំថ្មីនេះ?

និយោជកមិនផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។

និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់និយោជិតនានា ឬផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងគម្រោងចំណាយទាបបំផុត ដែលអាចផ្តល់ជូនតែនិយោជិតដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមាប៉ុណ្ណោះ។* (បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ត្រូវបង្ហាញពីការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីសុខុមាលភាព។ សូមមើលសំណួរខាងលើ)។

តើនិយោជិតនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការនេះឬទេ? \$

តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់សប្តាហ៍ រាល់ពីរសប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ រាល់ខែ រាល់បីខែ រាល់ឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____

* គម្រោងថែទាំសុខភាពដែលនិយោជកបញ្ឈប់ បំពេញតាម "ស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមា" ប្រសិនបើការចូលរួមចំណែកគម្រោងចំណាយលើអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានអនុញ្ញាតចំនួនសុទ្ធ ដែលគម្រោងបានចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ មិនតិចជាង 60 ភាគរយនៃការចំណាយបែបនេះ (ផ្នែក 36B(C)(2)(C)(ii) នៃក្រមស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុងឆ្នាំ 1986)។



Pennsylvania

Department of Human Services

ក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ (DHS) នៃរដ្ឋ Pennsylvania គោរពច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្ត ហើយមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។ ក្រសួង DHS មិនបដិសេធប្រជាពលរដ្ឋ ឬចាត់ទុកពួកគេដោយឡែកផ្សេងគ្នា ដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ជំនឿ ការជាប់ទាក់ទងសាសនា ពូជពង្ស អត្តសញ្ញាណ ឬលក្ខណៈយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ។

ក្រសួង DHS ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃជូនដល់ជនពិការ ដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយយើងខ្ញុំ ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាប្រើសញ្ញាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (អក្សរពុម្ពធំ ជាសំឡេង ដែលអាចចូលប្រើបានជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក និងទម្រង់ផ្សេងៗ)
- សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃជូនដល់ប្រជាពលរដ្ឋ ដែលមានភាសារដើមរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាក្រសួង DHS បានខកខានផ្តល់ជូនសេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងតាមរបៀបផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជូនទៅ៖ The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, PA Relay Services 711, fax - (717) 772-4366, (717) 787-1127 សេវាបញ្ជូនបន្ត PA Relay Services 711 ទូរសារ - (717) 772-4366 ឬអ៊ីមែលល - RA-PWBEOAO@pa.gov។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខនោះ ការិយាល័យឱកាសស្នើគ្នា អាចជួយអ្នកបាន។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិជនស៊ីវិលជូនទៅក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាប្រជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល តាមអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈគេហទំព័រតំណភ្ជាប់នៃបណ្តឹងសិទ្ធិជនស៊ីវិល ដែលអាចមានតាមគេហទំព័រ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសព្ទ៖

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)

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

ការហាមឃាត់ និងការដាក់ទោសទណ្ឌ សូមអានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ប្រសិនបើរឿងនេះ កើតឡើងដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវ		ការណ៍នេះអាចកើតឡើង (ពិន័យ)
អត្ថប្រយោជន៍ ទាំងអស់ SNAP CASH ជំនួយជួសជុលស្រូវ	ប្រើប្រាស់ខុសប័ណ្ណឆ្នេរប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍តាមអេឡិចត្រូនិច (EBT) Card ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card ។	ការដាក់ពិន័យ ការដាក់ពន្ធនាគារ ឬ ទាំងពីរ។
	មិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការទាមទារ។	កាត់ប្រាក់ប្រយោជន៍។
	ក្នុងគោលបំណងផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលមិនពិត មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។	ការដាក់ពិន័យ ការដាក់សិទ្ធិ និង/ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារចំពោះការក្លែងបន្លំ សុខុមាលភាព ការដាក់សិទ្ធិចំពោះដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានសាច់ប្រាក់៖ • លើកទីមួយ - 6 ខែ។ • លើកទីពីរ - 12 ខែ។ • លើកទីបី - ជាប់រហូត។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP៖ • លើកទីមួយ - 12 ខែ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ។ • លើកទីបី - ជាប់រហូត។
ជួញដូរ លក់ ឬប្តូរបង់ធ្វើពាណិជ្ជកម្ម លក់ ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card របស់អ្នកផ្សេង។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • ការផ្តន្ទាទោសរបស់តុលាការទាំងអស់ - 12 ខែ។	
SNAP	ក្នុងគោលបំណងប្រើប្រាស់ខុសអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ឧទាហរណ៍ជួញដូរ លក់ ឬទិញប័ណ្ណ EBT Card ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ ឬបោះចោលចូលក្នុងដៃលក់ទិញអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បញ្ញើ - ឬទិញរបស់ផ្សេងៗដែលមិនចេញថ្លៃដោយកម្មវិធី SNAP ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃអាហារដែលបានទទួលរួចហើយ ឬអាហារដែលមានប្រាក់កម្ចី។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទីមួយ - 12 ខែ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ។ • លើកទីបី - ជាប់រហូត។ • ការកាត់ទោសរបស់តុលាការលើកទីមួយជាង \$500 ដុល្លារ - ជាប់រហូត។
	ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដោយមានបំណងទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយការលក់ផលិតផលនេះជាជូនន័យសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។	
	ចំពោះគោលបំណងការទិញផលិតផលដែលបានទិញតាមប្រកបដើម ដែលបានទិញដោយមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ជាជូនន័យសាច់ប្រាក់ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារមានសិទ្ធិទទួលបាន។	
	ប្រើ/ទទួលបានការអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទិញថ្នាំឬសារធាតុដែលគ្រប់គ្រង។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទីមួយ - 24 ខែ។ • លើកទីពីរ - ជាប់រហូត។
	ប្រើ/ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ក្នុងការលក់អាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ។	លើកទីមួយ - មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។
	ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសចំពោះការទិញ ការលក់ ឬការជួញដូរការអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP សម្រាប់ទឹកប្រាក់សរុបចំនួន \$500 ដុល្លារឬច្រើនជាងនេះ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។
	កុហកអំពីអ្នកជានរណា ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានការអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ច្រើនជាងមួយ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។
កៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារតែបទឧក្រិដ្ឋ/ការប្តឹងបង្រៀមប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ ឬកៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់។	
CASH	មិនគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់ ដែលរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះបទឧក្រិដ្ឋឬបទល្មើសរដ្ឋបាល។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់អ្នក។
	កុហកអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានសាច់ប្រាក់នៅក្នុងរដ្ឋពីរប្រច្រើន។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។
	កៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារតែការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ/ការប្តឹងបង្រៀមប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ ឧកខានមិនបានបង្ហាញខ្លួនជាអ្នកចុងចោទតាមនីតិវិធីតុលាការព្រហ្មទណ្ឌ ក្នុងករណីមានការចេញដីកាកោះប្រជុំសវនាការចំពោះបទល្មើសតិចតួច បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសរដ្ឋបាល កៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ/ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ; ឬមានដីកាដែលនៅប្រើប្រាស់ប្រឆាំងនឹងអ្នក។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានកំហុសពីការក្លែងបន្លំ ឬការរំលោភច្បាប់ខាងលើ៖		<ul style="list-style-type: none"> • ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ \$15,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash; • ដាក់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ សម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ ប្រាំពីរឆ្នាំសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash; • បានទទួលការអត្ថប្រយោជន៍ដែលបង់ប្រាក់សងមកវិញ។ • ការដាក់សិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈពេលដែលកម្មវិធីបានបញ្ចាក់ខាងលើ។
SNAP បទបញ្ជាស្តីពីការងារ	សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - កាយសម្បទា និងផ្លូវចិត្ត - មានអាយុលើសពី 15 ឆ្នាំ និងក្រោម 60 ឆ្នាំ - មិនត្រូវលើកលែង ឬដោយហេតុផលត្រឹមត្រូវតាមរបៀបផ្សេងទៀតនោះទេ។	មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទីមួយ - មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។ • លើកទីពីរ - បីខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។ • លើកទីបី ឬច្រើនខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។
	<p>បដិសេធ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ទទួលយកការងារមួយ។ • ជូនដំណឹងទៅការិយាល័យ CAO អំពីស្ថានភាពការងារនិងភាពអាចរកការងារធ្វើ។ 	
បទបញ្ជាស្តីពីការងារ CASH	មិនបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងារជាសាច់ប្រាក់តាមគោលបំណង ដូចមានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការទទួលខុសត្រូវគ្នាទៅវិញទៅមក (AMR)។	<p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលយ៉ាងនេះ។ • ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 60 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលយ៉ាងនេះ។ • ការរំលោភបំពានលើកទី 3 - អ្នកនឹងត្រូវដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។ <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះតែបុគ្គលប៉ុណ្ណោះ។</p> <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះក្រុមគ្រួសារទាំងអស់។</p>

ជូនចំពោះ៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេង មានសេវាកម្មជំនួយភាសា មិនគិតថ្លៃទេ អាចរកបានសម្រាប់អ្នក។ 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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។
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)



Pennsylvania
Department of Human Services