

**ផែនការសម្រាប់ការឧបត្ថម្ភគាំទ្រខ្លួនខ្ញុំ
និងក្រុមគ្រួសារខ្ញុំ**

កិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការទទួលខុសត្រូវ
ទាំងសងខាង

បន្ទាត់លេខ:	ឈ្មោះ:		
ខោនធី:	លេខសំណុំរឿង:	លេខទូរស័ព្ទ:	កាលបរិច្ឆេទ:

សង្ខេបសំណុំរឿង : សម្រាប់ការិយាល័យ CAO ប្រើប្រាស់ ។ បុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក នឹងបំពេញកន្លែងនេះជាមួយអ្នក ។

ចំនួនថ្ងៃកម្មវិធី TANF : _____ ចំនួនថ្ងៃ GA : _____
 កម្រិតការសិក្សាខ្ពស់បំផុតដែលអ្នកបានរៀនចប់ : _____
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតកូនដែលក្មេងជាងគេ : _____
 ចំនួនសប្តាហ៍នៃការធ្វើការដែលមានប្រាក់ឈ្នួល ដែលបានបញ្ចប់ : _____
 ចំនួនម៉ោងសេវាកម្មសហគមន៍ដែលអាចអនុញ្ញាតក្នុងមួយសប្តាហ៍ : _____

គោលបំណង : តើអ្នកនឹងស្វែងរកប្រភេទការងារ ឬប្រាក់ចំណូលអ្វីខ្លះ ដែលជួយគាំទ្រខ្លួនឯង? តើមានការបណ្តុះបណ្តាល ឬការសិក្សាអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកអាចត្រូវការ?

រយៈពេលវែង :
 ជំហានទីមួយ :

ឧបសគ្គនានាចំពោះការសម្រេចគោលដៅ : សូមបំពេញបញ្ជីផ្ទៃក្នុងដាក់អំពីការវាយតម្លៃភាពត្រូវមន្ត្រីជាស្រេចចំពោះការងារ ។

ស្ថានភាពការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល : សូមពិនិត្យមើល បើអ្នកត្រូវបានគេកំណត់ចំពោះលក្ខខណ្ឌការងារ ។

ដែលត្រូវអនុវត្តជាចាំបាច់ លើកលែងបាន

ស្ថានភាពនៃការចូលរួម : សូមមើលឧបសគ្គរបស់អ្នក ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើមានផលប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នក ដើម្បីចូលរួមក្នុងសកម្មភាពយ៉ាងដូចម្តេច ។

ហេតុផលត្រឹមត្រូវ និងការលើកលែងនានាត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ និងត្រូវបាន :

បានអនុម័ត បានបដិសេធ មិនអាចអនុវត្ត
 មូលហេតុ :

ជំនួយពីទីភ្នាក់ងារ និងអ្នកជំនាញដែលត្រូវបញ្ជូនមក : សូមពិនិត្យមើលថា តើ យើងខ្ញុំឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត អាចជួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច ។

ផែនការសម្រាប់ការឧបត្ថម្ភគាំទ្រខ្លួនខ្ញុំ និងក្រុមគ្រួសារខ្ញុំ

កិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការទទួលខុសត្រូវទាំងសងខាង

បន្ទាត់លេខ:	ឈ្មោះ:		
ខោនធី:	លេខសំណុំរឿង:	លេខទូរស័ព្ទ:	កាលបរិច្ឆេទ:

សកម្មភាពចូលរួម :

អ៊ីខ្លះ ៖

កន្លែងណា ៖

នៅពេលណា ៖

ចំនួនម៉ោង ៖

អ្នកត្រូវចូលរួមតាមចំនួនម៉ោងកំណត់ _____ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ និង _____ ចំនួនម៉ោងមិនកំណត់ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។

អ៊ីខ្លះ ៖

កន្លែងណា ៖

នៅពេលណា ៖

ចំនួនម៉ោង ៖

អ្នកត្រូវចូលរួមតាមចំនួនម៉ោងកំណត់ _____ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ និង _____ ចំនួនម៉ោងមិនកំណត់ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។

សិទ្ធិរបស់អ្នក ៖

មុនការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់នោះ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឲ្យគេពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នកឡើងវិញ ដើម្បីកំណត់ថា អ្នកមានហេតុផលត្រឹមត្រូវ (មូលហេតុត្រឹមត្រូវ) ចំពោះការមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនានាឬទេ ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសកម្មភាព មុនការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ ។ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងខ្លួនរណ៍ និងស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ បើអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ ។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក នឹងត្រូវបន្តដំណើរការ បើបណ្តឹងខ្លួនរណ៍របស់អ្នក ត្រូវបានវាយត្រាប្រែសំណើ ឬទទួលបានក្នុងរយៈពេលដប់ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទសេចក្តីជូនដំណឹងដែលធ្វើតាមប្រសិទ្ធិសំណើ ដែលស្នើឡើងដើម្បីកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ។

ហេតុផលត្រឹមត្រូវ ៖

ហេតុផលត្រឹមត្រូវ និងត្រូវបានគិតពីចារណា បើមូលហេតុចំពោះការមិនបានបំពេញតាមជំហាននានានៅក្នុងផែនការ (Plan) របស់អ្នក សម្រាប់ការឧបត្ថម្ភគាំទ្រដោយខ្លួនខ្ញុំ (Supporting Myself) និងក្រុមគ្រួសារខ្ញុំ (My Family) ហួសពីការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នក ។ ឧទាហរណ៍អំពីហេតុផលត្រឹមត្រូវមានដូចជាអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការមិនបានថែទាំកូនឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ឬតម្រូវការក្នុងការថែទាំជនពិការ ឬបុគ្គលដែលឈឺ ។

រាយការណ៍អំពីផែនការទៅ _____ ដោយ: _____

	ឈ្មោះ:	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទបុគ្គលិក
ខ្ញុំមាន និងយល់ដឹងអំពីសំណុំបែបបទនេះ ដែលហៅថាកិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការទទួលខុសត្រូវទាំងសងខាង (Agreement of Mutual Responsibility (AMR)), ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR ដើម្បីទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ ។ ខ្ញុំដឹងថាការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR មានន័យថាខ្ញុំពុំនិយាយថាខ្ញុំនឹងធ្វើអ្វីដែលផែនការនៃកិច្ចព្រមព្រៀង AMR ប្រាប់ខ្ញុំឱ្យធ្វើ ។ ខ្ញុំដឹងថា បើខ្ញុំមិនធ្វើអ្វីដែលមាននៅក្នុងផែនការដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវនោះ អាចកើតមាន “ការពិន័យជាប្រាក់” តាមកិច្ចព្រមព្រៀង AMR នេះ នៅទំព័រ 4 ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា បើខ្ញុំមិនចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR នេះ - លុះត្រាតែខ្ញុំមានមូលហេតុត្រឹមត្រូវ - ក្រុមគ្រួសារខ្ញុំ និងខ្ញុំអាចមិនទទួលបានជំនួយសាច់ប្រាក់ឡើយ (62 P.S. 405.3). ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការពិន័យជាប្រាក់ចំពោះការមិនចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR ត្រូវបានរៀបរាប់នៅទំព័រ 4 នៃសំណុំបែបបទនេះ ។	ហត្ថលេខាអតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ	
		ហត្ថលេខាទីភ្នាក់ងារ	កាលបរិច្ឆេទ

ការពិន័យជាប្រាក់តាមកិច្ចព្រមព្រៀង

ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធ ឬខកខានដោយចេតនា ដើម្បី៖	ការពិន័យជាប្រាក់ នឹងមាន៖
ធ្វើផែនការជាមួយបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR លុះត្រាតែអ្នកមានមូលហេតុត្រឹមត្រូវចំពោះការមិនអនុវត្តដូច្នោះ ។	អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយសាច់ប្រាក់ឡើយ លុះត្រាតែអ្នកចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR នេះ ។ ប្រសិនបើអ្នក ឬមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ទៀត ដែលបានទទួលពីកម្មវិធី TANF រយៈពេល 60 ខែរួចមកហើយនោះ អ្នកនឹងក្រុមគ្រួសារអ្នក មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយសាច់ប្រាក់ឡើយ ។
ចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR ដែលបានធ្វើតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ជូនអ្នក និងបញ្ជូនកិច្ចព្រមព្រៀងនេះត្រឡប់មកវិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ នៃកាលបរិច្ឆេទ ការចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR របស់ ការិយាល័យជំនួយនៅខោនធី (CAO) ។	អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយសាច់ប្រាក់ឡើយ បើកិច្ចព្រមព្រៀង AMR មិនត្រូវបានបញ្ជូនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ។ ប្រសិនបើអ្នក ឬមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ទៀត ដែលបានទទួលពីកម្មវិធី TANF រយៈពេល 60 ខែរួចមកហើយនោះ អ្នកនឹងក្រុមគ្រួសារអ្នក មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយសាច់ប្រាក់ឡើយ ។
សម្របសម្រួលចំពោះលក្ខខណ្ឌទាមទារនានា ដើម្បីស្វែងរកការឧបត្ថម្ភគាំទ្រ និង/ឬ ផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពជាឪពុកនោះ លុះត្រាតែអ្នកមានហេតុផលត្រឹមត្រូវ ចំពោះការមិនអនុវត្តដូច្នោះ ។	ការធានារ៉ាប់រងជំនួយសាច់ប្រាក់ប្រចាំខែរបស់អ្នក នឹងត្រូវកាត់បន្ថយត្រឹម 25 ភាគរយ ។
បំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងារ លុះត្រាតែអ្នកមានហេតុផលត្រឹមត្រូវចំពោះ ការមិនអនុវត្តដូច្នោះ ។ ការណ៍នេះ ត្រូវរ៉ាប់រងបញ្ចូល មានជាអាទិ៍៖ <ul style="list-style-type: none"> • ការចូលរួមការងារ ឬសកម្មភាពការងារ ដែលរួមមានការសិក្សា និងការបណ្តុះបណ្តាល; • ការស្វែងរកការងារយ៉ាងសកម្ម និងការផ្តល់ជូនឯកសារដែលទាមទារ; និង • ការទទួលយក និងការរក្សាការងារដែលអាចមាន ។ 	<p>ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ដែលមួយណាមាន រយៈពេលយ៉ាងនេះ ។</p> <p>ការរំលោភបំពានលើកទី 2 - អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 60 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ដែលមួយណាមាន រយៈពេលយ៉ាងនេះ ។</p> <p>ការរំលោភបំពានលើកទី 3 - ក្រុមគ្រួសារអ្នកទាំងអស់ នឹងមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។</p> <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលសម្រាប់ការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 24 ខែដំបូងនៃការទទួលជំនួយសាច់ប្រាក់មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះតែបុគ្គលប៉ុណ្ណោះ ។</p> <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលសម្រាប់ការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្នុងរយៈពេល 24 ខែដំបូងនៃការទទួលជំនួយសាច់ប្រាក់មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នា ឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះក្រុមគ្រួសារទាំងអស់ ។</p>
រក្សាការប្រាក់ចំណូលដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងដោយគ្មានមូលហេតុត្រឹមត្រូវ ដែលកាត់បន្ថយចំនួនម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នកដែលមានចំនួនតិចជាង 20 ម៉ោងជារៀងរាល់សប្តាហ៍ ។	ការផ្តល់ជំនួយប្រាក់របស់អ្នក នឹងត្រូវកាត់បន្ថយមកត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់ស្មើនឹងប្រាក់ដែលអ្នកបាន រកចំណូល បើអ្នកមិនបានកាត់បន្ថយចំនួនម៉ោងរបស់អ្នកដោយស្ម័គ្រចិត្ត ។
ចូលរួមក្នុងការព្យាបាលការផ្ទុំញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងដែលអាចមាន ប្រសិនបើ មានការប្រើសារធាតុខុសច្បាប់ ដែលកំពុងតែរារាំងអ្នកពីការស្វែងរកការងារ ឬការរក្សាការងារ ។	អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះការចែករំលែកពីការផ្តល់ជំនួយសាច់ប្រាក់ រហូតដល់អ្នកសហការជាមួយផែនការព្យាបាលដែលអាចមាន ។
ដាក់ពាក្យសុំប្រកាសប្រាក់ចំណូល ដែលអាចប្រព្រឹត្តទៅបានផ្សេងៗទៀត ។	អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ រហូតដល់អ្នកយល់ព្រមបំពេញតាមតម្រូវការ ទាមទារនានា ។ ប្រសិនបើអ្នក ឬមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ទៀត ដែលបានទទួល ពីកម្មវិធី TANF រយៈពេល 60 ខែរួចមកហើយនោះ អ្នកនឹងក្រុមគ្រួសារអ្នក មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រហូតដល់ការអនុវត្តតាមច្បាប់ ។
ប្រគល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ អំពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិសេស បានចំណាយយ៉ាងដូចម្តេច ។	អ្នកអាចត្រូវបង់ប្រាក់សងមកវិញ បើអ្នកមិនបានប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិសេស ដែលអ្នកបាន ទទួលដើម្បីបង់ប្រាក់សម្រាប់វត្ថុឬរបស់អ្វីៗ ឬសេវាកម្មនានា ដែលអ្នកបានស្នើសុំ ។