



Pennsylvania
Department of Human Services

ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងនៅរដ្ឋ Pennsylvania

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 ទំហែទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម (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.

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការពាក្យសុំនេះជាទម្រង់អក្សរពោះពុម្ពធំ ឬជាទម្រង់ផ្សេង ទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទមកបណ្តាញទូរស័ព្ទជំនួយរបស់យើង តាមលេខ **1-800-692-7462**។

បុគ្គលនានាដែលច្បង ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពខាងការនិយាយ និងមានបំណងចង់ទំនាក់ទំនងមក បណ្តាញទូរស័ព្ទជំនួយ អាចហៅទូរស័ព្ទសេវាកម្មភ្ជាប់បន្ត PA Relay Services ដោយចុចលេខ **711**។



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំតាមអនឡាញតាមរិបសាយ៖ www.compass.state.pa.us.



សុវត្ថិភាពគ្រួសារ ៖ ព័ត៌មានអំពីអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការបំពានបំពានផ្លូវភេទ និងអត្ថប្រយោជន៍ TANF របស់អ្នក ។

អាចជាការពិបាកណាស់ដែលទទួលស្គាល់ថា ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកស្និទ្ធស្នាលជាមួយ កំពុងមាន ទំនាក់ទំនង ឬជួបប្រទះ អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ។

អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារគឺជាទម្រង់នៃអាកប្បកិរិយារំលោភបំពាននៅក្នុងទំនាក់ទំនងណាមួយដែលប្រព្រឹត្តដោយបុគ្គលណាម្នាក់ ដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាអំណាចនិងការគ្រប់គ្រងទៅលើបុគ្គលម្នាក់ទៀតនៅក្នុងទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធ ឬទំនាក់ទំនងគ្រួសារ ។ អាចមានលក្ខណៈបែប ផ្លូវកាយ ផ្លូវភេទ ផ្លូវអារម្មណ៍ ឬផ្លូវចិត្ត ។ មានពាក់ព័ន្ធនឹងអាកប្បកិរិយាដែលបំប្លែង ប្រើឈ្លើយឈ្លី សម្លេង ទុកចោល បន្ទាច បំភិតបំភ័យ បំផ្លាញ គំរាមកំហែង បំប្លែងបង្គាប់ បង្កការឈឺចាប់ បង្កសេចក្តីវិនាសអន្តរាយ ឬបង្ករបួសស្នាមដល់នរណាម្នាក់ ។ ក៏អាចមានពាក់ព័ន្ធនឹងការគ្រប់គ្រង និងដាក់កម្រិតលើការទទួលបានហិរញ្ញវត្ថុ ឬបណ្តាញផ្សព្វផ្សាយសង្គម ។

ឧទាហរណ៍អំពីអាកប្បកិរិយារំលោភបំពាន រួមមានជាអាទិ៍ ៖

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

ប្រសិនបើអ្នកគឺជា 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 អ្នកឱ្យយល់អំពីវិធាននៅពេលដាក់ពាក្យសុំជំនួយសាច់ប្រាក់ និងរបៀបដែលពួកគេរាប់បញ្ចូលដល់អ្នកប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ។

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

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

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

PA CareerLink® - ព័ត៌មានសំខាន់ៗ

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

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





រដ្ឋ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធផ្សេងទៀតដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជូនយើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានខុស លាក់បាំង ឬមិនព្រមផ្តល់អង្គហេតុពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនោះ អ្នកអាចត្រូវបានទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់ សំណងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកអាចទទួលបានការចោទប្រកាន់និងការដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងមួយចំនួននាពេលអនាគត។



COMPASS

CLICK. APPLY. BENEFIT.

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំតាមអនឡាញតាមវិបសាយ៖ www.compass.state.pa.us។

វាងាយស្រួល ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ!

1. បំពេញសំណុំបែបបទនេះ។
2. ចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅទំព័រ 1 និងទំព័រ 15
3. នាំយក ធ្វើតាមទូរសារ ឬធ្វើតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍នូវសំណុំបែបបទរបស់អ្នកទៅការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក (CAO) ។

តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍សេវាកម្មផ្សេងទៀតទេ?

សូមគូសប្រដាប់ក្នុងប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចាប់អារម្មណ៍ចំពោះព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មណាមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (SSI) | <input type="checkbox"/> គ្លីនិកគាំពារសុខភាពកុមារតូច (Well Baby Clinic) | <input type="checkbox"/> សេវាថែទាំកុមារ (Child care) |
| <input type="checkbox"/> សេវាកម្មផ្នែកពិការភាពបញ្ញា | <input type="checkbox"/> ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ) | <input type="checkbox"/> Head Start (សម្រាប់កុមារៗអាយុ 3 ដល់ 6 ឆ្នាំ) |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP (ជំនួយថាមពល) | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មអតីតយុទ្ធជន | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មជួយគាំទ្រកុមារ |
| <input type="checkbox"/> ធនាគារអាហារ | <input type="checkbox"/> ការងារនិងការបណ្តុះបណ្តាល | <input type="checkbox"/> ផែនការគ្រួសារ/ការពន្យារកំណើត |
| <input type="checkbox"/> អាហារនៅសាលា (ឥតគិតថ្លៃឬបញ្ចុះថ្លៃ) | <input type="checkbox"/> ការស្តារនីតិសម្បទារដ្ឋាធិបតី | <input type="checkbox"/> Lifeline (សេវាកម្មទូរស័ព្ទដែលបញ្ចុះថ្លៃ) |
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង (ការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់) | <input type="checkbox"/> ជំនួយលំនៅដ្ឋាន | <input type="checkbox"/> WIC (ស្ត្រី ទារក និងកុមារ) |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិសេសសម្រាប់ការងារនិងការបណ្តុះបណ្តាល ដូចជាឧបករណ៍ | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មតាមលំនៅដ្ឋាននិងសហគមន៍ (សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត) | |
- ផ្សេងៗ៖ _____

មានសំណួរឬទេ?

សូមហៅទូរស័ព្ទមកការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ឬមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន (CUSTOMER SERVICE CENTER) របស់យើងតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-877-395-8930 ។ នៅរដ្ឋ Philadelphia សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-215-560-7226 ។

យើងខ្ញុំនៅទីនេះ ដើម្បីជួយអ្នក ។ សូមហៅទូរស័ព្ទពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច សេវា TDD អាចរកបាននៅទីនេះ ដោយគ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទទៅសេវាក្លែងបន្ត (PA Relay Services) តាមលេខ 711 ។

សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ (Medical Providers Use Only)

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

សម្រាប់ការិយាល័យ CAO ប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ (CAO Use Only)

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

កម្មវិធី SNAP ទាន់ចិត្ត!

សូមទទួលយកការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី SNAP ឥឡូវនេះ!

(SNAP ត្រូវបានគេស្គាល់កាលពីមុនថាជាកម្មវិធីបំណុលជនក្រីក្រទិញអាហារតម្លៃថោក (Food Stamp program))។

- តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ \$100 ដុល្លារឬតិចជាងនេះ នៅក្នុងគណនីសាច់ប្រាក់និងគណនីធនាគារ ដែលអាចមាន ហើយរំពឹងទុកថាទទួលបានប្រាក់ចំណូលតិចជាង \$150 ដុល្លារក្នុងខែនេះឬទេ?
- តើអ្នកជាកម្មករធ្វើការចំណាកស្រុក ឬកម្មករធ្វើការតាមរដូវកាល?
- តើប្រាក់ចំណូលនិងគណនីសាច់ប្រាក់និងគណនីធនាគារសរុបប្រចាំខែរបស់អ្នក តិចជាងថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/ ប្រាក់កម្ចីរបស់អ្នក និងសេវាប្រើប្រាស់ថ្ងៃសម្រាប់ខែនេះឬទេ?

ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះសំណួរណាមួយក្នុងចំណោមសំណួរទាំងនេះថា បាទ/ចាសំ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ឆាប់រហ័ស។

ក្នុងនេះមានន័យថាអ្នកអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ក្នុងរយៈពេលប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនតាមកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។ សូមសាកសួរព័ត៌មានបន្ថែម ដោយទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋាន។

សូមដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP របស់អ្នកថ្ងៃនេះ!

វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំថ្ងៃនេះ នៅគ្រប់ពេលមុនម៉ោង 5 ល្ងាច បុគ្គលិកនៅការិយាល័យជំនួយខោនធី ត្រូវចុះ កាលបរិច្ឆេទនិងបោះត្រាលើពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅខណៈពេលអ្នកពិនិត្យមើល។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ទាន់ចិត្តនោះ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការជួបប្រជុំទីភ្នាក់ងារក្នុង រយៈពេលពីរថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងការងារម្នាក់នៅការិយាល័យជំនួយខោនធី។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវបានបដិសេធចំពោះសិទ្ធិសេវាកម្មរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើការិយាល័យជំនួយខោនធីមិនយកពាក្យសុំរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកប្រគល់ជូន និងការចុះកាលបរិច្ឆេទនិង បោះត្រាលើពាក្យសុំនៅខណៈពេលអ្នកពិនិត្យមើលនោះ សូមស្នើសុំការពិភាក្សាជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងណាម្នាក់ ឬហៅទូរស័ព្ទមកបណ្តាញទូរស័ព្ទ ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-692-7462។

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ឥតគិតថ្លៃនៅការិយាល័យសេវាកម្មច្បាប់នៅមូលដ្ឋាន។



តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីអ្វី?

ជំនួយសាច់ប្រាក់
 ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព
 SNAP (កម្មវិធីជំនួយបន្ថែមអាហារូបត្ថម្ភ)

What language do you prefer? តើអ្នកត្រូវការភាសាអ្វី?
 English/អង់គ្លេស
 Spanish/អេស្ប៉ាញ
 Other/ផ្សេងៗ (specify/សូមបញ្ជាក់) _____
 Do you need an interpreter? តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាឬទេ?
 Yes/បាទ/ចាស
 No/ទេ
 If yes, what language? បើបាទ/ចាស តើភាសាអ្វី? _____

ចូលទៅកាន់កាតព្វកិច្ចការអន្តរក្រសួង! តើអ្នកចង់ទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងរបស់អ្នកតាមអ៊ីនធឺណិតឬទេ?
 សូមចូលទៅវេបសាយ www.compass.state.pa.us និងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគណនី MyCOMPASS Account របស់អ្នក។

- យើងខ្ញុំអាចចាប់ផ្តើមដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗនៅពេលអ្នកសរសេរឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ហើយចុះហត្ថលេខានិងប្រគល់ជូនពាក្យសុំនេះ។
- យើងខ្ញុំលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យឆ្លើយសំណួរជាច្រើនតាមដែលអ្នកអាចធ្វើទៅបាន លើកលែងតែមានការណែនាំប្រាប់អ្នកថា អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរ។ ពេលយើងខ្ញុំមានព័ត៌មានពេញលេញកាន់តែច្រើន យើងនឹងអាចដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នកកាន់តែលឿន។
- ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងពិការភ្នែក SNAP ចាប់ផ្តើមដំណើរការពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងខ្ញុំទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានឬអត់។

▶ **ចំណុចសំខាន់៖** បុគ្គលទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ ត្រូវផ្តល់ជូនប្រាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) ហើយឆ្លើយសំណួរអំពីសញ្ជាតិ។ ការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN គឺជាជម្រើសសម្រាប់បុគ្គលនានាដែលមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រង បន្ថែមការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណអាចបង្កើនល្បឿនដំណើរការនៃការដាក់ពាក្យសុំនេះ។ យើងខ្ញុំប្រើលេខប័ណ្ណ SSNs ដើម្បីឆែកមើលប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយការចំណាយលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើមានការកំហុសក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-772-1213 ឬចូលទៅវេបសាយ www.ssa.gov អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-325-0778 ។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលដាក់ពាក្យសុំសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ឬដាក់ពាក្យសុំប្តូរផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN ទេ។

យើងខ្ញុំនឹងត្រូវទាក់ទងមនុស្សពេញវ័យ/ឪពុកម្តាយ/អ្នកថែទាំសុខភាព។

ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្ទះ (រួមមាន ផ្លូវ លេខផ្ទះ ទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដហ្សឺប ZIP +4) _____

| | | |
|--|--|--|
| មណ្ឌលសិក្សាធានា៖ _____ | ទីប្រជុំជនសង្កាត់ ក្រុងឬទីក្រុង៖ _____ | តើអ្នកបានរស់នៅអាសយដ្ឋាននេះ រយៈពេលប៉ុន្មាន? _____ |
| លេខទូរស័ព្ទ៖ () _____ | ប្រភេទទូរស័ព្ទ៖ <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទចល័ត | លេខទូរស័ព្ទទីពីរ៖ () _____ |
| ប្រភេទទូរស័ព្ទ៖ <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទចល័ត | អាសយដ្ឋានប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ (ប្រសិនបើមានខុសពីអាសយដ្ឋានផ្ទះ)៖ _____ | |

គូសនៅទីនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានអាសយដ្ឋានផ្ទះ។ អ្នកនៅតែត្រូវការផ្តល់ជូនអាសយដ្ឋានប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍។

អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានកម្មវិធី SNAP ក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃ! សូមឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ បន្ទាប់មកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ហើយប្រគល់វាទៅការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នកនៅត្រឹមម៉ោង 5 ល្ងាច ថ្ងៃនេះ! ការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នកនឹងរៀបចំការធ្វើបទសម្ភាសន៍មួយជាមួយអ្នក។

| | | |
|---|---|--|
| ប្រចាំខែសរុបសម្រាប់អ្នក និងនរណាម្នាក់ដែលនឹងដាក់ពាក្យសុំការយកពន្ធ៖ \$ _____ | តើអ្នកប្តូរណាម្នាក់ដែលលោកអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ ឥឡូវនេះ ទទួលបានកម្មវិធី SNAP ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើអ្នកបង់ប្រាក់សេវាប្រើប្រាស់ថ្ងៃក្រៅពីទូរស័ព្ទឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើសេវាប្រើប្រាស់ថ្ងៃណាមួយ? _____ |
| ធនសរុប (ធនធានគិល្បយកក់ជាសាច់ប្រាក់ គណនីមូលប្បទានប័ត្រ និងគណនីសន្សំ)៖ \$ _____ | តើអ្នកបង់ប្រាក់សេវាកម្មទូរស័ព្ទឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើអ្នកប្តូរណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ ជាមួយអ្នកធ្វើចំណាយតាមរយៈរដ្ឋបាល ឬកម្មវិធីចំណាកស្រុកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| ប្រចាំខែសរុប ឬសម្រាប់អ្នកនិងអ្នកណាម្នាក់ដែលនឹងដាក់ពាក្យសុំ៖ \$ _____ | តើអ្នកបង់ប្រាក់ថ្លៃកម្រៅ ឬការចំណាយលើដំណើរការម៉ាស៊ីនត្រដាក់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើអ្នកប្តូរណាម្នាក់ដែលនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ រស់នៅទីជម្រកមួយសម្រាប់ស្ត្រីនិងកុមារដែលទទួលបានការរំលោភបំពានឬការវាយដំឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |

សូមចុះហត្ថលេខា ទីនេះ៖

X _____

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត កាលបរិច្ឆេទ _____



សូមប្រាប់យើងអំពីមនុស្សនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក

យើងខ្ញុំត្រូវប្រមូលព័ត៌មានអំពីអ្នកគ្រប់គ្នាដែលរស់នៅតាមអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំការថែទាំសុខភាពនោះ ត្រូវប្រាកដថាបំពេញលេខរណាម្នាក់នៅក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធរបស់អ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនរស់នៅជាមួយអ្នកក៏ដោយ។
កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់របាយការណ៍ពន្ធដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងទេ។

បុគ្គលទី 1 (ចាប់ផ្តើមពីអ្នកខ្លួនឯង) CAO Use Only Line #:

| | | | | | |
|--|---|---|------------|----------------------------------|---|
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះបេកកណ្តាល នាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | | តើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯងឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ | |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | លេខប័ណ្ណបើកបរ ឬលេខ ID រដ្ឋ បើអ្នកមាន៖ | | ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ | <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ <input type="checkbox"/> បានលែងលះប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ |
| តើអ្នកកំពុងរៀននៅសាលាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើរៀនថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? | | ឈ្មោះសាលា៖ | | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើអ្នកមានគភ៌ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលសម្រាលកូន? | | | តើរំពឹងទុកថា មានកូនប៉ុន្មាននាក់? | |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង។

| | | |
|--|--|---|
| អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែកម្មវិធី SNAP។ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើអ្នកត្រូវការការពិនិត្យការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពិការភាពអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលឪពុកម្តាយរបស់អ្នក។ តើអ្នកត្រូវការការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផែនការប័ណ្ណ និងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើអ្នកភ័យខ្លាចថាព័ត៌មានដែលអ្នកអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកមានអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ) ដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឬទេ? |

តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬ? បាទ/ចាស ទេ

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--------------|--|
| ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនពលរដ្ឋអាមេរិកឬជនជាតិអាមេរិកទេ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម៖ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើអ្នកមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID។ | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ឯកសារ |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើអ្នកមានអ្នកជួយឧបត្ថម្ភឬទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? |

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| ជាតិសាសន៍ (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ ដែលត្រូវ) | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A) | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងៗ _____ |

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| ជនជាតិភាគតិច (ដែលមានជម្រើស) | <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ | <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ |
|------------------------------------|---|---|



| | | | |
|---|---|---|--|
| ប្រគល់ទី 2 | | CAO Use Only Line #: | |
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ នាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | | តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | លេខប័ណ្ណបើកបរ ឬលេខ ID រដ្ឋ បើបុគ្គលនេះមាន៖ | ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ |
| តើបុគ្គលនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? | <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | តើបុគ្គលនេះ រស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| តើបុគ្គលនេះកំពុងរៀននៅសាលាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើរៀនថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? | ឈ្មោះសាលា៖ | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើបុគ្គលនេះ មានគភ៌ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលសម្រាលកូន? | តើរឿងទុកថា មានកូនប៉ុន្មាននាក់? | |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។

| | | |
|--|--|---|
| អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែកម្មវិធី SNAP។ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើពួកគេមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលមានប្រាក់ចំណូលឌីជីថលឬមួយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផែនការប៉ុណ្ណោះ និងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យខ្លាចថាព័ត៌មានដែល ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាអ្វីក្នុងការផ្តល់ជូន ឬបាត់បង់អាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ? តើពួកគេមានអារម្មណ៍ផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ) ដែលពួកគេចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឬទេ? |

| | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------|
| តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើបុគ្គលនេះមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID។ | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ឯកសារ៖ |
| | តើបុគ្គលនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើបុគ្គលនេះ បានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |

| | |
|---|---|
| (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ ដែលត្រូវ) | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវី ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងៗ _____ |
| (ដែលមានជម្រើស) | <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញឬឡាទីនណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញឬឡាទីនណូ |

ប្រគល់ទី 3

| | | | |
|---|---|---|--|
| ប្រគល់ទី 3 | | CAO Use Only Line #: | |
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ នាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | | តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | លេខប័ណ្ណបើកបរ ឬលេខ ID រដ្ឋ បើបុគ្គលនេះមាន៖ | ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ <input type="checkbox"/> នៅលើ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ |
| តើបុគ្គលនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? | <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | តើបុគ្គលនេះ រស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| តើបុគ្គលនេះកំពុងរៀននៅសាលាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើរៀនថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? | ឈ្មោះសាលា៖ | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើបុគ្គលនេះ មានគភ៌ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលសម្រាលកូន? | តើរឿងទុកថា មានកូនប៉ុន្មាននាក់? | |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។

| | | |
|--|--|---|
| អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែកម្មវិធី SNAP។ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើពួកគេមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលមានប្រាក់ចំណូលឌីជីថលឬមួយរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផែនការប៉ុណ្ណោះ និងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យខ្លាចថាព័ត៌មានដែល ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាអ្វីក្នុងការផ្តល់ជូន ឬបាត់បង់អាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ? តើពួកគេមានអារម្មណ៍ផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ) ដែលពួកគេចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឬទេ? |

| | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------|
| តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើបុគ្គលនេះមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID។ | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ឯកសារ៖ |
| | តើបុគ្គលនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើបុគ្គលនេះ បានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |

| | |
|---|---|
| (ដែលមានជម្រើស) (សូមគូសយកចំណុចទាំងអស់ ដែលត្រូវ) | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវី ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងៗ _____ |
| (ដែលមានជម្រើស) | <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញឬឡាទីនណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញឬឡាទីនណូ |



| ប្រាក់លទ្ធិ 4 | | | | CAO Use Only Line #: | |
|--|---|--|--|---|---|
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ តាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | | | តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ប្រាក់លទ្ធិនេះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | លេខប័ណ្ណបើកបរ ឬលេខ ID រដ្ឋ បើប្រើប្រាស់នេះមាន៖ | ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ | <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ | <input type="checkbox"/> បានលែងលះប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> មេមាយ |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | | | តើប្រាក់លទ្ធិនេះ រស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះកំពុងរៀននៅសាលាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើរៀនថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? | ឈ្មោះសាលា៖ | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះ មានគភ៌ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលសម្រាលកូន? | | តើរឿងទុកថា មានកូនប៉ុន្មាននាក់? | | |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ប្រាក់លទ្ធិនេះ។

| | | |
|---|--|--|
| អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែកម្មវិធី SNAP។ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើប្រាក់លទ្ធិនេះត្រូវការការពិនិត្យការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើប្រាក់លទ្ធិនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងកាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើពួកគេមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលមានប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ជាងប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ តើប្រាក់លទ្ធិនេះត្រូវការការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផែនការប៉ុណ្ណោះ និងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើប្រាក់លទ្ធិនេះកើតមាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវភេទ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើពួកគេមានអាយុដូចម្តេចផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ) ដែលពួកគេចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឬទេ? |

| | | | | |
|--|--|--|--------------|-----------------------|
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើប្រាក់លទ្ធិនេះមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID។ | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ឯកសារ៖ |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើប្រាក់លទ្ធិនេះ បានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| ជាតិសាសន៍ (ដែលមានជម្រើស) (សូមគុណភាពទាំងអស់ ដែលត្រូវ) | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាណាណូ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A) | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងៗ _____ |
| ជនជាតិភាគតិច (ដែលមានជម្រើស) | <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ | | |

ប្រាក់លទ្ធិ 5

| ប្រាក់លទ្ធិ 5 | | | | CAO Use Only Line #: | |
|--|---|--|--|---|---|
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ តាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | | | តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ប្រាក់លទ្ធិនេះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | លេខប័ណ្ណបើកបរ ឬលេខ ID រដ្ឋ បើប្រើប្រាស់នេះមាន៖ | ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ | <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ | <input type="checkbox"/> បានលែងលះប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> មេមាយ |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | | | តើប្រាក់លទ្ធិនេះ រស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះកំពុងរៀននៅសាលាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើរៀនថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? | ឈ្មោះសាលា៖ | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះ មានគភ៌ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលសម្រាលកូន? | | តើរឿងទុកថា មានកូនប៉ុន្មាននាក់? | | |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ប្រាក់លទ្ធិនេះ។

| | | |
|---|--|--|
| អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែកម្មវិធី SNAP។ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើប្រាក់លទ្ធិនេះត្រូវការការពិនិត្យការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើប្រាក់លទ្ធិនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេក្នុងកាលបរិច្ឆេទចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើពួកគេមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលមានប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ជាងប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ តើប្រាក់លទ្ធិនេះត្រូវការការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផែនការប៉ុណ្ណោះ និងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើប្រាក់លទ្ធិនេះកើតមាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវភេទ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើពួកគេមានអាយុដូចម្តេចផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ) ដែលពួកគេចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឬទេ? |

| | | | | |
|--|--|--|--------------|-----------------------|
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើប្រាក់លទ្ធិនេះមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID។ | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ឯកសារ៖ |
| តើប្រាក់លទ្ធិនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើប្រាក់លទ្ធិនេះ បានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| ជាតិសាសន៍ (ដែលមានជម្រើស) (សូមគុណភាពទាំងអស់ ដែលត្រូវ) | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាណាណូ (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A) | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងៗ _____ |
| ជនជាតិភាគតិច (ដែលមានជម្រើស) | <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ | | |



| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| ប្រគល់ទី 6 | | | | CAO Use Only Line #: | |
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ នាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | | | តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | លេខប័ណ្ណបើកបរ ឬលេខ ID រដ្ឋ បើបុគ្គលនេះមាន៖ | ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ | <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ | <input type="checkbox"/> បានលែងលះ/ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> មេមាយ |
| តើបុគ្គលនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | | | តើបុគ្គលនេះ រស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើបុគ្គលនេះកំពុងរៀននៅសាលាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើរៀនថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? | ឈ្មោះសាលា៖ | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើបុគ្គលនេះ មានគភ៌ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលសម្រាលកូន? | | តើរឿងទុកថា មានកូនប៉ុន្មាននាក់? | | |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។

| | | |
|--|--|---|
| អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែកម្មវិធី SNAP។ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីពាក់កណ្តាលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើពួកគេមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលមានប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ប្រមាណរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផែនការបុណ្ណោះ និងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យខ្លាចថាពិតមានដៃល ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវការយូរអង្វែង ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើពួកគេមានអាយុដូចម្តេចផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ) ដែលពួកគេចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឬទេ? |

| | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------|
| តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើបុគ្គលនេះមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID។ | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ឯកសារ៖ |
| | តើបុគ្គលនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើបុគ្គលនេះ បានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |

| | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| ជាតិសាសន៍ (ដែលមានជម្រើស) (សូមគុណភាពទាំងអស់ ដែលត្រូវ) | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាណាណា (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A) | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងៗ _____ |
| ជនជាតិភាគតិច (ដែលមានជម្រើស) | <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ | | |

ប្រគល់ទី 7

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| ប្រគល់ទី 7 | | | | CAO Use Only Line #: | |
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ នាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | | | តើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖ |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ | ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី | លេខប័ណ្ណបើកបរ ឬលេខ ID រដ្ឋ បើបុគ្គលនេះមាន៖ | ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ | <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> បានរៀបការ | <input type="checkbox"/> បានលែងលះ/ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> មេមាយ |
| តើបុគ្គលនេះមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? <input type="checkbox"/> ប្តីប្រពន្ធ <input type="checkbox"/> កូន <input type="checkbox"/> កូនចុង <input type="checkbox"/> មិនពាក់ព័ន្ធ | | | តើបុគ្គលនេះ រស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើបុគ្គលនេះកំពុងរៀននៅសាលាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើរៀនថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន? | ឈ្មោះសាលា៖ | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| តើបុគ្គលនេះ មានគភ៌ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលសម្រាលកូន? | | តើរឿងទុកថា មានកូនប៉ុន្មាននាក់? | | |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។

| | | |
|--|--|---|
| អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែកម្មវិធី SNAP។ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាអំពីពាក់កណ្តាលរបស់ពួកគេក្នុងការសម្រេចចុងក្រោយរបស់យើងចំពោះតែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើពួកគេមានបំណងចង់ពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃពាក់កណ្តាលគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដែលមានប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ប្រមាណរបស់ពួកគេ។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់តែកម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារផែនការបុណ្ណោះ និងមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬ? |
| | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះភ័យខ្លាចថាពិតមានដៃល ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវការយូរអង្វែង ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើពួកគេមានអាយុដូចម្តេចផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ) ដែលពួកគេចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឬទេ? |

| | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------|
| តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើបុគ្គលនេះមានឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ID។ | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ឯកសារ៖ |
| | តើបុគ្គលនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើបុគ្គលនេះ បានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |

| | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| ជាតិសាសន៍ (ដែលមានជម្រើស) (សូមគុណភាពទាំងអស់ ដែលត្រូវ) | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក |
| | <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាណាណា (សូមមើលឧបសម្ព័ន្ធ A) | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងៗ _____ |
| ជនជាតិភាគតិច (ដែលមានជម្រើស) | <input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញឬឡាទិនណូ | | |



ព័ត៌មានអំពីពន្ធ៖ សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ។

បំពេញព័ត៌មាននេះសម្រាប់ប្តីប្រពន្ធដែគ្មានអ្នក និងកូនៗដែលរស់នៅជាមួយអ្នក និង/ឬ អ្នកផ្សេងទៀតនៅក្នុងតាមការណែនាំពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធដូចគ្នារបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកដាក់ឯកសារមួយច្បាប់។

តើបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលនានាដែលមានរាយបញ្ជីឈ្មោះក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ គ្រោងនឹងដាក់ជូនឯកសាររបាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលនៅឆ្នាំក្រោយប្រទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធនិងរាយបញ្ជីឈ្មោះប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ឯកសារសំណងរួមគ្នា។

| ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ៖ | ការដាក់ឯកសាររួមគ្នា ឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ៖ |
|-------------------------|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |

តើបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលនានាដែលមានរាយបញ្ជីឈ្មោះក្នុងការដាក់ពាក្យសុំនេះ ទាមទារអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកណាម្នាក់ចំពោះសំណងពន្ធរបស់ពួកគេឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធនិងរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក។ អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកម្នាក់ អាចទាមទារសំណងដោយអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធតែមួយប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធរួមគ្នា អ្នកគ្រាន់តែត្រូវការរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកសម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធដែលនឹងចុះហត្ថលេខាសំណុំបែបបទពន្ធ។

| ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ៖ | អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក៖ |
|-------------------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |

តើបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលនានាដែលមានរាយបញ្ជីឈ្មោះក្នុងការដាក់ពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានទាមទារថាជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុកណាម្នាក់ចំពោះសំណងពន្ធរបស់នរណាម្នាក់ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក និងរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធសម្រាប់អ្នកណាដែលរស់នៅក្នុងបន្ទុក ដែលនឹងត្រូវទាមទារសំណង។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញព័ត៌មានក្នុងតារាងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក ត្រូវបានរាយបញ្ជីឈ្មោះនៅខាងលើរួចហើយ។

| ឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក៖ | ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ៖ | ញាតិភាពចំពោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ៖ |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ការដកយកពន្ធ៖ សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ។

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វីមួយដាក់លាក់ ដែលអាចកាត់យកក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ការប្រាប់យើងអំពីបុគ្គលនោះ អាចធ្វើឲ្យការចំណាយលើការចេញថ្លៃ ធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពតិចជាងបន្តិច។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកប្រកបកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង លោកអ្នកមិនត្រូវរាប់បញ្ចូលការចំណាយដែលអ្នកនឹងចុះក្នុងបញ្ជីជាការចំណាយលើសំណុំបែបបទពន្ធតាមកាលវិភាគ C (Schedule C) របស់អ្នកឡើយ (ឧទាហរណ៍ការចំណាយលើថយន្ត និងថយន្តដឹកទំនិញការបញ្ជុះតម្លៃ ប្រាក់ឈ្នួលនិយោជិត និងការធានារ៉ាប់រងបន្ទាប់បន្សំ ជាដើម។

| តើមាននរណាម្នាក់ មានការចំណាយពី៖ (✓) (គូសប្រូជិក បាទ/ចាស) | បាទ/ ចាស | តើការចំណាយនេះជាបស់នរណា? | តើការចំណាយនេះ ត្រូវបង់ប្រាក់ ញឹកញាប់បំផុត? (មួយដង រៀងរាល់ខែ រៀងរាល់បីខែ ពីរដង ក្នុងមួយឆ្នាំ រៀងរាល់ឆ្នាំ) | ប៉ុន្មាន? |
|---|-------------|-------------------------|--|-----------|
| ការកាត់យកប្រាក់កម្ចីរបស់សិស្សនិស្សិត | | | | |
| ការកាត់យកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលប្រកបកិច្ចការ ជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង | | | | |
| ផ្នែកដែលអាចកាត់យកប្រាក់បានពីពន្ធគ្រប់គ្រងប្រកបកិច្ចការ ជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង | | | | |
| ការកាត់យកប្រាក់យកលើសន្សំសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព | | | | |
| ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) | | | | |



ធនធាន (ហៅថា “ទ្រព្យកម្ម” ផងដែរ)៖ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព ហើយអ្នកបំពេញតាមការលើកលែងណាមួយក្នុងចំណោមការលើកលែងទាំងនេះ៖ មានផ្ទៃពោះ កូនអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ មានកូនក្នុងបន្ទុកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក អ្នកមិនមានពិការភាព ហើយមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីធនធាន ដូចជា៖

- សាច់ប្រាក់
- គណនីសេក/គណនីសន្សំ
- លិខិតបញ្ជាក់ការដាក់ប្រាក់
- គណនីអេឡិចត្រូនិក (E-money) / ឌីជីថល (PayPal, Cash App)
- IRA/401k/ការថែទាំលើកប្រាក់ចំណេញ
- ប័ណ្ណបំណុលប្រាក់សន្សំអាមេរិក
- ក្លឹបបុណ្យណាអែល ឬក្លឹបវិស្សមកាល
- ភាគហ៊ុន ឬប័ណ្ណប្រាក់រដ្ឋាភិបាល
- មូលនិធិទំនុកចិត្ត
- ទូក គ្រឿងចក្របើកលើទឹកកក រថយន្តមានកន្លែងរស់នៅ
- ម៉ូតូ ទូរទស្សន៍ ATV
- យានយន្ត (រថយន្ត រថយន្តវេន រថយន្តដឹកទំនិញ)

សូមរៀបចំបញ្ជីធនធាននីមួយៗដោយឡែកពីគ្នា៖

| ឈ្មោះអ្នកដែលមានធនធាន៖ | ប្រភេទធនធាន៖ | ប៉ុន្មាន? | តើធនធាននេះស្ថិតនៅ/លេខគណនីនៅឯណា? |
|-----------------------|--------------|-----------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

សំណួរផ្សេងទៀតអំពីធនធាន៖ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំធានារ៉ាប់រងសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព ហើយអ្នកបំពេញតាមការលើកលែងណាមួយក្នុងចំណោមការលើកលែងទាំងនេះ៖ មានផ្ទៃពោះ កូនអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ មានកូនក្នុងបន្ទុកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក អ្នកមិនមានពិការភាព ហើយមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ។

| | | | | |
|--|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|
| តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នករំពឹងទុកថាមានប្រាក់ដែលមានជាអាទិ៍ ការមានការងារធ្វើ ការដោះស្រាយបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់ ការទទួលបាន មរតក ឬមូលនិធិទុកចិត្តឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា? | ប្រភេទអ្វី? | តើគេរំពឹងទុកនៅពេលណា? | តើត្រូវរំពឹងទុកប៉ុន្មាន? |
| តើមាននរណាម្នាក់បានលក់ បានចែកឱ្យ ឬបានផ្ទេរកម្មសិទ្ធិផ្ទះដីធ្លី ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនឬធនធានផ្សេងទៀតក្នុងរយៈពេលប្រាំឆ្នាំចុងក្រោយនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស, នរណា? | ប្រភេទអ្វី? | នៅពេលណា? | តើវាមានតម្លៃប៉ុន្មាន? |
| តើមានអ្នកណាមានកម្មសិទ្ធិផ្ទះឬទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយ ដែលពួកគេមិនរស់នៅឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា? | តើអ្នកនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានយានយន្តប៉ុន្មានគ្រឿង? | ▶▶ | |
| តើមាននរណាម្នាក់មានកិច្ចព្រមព្រៀងបញ្ចុះសពជាមួយធនាគារ ឬផ្ទះបុណ្យសពឬទេ? | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា? | តើអ្នកនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានដីបញ្ចុះសពប៉ុន្មានកន្លែង? | | |
| តើមាននរណាមានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតឬទេ? | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា? | ▶▶ | | |



ប្រាក់ចំណូល៖

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់កូនប្អូនប្អូនស្រីដែលអ្នកបានរៀបរាប់នៅលើពាក្យសុំនេះ។
តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទេ? មាន មិនមាន ប្រសិនបើមាន ចូររៀបរាប់ពីប្រាក់ចំណូលណាដែលបានទទួលរួចហើយ ឬរំពឹងថានឹងទទួលបាននៅឆ្នាំនេះ។

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់កម្រៃជើងសារ <input type="checkbox"/> ភាគលាភ <input type="checkbox"/> ការលេងល្បែង/ឆ្នោត <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឈ្នួលដែលអាណាព្យាបាលបង់ឲ្យ <input type="checkbox"/> ប្រាក់ទទួលបានមកពីមើលថែកូនគេ <input type="checkbox"/> ប្រាក់សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ប្រាក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកជាប្រាក់កម្ចី | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកសម្រាប់ថ្លៃជួលផ្ទះ <input type="checkbox"/> ប្រាក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកសម្រាប់ជួលបន្ទប់ <input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធនវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ការងារសម្រាប់ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ពេលមានជំងឺ <input type="checkbox"/> ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) | <input type="checkbox"/> ការឧបត្ថម្ភ <input type="checkbox"/> ការគ្មានការងារធ្វើ <input type="checkbox"/> ថ្លៃបង់សហជីព <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងអតិថិជនយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> ប្រាក់ខែបានមកពីការងារ <input type="checkbox"/> ប្រាក់សំណងបុគ្គលិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____ |
|--|---|---|

| ឈ្មោះអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល៖ | ប្រភេទ/ប្រភពប្រាក់ចំណូល/ឈ្មោះបុគ្គលិក៖ | ប្រាក់ចំណូល/ចំណាយ ធ្វើប៉ុន្មាន? | ចំណាយញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណាដែរ? | កាលបរិច្ឆេទនៃ ការចំណាយថ្មីៗបំផុត៖ |
|-----------------------------|--|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

សំណួរផ្សេងទៀតអំពីប្រាក់ចំណូល៖

| | |
|---|---------------------|
| មាននរណាម្នាក់ធ្វើការងារក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះទេ? | ប្រសិនបើមាន តើនរណា? |
| មាននរណាម្នាក់ថយម៉ោងធ្វើការក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះទេ? | ប្រសិនបើមាន តើនរណា? |
| តើមាននរណាម្នាក់ឈប់ធ្វើការនៅកន្លែងការងារមួយឬច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃកន្លងមកទេ? | ប្រសិនបើមាន តើនរណា? |
| តើមាននរណាម្នាក់កំពុងធ្វើកូដកម្មទេ? | ប្រសិនបើមាន តើនរណា? |
| តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់សន្តិសុខសង្គមទេកន្លងមក? | ប្រសិនបើមាន តើនរណា? |
| តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែមទេកន្លងមក? | ប្រសិនបើមាន តើនរណា? |

ការកាត់ពន្ធទុកជាមុន

រាយបញ្ជីការកាត់ពន្ធទុកជាមុនដែលដកចេញពីប្រាក់ចំណូលសរុប ដូចជាប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព/ធូញ/វិភូក/បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត, 401(k) ឬការរួមចំណែកក្នុងគណនីចូលនិវត្តន៍, គណនីសន្សំសម្រាប់គ្រួសារ (FSA) ឬការរួមចំណែកក្នុងគណនីសន្សំសម្រាប់សុខភាព (HSA) ជាដើម។

| ឈ្មោះ: | ការកាត់ទុក | ចំនួនទឹកប្រាក់ប្រចាំខែ |
|--------|------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

តើមាននរណាម្នាក់បានដាក់ពាក្យសុំ ឬរង់ចាំការសម្រេចចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយក្នុងចំណោមអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ ទេ? (គូសដឹកចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម | <input type="checkbox"/> ប្រាក់សំណងពេលគ្មានការងារធ្វើ | <input type="checkbox"/> ប្រាក់សំណងបុគ្គលិក |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អតិថិជនយុទ្ធជន | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____ |

| អ្នកដែលបានដាក់ពាក្យសុំ៖ | ដាក់សុំអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់៖ | ការបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍៖ | ការសម្រេចពីអត្ថប្រយោជន៍ ណាមួយដែលស្ថិតនៅក្រោម បណ្តឹង៖ |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |

តើមាននរណាម្នាក់បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំកូន ឬការថែទាំមនុស្សជំងឺដែលមានពិការភាពដើម្បីឲ្យគាត់អាចទៅធ្វើការ ទៅសាលារៀន ឬទៅចូលរួមវគ្គបណ្តុះបណ្តាលបាន? មាន មិនមាន

| | |
|---|-------------------------|
| ប្រសិនបើមាន, តើមួយខែបង់ប៉ុន្មាន? ទឹកប្រាក់ប្រចាំខែ៖ | អ្នកដែលទទួលបានការថែទាំ? |
|---|-------------------------|

តើវាធ្វើឲ្យនរណាម្នាក់ចំណាយអ្វីមួយដើម្បីទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលរៀបរាប់ខាងលើនេះទេ? (ដូចជាការចំណាយលើការធ្វើដំណើរ ថ្លៃគុលាការ ធនាគារ ឬថ្លៃអាណាព្យាបាល។ល។)? មាន អត់មាន



អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងច្រើនជាងមួយ អ្នកត្រូវការចាត់ចែងទំព័រនេះ ហើយភ្ជាប់វា។

ប្រភេទនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព ការធានារ៉ាប់រងនិយោជក Medicare TRICARE*
 Peace Corps ផែនការជាលក្ខណៈបុគ្គល ផ្សេងៗ _____

| សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នក (ឬបានទទួល) ត្រូវបានទទួលការចេញថ្លៃ ៖ | | |
|--|-----------|------------|
| ឈ្មោះអ្នកកាន់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖ | នាមខ្លួន៖ | នាមត្រកូល៖ |
| ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖ | នាមខ្លួន៖ | នាមត្រកូល៖ |
| លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖ | នាមខ្លួន៖ | នាមត្រកូល៖ |
| ឈ្មោះ/លេខក្រុម៖ | នាមខ្លួន៖ | នាមត្រកូល៖ |

តើត្រូវទទួលបានការចេញថ្លៃ ឬ (ត្រូវបានចេញថ្លៃលើអ្វីខ្លះ)? ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបញ្ជាថ្នាំពេទ្យ ការថែទាំភ្នែក
 ការជួបគ្រូពេទ្យ ផ្នែកធ្មេញ
 តើនេះ គឺ (ភ្ជាប់) ជាផែនការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ (ដូចជាប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់នៅសាលា) ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើការធានារ៉ាប់រងបានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា? (សូមទុកចោលកន្លែងនេះប្រសិនបើអ្នកនៅតែទទួលបានការចេញថ្លៃ។)

តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ បានបញ្ចប់ (ឬនឹងបញ្ចប់) ដោយសារអ្នកកាន់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងចាត់បង់ការងារ (ការបណ្តេញចេញពីការងារ បញ្ឈប់ពីការងារ ចាកចេញពីការងារ) ឬផ្លាស់ប្តូរការងារឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 តើនរណាចាត់បង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង?

តើមានកូនណាម្នាក់បាន (ឬនឹង) ចាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសារនិយោជករបស់ផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

*សូមគូសប្រយោជន៍ បើអ្នកមានការថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ ឬការត្រួតពិនិត្យការងារជាប្រចាំ។

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ។

តើមាននរណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 សូមគូសប្រយោជន៍ បាទ/ចាស បើទោះជាមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះមកពីការងាររបស់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកឬម្តាយ ឬប្តីឬប្រពន្ធក៏ដោយ។

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកនេះ និងព័ត៌មានជាច្រើនទៀត ដែលអ្នកអាចធ្វើបាននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ B ៖ ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ ។

តើនេះជាផែនការធានារ៉ាប់រងនិយោជករបស់អ្នក? បាទ/ចាស ទេ
 តើនេះជាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី COBRA ឬ? បាទ/ចាស ទេ
 តើនេះជាផែនការសុខភាពអ្នកចូលនិវត្តន៍ឬ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងាររបស់អ្នកតែអ្នកត្រូវ (ឬនឹងអាច) បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើមានការចំណាយប៉ុន្មានលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងក្រុមគ្រួសារតាមរយៈផែនការថែទាំសុខភាពក្រុមនិយោជករបស់អ្នក?
 តើមានការចំណាយប៉ុន្មាន ដើម្បីចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកតាមរយៈផែនការថែទាំសុខភាពនិយោជករបស់អ្នក?



ការចំណាយ៖ ផ្នែកនេះ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការចំណាយរបស់អ្នកដើម្បីឱ្យអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចមានច្រើនបំផុត។ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ការបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃការចំណាយរបស់អ្នក។

▶ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការចំណាយក្នុងគ្រួសារជូនយើងខ្ញុំគ្រប់ពេល យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់នៃការចំណាយ។

| | |
|---|--|
| តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបង់ប្រាក់ជួយឧបត្ថម្ភរុករានដល់ ដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលបានជំនួយលំនៅដ្ឋានឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើវាជាការចេញបញ្ជូនរបស់តុលាការ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់សេវាប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើអាហារមានរាប់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃជួលរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើមាននរណានៅក្រៅគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់កម្រៅឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ខ្យល់សម្អាតផ្ទះ ឬដើម្បីដំណើរការម៉ាស៊ីនត្រជាក់បន្ទប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |

សូមគូសប្រតិកកាចំណាយណាមួយដែលអ្នកបង់ប្រាក់ផ្សេងៗទៀត ឬដោយនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ សូមគូសប្រតិក ទោះបីជាអ្នកបង់ប្រាក់តែផ្នែកខ្លះនៃវិក្កយបត្រក៏ដោយ។

ទូរស័ព្ទ ទឹក សំរាម ការដំឡើងសេវាប្រើប្រាស់ថ្ងៃ អគ្គិសនី

ប្រេង ធុនថ្ម អុស ប្រេងកាត លូទឹកស្អុយ ហ្គាស ប្រូប៉ាន ផ្សេងៗ _____

ប្រសិនបើអ្នកមានការចំណាយណាមួយនៃការចំណាយទាំងនេះ តើអ្នកត្រូវចំណាយប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ?

ថ្លៃជួលផ្ទះ៖ \$ _____ ថ្លៃសេវាខុនដូ៖ \$ _____

ខ្ចីប្រាក់មានរូបបញ្ជាក់បំណុល \$ _____ ការបង់ពន្ធអចលនទ្រព្យ៖ \$ _____ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ម្ចាស់ផ្ទះ៖ \$ _____

ការចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកនេះ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។

អ្នកអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP បន្ថែមទៀត ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ ឬជនពិការ ហើយអ្នកអាចផ្តល់ការបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃការចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

សូមគូសប្រតិកការចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ ដែលអ្នកប្តូរនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបង់ប្រាក់៖

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រធូល្យ | <input type="checkbox"/> ការចំណាយណាមួយដើម្បីទទួលបានការណាមួយបំប៉នខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬដើម្បីទទួលបានការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំពេទ្យ។ ទាំងនេះអាចជាការចំណាយ ដូចជាការបង់ពន្ធ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ។ |
| <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រវេជ្ជបណ្ឌិត | |
| <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ | <input type="checkbox"/> ជំនួយសុខភាព (មនុស្សនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយការព្យាបាលខាងវេជ្ជសាស្ត្រ)។ |
| <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី Medicare | <input type="checkbox"/> ការផ្គត់ផ្គង់ទាក់ទងនឹងសុខភាព (ដូចជាវីនតា ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ កន្ទួបអាចម៍មនុស្សពេញវ័យ)។ |
| <input type="checkbox"/> បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ | <input type="checkbox"/> ថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជា |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖ | |

▶ ការខកខានក្នុងការរាយការណ៍ ឬផ្ទៀងផ្ទាត់ការចំណាយណាមួយក្នុងចំណោមការចំណាយដែលបានរាយខាងលើត្រូវបានគ្រួសាររបស់អ្នកយល់ឃើញថាជាអំណះអំណាងដែលថា លោកអ្នកមិនចង់ទទួលបានការកាត់ប្រាក់សម្រាប់ចំណាយដែលមិនបានរាយការណ៍។



សំណួរអំពីប្រព័ន្ធប្រឹក្សាដ្ឋ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំតែថែទាំសុខភាពនោះ។

| | | |
|--|--|--------------------------|
| សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមសម្រាប់ខ្លួនអ្នកនិងអ្នកផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ៖ | | |
| តើមាននរណាម្នាក់មានជីវិតកោះ ឬជីវិតកោះក្នុងគ្រួសារអ្នកចុងចោទនៅក្នុងដំណើរការនីតិវិធីតុលាការព្រហ្មទណ្ឌឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាជំពាក់ប្រាក់ពិន័យ ការចំណាយ ឬការសងសំណងវិញចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសស្និទ្ធស្នាលឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាម្នាក់មានផែនការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ប្រាក់ពិន័យនិងការចំណាយនានាឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាម្នាក់កំពុងស្ថិតនៅក្នុងការព្យាបាលមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាម្នាក់កំពុងស្ថិតនៅក្នុងការព្យាបាលមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ មិនប្រតិបត្តិតាមឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសពីការក្លែងបន្លំសុខុមាលភាពឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាម្នាក់តែចេញពីការអនុវត្តច្បាប់ឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះជាអ្នកប្រតិបត្តិបទល្មើសផ្លូវភេទដែលបានផ្តន្ទាទោសឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |
| តើមាននរណាម្នាក់ត្រូវបានទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះជាអ្នកប្រតិបត្តិបទល្មើសផ្លូវភេទដែលបានផ្តន្ទាទោស មិនប្រតិបត្តិតាមលក្ខខណ្ឌកំណត់នៃការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេឬទេ ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស នរណា ? |

ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត (ដែលមានជម្រើស) ផ្អែកនេះ សម្រាប់តែពលរដ្ឋអាមេរិកប៉ុណ្ណោះ

ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅឥឡូវនេះ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះនៅថ្ងៃនេះឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើអ្នកមិនគួសប្រុងប្រយ័ត្នបំផុតទាំងពីរនេះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានគេចាត់ទុកថា បានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះឡើយ ។

ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែ៖
 1) មានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ នៅថ្ងៃបោះឆ្នោតបន្ទាប់
 2) ជាពលរដ្ឋអាមេរិកដែលមានរយៈពេលយ៉ាងតិចមួយខែមុនការបោះឆ្នោតបន្ទាប់
 3) រស់នៅក្នុងរដ្ឋផ្សេនស៊ីលវ៉ានី (Pennsylvania) និងមិនបានបោះឆ្នោតយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃមុនការបោះឆ្នោតលើកក្រោយ ។

ប្រសិនបើអ្នកបានជំនួយការបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងខ្ញុំនឹងជួយអ្នក ។ ការសម្រេចចិត្តថា ត្រូវស្វែងរក ឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក ។ អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យសុំជាលក្ខណៈដាច់ខាត ។ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបានជំនួយ ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា មាននរណាម្នាក់បានវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះការចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះសិទ្ធិឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីជ្រើសរើសគណបក្សសេដ្ឋកិច្ចជាប់ជំនួញរបស់អ្នក ឬចំណង់ចំណូលចិត្តខ្លះៗដទៃទៀតនោះ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅលើខោនធីការសហគមន៍នៃក្រសួងរដ្ឋផ្សេនស៊ីលវ៉ានី តាមអាសយដ្ឋាន Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 ។ (លេខទូរស័ព្ទតិចតិចថ្ងៃ 1-877-VOTESPA) ។

បុគ្គលិកការិយាល័យជំនួយនៅខោនធី 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 __/__/__ |

សម្រាប់ការិយាល័យ CAO ប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ: (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? 2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide? 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? 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? | EXPEDITED REVIEW <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - CLIENT NOTIFIED | Initials: _____ Date: _____ |
| | Reason for denial: | |
| | REGISTERED FOR CATEGORIES ▶ | |



សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក សូមអានអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក :

សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមឃាត់ការរើសអើងដោយផ្អែកលើលទ្ធភាពជាតិសាស្ត្រ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមដំបូង ភាពពិការ អាយុ ភេទ និងក្នុងករណីមួយចំនួន គឺជំនឿខាងសាសនា ឬគោលនយោបាយ ។

ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិកក្នុងការយោងតាមការរើសអើងផងដែរ ដោយផ្អែកលើព័ត៌មាន ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមដំបូង ភេទ ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការផ្សព្វផ្សាយ ឬការសម្របសម្រួលសិទ្ធិសិរលម្អនៃក្រុមគ្រួសារដែលបានធ្វើឡើង ឬបុគ្គលដោយ USDA ។

អ្នកមានពិការភាពដែលត្រូវការបញ្ជាក់បន្ថែមទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ដូចជាអក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភាព អក្សរព្រេងធំ អូឌីយ៉ូ ឬវីដេអូ ភាសាសញ្ញាអមេរិក ជាដើម) ត្រូវទាក់ទងទៅក្រុមការងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលបានគេចង់ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង ។ បុគ្គលដែល មិនពិបាកក្នុងការសម្រប ឬពិការភាពទាក់ទង ឬSDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធតាមលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងចោទប្រកាន់ការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី សម្រាប់ពេញសំណុំបែបបទ ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធីក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027) ដែលអាចទាញយកបានតាមរយៈទម្រង់ប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃ ។ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, និងនៅការិយាល័យក្រសួងកសិកម្ម សហរដ្ឋអាមេរិក USDA ណាមួយ ឬសេវាសេដ្ឋកិច្ចកម្មវិធី ដែលមានអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀតក្រសួង កសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក USDA និងផ្តល់ជូនព័ត៌មានទូទៅអំពីការរើសអើង និងការបណ្តឹង ដែលបានស្នើសុំនៅ ក្នុងសំណុំបែបបទនេះ ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងសំណុំបែបបទពិការភាព សម្រាប់ពេញសំណុំ (866) 632-9992 ។ ដាក់ស្នើសុំសំណុំបែបបទដែលបានចំពោះ ឬលិខិតរបស់អ្នកទៅ USDA ដោយ :

- (1) ប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) ទូរស័ព្ទ : (202) 690-7442; ឬ
- (3) អ៊ីមែល : program.intake@usda.gov.

សម្រាប់ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលដោះស្រាយបញ្ហាកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) នោះ ឬក្នុងនាមត្រូវទាក់ទងនឹងការរើសអើងពិការភាព USDA SNAP Hotline Number គឺលេខ : (800) 221-5689, ដែលអាចមានជាភាសាអង់គ្លេសផងដែរ ឬក៏ហៅទូរស័ព្ទព័ត៌មានរដ្ឋ/ លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងពិការភាព State Information/Hotline Numbers (សូមចុចគំណិតប្រាប់នេះ សម្រាប់បញ្ជីលេខទូរស័ព្ទទាក់ទងពិការភាព) ដែលអាចទាញយកបានតាមអនឡាញ តាមរយៈសាយ : http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី ដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសហព័ន្ធ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាកម្មពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)) សូមសម្របសម្រួល : HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ (202) 619-0403 (ជាសម្លេង) ឬតាមទូរស័ព្ទលេខ (800) 537-7697 (TTY).

ស្ថាប័ននេះ គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា ។

សិទ្ធិចំពោះព័ត៌មានសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន ។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាត្រូវកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ ។ ក្នុងករណីមានការស្នើសុំ ការិយាល័យជំនួយខាងលើ (CAO) ត្រូវផ្តល់ជូនមន្ត្រីត្រួតពិនិត្យសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាននូវអាសយដ្ឋាន លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) និងប្រតិបត្តិ (រឿងមាន) របស់ បុគ្គលដែលកំពុងត្រូវសុខនេះដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្កើនទុកចំពោះបទប្បញ្ញត្តិ ឬការរំលោភបំពានលើការព្រមានទាំងមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ ។ ជនណាដែលរំលោភ បំពានលើច្បាប់ប្រទេសនីមួយៗនៃសហរដ្ឋអាមេរិកនេះដោយចេតនា ត្រូវមានទោសប្រទេសសម្រាប់មួយ ហើយនៅពេលផ្តល់ទៅស្តី ត្រូវកាត់ទោសឱ្យប្រាក់ពីកំរិតមិនលើសពីមួយរយ (៥០) ដុល្លារ ឬត្រូវជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬត្រូវជាប់ទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483) ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងដែលសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីការ ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្ទុកឬប្តូរការធានារ៉ាប់រងនោះ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុ ។ លោកអ្នកនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ (90 ថ្ងៃ សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ចាប់ពីការបដិសេធលិខិតជូនដំណឹងតាម ប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ។

សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងខ្មោច

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៃក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ (DHS) ដើម្បីប្តឹងខ្មោចចំពោះ ការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាវាអយុត្តិធម៌មិនត្រឹមត្រូវឬប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ។ លោកអ្នកអាចដាក់ប្តឹងខ្មោចនៅដោយការិយាល័យ CAO ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តឹងខ្មោចណាមួយ លោកអ្នកអាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំទំនាក់ទំនងមុនពេលសវនាការផង ដែរ ។ ប្រសិនបើអ្នកការដាក់ប្តឹងខ្មោចណាមួយរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP យ៉ាងឆាប់រហ័សនោះ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការជួបប្រជុំជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងការងារអ្នកក្នុងរយៈពេលពីរ ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ ។ នៅក្នុងសវនាការ លោកអ្នកអាចបង្ហាញដោយខ្លួនអ្នក ប្រភពណាមួយផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចធ្វើការសម្រេចចិត្តនាមជាលើកអ្នក ។

សិទ្ធិដើម្បីទាមទារហេតុផលត្រឹមត្រូវ

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសាច់ប្រាក់ ឬការធានារ៉ាប់រងជំនួយរដ្ឋស្រុកនោះ ច្បាប់តម្រូវឱ្យ លោកអ្នកសហការដោយមានការបង្កើតភាពជាដៃគូនិងការស្វែងរកការងារ ។ លោកអ្នកអាចត្រូវបាន លើកលែងពីតម្រូវការទាមទារទាំងនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកបង្ហាញថាវាអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់លើកអ្នក និង/ឬ កូនរបស់អ្នក ។ ហើយនេះត្រូវបានលើកលែងថាជាលើកលែងត្រឹមត្រូវ ។ លុះត្រាតែមានការលើ កលែងហេតុផលត្រឹមត្រូវមួយ ត្រូវបានបង្កើតឡើងនោះ លោកអ្នកនឹងត្រូវខ្ចីប្រាក់ពេញលក្ខណ៍ការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល ។ លោកអ្នកនឹងត្រូវខ្ចីប្រាក់ពេញលក្ខណ៍ការងារប្រាក់ពាក់កណ្តាល ឆ្នាំផងដែរ លើកលែងតែមានការផ្តល់ជូនហេតុផលត្រឹមត្រូវ ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃសម្រាប់ ប្រើប្រាស់ប្រាក់កំណត់ ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបដិសេធ ឬមាន កំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន ។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាគ្រូម ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានចម្បងហើយ លោកអ្នកអាចត្រូវបានកំណត់ ចំពោះពេលវេលាដែលលោកអ្នកបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយរដ្ឋស្រុក ។ ការណែនាំនេះអាច ចម្លងលោកអ្នកឱ្យទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង ។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកកាន់សំណុំរៀងខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់នេះ ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាន

លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ ។ លោកអ្នកត្រូវតែជួយឱ្យពួកគេស្រាវជ្រាវ ចំពោះព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន ។ ការធានារ៉ាប់រងធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើ លោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ថាវាជាការណាមួយ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់នេះ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការទាក់ទងពីក្រសួង DHS ឬការិយាល័យមន្ត្រីអន្តរកិច្ចទៅ នៅរដ្ឋ លោកអ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិកស្រាវជ្រាវទាំងនោះ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនអោយលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយរដ្ឋស្រុកដើម្បីបង់ថ្លៃ សេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអន្តរកិច្ចនៅផ្ទះនិងសហគមន៍និងសេវាកម្មមន្ត្រីរដ្ឋ និងសេវាកម្មប្តីពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនេះ លោកអ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សំណុំរៀង ចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីមធ្យមនៃទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មតិរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើលោក អ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាស្ថាពរចំពោះយើងខ្ញុំអាចទាមទារលោកអ្នកចុះកិច្ចព្រមព្រៀងស្របតាម ធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នក ឬប្តីប្រពន្ធ និងកូនរបស់អ្នកបានទទួល ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជាសាច់ប្រាក់ ជំនួយរដ្ឋស្រុក និង/ឬ កម្មវិធី SNAP នោះ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលក្នុងនោះលោកអ្នកនឹងដាក់ ពាក្យសុំ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខប័ណ្ណ SSN ទេ លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខ ប័ណ្ណនេះ ។ ការមិនផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ទៀត ។ ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជាសាច់ប្រាក់ យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំលេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់ប្តីប្រពន្ធ ម្តាយដែលប្រាក់ចំណូលបច្ចុប្បន្នមានលើសពីកម្រិត អាចប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិប្រច្បាប់របស់អ្នក ឬមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ។ លេខប័ណ្ណ SSN របស់អ្នក នឹងត្រូវប្រើសម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការផ្ទេរថ្លៃថ្នាំតាមកិច្ចព្រមព្រៀងដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារពិការភាពស្រុក ការធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ។ បុគ្គលមិនមែនលេខប័ណ្ណ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយរដ្ឋស្រុក សង្គ្រោះបន្ទាន់តែបណ្តោះ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច SSN ទេ ។ (42 U.S. Code 1320b-6)

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS CARD តាមច្បាប់ត្រឹមត្រូវ ។

នៅពេលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកនឹងទទួលបានប័ណ្ណ PA ACCESS ។ ប័ណ្ណនេះអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយនៅទីកន្លែងដែលមានសិទ្ធិទទួល បានតែប៉ុណ្ណោះ ។ លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់ប័ណ្ណសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលត្រូវការចាំបាច់ និងសម្រេច ហេតុផលតែប៉ុណ្ណោះ ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការធានារ៉ាប់រងនោះ លោកអ្នកនឹងត្រូវបាន ទាមទារឱ្យរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទៅបុគ្គលិកកាន់សំណុំរៀង របស់អ្នក ឬទាមទារមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន ។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍ រួមមានអ្នកដែលចាកចេញ ឬផ្លាស់ទីលំនៅឯទីផ្សារដទៃទៀត អាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់ប្តីប្រពន្ធនាម្នាក់ ឬប្រសិនបើប្តីប្រពន្ធគ្រប់គ្រងការងារ ការស្និទ្ធស្នាលកូន ប្រកបព្រាតចំណូលថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរ រូបភាពចំណូល និង/ឬការឈ្នះឆ្នោតនិងល្បែងស៊ីសង់ ។ បុគ្គលិកកាន់សំណុំរៀងរបស់អ្នក នឹងលិខិតជូនដំណឹងដែលលោកអ្នកទទួលបាន និងរាប់បញ្ចូលចំណុះដាក់លើព័ត៌មានលម្អិតដោយ ផ្អែកលើកម្មវិធីនិងការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ ការខ្វះខាតមិនបាន រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំមួយ អាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់ការ ធានារ៉ាប់រង ការដាក់ទណ្ឌកម្ម ឬការចោទប្រកាន់តាមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី ឬពេញលក្ខណ៍ ។ លោកអ្នកអាច រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យ CAO ដោយផ្ទាល់តាមទូរស័ព្ទ ទូរសារ ឬសម្របសម្រួល ឬប្រើប្រាស់ ឬប្រើប្រាស់ MyCOMPASS ។ លោកអ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅមជ្ឈមណ្ឌល សេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930 ឬសម្រាប់ទីក្រុងហិឡាដែលហ្វៀរ (Philadelphia) 1-215-560-7226 ដំណើរការគ្រប់ពេលវេលា ។

របាយការណ៍នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិកំរិតជនភាព

(I) ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រាប់បញ្ចូលទាំងលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) របស់សមាជិក គ្រួសារនីមួយៗ ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យក្រោមច្បាប់ស្តីពីអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 ដែលបានធ្វើការផែនការនៅក្រុងប្រិមា 7 U.S.C. 2011-2036d. ព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវប្រើដើម្បី កំណត់ថាតើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬប្រសិនបើស្របច្បាប់ចម្រើនកម្មវិធី SNAP ឬអត់ ។ យើងខ្ញុំនឹងផ្ទេរដំណាក់កាលនេះ ឆ្ងាយរយៈកម្មវិធីកំរិតជនភាពដែលដំណើរការស្របគ្នានឹងកម្មវិធី នានា ។ ព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវប្រើផងដែរ ដើម្បីពិនិត្យមើលការអនុលោមតាមបទបញ្ជាកម្មវិធី និង សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផងដែរ ។

(ii) ព័ត៌មាននេះ អាចត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយដល់ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋដទៃទៀត សម្រាប់ការត្រួត ពិនិត្យជាផ្លូវការ និងជូនដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងចាប់ផ្តើមដល់លក្ខខណ្ឌដើម្បីជៀស វាងច្បាប់ ។

(iii) ប្រសិនបើបណ្តឹងទាមទារកម្មវិធី SNAP ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់គ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មាន នៅក្នុងពាក្យសុំ ដែលមានលេខប័ណ្ណ SSN ទាំងអស់ អាចត្រូវបានទៅក្រុមការងារ សហព័ន្ធនិងរដ្ឋ ក៏ដូចជាទីភ្នាក់ងារប្រមូលបណ្តឹងទាមទារជាលក្ខណៈឯកជន សម្រាប់ការប្រមូល បណ្តឹងទាមទារ ។

(iv) ការផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ រួមទាំងលេខប័ណ្ណ SSN របស់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗ គឺជាការស្របច្បាប់ ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការខ្វះខាតនៃការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN នឹង បណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលខ្វះខាត មិនបានផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN ផងដែរ ។ លេខប័ណ្ណ SSN ណាមួយដែលបានផ្តល់ជូននោះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់និងត្រូវបង្ហាញដល់មណ្ឌលដុតកម្មវិធីលេខប័ណ្ណ SSN របស់សមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ។



ការហាមឃាត់ និងការដាក់ទោសទណ្ឌ ស្នូលអានអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក :

| ប្រសិនបើការណ៍នេះ កើតឡើងដោយគ្មានមូលហេតុសមរម្យ | | ការណ៍នេះ អាចកើតឡើង (ការដាក់ទោសទណ្ឌ) |
|--|--|--|
| ការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ កម្មវិធី SNAP សាច់ប្រាក់ ជំនួយជួសជុល | ប្រើប្រាស់ខុស បំណុលប្រាក់ធានារ៉ាប់រងតាមអេឡិចត្រូនិច (EBT) Card ឬបំណុល PA ACCESS Card ។ | ការដាក់ពិន័យ ការដាក់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ ។ |
| | មិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការទាមទារ ។ | កាត់ប្រាក់បញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រង ។ |
| | មានចេតនាផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលមិនពិត មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ។ | ការដាក់ពិន័យ ការដកសិទ្ធិ និង/ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារចំពោះការក្លែងបន្លំសុខុមាលភាព ការដកសិទ្ធិតាមដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល ។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានសាច់ប្រាក់ ៖ • លើកទីមួយ - 6 ខែ ។ • លើកទីពីរ - 12 ខែ ។ • លើកទីបី - ជាប់រៀងរហូត ។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ៖ • លើកទីមួយ - 12 ខែ ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ ។ • លើកទីបី - ជាប់រៀងរហូត ។ |
| ជួញដូរ លក់ ឬប៉ុនប៉ងធ្វើពាណិជ្ជកម្ម លក់ ទិញ ឬប្រើបំណុល PA ACCESS Card របស់អ្នកផ្សេង ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ • ការផ្តន្ទាទោសរបស់តុលាការទាំងអស់ - 12 ខែ ។ | |
| កម្មវិធី SNAP | មានចេតនាប្រើប្រាស់ខុសនូវការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ឧទាហរណ៍ ជួញដូរ លក់ ឬទិញបំណុល EBT Card ឬការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ផ្តល់ឱ្យអ្នកដទៃ ឬបោះចោលចូលចុងដែលបានទិញការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បញ្ញើ - ឬទិញប្រាក់បញ្ញើដែលមិនចេញថ្លៃដោយកម្មវិធី SNAP ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃអាហារដែលបានទទួលរួចហើយ ឬអាហារដែលមានប្រាក់កម្ចី ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ • លើកទីមួយ - 12 ខែ ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ ។ • លើកទីបី - ជាប់រៀងរហូត ។ • លើកទីមួយ ការកាត់ទោសរបស់តុលាការជាង \$500 ដុល្លារ - ជាប់រៀងរហូត ។ |
| | ទិញផលិតផលដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដោយមានបំណងទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណា ក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយការលក់ផលិតផលនេះជាថ្លៃនឹងសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ | |
| | ចំពោះគោលបំណងការទិញផលិតផលដែលបានទិញតាមប្រភពដើម ដែលបានទិញដោយមានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ជាថ្លៃនឹងសាច់ប្រាក់ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ | |
| | ប្រើ/ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទិញធុរ្យសារធាតុដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រង ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ • លើកទីមួយ - 24 ខែ ។ • លើកទីពីរ - ជាប់រៀងរហូត ។ |
| | ប្រើ/ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ក្នុងការលក់អាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ។ | លើកទីមួយ - មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រៀងរហូត ។ |
| | ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសចំពោះការទិញ ការលក់ ឬការជួញដូរការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP សម្រាប់ទឹកប្រាក់សរុបចំនួន \$500 ដុល្លារឬច្រើនជាងនេះ ។ | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រៀងរហូត ។ |
| | កុហកអំពីអ្នកជានរណា ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ច្រើនជាងមួយ ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។ |
| ភៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំឃាំង ដោយសារតែបទឧក្រិដ្ឋ/ការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ - ឬភៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់ ។ | |
| សាច់ប្រាក់ | មិនគោរពតាមការដាក់ពិន័យតុលាការរបស់ ដែលរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះបទឧក្រិដ្ឋឬបទល្មើសមជ្ឈិម ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រហូតដល់អ្នកគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់អ្នក ។ |
| | កុហកអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានសាច់ប្រាក់នៅក្នុងរដ្ឋពីរឬច្រើន ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។ |
| | ភៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំឃាំង ដោយសារតែការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ/ការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិឧក្រិដ្ឋ ឧក្រិដ្ឋ ឧក្រិដ្ឋ ឬខ្លួនបានបង្ហាញខ្លួនជាអ្នកចុងចោទតាមនីតិវិធីតុលាការព្រហ្មទណ្ឌ ក្នុងករណីមានការចេញដីកាកោះ ឬដីកាចាប់ខ្លួនចំពោះបទល្មើសតិចតួច បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសមជ្ឈិម ភៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ/ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ ឬមានដីកាដែលនៅប្រើណាមួយប្រឆាំងនឹងអ្នក ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់ ។ |
| ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានកំហុសពីការក្លែងបន្លំ ឬការរំលោភច្បាប់ខាងលើ ៖ | | <ul style="list-style-type: none"> ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ \$15,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash; ដាក់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ សម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ប្រាំពីរឆ្នាំសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash និង/ឬ ការបង់ប្រាក់សន្តិសុខការធានារ៉ាប់រងដែលបានទទួល ។ ការដកសិទ្ធិពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់រយៈពេលដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើដោយកម្មវិធី ។ |
| បទបញ្ញត្តិការងារកម្មវិធី SNAP | សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ធ្វើឱ្យសមត្ថភាពរាងកាយនិងខួរក្បាលរឹងមាំ - មានអាយុលើសពី 15 ឆ្នាំ និងក្រោម 60 ឆ្នាំ - បើមិនដូច្នោះទេ ត្រូវលើកលែង ឬមានហេតុផលត្រឹមត្រូវ ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ • លើកទីមួយ - មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់ ។ • លើកទីពីរ - បីខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់ ។ • លើកទីបី ឬច្រើនដង - ប្រាំមួយខែ ជាប់រៀងរាល់លើក និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់ ។ |
| | <p>បដិសេធ ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> ទទួលយកការងារមួយ ។ ជូនដំណឹងទៅការិយាល័យ CAO អំពីស្ថានភាពការងារនិងភាពមានការងារធ្វើ ។ <p>តាមគោលបំណង ចាត់វិធានការដើម្បី ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> បោះបង់ចោលការងារ ។ កាត់បន្ថយម៉ោងធ្វើការឱ្យតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារមួយផ្សេងទៀតបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងាររួចហើយ) ។ | |
| បទបញ្ញត្តិការងារកម្មវិធី CASH | មិនបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងារសាច់ប្រាក់តាមគោលបំណង ដូចមានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការទទួលខុសត្រូវគ្នាទៅវិញទៅមក (AMR) ។ | <p>មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> ការរំលោភបំពានលើកទីមួយ - អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ ដែលមូលហេតុនេះជារដ្ឋាននេះ ។ ការរំលោភបំពានលើកទីពីរ - អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 60 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ ដែលមូលហេតុនេះជារដ្ឋាននេះ ។ ការរំលោភបំពានលើកទីបី - អ្នកនឹងត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។ <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្សាទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះតែបុគ្គលប៉ុណ្ណោះ ។</p> <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្សាទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះក្រុមគ្រួសារទាំងអស់ ។</p> |





Pennsylvania

Department of Human Services

ក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋនៃរដ្ឋផែនស៊ីលវ៉ាន (DHS) គោរពច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្ត ហើយមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។ ក្រសួង DHS មិនបដិសេធប្រជាពលរដ្ឋ ឬចាត់ទុកពួកគេដោយឡែកផ្សេងគ្នា ដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ជំនឿ ការជាប់ទាក់ទងសាសនា ពូជពង្ស អត្តសញ្ញាណប្តូរឈ្មោះយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ។

ក្រសួង DHS ផ្តល់ជូន៖

- ផ្តល់ជូនជំនួយនិងសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលជាជនពិការ ដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធភាពជាមួយយើងខ្ញុំ ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាប្រើសញ្ញាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (អក្សរពោះពុម្ពធំៗ សម្លេងអូឌីយោ ទម្រង់អេឡិចត្រូនិច ដែលអាចចូលប្រើបាន និងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត
- ផ្តល់ជូនសេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលដែលភាសាកំណើតរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាក្រសួង DHS បានខកខានផ្តល់ជូនសេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងតាមរបៀបផ្សេង ទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ លោកអ្នកអាច ដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខដូនទៅ៖ ការិយាល័យឱកាសស្មើគ្នា បន្ទប់លេខ 223 អគារសុខភាពនិងសុខុមាលភាព (The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare) Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, សេវាបញ្ជូនបន្ត PA Relay Services 711, ទូរសារ (717) 772-4366 ឬអ៊ីមែល - RA-PWBEOAO@pa.gov។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមប៊ុស្តុប្រេសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខនោះ ការិយាល័យឱកាសស្មើគ្នា អាចជួយលោកអ្នកបាន។

លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងអំពីសិទ្ធិពលរដ្ឋស៊ីវិលផងដែរ ទៅក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាពលរដ្ឋ ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល តាមអេឡិចត្រូនិចតាមរយៈការិយាល័យបណ្តាញបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលដែលអាចមាន តាមរិបសាយ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ឬតាមប៊ុស្តុប្រេសណីយ៍ ឬទូរស័ព្ទ៖

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)

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



សមាជិកគ្រួសារជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំងឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា (AI/AN)

បំពេញឧបសម្ព័ន្ធនេះ បើអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ។ ដាក់ជូនឧបសម្ព័ន្ធនេះជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព ។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញឧបសម្ព័ន្ធនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ ។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីសមាជិកគ្រួសារជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំងឬជនជាតិដើមអាឡាស្ការបស់អ្នក ។

ជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកាំង និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាចទទួលបានសេវាកម្មនានាពីសេវាកម្មសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌានៅតាមទីក្រុង ។ ពួកគេប្រហែលមិនត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយចែករំលែកកម្រិតឡើយ ហើយអាចទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំខែពីសេស ។ ឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាគ្រួសារអ្នកទទួលបានជំនួយភាគច្រើនបំផុតដែលអាចធ្វើបាន ។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកមានមនុស្សច្រើននាក់ទៀតត្រូវរាប់បញ្ចូល សូមថតចម្លងទំព័រនេះ ហើយភ្ជាប់ជាមួយឯកសារ ។

| បុគ្គលទី 1 | | សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់ |
|---|---|--|
| ឈ្មោះ (នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាណូល នាមត្រកូល) ៖ | សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាសឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ៖ _____ រដ្ឋ ៖ _____ | |
| តើបុគ្គលនេះធ្លាប់ទទួលបានសេវាកម្មពីសេវាកម្មសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌានៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញណែនាំបន្តម្នាក់មកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា ទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មនានាពីសេវាកម្មសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌានៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញណែនាំបន្តម្នាក់មកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| លុយកាក់ជាក់ស្តែងដែលបានទទួលនោះ អាចមិនត្រូវរាប់បញ្ចូលក្នុងការថែរក្សាសុខភាពឡើយ ។ សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូល (ចំនួនទឹកប្រាក់ និងព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណ) ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក ដែលរួមមានប្រាក់ពីប្រភពទាំងនេះ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • ការបង់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលមកពីធនធានធម្មជាតិ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ ការជួល ឬថ្លៃស្វយសារ ។ • ការបង់ប្រាក់ពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើស្រែចំការ ការចិញ្ចឹមសត្វ ការនេសាទ ការជួល ឬថ្លៃស្វយសារមកពីដីដែលបានកំណត់ទុកជាដីដែលទុកចិត្តរបស់ជនជាតិឥណ្ឌាដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ (ដែលរួមមានការទុកបម្រុង និងការទុកបម្រុងកាលពីមុន) ។ • ប្រាក់ពីការលក់វត្ថុឬសម្ភារៈ ដែលមានសារៈសំខាន់ខាងវប្បធម៌ ។ | \$ _____ ព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណ? _____ | |

| បុគ្គលទី 2 | | សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ពនូវព័ត៌មានទាំងអស់ |
|---|---|--|
| ឈ្មោះ (នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅកាណូល នាមត្រកូល) ៖ | សមាជិកកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាសឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ ៖ _____ រដ្ឋ ៖ _____ | |
| តើបុគ្គលនេះធ្លាប់ទទួលបានសេវាកម្មពីសេវាកម្មសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌានៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញណែនាំបន្តម្នាក់មកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា ទេ តើបុគ្គលនេះមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មនានាពីសេវាកម្មសុខភាពឥណ្ឌា កម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌាកុលសម្ព័ន្ធ ឬកម្មវិធីសុខភាពឥណ្ឌានៅតាមទីក្រុង ឬតាមរយៈអ្នកជំនាញណែនាំបន្តម្នាក់មកពីកម្មវិធីមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| លុយកាក់ជាក់ស្តែងដែលបានទទួលនោះ អាចមិនត្រូវរាប់បញ្ចូលក្នុងការថែរក្សាសុខភាពឡើយ ។ សូមរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូល (ចំនួនទឹកប្រាក់ និងព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណ) ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងពាក្យសុំរបស់អ្នក ដែលរួមមានប្រាក់ពីប្រភពទាំងនេះ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • ការបង់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗពីកុលសម្ព័ន្ធ ដែលមកពីធនធានធម្មជាតិ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ ការជួល ឬថ្លៃស្វយសារ ។ • ការបង់ប្រាក់ពីធនធានធម្មជាតិ ការធ្វើស្រែចំការ ការចិញ្ចឹមសត្វ ការនេសាទ ការជួល ឬថ្លៃស្វយសារមកពីដីដែលបានកំណត់ទុកជាដីដែលទុកចិត្តរបស់ជនជាតិឥណ្ឌាដោយក្រសួងមហាផ្ទៃ (ដែលរួមមានការទុកបម្រុង និងការទុកបម្រុងកាលពីមុន) ។ • ប្រាក់ពីការលក់វត្ថុឬសម្ភារៈ ដែលមានសារៈសំខាន់ខាងវប្បធម៌ ។ | \$ _____ ព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណ? _____ | |





ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ អ្នកមិនត្រូវការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ លុះត្រាតែនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារមួយ។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញឧបសម្ព័ន្ធនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់តែកម្មវិធី SNAP នោះ។

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ អ្នកអាចត្រូវការស្នើសុំឱ្យនិយោជករបស់អ្នក ម្យ៉ាងឬអ្នកបំពេញផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះពីនិយោជករបស់អ្នកទាន់ពេលវេលា ឬអ្នកមានអារម្មណ៍ថាការបំពេញនេះនឹងអាចពន្យារពេលការចាប់ផ្តើមនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកនោះ អ្នកអាចដាក់ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់មានឧបសម្ព័ន្ធ B ឡើយ។

សូមភ្ជាប់ឯកសារចតម្តងនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ការងារនីមួយៗដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។

| ព័ត៌មានអំពីនិយោជិត | |
|---|-------------------------------|
| ឈ្មោះនិយោជិត (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល) | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច |

| ព័ត៌មានអំពីនិយោជក | |
|-------------------|---------------------------|
| ឈ្មោះនិយោជក | លេខអត្តសញ្ញាណនិយោជក (EIN) |

| | |
|--|---|
| អាសយដ្ឋាននិយោជក (រួមមាន ផ្លូវ លេខផ្ទះ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដប៊ុប ZIP +4)៖ | លេខទូរស័ព្ទនិយោជក () |
| តើយើងខ្ញុំអាចទាក់ទងអ្នកណាអំពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជិតចំពោះការងារនេះ? | លេខទូរស័ព្ទ (ប្រសិនបើមានខុសពីខាងលើ)៖ () |
| | អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ |

តើបច្ចុប្បន្ននិយោជិតមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយនិយោជកនេះ ឬតើនិយោជិតនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការងារនេះពេលបិទក្រោយឬទេ?

បាទ/ចាស (បន្ត) ប្រសិនបើនិយោជិតមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់នៅថ្ងៃនេះ ដែលមានទាំងលទ្ធផលនៃការងារចាំ ឬយូរពេលការព្យាបាលមានលក្ខខណ្ឌ តើនិយោជិតមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅពេលណា? _____

ទេ (លប់និងប្រគល់ជូនសំណុំបែបបទនេះ ទៅនិយោជិត)

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីផែនការសុខភាពដែលផ្តល់ជូនដោយនិយោជកនេះ។

តើនិយោជកផ្តល់ជូនផែនការថែទាំសុខភាពដែលចេញថ្លៃសម្រាប់ប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុករបស់និយោជិតឬទេ? បាទ/ចាស។ នរណា៖ ប្តីឬប្រពន្ធ អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក

ទេ (សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)

តើនិយោជកផ្តល់ជូនផែនការសុខភាពដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមាឬទេ? * បាទ/ចាស (សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់) ទេ (លប់និងប្រគល់ជូនសំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជិតវិញ)

សម្រាប់ផែនការចំណាយទាបបំផុតដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមា* ដែលផ្តល់ជូននិយោជិតតែប៉ុណ្ណោះ (មិនរាប់បញ្ចូលផែនការគ្រួសារ)៖ ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីសុខុមាលភាព សូមផ្តល់ជូនបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនិយោជិតនឹងអាចបង់ប្រាក់ ប្រសិនបើគាត់/នាងបានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធីបញ្ឈប់ការដក់ចាំ ហើយមិនបានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃណាមួយផ្សេងទៀត ដោយផ្អែកលើកម្មវិធីសុខុមាលភាព។

តើនិយោជិតនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការនេះឬទេ? \$ _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់សប្តាហ៍ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ រាល់ខែ រៀងរាល់បីខែ រៀងរាល់ឆ្នាំ

ប្រសិនបើផែនការរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ ហើយអ្នកដឹងថាផែនការថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ជូន និងផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹង សូមលប់និងប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជិតវិញ។

តើនិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ផែនការឆ្នាំថ្មីនេះ?

និយោជកនឹងមិនផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពឡើយ

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

តើនិយោជិតនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការនេះឬទេ? \$ _____

ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់សប្តាហ៍ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ រាល់ខែ រៀងរាល់បីខែ រៀងរាល់ឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____

*ផែនការថែទាំសុខភាពដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជក បំពេញតាម "ស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមា" ប្រសិនបើការចូលរួមចំណែករបស់ផែនការចំពោះការចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងដែលបានអនុញ្ញាតចំនួនសរុបដែលបានចេញថ្លៃដោយផែនការនេះ មិនតិចជាង 60 ភាគរយនៃការចំណាយបែបនេះ (ផ្នែក 36B(C)(2)(C)(ii) នៃក្រមស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុងឆ្នាំ 1986)។



សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមឃាត់ការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភាពពិការ អាយុ ភេទ និងក្នុងករណីមួយចំនួន គឺជានៅខាងសាសនា ឬគោលនយោបាយ។

ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិកក្រុមហ៊ុនហាមឃាត់ការរើសអើងផងដែរ ដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភេទ ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការផ្សេងៗគ្នា ឬការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិសុំរំលែកនៃក្នុងកម្មវិធីប្រកួតប្រជែងដោយផ្ទាល់ ឬប្រកួតប្រជែងដោយ USDA ។

អ្នកមានពិការភាពដែលត្រូវការប្រយោជន៍ទំនាក់ទំនងដែលមានជម្រើសសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ដូចជាអ្នកសម្រាប់មនុស្សពិការភាព អក្ខរកម្ម អ្នកខ្វះខាត អ្នកខ្វះខាត ភាសាសញ្ញាអន្តរជាតិ ជាដើម) ត្រូវទាក់ទងទៅក្នុងខ្សែ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេជាក់ស្តែងក្នុងការស្រាវជ្រាវ។ បុគ្គលដែល ថ្លង់ពិបាកក្នុងការស្រាវ ឬពិការភាពទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធតាមលេខ (800) 877-8339 ។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងៗទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងចោទប្រកាន់ការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី សូមបំពេញសំណុំបែបបទ ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធីក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027) ដែលអាចទាញបានតាមអនឡាញតាមរយៈសំណុំ ៖ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, និងនៅការិយាល័យក្រសួងកសិកម្ម សហរដ្ឋអាមេរិក USDA ណាមួយ ឬសេវាជំនួយបច្ចេកទេស ដែលមានអាសយដ្ឋាននៅក្រសួង កសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក USDA និងផ្តល់ជូនព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសេវាសេវាស្តីពីសិទ្ធិនិងការរើសអើង ក្នុងសំណុំបែបបទនេះ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង សូមហៅលេខ (866) 632-9992 ។ ដាក់ស្នើសុំណុំបែបបទដែលបានបំពេញ ឬលិខិតរបស់អ្នកទៅ USDA ដោយ ៖

- (1) ប៊ុស្ត្រប្រៃសណីយ៍ ៖ 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; ឬ
- (3) អ៊ីមែល ៖ program.intake@usda.gov.

សម្រាប់ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលដោះស្រាយបញ្ហាកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) នោះ ឬក្នុងនាមត្រូវទាក់ទងតាមលេខទូរស័ព្ទទាន់ហេតុការណ៍ USDA SNAP Hotline Number គឺលេខ ៖ (800) 221-5699, ដែលអាចមានជាភាសាអង់គ្លេសផងដែរ ឬក៏ហៅទូរស័ព្ទព័ត៌មានរដ្ឋ/ លេខទូរស័ព្ទទាន់ហេតុការណ៍ State Information/Hotline Numbers (សូមប្រើព័ត៌មាននេះ សម្រាប់បញ្ជីលេខទូរស័ព្ទទាន់ហេតុការណ៍តាមរដ្ឋ) ដែលអាចទាញបានតាមអនឡាញ តាមរយៈសំណុំ ៖ http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី ដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសហព័ន្ធ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាកម្មជំនួយសេវាសុខាភិបាល (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)) សូមសរសេរមក ៖ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬហៅទូរស័ព្ទលេខ (202) 619-0403 (ជាសម្លេង) ឬតាមទូរស័ព្ទលេខ (800) 537-7697 (TTY).

ស្ថាប័ននេះ គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់ឱកាសស្នើសុំ។

សិទ្ធិចំពោះព័ត៌មានសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាត្រូវកម្មវិធីណាមួយដែលលោកអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងករណីមានការស្នើសុំ ការិយាល័យជំនួយខាងលើ (CAO) ត្រូវផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាននូវអាសយដ្ឋាន លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) និងប័ណ្ណ (បើមាន) របស់ បុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធក្រសួងនេះដើម្បីច្រៀមសេវាសុខាភិបាល ការប្រយោង ឬការបង្កើតទុកចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬការរំលោភបំពានលើការពារទោសមានលក្ខណៈ ឬការដោះលែងមានលក្ខណៈ។ ជនណាដែលរំលោភ បំពានលើច្បាប់បទប្បញ្ញត្តិណាមួយរបស់ស្ថាប័ននេះដោយចេតនា ត្រូវមានទោសប្រយោជន៍ដោយចេតនា ហើយនៅពេលផ្តន្ទាទោស ត្រូវកាត់ទោសឱ្យបង់ប្រាក់ពិន័យមិនលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬត្រូវជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬត្រូវជាប់ទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483) ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងដែលសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីការ ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាកឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងនោះ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុ។ លោកអ្នកនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ (90 ថ្ងៃ សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ចាប់ពីការបញ្ជាក់លិខិតជូនដំណឹងតាម ប៊ុស្ត្រប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ។

សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៃក្រសួងសេវាកម្មជំនួយ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះ ការសម្រេចចិត្ត ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿជាក់ថាអាយុក្មេងប្រមុខមិនត្រឹមត្រូវប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅដោយការិយាល័យ CAO ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំកម្មវិធីប្រឹក្សាដោះស្រាយជំនាញផង ដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកក៏ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងពិការភាព ឬ SNAP យ៉ាងណាប្រសិនបើ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការជួបប្រជុំជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងការងារម្នាក់ក្នុងរយៈពេលពីរ ថ្ងៃនៃថ្ងៃច័ន្ទ។ នៅក្នុងសវនាការ លោកអ្នកអាចបង្ហាញដោយខ្លួនអ្នក ឬនាមប្រកាសផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចធ្វើពិណពាទក្នុងនាមជាលោកអ្នក។

សិទ្ធិដើម្បីទាមទារហេតុផលត្រឹមត្រូវ

ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យសុំសាច់ប្រាក់ ឬការធានារ៉ាប់រងជំនួយជំនួយស្រុកនោះ ច្បាប់តម្រូវឱ្យ លោកអ្នកសហការដោយមានការបង្កើតភាពជាដៃគូនិងការស្វែងរកការងារ។ លោកអ្នកអាចត្រូវបាន លើកលែងពីតម្រូវការទាមទារទាំងនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកបង្ហាញថាមានបង្កបង្ការដាក់ដល់លោកអ្នក និង/ឬ កន្លះរបស់អ្នក។ ហើយនេះត្រូវបានគេដឹងថាជាហេតុផលត្រឹមត្រូវ។ លុះត្រាតែមានការលើក លែងហេតុផលត្រឹមត្រូវមួយ ត្រូវបានបង្កើតឡើងនោះ លោកអ្នកនឹងត្រូវឱ្យបំពេញកិច្ចការងារ និងការបង្កើតបណ្តាញ។ លោកអ្នកនឹងត្រូវឱ្យខ្លាំងឱ្យបំពេញកិច្ចការងាររបស់អ្នកដោយស្មើគ្នាផងដែរ លើកលែងតែមានការផ្តល់ជូនលក្ខណៈពិសេសត្រឹមត្រូវ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃសមរម្យ

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបដិសេធ ឬមាន កំណត់តាមលក្ខណ៍ដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចេះឈ្មោះនៅក្នុងតម្រូវការដើម្បីសុខភាពជាគ្រូប ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួមមកហើយ លោកអ្នកអាចត្រូវបានគេកំណត់ ចំពោះពេលវេលាដែលលោកអ្នកបានទទួលការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយជំនួយស្រុក។ ក្នុងរយៈពេលនេះអាច ជួយលោកអ្នកឱ្យទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកកាន់សំណុំរៀងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាន

លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ លោកអ្នកត្រូវតែជួយបង្ហាញភស្តុតាង ចំពោះព័ត៌មានដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន។ ការធានារ៉ាប់រងធានារ៉ាប់រងនានាអាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើ លោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនព័ត៌មានពិតប្រាកដជាដាច់ខាត។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ជូនព័ត៌មានពិតប្រាកដ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពិតប្រាកដ ឱ្យដឹងលោកអ្នកទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់នេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការទាក់ទងពីក្រសួង DHS ឬការិយាល័យយុវជនក្រីក្រទៅ នៃរដ្ឋ លោកអ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស្នើសុំអនុវត្តទាំងនោះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយជំនួយស្រុកដើម្បីប្រើប្រាស់ថ្លៃ សេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់ស្តីទូរស័ព្ទទាន់ហេតុការណ៍និងសេវាកម្មមន្ត្រីពេទ្យ និងសេវាកម្មថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនោះ លោកអ្នកនឹងអាចត្រូវឱ្យប្រើប្រាស់សំណុំ ចំពោះការចំណីពេលសេវាកម្មទាំងនេះ ពីអចិន្ត្រៃយ៍ដែលពាក់ព័ន្ធរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើលោក អ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់យើងខ្ញុំអាចទាមទារលោកអ្នកចុះកិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់ ធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នក ឬបុគ្គលនៃ អ្នកនឹងរាប់សងអ្នកបានទទួល។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជាសាច់ប្រាក់ ជំនួយជំនួយស្រុក និង/ឬ កម្មវិធី SNAP នោះ លោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលក្នុងនោះលោកអ្នកនឹងដាក់ ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានលេខប័ណ្ណ SSN ទេ លោកអ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខ ប័ណ្ណនេះ។ ការមិនផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឡើយ។ ចំពោះការធានារ៉ាប់រងជាសាច់ប្រាក់ យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំលេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់នរណា ម្នាក់ដែលពាក់ព័ន្ធឈឺជំនួយបន្តបន្ត អាចប្រើប្រាស់លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ឬមិនទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រង។ លេខប័ណ្ណ SSN របស់អ្នក នឹងត្រូវប្រើសម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការផ្សេងៗដូចជាតាមកិច្ចព្រមព្រៀងដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយ និងធានារ៉ាប់រង និងដើម្បីការពារព័ត៌មាននៃ ការធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។ បុគ្គលមិនមែនជនជាតិ ដែលពាក់ព័ន្ធដាក់ពាក្យសុំជំនួយជំនួយស្រុក សម្រាប់បន្តបន្តឈ្មោះ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច SSN ទេ។ (42 U.S. Code 1320b-7)

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS CARD តាមច្បាប់ត្រឹមត្រូវ

នៅពេលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង លោកអ្នកនឹងទទួលបានប័ណ្ណ PA ACCESS ។ ប័ណ្ណនេះអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយនៅទីកន្លែងដែលមានសិទ្ធិទទួល បានតែប៉ុណ្ណោះ។ លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់ប័ណ្ណសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលត្រូវការចាំបាច់ និងសម្រេច ផលិតផលតែប៉ុណ្ណោះ។

ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ចំពោះការធានារ៉ាប់រងនោះ លោកអ្នកនឹងត្រូវបាន ទាមទារឱ្យរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទៅបុគ្គលិកកាន់សំណុំរៀងរបស់ អ្នក ឬទៅមន្ត្រីមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍ រួមមានអ្នកដែលមកចេញ ឬផ្លាស់ទីលំនៅចូលរស់នៅថ្មី អាសយដ្ឋានថ្មី ការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ប្រពន្ធនាម្នាក់ ប្រសិនបើមានការប្តូរកំណត់បង់ការងារ ការស្នើសុំលក្ខណៈ ឬគ្រប់គ្រងប័ណ្ណថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរ ប្រាក់ចំណូល និងការល្អិតល្អន់ផ្សេងៗផ្សេងៗ។ បុគ្គលិកកាន់សំណុំរៀងរបស់អ្នក នឹងលិខិតជូនដំណឹងដែលលោកអ្នកទទួលបាន នឹងរាប់បញ្ចូលចំណាត់ថ្នាក់អំពីព័ត៌មានលម្អិតដោយ ផ្អែកលើកម្មវិធីនិងការធានារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ការខកខានមិនបាន រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង អាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់ការ ធានារ៉ាប់រង ការផ្លាស់ប្តូរកម្ម ឬការចោទប្រកាន់តាមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី ឬប្រព្រឹត្តទុក។ លោកអ្នកអាច រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យ CAO ដោយផ្ទាល់តាមទូរស័ព្ទ ទូរសារ ប៊ុស្ត្រប្រៃសណីយ៍ ឬតាមរយៈកម្មវិធី MyCOMPASS ។ លោកអ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធីមណ្ឌល សេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930 ឬសម្រាប់ទីក្រុងហ្វីឡាដែលហ្វី (Philadelphia) 1-215-560-7226 ដំណើរការគ្រប់ពេលវេលា។

របាយការណ៍នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិឯកជនភាព

(i) ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រាប់បញ្ចូលទាំងលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) របស់សមាជិក ត្រួតសម័យថ្មី ត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមច្បាប់ស្តីពីអាហារនិងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 ដែលបានធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តចំណាត់ថ្នាក់ 7 U.S.C. 2011-2036d. ព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវប្រើដើម្បី កំណត់ថាត្រូវសរសេរសង្គមកិច្ចសិទ្ធិទទួលបាន ឬបន្តមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះកម្មវិធី SNAP ឬអត់។ យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើសំណុំព័ត៌មាននេះ តាមរយៈកម្មវិធីកុំព្រាមដែលដំណើរការស្របច្បាប់កម្មវិធី នានា។ ព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវប្រើផងដែរ ដើម្បីពិនិត្យមើលការអនុលោមតាមបទបញ្ជាកម្មវិធី និង សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផងដែរ។

(ii) ព័ត៌មាននេះ អាចត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយដល់ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋទៀត សម្រាប់ការត្រួត ពិនិត្យជាផ្លូវការ និងផ្តល់ជំនួយផ្នែកផ្សេងៗសម្រាប់គោលបំណងចាប់ផ្តើមដែលរត់ចេញខ្លួនដើម្បីជៀស វាងច្បាប់។

(iii) ប្រសិនបើបណ្តឹងទាមទារកម្មវិធី SNAP កើតឡើងដំបូងនឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មាន ត្រូវបានផ្តល់ជូននេះ ដែលរួមមានលេខប័ណ្ណ SSNs ទាំងអស់ អាចត្រូវបានទៅក្នុងការ សហព័ន្ធនិងរដ្ឋ ក៏ដូចជាទីភ្នាក់ងារប្រមូលព័ត៌មានទាមទារជាលក្ខណៈឯកជន សម្រាប់ធានាការប្រមូល បណ្តឹងទាមទារ។

(iv) ការផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ រួមទាំងលេខប័ណ្ណ SSN របស់សមាជិកត្រួតសម័យថ្មី គឺជាការស្ថិតិច្នោះ។ ទ្រោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការខកខាននៃការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN និង ប័ណ្ណលិខិតប្រកាសការផ្តល់ជូនចំពោះការធានារ៉ាប់រងពិការភាពស្តីពី "SNAP" ចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលខកខាន មិនបានផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN ផងដែរ។ លេខប័ណ្ណ SSN ណាមួយដែលបានផ្តល់ជូននោះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់និងត្រូវបង្ហាញឱ្យដឹងតាមលក្ខណៈដូចគ្នានឹងលេខប័ណ្ណ SSNs របស់សមាជិកត្រួតសម័យថ្មីដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។



ការហាមឃាត់ និងការដាក់ទោសទណ្ឌ ស្តីអានអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក :

| ប្រសិនបើការណ៍នេះ កើតឡើងដោយគ្មានមូលហេតុសមរម្យ | | ការណ៍នេះ អាចកើតឡើង (ការដាក់ទោសទណ្ឌ) |
|--|--|---|
| ការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ កម្មវិធី SNAP សាច់ប្រាក់ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ | ប្រើប្រាស់ខុស បំណុលប្រាក់ធានារ៉ាប់រងតាមអេឡិចត្រូនិច (EBT) Card ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card ។ | ការដាក់ពិន័យ ការដាក់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ ។ |
| | មិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរធានារ៉ាប់រងការទាមទារ ។ | កាត់ប្របញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រង ។ |
| | មានចេតនាផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលមិនពិត មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ។ | ការដាក់ពិន័យ ការដកសិទ្ធិ និង/ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារចំពោះការក្លែងបន្លំសុខុមាលភាព ការដកសិទ្ធិតាមដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល ។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានសាច់ប្រាក់ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • លើកទីមួយ - 6 ខែ ។ • លើកទីពីរ - 12 ខែ ។ • លើកទីបី - ជាប់រងរហូត ។ មិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ៖ <ul style="list-style-type: none"> • លើកទីមួយ - 12 ខែ ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ ។ • លើកទីបី - ជាប់រងរហូត ។ |
| ជួញដូរ លក់ ឬប៉ុនប៉ងធ្វើពាណិជ្ជកម្ម លក់ ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card របស់អ្នកផ្សេង ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • ការផ្តន្ទាទោសរបស់តុលាការទាំងអស់ - 12 ខែ ។ | |
| កម្មវិធី SNAP | មានចេតនាប្រើប្រាស់ខុសនូវការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ឧទាហរណ៍ ជួញដូរ លក់ ឬទិញប័ណ្ណ EBT Card ឬការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រង ឬបោះចោលចូលក្នុងដៃដូរបានទិញការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បញ្ញើ - ឬទិញប្រាក់ស្រូវដែលមិនចេញថ្លៃដោយកម្មវិធី SNAP ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃអាហារដែលបានទទួលរួចហើយ ឬអាហារដែលមានប្រាក់កម្ចី ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • លើកទីមួយ - 12 ខែ ។ • លើកទីពីរ - 24 ខែ ។ • លើកទីបី - ជាប់រងរហូត ។ • លើកទីមួយ ការកាត់ទោសរបស់តុលាការជាង \$500 ដុល្លារ - ជាប់រងរហូត ។ |
| | ទិញផលិតផលដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដោយមានបំណងទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណា ក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយការលក់ផលិតផលនេះជាថ្មីនឹងសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ | |
| | ចំពោះគោលបំណងការទិញផលិតផលដែលបានទិញតាមប្រភពដើម ដែលបានទិញដោយមានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ជាថ្មីនឹងសាច់ប្រាក់ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារមានសិទ្ធិទទួលបាន ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • លើកទីមួយ - 24 ខែ ។ • លើកទីពីរ - ជាប់រងរហូត ។ |
| | ប្រើ/ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទិញធុរ្យសារធាតុដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រង ។ | |
| | ប្រើ/ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ក្នុងការលក់អាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ។ | លើកទីមួយ - មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រងរហូត ។ |
| | ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសចំពោះការទិញ ការលក់ ឬការជួញដូរការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP សម្រាប់ទឹកប្រាក់សរុបចំនួន \$500 ដុល្លារឬច្រើនជាងនេះ ។ | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រងរហូត ។ |
| | កុហកអំពីអ្នកជានិច្ច ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ច្រើនជាងមួយ ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។ |
| ភៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំឃាំង ដោយសារតែបទឧក្រិដ្ឋ/ការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ - ឬភៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់ ។ | |
| សាច់ប្រាក់ | មិនគោរពតាមការដាក់ពិន័យតុលាការរបស់ ដែលរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះបទឧក្រិដ្ឋឬបទល្មើសមជ្ឈិម ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រហូតដល់អ្នកគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់អ្នក ។ |
| | កុហកអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានសាច់ប្រាក់នៅក្នុងរដ្ឋពីរឬច្រើន ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។ |
| | ភៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការជាប់ឃុំឃាំង ដោយសារតែការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ/ការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋកម្ម ឧក្រិដ្ឋបានដាក់ពន្ធនាគារក្នុងតំបន់ចោទតាមនីតិវិធីតុលាការព្រហ្មទណ្ឌ ក្នុងករណីមានការចេញដីកាកោះ ឬដីកាចាប់ខ្លួនចំពោះបទល្មើសតិចតួច បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសមជ្ឈិម ភៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ/ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ ឬមានដីកាដែលនៅប្រើណាមួយប្រឆាំងនឹងអ្នក ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់រហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់ ។ |
| ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានកំហុសពីការក្លែងបន្លំ ឬការរំលោភច្បាប់ខាងលើ ៖ | | <ul style="list-style-type: none"> • ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ \$15,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash; • ដាក់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ សម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ប្រាំពីរឆ្នាំសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash និង/ឬ • ការបង់ប្រាក់សវនាការធានារ៉ាប់រងដែលបានទទួល ។ • ការដកសិទ្ធិការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់រយៈពេលដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើដោយកម្មវិធី ។ |
| បទបញ្ជាស្តីពីការងារកម្មវិធី SNAP | សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ធ្វើឱ្យសមត្ថភាពរាងកាយនិងខ្សែក្បាលរឹងមាំ - មានអាយុលើសពី 15 ឆ្នាំ និងក្រោម 60 ឆ្នាំ - បើមិនដូច្នោះទេ ត្រូវរំលឹកលែង ឬមានហេតុផលត្រឹមត្រូវ ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • លើកទីមួយ - មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់ ។ • លើកទីពីរ - បីខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់ ។ • លើកទីបី ឬច្រើនដង - ប្រាំមួយខែ ជាប់រងរាល់លើក និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់ ។ |
| | បដិសេធ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • ទទួលយកការងារមួយ ។ • ជូនដំណឹងទៅការិយាល័យ CAO អំពីស្ថានភាពការងារនិងភាពមានការងារធ្វើ ។ តាមគោលបំណង ចាត់វិធានការដើម្បី ៖ <ul style="list-style-type: none"> • បោះបង់ចោលការងារ ។ • កាត់បន្ថយម៉ោងធ្វើការខ្លីតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារមួយផ្សេងទៀតបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងាររួចហើយ) | |
| បទបញ្ជាស្តីពីការងារកម្មវិធី CASH | មិនបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងារសាច់ប្រាក់តាមគោលបំណង ដូចមានជាប្រោលយលក្ខណ៍អក្សរអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការទទួលខុសត្រូវគ្នាទៅវិញទៅមក (AMR) ។ | មិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ៖ <ul style="list-style-type: none"> • ការរំលោភបំពានលើកទីមួយ - អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ ដែលមួយណាមានរយៈពេលខ្លីជាងនេះ ។ • ការរំលោភបំពានលើកទីពីរ - អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 60 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ ដែលមួយណាមានរយៈពេលខ្លីជាងនេះ ។ • ការរំលោភបំពានលើកទីបី - អ្នកនឹងត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។ ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្សំទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះតែប្រចប់ប៉ុណ្ណោះ ។ ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្សំទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះក្រុមគ្រួសារទាំងអស់ ។ |



ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

នៅពេលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ៖

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំជាជនស្នើសុំរដ្ឋ Pennsylvania ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រព័ន្ធផ្សេងផ្ទាល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះប្រាក់ចំណូល (IEVS) ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ការងារការណ៍អំពីអតិថិជន និងទិញកម្រិតផ្គត់ផ្គង់សេវាផ្សេងៗ ដើម្បីផ្សេងផ្ទាល់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលអាចមានតាមប្រព័ន្ធ IEVS និងអង្គការផ្សេងទៀត នឹងត្រូវបានស្នើសុំ ប្រើប្រាស់ និងអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់តាមការទាក់ទងបន្ទាប់បន្សំនៅខណៈពេលព័ត៌មានលម្អិតដែលខ្ញុំស្នើសុំត្រូវបានរកឃើញដោយទិញកម្រិតផ្គត់ផ្គង់ ឬហើយព័ត៌មានបែបនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ និងកម្រិតនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុណាមួយបញ្ជូនឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមអេឡិចត្រូនិក ឬតាមមធ្យោបាយណាមួយផ្សេងទៀត ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុណាមួយក្នុងចំណោមព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុទាំងអស់ដែលគ្រប់គ្រងដោយស្ថាប័ននោះ ជូនទៅក្រសួងសេវាសង្គមពលរដ្ឋ ឬភ្នាក់ងារដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកថែទាំរបស់ខ្លួន សម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងការផ្ទៀងផ្ទាត់ជនធាន (ដែលគេហៅថា "ទ្រព្យកម្ម" ផងដែរ) ក្នុងករណីមានតម្រូវការដើម្បីកំណត់ និងកំណត់ឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយរដ្ឋស្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរួមមានប្រាក់បញ្ញើ ការដកប្រាក់ ការបំបែកប្រាក់ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ដែលបានស្នើសុំ ឬបានទទួលពីស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ ដែលមានប្រតិបត្តិការផ្សេងផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានដោយស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុចំពោះគណនី ឬទ្រព្យកម្ម។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ មានប្រសិទ្ធភាពហេតុផលលើព័ត៌មានសិទ្ធិស្របច្បាប់ចំពោះជំនួយរដ្ឋស្រូវ ត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ចប់ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រេចចិត្តលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ដោយមានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនទៅនាយកដ្ឋានណាមួយដែលកើតឡើងមុនគេ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំលុបចោលការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ការណែនាំនោះអាចធ្វើឱ្យខ្ញុំ ឬគ្រួសារខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយរដ្ឋស្រូវឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបង្ហាញខ្លួន លាក់ចាំង ឬមិនព្រមផ្តល់អង្គហេតុពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនោះ ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេទាមទារឱ្យបង់ប្រាក់សំណងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយខ្ញុំអាចទទួលបានការចោទប្រកាន់និងការដកសិទ្ធិពីការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនាពេលអនាគតជាក់លាក់។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ដោយបំពេញផ្នែកអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត ហើយដាក់ជូនផ្នែកនេះជាមួយពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះរបាយការណ៍ក្លែងបន្លំណាមួយដែលមាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ទោះជាជាពាក្យសុំនេះត្រូវបានដាក់ជូនពិនិត្យដោយនរណាម្នាក់ដែលតំណាងឱ្យខ្ញុំក៏ដោយ។
- ខ្ញុំបានទទួលដកសារធានាមួយច្បាប់អំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយបានអានដកសារធានានេះរហូតដល់ការចុះហត្ថលេខាខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងអំពីដកសារនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូលក្នុងពាក្យសុំនេះ និងត្រូវរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយត្រូវប្រើដើម្បីគ្រប់គ្រងការធានារ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យមានការចេញផ្សាយព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានរដ្ឋស្រូវសម្រាប់គោលបំណងនៃការកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលតម្រូវឱ្យខ្ញុំរក្សាការណែនាំនោះ ត្រូវតែរក្សាការណែនាំនេះពេល 10 ថ្ងៃដំបូងនៃដើមខែ បន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំយល់ថា គ្រួសាររបស់ខ្ញុំអាចចាត់តាំងការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP ប្រសិនបើសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ទទួលបានការឃ្នោត ឬលេងល្បែងស៊ីសង ដែលមានចំនួនសេចក្តីច្រើនជាងចំនួនកំណត់នៃជនធានកម្មវិធី SNAP សម្រាប់គ្រួសារដែលមានមនុស្សចាស់ឬពិការ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងនេះ។ ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាក ឬបញ្ចប់នោះ លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ នឹងពន្យល់អំពីមូលហេតុ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ (90 ថ្ងៃសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP (ប័ណ្ណជនក្រីក្រអាហារតម្លៃថោក)) ដោយគិតចាប់ពីការលើកចេញនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវបានកំណត់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ពីនិយោជក ប្រកបហិរញ្ញវត្ថុ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់ពួកគេ ឬដាក់ពាក្យសុំលើខ្សែប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច ប្រសិនបើពួកគេមិនទាន់មាន។ លើខ្សែប័ណ្ណនេះ អាចត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធបញ្ជូនការធានារ៉ាប់រងតាមអេឡិចត្រូនិក (EBT) ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះ នៅអំឡុងពេលដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រព័ន្ធ EBT ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card តែប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ហើយអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ និងសមហេតុផលតែប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចមិនប្រើមូលនិធិជំនួយជាសាច់ប្រាក់ដែលផ្តល់ជូនតាមប័ណ្ណ PA ACCESS របស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើប្រតិបត្តិការ EBT នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា កាស៊ីណូ (កាស៊ីណូល្បែងស៊ីសង) ការបើកកន្លែងលេងល្បែងស៊ីសង) ឬកន្លែងកំសាន្តមនុស្សពេញវ័យឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំជំនួយឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំពិតជាផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់ពួកគេ វាអាចត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបញ្ជូល គឺជាព័ត៌មានពិត ដែលស្ថិតក្រោមទោសបញ្ញត្តិស្តីពីការស្របច្បាប់។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានតម្លៃសមរម្យ ដើម្បី

- ផ្ទៀងផ្ទាត់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែករដ្ឋស្រូវរបស់ខ្ញុំ។ ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរដ្ឋស្រូវ អាចត្រូវបដិសេធឬមានកំណត់លក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាគ្រូម ដែលមានមូលហេតុនៃស្ថានភាពដែលមានស្រាប់ពីមុននោះ ខ្ញុំអាចទទួលបានប្រាក់កម្ចីនៅពេលខ្ញុំបានទទួលជំនួយរដ្ឋស្រូវ។
- ខ្ញុំយល់ថា បើខ្ញុំត្រូវបានគេកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយរដ្ឋស្រូវ ខ្ញុំនឹងត្រូវបានគេកំណត់នៅក្នុងកញ្ចប់ធានារ៉ាប់រងជំនួយរដ្ឋស្រូវសម្រាប់ខ្ញុំ ដែលខ្ញុំអាចមាន។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេទាមទារឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព អាចមានដោយឥតគិតថ្លៃ ឬការចំណាយតិចតួចសម្រាប់ខ្ញុំ ដោយសារក្រសួងបដិសេធឬស្របច្បាប់ខែជូនដល់គម្រោងថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ថ្លៃសេវាប្រចាំខែគឺជាថ្លៃសេវាពន្ធដារ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានជំនួយផ្នែករដ្ឋស្រូវដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយសារមានកំហុសការកែតម្រូវ ឬហេតុផលផ្សេងទៀតនោះ បន្ទាប់មកខ្ញុំអាចត្រូវបានគេទាមទារទូទាត់សងប្រាក់ជូនក្រសួងនូវថ្លៃសេវាប្រចាំខែទាំងអស់ដែលបានបង់ក្នុងនាមជំនួយខ្ញុំ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសាច់ប្រាក់ ខ្ញុំនឹងសហការតាមតម្រូវការទាមទារនៃកម្មវិធីប្រឹងកម្លាំងការងារតាមការណែនាំរបស់ក្រសួង។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិដល់ក្រសួងនិងផ្នែកទំនាក់ទំនងតាមផ្ទះ ដើម្បីបន្តស្វែងរកនិងប្រមូលសាច់ប្រាក់ និង/ឬ ការជួយគាំទ្រខាងរដ្ឋស្រូវសម្រាប់ខ្ញុំ និងអ្នកដទៃទៀតដែលខ្ញុំនឹងដាក់ពាក្យសុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំរាយការណ៍ប្តូរផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយក្នុងគ្រួសារខ្ញុំ និងទទួលបានចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាពីការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី SNAP (ប័ណ្ណជនក្រីក្រទិញអាហារតម្លៃថោក) ដែលបានអនុញ្ញាត។ ការខកខានរាយការណ៍ប្តូរផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយក្នុងគ្រួសារ និងត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការណែនាំរបស់ខ្ញុំថា ខ្ញុំមិនចង់ទទួលបានការកាត់សម្រាប់ចំណាយដែលមិនបានរាយការណ៍ ឬមិនបានបញ្ជាក់ភស្តុតាង។ (អាជ្ញាធរ ក្រសួងកសិកម្មសហគមន៍រុក្ខាប្រមាញ់ សេវាកម្មស្បៀងអាហារនិងអាហារូបត្ថម្ភតំបន់អាត្មាដឹកកណ្តាល សេចក្តីជូនដំណឹងរដ្ឋពលលេខ 6-99, ចេញថ្ងៃទី 4 ខែមករា ឆ្នាំ 1999)។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទានសម្រាប់ការចំណាយក្នុងគ្រួសារនៅពេលដែលខ្ញុំរាយការណ៍ និងផ្តល់ការបញ្ជាក់ភស្តុតាងលើការចំណាយគ្រប់ពេលនៅអំឡុងពេលការចេញលិខិតបញ្ជាក់កម្មវិធី SNAP (ប័ណ្ណជនក្រីក្រទិញអាហារតម្លៃថោក) របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំការិយាល័យជំនួយខេត្ត (CAO) សម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីការចំណាយ ហើយថាការិយាល័យ CAO អាចទាក់ទងមកអ្នកផ្សេងទៀត ដើម្បីសុំការបញ្ជាក់ថាតើខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ពីអ្វីមួយឬទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា បើបុគ្គលខ្លះទូទាំងអស់ដែលដាក់ពាក្យសុំ មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ចំពោះជំនួយរដ្ឋស្រូវនោះ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី CHIP ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើបុគ្គលមួយចំនួន ឬទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំ មិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយរដ្ឋស្រូវតាមរយៈ ក្រសួងទេ ពួកគេអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សហព័ន្ធ និង/ឬស្រូវកែច្នៃស្រូវថែទាំសុខភាពជំងឺជនធានតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ Pennsylvania (Pennie)។ បើជាការពិត ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំស្តីពីការដាក់ពាក្យសុំនេះទៅ Pennie។ ខ្ញុំយល់ឃើញថា សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំស្ថិតនៅក្រោម Pennie ជាអ្នកសម្រេច។
- ការបន្តការរ៉ាប់រងនៅបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ ដើម្បីឱ្យងាយស្រួល កំណត់លក្ខណសម្បត្តិសមស្របរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ជំនួយចំណាយលើការរ៉ាប់រងសុខភាពនៅបណ្តាឆ្នាំខាងមុខ ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យ Pennie ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ ដូចជាព័ត៌មានពីនិរន្តរ៍ពន្ធ។ Pennie នឹងជូនដំណឹងដល់ខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការកែប្រែ និងខ្ញុំអាចដកខ្លួនចេញនៅពេលណាក៏បានដែរ។

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស ឬមិនបន្តការធានារ៉ាប់រងសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ពេលក្រោយទៀតនេះ (គូសប្រតិបត្តិមួយចំណុច)៖

ប្រាំឆ្នាំ (ចំនួនឆ្នាំអតិបរមាដែលបានអនុញ្ញាត)

បួនឆ្នាំ

បីឆ្នាំ

ពីឆ្នាំ

មួយឆ្នាំ

មិនត្រូវប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំពីរបាយការណ៍ពន្ធ ដើម្បីបន្តធ្វើថ្មីឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំឡើយ។



លិខិតជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តតសិទ្ធិឯកជនភាព

លិខិតជូនដំណឹងនេះ ពណ៌នាថា តើព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីលោកអ្នកអាចត្រូវប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញឱ្យដឹងយ៉ាងដូចម្តេច ហើយលោកអ្នកអាចចូលប្រើព័ត៌មាននេះយ៉ាងដូចម្តេច ។ សូមពិនិត្យមើលលិខិតជូនដំណឹងឡើងវិញដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ។

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译, 请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់អំពីការរក្សាទុកព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែសំបុត្រ ឬសូមទាក់ទងការិយាល័យដើម្បីរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយខាងភាសា និងផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

ក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ (DHS) ផ្តល់ជូន និងបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មសង្គមកិច្ចជាច្រើនប្រភេទ ។ យើងខ្ញុំក៏កំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មនានាផងដែរ ។ ដើម្បីអនុវត្តកិច្ចការទាំងនេះ យើងខ្ញុំត្រូវប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពអំពីលោកអ្នក និង/ឬ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ។ ព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំប្រមូលអំពីលោកអ្នក និង/ឬ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក គឺជាព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ។ យើងខ្ញុំប្រកាសចាត់ទុកព័ត៌មាននេះ ថាជា “ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ” ។

ក្រសួង DHS មិនប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពរបស់ក្រសួង DHS ឡើយ លុះត្រាតែព័ត៌មាននេះត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬកំណត់ដោយច្បាប់ ។ ច្បាប់កំណត់ឱ្យក្រសួង DHS រក្សាសិទ្ធិឯកជនភាពចំពោះព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ ដើម្បីផ្តល់ជូនបុគ្គលនានាដោយមានលិខិតជូនដំណឹងអំពីកិច្ចនីតិវិធី ឬការព្យាបាល និងការអនុវត្តសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់ខ្លួនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ និងដើម្បីជូនដំណឹងដល់បុគ្គលដែលទទួលបានផលប៉ះពាល់ក្នុងការណែនាំការរំលោភបំពានលើព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ ដែលគ្មានសុវត្ថិភាព ។ ក្នុងនាមជា “អង្គការដែលចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង” ក្រសួង DHS ត្រូវគោរពតាមច្បាប់ដែលអាចអនុវត្ត ដែលការពារសិទ្ធិឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក ដែលក្នុងនោះរួមមានវិធាននានានៃសិទ្ធិឯកជនភាពនៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិទទួលបាននិងការទទួលខុសត្រូវចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ដោយស្ថិតក្រោមច្បាប់ HIPAA នេះ ទីភ្នាក់ងារកម្មវិធី Medicaid ផែនការសុខភាពជាក់លាក់ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ជាឧទាហរណ៍នៃអង្គការដែលចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថា ត្រូវគោរពតាមច្បាប់ HIPAA ។ ច្បាប់ដទៃទៀតដែលអាចអនុវត្ត រួមមានវិធាននានាដែលទាក់ទងនឹងព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតសុខភាពចរិយា ការរំលោភបំពានប្រើគ្រឿងញៀន/ការព្យាបាល និងមេរោគអេដ/ជំងឺអេដ HIV/AIDS ។ ក្នុងករណីយើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ យើងខ្ញុំខិតខំប្រឹងប្រែងសមហេតុផល ដើម្បីកំណត់ការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានដែលចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា ដើម្បីបំពេញគោលបំណងដែលបានត្រួតពិនិត្យ ។ លិខិតជូនដំណឹងនេះពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះសិទ្ធិឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែលយើងខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់និងបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មាននោះ ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការអនុវត្តសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់ក្រសួង DHS ឬដើម្បីទទួលបានឯកសារថតចម្លងផ្សេងទៀតអំពីលិខិតជូនដំណឹងនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ សូមមើលផ្នែក “សំណួរ ឬបណ្តឹងតវ៉ា” នៅទំព័រចុងក្រោយនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ។

ច្បាប់កំណត់ឱ្យយើងខ្ញុំគោរពតាមលក្ខខណ្ឌនានានៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ ។ យើងខ្ញុំសូមរក្សាសិទ្ធិផ្តល់ប្រយោជន៍លក្ខខណ្ឌនានានៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ និងដើម្បីធ្វើឱ្យបទប្បញ្ញត្តិនៃលិខិតជូនដំណឹងថ្មីមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារទាំងអស់ ដែលយើងខ្ញុំរក្សាទុក ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ៗនៅក្នុងគោលនយោបាយនីតិវិធីស្តីពីសិទ្ធិឯកជនភាពនោះ យើងខ្ញុំនឹងដាក់ផ្សព្វផ្សាយឯកសារថតចម្លងលិខិតជូនដំណឹងដែលបានពិនិត្យឡើងវិញហើយនៅតាមរូបសាយ និង/ឬ ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិឯកជនភាពថ្មីតាមប្រព័ន្ធប្រៃសណីយ៍ ឬប្រគល់ជូនដោយផ្ទាល់ ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំនិងទទួលបានឯកសារថតចម្លងលិខិតជូនដំណឹងជាក្រដាសនៅពេលណាមួយក៏បាន ។

តើព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារជាអ្វី?

ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារគឺជាព័ត៌មានអំពីលោកអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្តកាលពីអតីតកាល បច្ចុប្បន្ន ឬអនាគត ការព្យាបាល ឬការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាល ហើយដែលអាចត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណលោកអ្នក។ ព័ត៌មាននេះ រួមមានព័ត៌មានណាមួយមិនថាជាទម្រង់ណាមួយជាពាក្យសម្តីបច្ចេកសម្លេង ដែលបង្កើតឡើងឬទទួលបានដោយក្រសួង DHS ឬបុគ្គល ឬអង្គការនានាដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយក្រសួង DHS។ ការណែនាំរបស់បញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអេឡិចត្រូនិក និងព័ត៌មានជាទម្រង់ណាមួយផ្សេងទៀត ឬទម្រង់មធ្យមដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណលោកអ្នក ឧទាហរណ៍៖

- ឈ្មោះរបស់អ្នក (ឬឈ្មោះកូនៗរបស់អ្នក)
- អាសយដ្ឋាន
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
- កាលបរិច្ឆេទអនុញ្ញាតឱ្យចូល/អនុញ្ញាតឱ្យចេញ
- លេខកូដវិនិច្ឆ័យរោគ
- លេខទូរស័ព្ទ
- លេខសំណុំរឿងក្រសួង DHS
- លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច
- លេខកូដនីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រ



តើនរណាពិនិត្យមើលនិងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំ?

អ្នកជំនាញពីក្រសួង DHS (ដូចជាអ្នកកាន់សំណុំរឿង និងការិយាល័យជំនួយខោនធី និងបុគ្គលិកកម្មវិធីផ្សេងទៀត) និងប្រជាពលរដ្ឋនៅក្រៅក្រសួង DHS (ដូចជាអ្នកចុះកិច្ចសន្យា បុគ្គលិកអង្គការថែទាំសុខភាព (HMO) គិលានុបដ្ឋាយិកា វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាលធាតុ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច និងអ្នកគ្រប់គ្រងរដ្ឋបាល) អាចពិនិត្យមើលនិងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកចំពោះការធានារ៉ាប់រង ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬសម្រាប់ហេតុផលដែលទាមទារ ឬដែលអនុញ្ញាតផ្សេងទៀត។ ការចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក អាចពាក់ព័ន្ធសេវាកម្មនិងការធានារ៉ាប់រង ដែលលោកអ្នកមានពីមុន ទទួលបានឥឡូវនេះ ឬអាចទទួលបាននៅពេលក្រោយមកទៀត។ ក្រសួង DHS នឹងមិនប្រើប្រាស់ឬចែករំលែកព័ត៌មានហ្សែននេះទេអំពីលោកអ្នកឡើយនៅក្នុងករណីមានការសម្រេចចិត្តថាតើលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medicaid ឬអត់នោះ។

ហេតុអ្វីព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវប្រើប្រាស់និងបញ្ចេញឱ្យដឹងដោយក្រសួង DHS?

មានមូលហេតុផ្សេងៗគ្នាថាហេតុអ្វីយើងខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក។ ច្បាប់កំណត់ថាយើងខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានដោយគ្មានការយល់ព្រម ឬការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដោយសារមូលហេតុនានាដែលពណ៌នាដូចខាងក្រោម។

សម្រាប់ការព្យាបាល៖ យើងខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មាន ដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចទទួលបានការព្យាបាល ឬសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានជូនវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកព្យាបាលរបស់អ្នកដែលត្រូវការដឹង ដើម្បីផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការថែទាំសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព និងដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការព្យាបាលរបស់អ្នកជាមួយអ្នកដទៃទៀត ដែលជួយថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

សម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់៖ យើងខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មាន ដើម្បីទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលរបស់អ្នក និងសេវាកម្មផ្សេងទៀត។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចផ្តោតប្តូរព័ត៌មានអំពីលោកអ្នកជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ មន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់របស់អ្នក ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត ដើម្បីទូទាត់វិក្កយបត្រសម្រាប់ការព្យាបាលរបស់អ្នក និងសេវាកម្មនានា។

សម្រាប់ប្រតិបត្តិការកម្មវិធីរបស់យើង៖ យើងខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មាននៅក្នុងដំណើរការនៃការងារធម្មតារបស់យើង ដោយសារយើងខ្ញុំគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផ្សេងៗរបស់យើង។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីទាក់ទងមកលោកអ្នក ដើម្បីផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពីការណាត់ជួបព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធសុខភាព និងការធានារ៉ាប់រង និងសេវាកម្មនានា។ យើងខ្ញុំអាចពិនិត្យឡើងវិញផងដែរនូវព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ មន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់របស់អ្នកនិងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវរបៀបដែលកម្មវិធីរបស់យើងកំពុងដំណើរការ ឬដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវតម្រូវការ និងគុណភាពនៃសេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ជូនលោកអ្នក និង/ ឬ ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក។

សម្រាប់សកម្មភាពសុខភាពសាធារណៈ៖ យើងខ្ញុំរាយការណ៍អំពីព័ត៌មានសុខភាពសាធារណៈជូនដល់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្វីៗបែបនេះ ដូចជាជំងឺដែលអាចឆ្លងបាន ព័ត៌មានអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងការពិនិត្យតាមដានជំងឺមួយចំនួនទៀត ដូចជាជំងឺមហារីក។

សម្រាប់គោលបំណងនៃនីតិវិធីអនុវត្តច្បាប់ និងការស្នើសុំចំណាត់ការតាមផ្លូវច្បាប់៖ យើងខ្ញុំនឹងបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានដល់ប៉ូលីស ឬអាជ្ញាធរអនុវត្តច្បាប់ដទៃទៀត តាមការស្នើសុំតាមដីកាបង្គាប់របស់តុលាការ។

សម្រាប់កម្មវិធីរដ្ឋាភិបាល៖ យើងខ្ញុំអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល ឬអង្គការផ្សេងទៀត ដែលត្រូវការដឹងថាតើលោកអ្នកត្រូវបានគេចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីនានារបស់យើងឬអត់ ឬដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមកម្មវិធីផ្សេងទៀត ដូចជាកម្មវិធីសំណងបុគ្គលិក។

សម្រាប់សន្តិសុខជាតិ៖ យើងខ្ញុំអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានតាមការស្នើសុំដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធក្នុងករណីពួកគេកំពុងស៊ើបអង្កេតអ្វីមួយដែលសំខាន់ ដើម្បីការពារប្រទេសរបស់យើង។

សម្រាប់សុខភាព និងសុវត្ថិភាពសាធារណៈ៖ យើងខ្ញុំអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានដើម្បីទប់ស្កាត់ការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពឬសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គលឬសាធារណៈជន។

សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ៖ យើងខ្ញុំអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវដែលបានអនុញ្ញាត និងដើម្បីធ្វើរបាយការណ៍។ របាយការណ៍ទាំងនេះមិនកំណត់អត្តសញ្ញាណបុគ្គលជាក់លាក់ឡើយ។

សម្រាប់អ្នកធ្វើសព្វវិភាគ នាយកដ្ឋានបុព្វបុរស និងការបរិច្ចាគសរីរាង្គ៖ យើងខ្ញុំអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានជូនអ្នកធ្វើសព្វវិភាគ ឬអ្នកត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ គោលបំណងកំណត់អត្តសញ្ញាណ មូលហេតុនៃការកំណត់ចុងក្រោយពីការស្លាប់ ការបរិច្ចាគសរីរាង្គ និងមូលហេតុពាក់ព័ន្ធ។ យើងខ្ញុំអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានផងដែរជូនទៅនាយកដ្ឋានបុព្វបុរស ដើម្បីអនុវត្តកិច្ចការដែលទាក់ទងនឹងពិធីបុណ្យសព។

សម្រាប់មូលហេតុនានាតាមរបៀបផ្សេងទៀតដែលកំណត់ដោយច្បាប់៖ ក្រសួង DHS អាចប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នកទៅតាមទំហំការប្រើប្រាស់ឬការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានគឺតាមរបៀបផ្សេងទៀតតាមការទាមទារដោយច្បាប់។ ការប្រើប្រាស់ឬការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានត្រូវបានធ្វើឡើងស្របតាមច្បាប់ ហើយត្រូវបានកំណត់លក្ខខណ្ឌតាមតម្រូវការទាមទារដោយច្បាប់។

តើច្បាប់ផ្សេងទៀតការពារព័ត៌មានសុខភាពជាក់លាក់អំពីខ្ញុំដែរឬទេ?

ក្រសួង DHS ក៏គោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធនិងរដ្ឋផ្សេងទៀតផងដែរ ដែលផ្តល់ជូនការការពារសិទ្ធិកជនភាពបន្ថែមទៀតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់និងការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានអំពីលោកអ្នក។ ឧទាហរណ៍បើយើងខ្ញុំមានព័ត៌មានអំពីមេរោគអេដ HIV ឬព័ត៌មានអំពីការរំលោភបំពានប្រើសារធាតុដោយមានករណីលើកលែងមួយចំនួននោះ យើងខ្ញុំមិនអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានចុះហត្ថលេខាពីសេស ដែលគោរពតាមច្បាប់ឡើយ។ ចំពោះស្ថានភាពមួយចំនួន ច្បាប់ក៏តម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមុនពេលយើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬពិការភាពផ្នែកបញ្ញា និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតផងដែរ។



តើខ្ញុំអាចស្នើសុំក្រសួង DHS ដើម្បីប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំឬទេ ?

ពេលខ្លះ លោកអ្នកអាចត្រូវការ ឬចង់បានព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក បានបញ្ជូនទៅ ឬតាមរបៀបផ្សេងទៀត បញ្ចេញឱ្យដឹងទៅនរណាម្នាក់ ឬទៅកន្លែងណាមួយសម្រាប់ហេតុផលនានាក្រៅពីការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ប្រតិបត្តិការកម្មវិធីរបស់យើង ឬគោលបំណងដែលបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវឱ្យមានផ្សេងទៀត ដោយមិនចាំបាច់ត្រូវការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកឡើយ។ បើដូច្នោះអ្នកអាចត្រូវបានគេស្នើសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ដែលអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំបញ្ជូន ឬតាមរបៀបផ្សេងទៀត បញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានថែទាំសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នកតាមសំណើរបស់អ្នក។

សំណុំបែបបទស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីអ្វីមួយ ទឹកកន្លែង និងបុគ្គល ដែលព័ត៌មាននឹងត្រូវបញ្ជូនទៅ ឬតាមរបៀបផ្សេងទៀត តបញ្ចេញឱ្យដឹង។ លោកអ្នកអាចដកលិខិតអនុញ្ញាតរបស់អ្នក ឬកំណត់លក្ខខណ្ឌចំនួនព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ចេញឱ្យដឹងនៅពេលណាក៏បាន តាមរយៈការជូនដំណឹងឱ្យយើងខ្ញុំបានដឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ លើកលែងតែវិសាលភាពដែលក្រសួង DHS បានចាត់វិធានការរួចហើយដោយពង្រីកលើលិខិតអនុញ្ញាតនេះ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានអាយុតិចជាង 18 ឆ្នាំ ហើយតាមច្បាប់លោកអ្នកអាចយល់ព្រមចំពោះការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក បន្ទាប់មកលោកអ្នកនឹងមានការគ្រប់គ្រងព័ត៌មានសុខភាពនោះ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក បានបញ្ជូនទៅបុគ្គលណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយលោកអ្នកជាមួយការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

លើកលែងតែដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ យើងខ្ញុំនឹងមិនប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរឡើយ។ ឧទាហរណ៍ច្បាប់ HIPAA ជាទូទៅ ទាមទារឱ្យមានការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមុនពេលអង្គការដែលចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងអាចប្រើប្រាស់ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានអំពីកំហុសព្យាបាលចិត្តអាចរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។ ចំពោះករណីភាគច្រើននោះ ច្បាប់ HIPAA ក៏ទាមទារឱ្យមានការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ មុនពេលអង្គការដែលចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង អាចប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារសម្រាប់គោលបំណងទីផ្សារ ឬមុនពេលលក់វា។

តើខ្ញុំមានសិទ្ធិអ្វីខ្លះពាក់ព័ន្ធនឹងព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ?

ក្នុងនាមជាអតិថិជនរបស់ក្រសួង DHS លោកអ្នកមានសិទ្ធិដែលពាក់ព័ន្ធនឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក ដែលយើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញឱ្យដឹង ដូចខាងក្រោម៖

សិទ្ធិពិនិត្យមើល និងថតចម្លងឯកសារព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក៖ លោកអ្នកមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារភាគច្រើនរបស់អ្នក និងទទួលបានឯកសារថតចម្លងព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការឯកសារថតចម្លងព័ត៌មានដែលលោកអ្នកមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលនោះ លោកអ្នកអាចត្រូវបានគេគិតថ្លៃសេវាតិចតួច។ ប៉ុន្តែទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ជាទូទៅលោកអ្នកអាចមិនពិនិត្យមើល ឬទទួលបានឯកសារថតចម្លងនេះ (1) កំណត់ហេតុព្យាបាលចិត្តអាច ឬ (2) ព័ត៌មានដែលមិនអាចបញ្ចេញឱ្យដឹងជូនដល់លោកអ្នកក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធឡើយ។

ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរបស់អ្នកចំពោះព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារនោះ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការបដិសេធនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការបដិសេធនេះ។

ក្រសួង DHS មិនទទួល ឬរក្សាទុកឯកសារព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នកទាំងស្រុងឡើយ។ វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ មន្ទីរថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត (រួមទាំងអង្គការ HMO បើលោកអ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិក) អាចមានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ លោកអ្នកក៏មានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកផងដែរ តាមរយៈវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត ដែលមានកំណត់ត្រាទាំងនេះ។

សិទ្ធិកែតម្រូវ ឬបន្ថែមព័ត៌មាន៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកគិតថា ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារមួយចំនួន ដែលយើងខ្ញុំមាននោះ មិនត្រឹមត្រូវទេ លោកអ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីកែតម្រូវ ឬបន្ថែមព័ត៌មានថ្មី។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំបញ្ជូនព័ត៌មានដែលបានកែតម្រូវ ឬព័ត៌មានថ្មីជូនទៅអ្នកដទៃទៀត ដែលបានទទួលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកពីយើងខ្ញុំ។ ចំពោះករណីជាក់ស្តែង យើងខ្ញុំអាចបដិសេធសំណើរបស់អ្នក ដើម្បីកែតម្រូវ ឬបន្ថែមព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុដែលយើងខ្ញុំបានបដិសេធសំណើរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងពន្យល់អំពីអ្វីៗដែលលោកអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

សិទ្ធិទទួលបានបញ្ជីរៀបរាប់អំពីការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មាន៖ លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានបញ្ជីរៀបរាប់អំពីទីកន្លែងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នកត្រូវបញ្ជូន លុះត្រាតែព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ជូននោះសម្រាប់គោលបំណងដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាល ការទូទាត់ប្រាក់ ការប្រតិបត្តិការកម្មវិធីរបស់យើង ឬបើច្បាប់កំណត់ថាយើងខ្ញុំមិនត្រូវបានទាមទារឱ្យបន្ថែមលើការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានក្នុងបញ្ជីនោះ។ ឧទាហរណ៍ ច្បាប់មិនតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំបន្ថែមលើការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានក្នុងបញ្ជីណាមួយ ដែលយើងខ្ញុំអាចរៀបចំសម្រាប់លោកអ្នក ក្រុមគ្រួសារ ឬបុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកដទៃទៀតដែលលោកអ្នកបានផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មាន ឬសម្រាប់ព័ត៌មានដែលបានបញ្ចេញឱ្យដឹងមុនថ្ងៃទី 14 ខែមេសា ឆ្នាំ 2003 ។

សិទ្ធិស្នើសុំការកំណត់លក្ខខណ្ឌតឹងរ៉ឹងចំពោះការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មាន៖ លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំកំណត់លក្ខខណ្ឌតឹងរ៉ឹងចំពោះការប្រើប្រាស់និងការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំអាចមិនយល់ព្រមចំពោះសំណើរបស់អ្នក។ ជាការពិត ចំពោះស្ថានភាពខ្លះយើងខ្ញុំមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យកំណត់លក្ខខណ្ឌតឹងរ៉ឹងចំពោះការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានឡើយ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំមិនអាចអនុវត្តតាមសំណើរបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងដល់លោកអ្នកអំពីមូលហេតុ។ លើកលែងតែតាមរបៀបផ្សេងទៀតដែលមានតម្រូវការទាមទារដោយច្បាប់ យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ជូនតាមសំណើរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់លក្ខខណ្ឌតឹងរ៉ឹងចំពោះការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានជូនទៅផែនការថែទាំសុខភាព ប្រសិនបើគោលបំណងនៃការបញ្ចេញឱ្យដឹងព័ត៌មានមិនមែនសម្រាប់ការព្យាបាល និងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលក្នុងនោះ សំណើនេះត្រូវអនុវត្ត ដែលត្រូវចំណាយប្រាក់ពីហោប៉ៅនៃចំនួនទឹកប្រាក់ពេញលេញ។

សិទ្ធិស្នើសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទងសម្ងាត់៖ លោកអ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំទាក់ទងជាមួយលោកអ្នកតាមមធ្យោបាយជាក់លាក់មួយ ឬនៅទីកន្លែងជាក់លាក់មួយ។ ឧទាហរណ៍ លោកអ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំ ដើម្បីទាក់ទងមកលោកអ្នកតាមប៊ុស្តប្រៃសណីយ៍តែប៉ុណ្ណោះ។

សិទ្ធិទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងអំពីការរំលោភបំពាន៖ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានលិខិតជូនដំណឹង ប្រសិនបើមានការរំលោភបំពានលើព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារដែលមិនមានសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក។



ពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ឬដើម្បីស្វែងរកសំណួរនានាអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ តើខ្ញុំត្រូវទាក់ទងនរណា ?

លោកអ្នកអាចទាក់ទងតាមបណ្តាញទូរស័ព្ទជំនួយរបស់ក្រសួង DHS HIPAA តាមលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ 800-692-7462 ដើម្បីពិភាក្សាអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬដើម្បីសាកសួរសំណួរនានាអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ លោកអ្នកក៏អាចទាក់ទងបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿង ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬសរសេរលិខិតទៅការិយាល័យសិទ្ធិឯកជនភាពនៃក្រសួង DHS ផងដែរ តាមអាសយដ្ឋាន DHS's Privacy Office, 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានសំខាន់ៗ ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលិខិតជូនដំណឹងនេះ ដោយចូលទៅគេហទំព័រក្រសួង DHS តាម www.dhs.pa.gov

តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមរបៀបណា ?

លោកអ្នកអាចទាក់ទងទៅការិយាល័យណាមួយដែលមានរាយបញ្ជីខាងក្រោមនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីរបៀបដែលក្រសួង DHS បានប្រើប្រាស់ឬបញ្ជូនឱ្យដឹងព័ត៌មានអំពីលោកអ្នក។ មិនមានការផាកពិន័យឡើយ ចំពោះការដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មិនមានផលប៉ះពាល់ឬផ្លាស់ប្តូរឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ ក្រសួង DHS និងនិយោជិកនិងអ្នកម៉ៅការរបស់ខ្លួន មិនអាចនិងមិនសងសឹកលោកអ្នកចំពោះការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឡើយ។

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

មានប្រសិទ្ធភាព៖ ខែមេសា ឆ្នាំ 2003 – បានពិនិត្យឡើងវិញ ថ្ងៃទី 28 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2015



**Pennsylvania
Department of Human Services**



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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ 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

