

របាយការណ៍សកម្មភាពថ្ងៃការងារលើអាហារមូលដ្ឋាន
Basic Food Workfare Activity Report

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ	លេខអ្នកជម្ងឺ
ឈ្មោះបុគ្គលិក	ការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍ (CSO)
<p>ថ្ងៃការងារគឺជាវិធីសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលអាចធ្វើការបាន និងគ្មានបន្ទុក (ABAWD) នៅរក្សាសិទ្ធិទទួលបានផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន ដោយផ្តល់ការងារគ្មានចំណូលសម្រាប់ទីភ្នាក់ងារសាធារណៈ ឬឯកជនមិនយកកម្រៃ (អង្គការសហគមន៍ សាលារៀន ជាដើម ។) ។</p> <p>ការណែនាំអ្នកជម្ងឺ ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • យកបែបបទនេះទៅទីភ្នាក់ងារថ្ងៃការងារសហគមន៍រៀងរាល់ខែ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីចំនួនម៉ោងដែលអ្នកបានធ្វើការក្នុងថ្ងៃការងារសម្រាប់ខែនោះ ។ • អ្នកត្រូវប្រគល់បែបបទប្រចាំខែមិនលើសពី 10 ថ្ងៃក្រោយពីអ្នកបញ្ចប់ម៉ោងថ្ងៃការងារអប្បបរមារបស់អ្នក ។ • អ្នកត្រូវតែបញ្ចប់ការងារស្ម័គ្រចិត្តរៀងរាល់ខែដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ។ <p>ចំនួនម៉ោងការងារស្ម័គ្រចិត្តត្រូវបានគណនាដោយចែកចំនួនផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋានត្រូវសាររបស់អ្នកដោយប្រាក់ឈ្នួលអប្បបរមារបស់រដ្ឋ។ ឧទាហរណ៍ ៖ \$192 ផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន \$11.00 ប្រាក់ឈ្នួលអប្បបរមារបស់រដ្ឋ = 17 ម៉ោងស្ម័គ្រចិត្តប្រចាំសប្តាហ៍។</p> <ul style="list-style-type: none"> • ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែបានបំពេញ និងបានចុះហត្ថលេខាដោយទីភ្នាក់ងារថ្ងៃការងារដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ • ប្រគល់បែបបទដែលបានបំពេញហើយនេះទៅ DSHS តាម ៖ <ul style="list-style-type: none"> ○ ទូរសារទៅ 1-888-338-7410 ឬ ○ យកវាទៅការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (CSO) ឬ ○ ផ្ញើទៅ ៖ DSHS CSD Customer Service Center PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699 	
<p>ការបញ្ជាក់ពីទីភ្នាក់ងារថ្ងៃការងារសេវាកម្មសហគមន៍ ៖</p> <p>ជនដែលមានឈ្មោះខាងលើត្រូវតែបំពេញតម្រូវការការងារ ABAWD ដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន ។ វិធីមួយដើម្បីបំពេញតម្រូវការនេះ គឺតាមរយៈថ្ងៃការងារ។ សូមបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើការថ្ងៃខាងក្រោមដើម្បីបញ្ជាក់ចំនួនម៉ោងដែលបុគ្គលមានឈ្មោះខាងលើបានផ្តល់ការងារស្ម័គ្រចិត្ត ។ សូមអរគុណសម្រាប់ជំនួយរបស់អ្នក ។</p> <p>ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា _____ បានធ្វើ _____ ម៉ោងនៃការងារគ្មានចំណូលក្នុងអំឡុង ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ _____ ចំនួនម៉ោង _____ ខែនៃ _____ ។ ខែ ឆ្នាំ _____</p>	
<p>សូមកត់ចំណាំថាកន្លែងដែលទីភ្នាក់ងារម្ចាស់ថ្ងៃការងារបានបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងបញ្ជូនកិច្ចព្រមព្រៀងថ្ងៃការងារស្ម័គ្រចិត្តអាហារមូលដ្ឋាន DSHS 09-866 ត្រូវស្វែងរកម្ចាស់សង្គម និងសុខាភិបាល (DSHS) និងបង់ប្រាក់ចំណាយនៃធានារ៉ាប់រងឧស្សាហកម្មសម្រាប់អ្នកចូលរួមថ្ងៃការងារ ។ ត្រូវស្វែងរកម្ចាស់ និងឧស្សាហកម្មមិនអាចផ្តល់ការធានាថាធានារ៉ាប់រងសំណងរបស់បុគ្គលិកផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញពីការទទួលខុសត្រូវរដ្ឋប្បវេណី ។ ក្នុងករណីណាមួយ DSHS មិនសន្មតការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់របួស ឬស្លាប់នៃអ្នកចូលរួមថ្ងៃការងារពេលបំពេញការងារ ។</p>	
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះ (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព)	លេខទូរស័ព្ទ
ងារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ	

COPIES TO: Provider; Financial Services Specialist; Client

