

របាយការណ៍សកម្មភាពថ្ងៃការងារលើអាហារមូលដ្ឋាន
Basic Food Workfare Activity Report

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ	លេខអ្នកជម្ងឺ
ឈ្មោះបុគ្គលិក	ការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍ (CSO)

ថ្ងៃការងារគឺជាវិធីសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលអាចធ្វើការបាន និងគ្មានបន្ទុក (ABAWD) នៅរក្សាសិទ្ធិទទួលបានផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន ដោយផ្តល់ការងារគ្មានចំណូលសម្រាប់ទីភ្នាក់ងារសាធារណៈ ឬឯកជនមិនយកកម្រៃ (អង្គការសហគមន៍ សាលារៀន ជាដើម ។) ។

ការណែនាំអ្នកជម្ងឺ ៖

- យកបែបបទនេះទៅទីភ្នាក់ងារថ្ងៃការងារសហគមន៍រៀងរាល់ខែ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីចំនួនម៉ោងដែលអ្នកបានធ្វើការក្នុងថ្ងៃការងារសម្រាប់ខែនោះ ។
- អ្នកត្រូវប្រគល់បែបបទប្រចាំខែមិនលើសពី 10 ថ្ងៃក្រោយពីអ្នកបញ្ចប់ម៉ោងថ្ងៃការងារអប្បបរមារបស់អ្នក ។
- អ្នកត្រូវតែបញ្ចប់ការងារស្ម័គ្រចិត្តរៀងរាល់ខែដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ។
 ចំនួនម៉ោងការងារស្ម័គ្រចិត្តត្រូវបានគណនាដោយចែកចំនួនផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋានត្រូវសាររបស់អ្នកដោយប្រាក់ឈ្នួលអប្បបរមារបស់រដ្ឋ។ ឧទាហរណ៍ ៖ \$192 ផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន \$12.00 ប្រាក់ឈ្នួលអប្បបរមារបស់រដ្ឋ = 16 ម៉ោងស្ម័គ្រចិត្តប្រចាំសប្តាហ៍។
- ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែបានបំពេញរួច និងបានចុះហត្ថលេខាដោយទីភ្នាក់ងារថ្ងៃការងារដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។
- ប្រគល់បែបបទដែលបានបំពេញហើយនេះទៅ **DSHS** តាម ៖
 - ទូរសារទៅ **1-888-338-7410** ឬ
 - យកវាទៅការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (**CSO**) ឬ
 - ផ្ញើទៅ ៖ **DSHS CSD Customer Service Center**
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

ការបញ្ជាក់ពីទីភ្នាក់ងារថ្ងៃការងារសេវាកម្មសហគមន៍ ៖

ជនដែលមានឈ្មោះខាងលើត្រូវតែបំពេញតម្រូវការការងារ ABAWD ដើម្បីទទួលបានផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន ។ វិធីមួយដើម្បីបំពេញតម្រូវការនេះ គឺតាមរយៈថ្ងៃការងារ។ សូមបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើការថ្ងៃខាងក្រោមដើម្បីបញ្ជាក់ចំនួនម៉ោងដែលបុគ្គលមានឈ្មោះខាងលើបានផ្តល់ការងារស្ម័គ្រចិត្ត ។ សូមអរគុណសម្រាប់ជំនួយរបស់អ្នក ។

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា _____ បានធ្វើ _____ ម៉ោងនៃការងារគ្មានចំណូលក្នុងអំឡុង
 ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ ចំនួនម៉ោង
 ខែនៃ _____ ។
 ខែ ឆ្នាំ _____

សូមកត់ចំណាំថាកន្លែងដែលទីភ្នាក់ងារម្ចាស់ថ្ងៃការងារបានបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងបញ្ជូនកិច្ចព្រមព្រៀងថ្ងៃការងារស្ម័គ្រចិត្តអាហារមូលដ្ឋាន DSHS 09-866 ត្រូវស្វែងរកម្ចាស់សង្គម និងសុខាភិបាល (DSHS) នឹងបង់ប្រាក់ចំណាយនៃធានារ៉ាប់រងឧស្សាហកម្មសម្រាប់អ្នកចូលរួមថ្ងៃការងារ ។ ក្រសួងពលកម្ម និងឧស្សាហកម្មមិនអាចផ្តល់ការធានាថាធានារ៉ាប់រងសំណងរបស់បុគ្គលិកផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សិទ្ធិពេញលេញពីការទទួលខុសត្រូវរដ្ឋប្បវេណី ។ ក្នុងករណីណាមួយ DSHS មិនសន្មតការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់របួស ឬស្លាប់នៃអ្នកចូលរួមថ្ងៃការងារពេលបំពេញការងារ ។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះ (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព)	លេខទូរស័ព្ទ
ងារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ	

COPIES TO: Provider; Financial Services Specialist; Client

