

លិខិតដាក់ពាក្យសុំជំនួយស្បៀងអាហារគ្រោះមហន្តរាយ

Application for Disaster Food Benefits

(អនុលោមទៅតាម 7 CFR 280)

| |
|-----------------------|
| DATE STAMP |
| CLIENT IDENTIFICATION |

សេចក្តីណែនាំ ៖ ចូរបំពេញលិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះដោយសេចក្តីស្មោះត្រង់ ហើយឲ្យបានត្រឹមត្រូវជាទីបំផុតទៅតាមការយល់ដឹងរបស់អ្នក។ បើគ្រួសាររបស់អ្នកដឹង ប៉ុន្តែមិនព្រមផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយមកឲ្យយើងទៅតាមការដែលយើងបានស្នើសុំ, នោះវានឹងមិនអាចធ្វើឲ្យមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ជំនួយស្បៀងអាហារនេះឡើយ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ ឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំជំនួយស្បៀងអាហារនេះដោយសេចក្តីស្មោះត្រង់។ អ្នកអាចជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ ឲ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំជំនួយស្បៀងអាហាររបស់អ្នកបាន។ គ្រួសាររបស់អ្នកត្រូវតែចូលខ្លួនទៅធ្វើសម្ភាសន៍សំរាប់ជំនួយនេះដោយផ្ទាល់។ អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណសំរាប់មេត្រីសាររបស់អ្នក និងសំរាប់នរណាម្នាក់ដែលដើរតួជាអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នក។ យើងត្រូវការអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលមានរូបថត ប្រសិនបើមាន។ អ្នកអាចនឹងត្រូវគេសុំឲ្យបង្ហាញភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា គ្រួសាររបស់អ្នកបានរស់នៅ ឬបានធ្វើការនៅក្នុងតំបន់គ្រោះមហន្តរាយ ក្នុងខណៈដែលគ្រោះមហន្តរាយនោះកំពុងកើតឡើងពិតមែន។ អ្នកអាចនឹងត្រូវតែបញ្ជាក់ឲ្យបានច្បាស់លាស់នូវរាល់ការចំណាយណាមួយដែលគួរសង្ស័យ។ សូមសរសេរអក្សរឲ្យច្បាស់ដោយប្រើប៊ិចពណ៌ខ្មៅ។ ចូរកុំសរសេរនៅត្រង់កន្លែង ដែលមានពណ៌ប្រផេះឲ្យសោះ។

| | |
|--|---|
| មេត្រីសារ (មនុស្សពេញវ័យដែលនឹងត្រូវមានឈ្មោះនៅក្នុងគណនីជំនួយស្បៀងអាហារគ្រោះមហន្តរាយ) | VERIFIED |
| តើអ្នកចង់ឲ្យនរណាម្នាក់ក្រៅពីគ្រួសាររបស់អ្នកជួយដាក់ពាក្យសុំជំនួយស្បៀងអាហាររបស់អ្នកឬទេ? (អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ) <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ | ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាង (បើមាន) VERIFIED |
| អាសយដ្ឋានផ្ទះដែលដាក់នឹងអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ | ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ VERIFIED |
| អាសយដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន/សំបុត្រ | ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ <input type="checkbox"/> បណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> សំបុត្រ VERIFIED |
| លេខទូរស័ព្ទអចិន្ត្រៃយ៍ (រួមបញ្ចូលទាំងលេខកូដតំបន់) () | លេខទូរស័ព្ទបណ្តោះអាសន្ន (រួមបញ្ចូលទាំងលេខកូដតំបន់) () |
| លេខទូរស័ព្ទសំរាប់ការទាក់ទងផ្សេងៗទៀត (រួមបញ្ចូលទាំងលេខកូដតំបន់) () | ប្រភេទនៃលេខទូរស័ព្ទសំរាប់ការទាក់ទង ៖ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> សារ |

ភាគ (PART) A – ស្ថានភាពក្រុមគ្រួសារ

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកបានរស់នៅក្នុងតំបន់គ្រោះមហន្តរាយខណៈដែលគ្រោះមហន្តរាយនោះកំពុងកើតឡើងឬ? បើបាទ/ចា៖, សូមឆ្លើយនឹងសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ ៖ | បាទ/ចា៖ | ទេ |
| តើគ្រោះមហន្តរាយបានធ្វើឲ្យបែកបាក់ ឬហិនរំលាយផ្ទះសំបែង ឬទ្រព្យសម្បត្តិស្វ័យជីវិតរបស់អ្នកឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកមានបង់ការចំណាយជាបន្ថែមទៅលើអ្វីមួយដែលទាក់ទងនឹងគ្រោះមហន្តរាយនោះឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ខណៈដែលផលប៉ះពាល់ពីគ្រោះមហន្តរាយកំពុងត្រូវបានបញ្ជាក់, តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកនឹងត្រូវការទិញម្ហូបអាហារដែរឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| តើគ្រោះមហន្តរាយនោះបានធ្វើឲ្យមានការពន្យារ, ការកាត់បន្ថយ, ការបញ្ឈប់ប្រាក់ចំណូលរបស់ក្រុមគ្រួសារអ្នកឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់សុទ្ធ, ប្រាក់ក្នុងគណនីចំណាយ ឬគណនីសន្សំផ្សេងៗ ដែលអ្នកមិនអាចបើកយកមកប្រើប្រាស់បាន ដោយប្រោះធនាគារបានបិទទ្វារធ្វើការដោយសារតែគ្រោះមហន្តរាយនោះដែរឬទេ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ DSHS របស់អ្នកត្រូវបានទទួលឲ្យធ្វើការដោយផ្អែកសេវាកម្មសហគមន៍ ឬផ្ទះ និងសេវាកម្មសហគមន៍? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. តើបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកមានកំពុងទទួលជំនួយ SNAP, ហ្វឹដស្តែម (ប័ណ្ណអាហារ) ឬ Basic Food (ម្ហូបអាហារជាមូលដ្ឋាន) ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ បើបាទ/ចា៖, ចូរប្រាប់ឈ្មោះរដ្ឋ ៖ _____ តំបន់ខោនធី ៖ _____ បើបាទ/ចា៖, តើប័ណ្ណអាហារ ឬប័ណ្ណ EBT របស់អ្នកត្រូវបានកំទេចបង់នៅក្នុងគ្រោះមហន្តរាយនោះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ <input type="checkbox"/> ទេ បើបាទ/ចា៖, តើអ្នកបានខាតបង់ម្ហូបអាហារ ឬជំនួយម្ហូបអាហារអស់ប៉ុន្មាននៅក្នុងគ្រោះមហន្តរាយនោះបើគិតជាតម្លៃទឹកប្រាក់? \$ _____ ប្រភេទនៃការខាតបង់ ៖ <input type="checkbox"/> ប័ណ្ណ EBT <input type="checkbox"/> ជំនួយ EBT <input type="checkbox"/> ម្ហូបអាហារដែលបានទិញដោយជំនួយ SNAP, ហ្វឹដស្តែម ឬ Basic Food <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានរកឃើញការខាតបង់ ៖ _____ ហត្ថលេខារបស់ជនដែលកំពុងរាយការណ៍អំពីការខាតបង់នេះ ៖ _____ | | |



ចូរចុះឈ្មោះសមាជិកនានានៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក, ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺ, ដែលបានរស់នៅជាមួយអ្នកក្នុងខណៈដែលគ្រោះមហន្តរាយកំពុងកើតឡើង។ បើអ្នកកំពុងស្នាក់នៅជាមួយគ្រួសារមួយផ្សេងទៀតដាច់ឈ្មោះអាសន្នដោយសារគ្រោះមហន្តរាយ, នោះចូរកុំចុះឈ្មោះរបស់សមាជិកនៃក្រុមគ្រួសារនោះក្នុងលិខិតនេះឱ្យសោះ។ ចូរចុះឈ្មោះសមាជិកនៃក្រុមគ្រួសារម្នាក់ៗនៅក្នុងភាគ B (Part B)។ ចូរចុះចំនួនប្រាក់ចំណូលណាមួយ ដែលសមាជិកនានានៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកបានទទួល ឬរំពឹងថានឹងបានទទួលក្នុងខណៈដែល Disaster Food Assistance Program (កម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារគ្រោះមហន្តរាយ) កំពុងមានដំណើរការប្រព្រឹត្តទៅ។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលនោះមានប្រភពចេញពីការងារ, នោះចូរចុះចំនួនប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកទទួលបានយកទៅផ្ទះ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ទេ, ក៏ប៉ុន្តែវានឹងជួយធ្វើឱ្យការពិនិត្យមើលលក្ខណសម្បត្តិមានដំណើរប្រព្រឹត្តទៅល្អប្រសើរ បើសិនជាអ្នកប្រាប់។ ប្រាក់ចំណូលយកទៅផ្ទះទាំងនោះនឹងត្រូវគេយកប្រើប្រាស់ ដើម្បីបញ្ជាក់មើលអត្តសញ្ញាណនៃសមាជិកនានានៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក និងដើម្បីបញ្ជាក់ថា ពួកគេគឺជាមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានជំនួយស្បៀងអាហារពិតមែន។ វាក៏នឹងត្រូវគេប្រើប្រាស់សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មើលក្នុងកុំព្យូទ័រ, ក្នុងកម្មវិធីពិនិត្យនិយ័យលក្ខណសម្បត្តិ, ឬក្នុងការធ្វើសវនកម្មនានាផងដែរ។

| ភាគ (PART) B - សមាជិកក្រុមគ្រួសារ (ចូរថែមសន្លឹកក្រដាសប្រើត្រូវការកន្លែងសរសេរលម្អិតបន្ថែមទៀត) | | | | ភាគ (PART) C - ប្រាក់ចំណូល | |
|--|---------------------------|------------------------|------------------|----------------------------|-------|
| ឈ្មោះ | ទំនាក់ទំនងទៅនឹង មេត្រូសារ | លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) | ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | ប្រភព/ប្រភេទ | ចំនួន |
| | សាមីខ្លួន | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ភាគ (Part) D. ចូរចុះចំនួនប្រាក់សុទ្ធទាំងអស់របស់ក្រុមគ្រួសារអ្នក ដែលអ្នកអាចដកយកទៅប្រើប្រាស់បាននៅក្នុងកំឡុងពេលនៃគ្រោះមហន្តរាយនេះ។ នៅក្នុងភាគ (Part) E, ចូរចុះចំនួននៃការចំណាយលើហេតុដែលបានបង្កឡើងដោយគ្រោះមហន្តរាយ ដែលក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកបានចំណាយរួចហើយ ឬគិតថានឹងត្រូវចំណាយនៅក្នុងកំឡុងពេលនៃគ្រោះមហន្តរាយនេះ។ កុំរាប់បញ្ចូលនូវការចំណាយណាដែលបានបង់ ឬនឹងត្រូវបង់ដោយរណម្នាក់ក្រៅពីក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកឱ្យសោះ។

| ភាគ (PART) D - ធនធាន | ចំនួន | PART F - ELIGIBILITY COMPUTATION | |
|---|-------|--|----------|
| ប្រាក់សុទ្ធនៅនឹងដៃ | | 1. Total anticipated income | \$ _____ |
| ប្រាក់ក្នុងគណនីចំណាយដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន | | 2. Total accessible cash resources | \$ _____ |
| ប្រាក់ក្នុងគណនីសន្សំដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន | | 3. Add #1 and #2 | \$ _____ |
| ផ្សេងៗ ៖ | | | |
| ភាគ (PART) E - ការចំណាយ | ចំនួន | 4. Total disaster expenses | \$ _____ |
| ម្ហូបអាហារដែលបានបរិភោគ ឬខូចបង់នៅក្នុង គ្រោះមហន្តរាយ | | 5. Total available funds (Subtract #4 from #3) | \$ _____ |
| ការថែទាំកូនក្នុងបន្ទុកដោយសារគ្រោះមហន្តរាយ | | 6. Maximum Gross Income Limit (Amount from Disaster Table) | \$ _____ |
| ការចំណាយលើថ្លៃបុណ្យសព/ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រដោយ សារគ្រោះមហន្តរាយ | | 7. ELIGIBLE (#5 is equal to or less than #6) | \$ _____ |
| តម្លៃនៃការចំណាយលើការរើកន្លែង និងការជួលកន្លែង សំរាប់ទុកដាក់អីវ៉ាន់ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយ | | 8. INELIGIBLE (#5 is greater than #6) | \$ _____ |
| ការចំណាយលើទិដ្ឋភាពបណ្តោះអាសន្ន | | | |
| តម្លៃនៃការចំណាយលើការការពារព្រៃព្យសម្បត្តិនៅក្នុង កំឡុងពេលនៃគ្រោះមហន្តរាយ | | | |
| តម្លៃនៃការចំណាយលើការជួសជុល ឬវត្ថុបន្ទាស់ផ្សេងៗ សំរាប់ផ្ទះសំបែង ឬព្រៃព្យសម្បត្តិស្វយ័តកម្ម | | | |
| ការចំណាយដែលទាក់ទងនឹងគ្រោះមហន្តរាយផ្សេងៗ (1) | | | |
| ការចំណាយដែលទាក់ទងនឹងគ្រោះមហន្តរាយផ្សេងៗ (2) | | Interviewers Name: | |
| ការចំណាយដែលទាក់ទងនឹងគ្រោះមហន្តរាយផ្សេងៗ (3) | | | |
| ការចំណាយដែលទាក់ទងនឹងគ្រោះមហន្តរាយផ្សេងៗ (4) | | Phone: | |



ភាគ (PART) G – ការព្រមានអំពីទោសបញ្ញត្តិ

បើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារ, នោះក្រុមគ្រួសារនេះត្រូវតែអនុវត្តតាមបទបញ្ញត្តិនានាដែលបានចុះផ្សាយនៅខាងក្រោម។ យើងប្រហែលជាអាចជ្រើសរើសយកក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកសំរាប់ការពិនិត្យឡើងវិញរបស់សហព័ន្ធ ឬរដ្ឋ នាពេលណាមួយក្រោយពីអ្នកបានទទួលជំនួយម្ហូបអាហាររបស់អ្នករួចហើយ ដើម្បីធ្វើយ៉ាងណាឲ្យប្រាកដថា អ្នកពិតជាមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានជំនួយគ្រោះមហន្តរាយនេះមែន។

- ចូរកុំផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬលាក់ព័ត៌មានណាមួយ ដើម្បីឲ្យបានទទួល ឬឲ្យអាចបន្តទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារឲ្យសោះ។
- ចូរកុំឲ្យ ឬលាក់ជំនួយម្ហូបអាហារ ឬប័ណ្ណ Electronic Benefits Transfer (EBT) របស់អ្នក ទៅជនណាម្នាក់ ដែលគ្មានសិទ្ធិប្រើប្រាស់វាឲ្យសោះ។
- ចូរកុំប្រើជំនួយម្ហូបអាហារណាមួយ ដើម្បីទិញវត្ថុដែលគ្មានការអនុញ្ញាតផ្សេងៗ ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ឬចុកឲ្យសោះ។
- ចូរកុំប្រើជំនួយម្ហូបអាហារ ឬប័ណ្ណ EBT របស់ក្រុមគ្រួសារមួយផ្សេងទៀតសំរាប់ជាប្រយោជន៍ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកឲ្យសោះ។

ភាគ (PART) H – ការធ្វើវិញ្ញាបនកម្ម និងការចុះហត្ថលេខា

ខ្ញុំយល់ជ្រាបអស់ទាំងសំណួរនេះលើលិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះ ព្រមទាំងទោសបញ្ញត្តិទាំងប៉ុន្មានសំរាប់ការលាក់ទុក ឬការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយហើយ។ ក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំត្រូវការជំនួយម្ហូបអាហារជាបន្ទាន់ ដោយយោងទៅតាមហេតុបង្កឡើងដោយគ្រោះមហន្តរាយ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់, ក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្លាប់ចំពោះ, ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានប្រគល់ជូនទាំងប៉ុន្មាននេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ ហើយពេញលេញទៅតាមការយល់ដឹងដ៏ខ្ពស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏សូមប្រគល់ជូនផងដែរនូវសិទ្ធិ ឲ្យគេបើកបញ្ចេញព័ត៌មានណាមួយទៅសេចក្តីចាំបាច់ ដើម្បីកំណត់មើលភាពត្រឹមត្រូវនៃការធ្វើវិញ្ញាបនកម្មរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា បើខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយវិធានការណាមួយ ដែលគេបានអនុវត្តលើសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ, នោះខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំដោយផ្ទាល់មាត់ ឬក៏ដោយការសរសេរជាលិខិតលាយលក្ខណ៍អក្សរនូវសវនាការយុត្តិធម៌ណាមួយបាន។

| | |
|--|-------------|
| ហត្ថលេខារបស់មេត្រូវសារ ឬរបស់អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ | កាលបរិច្ឆេទ |
|--|-------------|

ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋហាមឃាត់ការប្រកាន់រើសអើងប្រឆាំងអ្នកជម្ងឺ និងយោធិក និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំការងារលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, ជាតិកំណើត, អាយុ, ពិការភាព, ភេទ, អត្តសញ្ញាណភេទ, សាសនា, ការផ្តាច់ផ្តាស, និងបើមាន ជំនឿនយោបាយ, ស្ថានភាពគ្រួសារ, ស្ថានភាពគ្រួសារឬឪពុកម្តាយ, ទំនោរភេទ, ប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះត្រូវបានដកពិកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ឬព័ត៌មានវប្បធម៌ដែលបានការពារក្នុងការងារ ឬក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាដែលបានធ្វើ ឬបានឧបត្ថម្ភដោយក្រសួង ។ (មិនមែនរាល់មូលដ្ឋានហាមឃាត់ទាំងអស់នឹងអនុវត្តលើកម្មវិធី និង/ឬសកម្មភាពការងារ) ។ បើអ្នកចង់ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្មវិធីសិទ្ធិសុវិលនៃការប្រកាន់រើសអើងផ្សេងៗ, ចំពោះបែបបទការប្រកាន់រើសអើងកម្មវិធី USDA

ដែលរកបានតាមអ៊ិនធើណែតនៅ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ឬទៅការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ (866) 632-9992 ដើម្បីស្នើសុំ បែបបទ ។ អ្នកក៏អាចសរសេរលិខិតដែលមានរាល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងបែបបទ ។ ផ្ញើបែបបទការដែលបានបំពេញរួច ឬលិខិតមកពួកយើង ដោយផ្ញើទៅ ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក, ប្រធាន, ការិយាល័យវិទ្យុវិទ្យុ, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 តាមទូរសារលេខ (202) 690-7442 ឬអ៊ីមែល program.intake@usda.gov ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយអាចទាក់ទង USDA តាម រយៈសេវាកម្មបន្តសហព័ន្ធតាមលេខ (800) 877-8339 ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ) ។ សម្រាប់ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហា កម្មវិធី ជំនួយសារធាតុចិញ្ចឹមបន្ថែម (SNAP) គួរតែទាក់ទងទូរស័ព្ទ USDA SNAP តាមលេខ (800) 221-5689 ដែលក៏ជាភាសាអេស្ប៉ាញ ឬទូរស័ព្ទទៅព័ត៌មានរដ្ឋ /លេខទូរស័ព្ទ (ចុចគំណរសម្រាប់បញ្ជីលេខទូរស័ព្ទតាមរដ្ឋ) ។

រកបានតាមអ៊ិនធើណែត http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm ។ ក្រសួង USDA គឺជាអ្នកផ្តល់កិច្ចបម្រើ

