

ការពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញ Eligibility Review

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន រឺ បំពេញទម្រង់នេះ, សូមសួរមកកាន់ពួកយើង។

រក្សាទុកទម្រង់នេះសំរាប់ធ្វើជាឯកសារសំគាល់។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ រឺ ម្ហូបអាហារដោយរបៀបណា?

- អ្នកអាចចាប់ផ្តើម ដំណើរការស្តារឡើងវិញនេះដោយបញ្ជូនពាក្យសុំនេះទៅការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍។ វាត្រូវតែមានឈ្មោះ, អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក រឺហត្ថលេខាអ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិរបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកស្តារឡើងវិញនេះ ទោះបីជាវាមានតែចំណុចទាំងបីនេះក៏ដោយ ។
- អ្នកអាចទទួលបានគុណប្រយោជន៍ច្រើនទៀត រឺទទួលបានវាជាថ្មីបើសិនជាអ្នកបំពេញ និង ប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកមកដោយយើង និង ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងបានសួររកកាន់តែដាច់ខាតតែល្អ។
- អ្នកអាចយកពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់ ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-338-7410 ។ មើល www.dshs.wa.gov សំរាប់ទីកន្លែង។
- ដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅក្នុងសំបុត្រផ្ញើទៅ :

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំតាមរយៈអ៊ិនធើណែតដោយទៅកាន់គេហទំព័រ: www.washingtonconnection.org
- ទំរង់ពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញនេះ អាចប្រើប្រាស់បានសំរាប់តែធ្វើការធានារ៉ាប់រងសារឡើងវិញសំរាប់កម្មវិធី សុខភាពផ្ទៃក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ដែលបានដាក់នៅក្នុងទម្រង់នេះ។ សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្សេងទៀត អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យតាមអ៊ិនធើណែតតាមរយៈគេហទំព័រ www.wahealthplanfinder.org, រឺដោយទូរស័ព្ទទៅ **1-855-923-4633**, រឺ ប្រើពាក្យសុំ ៖ ៧ សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព (HCA 18-001)។

តើខ្ញុំអាចនឹងទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ បានជាប់កំរិតណា?

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារភ្លាមៗនោះ, បំពេញចាប់ពីសំនួរទី ១ ដល់ ទី ១៤ និង យកទម្រង់នេះទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់របស់អ្នក។

- យើងធ្វើការសម្រេចបើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ *ក្នុងកំឡុងពេល ៧ ថ្ងៃ* បើសិនជាអ្នកបង្ហាញភស្តុតាងអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និង គ្រប់និងវិធីមានសិទ្ធិទទួលបាន ។
- យើងចេញគុណប្រយោជន៍ដោយបន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលយើងសម្រេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។
- ជំនួយម្ហូបអាហារតាមធម្មតាចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។
- ជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធតាមធម្មតាចាប់ផ្តើម ពីថ្ងៃដែលយើងមានព័ត៌មានទាំងឡាយណាដើម្បីសម្រេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។
- ពួកយើងត្រូវតែសម្រេចបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នក ។
- បើអ្នកកំពុងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកពីស្ថាប័នកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមគឺជាកាលបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញរបស់អ្នក ។

បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយម្ហូបអាហារ និងកម្មវិធីផ្សេងទៀត ៖

ពួកយើងត្រូវតែធ្វើការវិនិច្ឆ័យ SNAP សម្រាប់ការអនុវត្តពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ វាអាចបញ្ចូលទាំងការអនុវត្តពាក្យសុំក្នុងរយៈពេលកំណត់ ការចេញសេចក្តីប្រកាសត្រឹមត្រូវ និងការផ្តល់យោបល់ឲ្យអ្នកពីសិទ្ធិរដ្ឋបាលរបស់អ្នក ។ ពួកយើងមិនអាចបដិសេធជំនួយម្ហូបអាហាររបស់អ្នកដោយគ្រាន់តែពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្សេងទៀតបានបដិសេធទេ ។

សិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋ

យោងតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទបញ្ជាសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) និងគោលនយោបាយ USDA ទីភ្នាក់ងាររបស់វា ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួមក្នុង និងចាត់ចែងកម្មវិធី USDA ត្រូវបានហាមឃាត់ពីការរើសអើង ដែលផ្អែកលើពណ៌សាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, ជាតិកំណើត, អាយុ, ពិការភាព, ភេទ, អត្តសញ្ញាណភេទ (ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងការបង្ហាញភេទ), ទំនោរភេទ, ពិការភាព, អាយុ, ស្ថានភាពរៀបការ, ស្ថានភាពគ្រួសារ/ស្ថានភាពឪពុកម្តាយ, ប្រាក់ចំណូលដែលបានពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ជំនឿយោបាយ ឬការផ្តាច់មុខ ឬការសងសឹកសម្រាប់សកម្មភាពសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋមុន ក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើ ឬឧបត្ថម្ភដោយ USDA (មិនមែនមូលដ្ឋានទាំងអស់អនុវត្តលើកម្មវិធីទាំងអស់ទេ) ។ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ដំណោះស្រាយ និងការដាក់បណ្តឹងខុសគ្នាតាមកម្មវិធី ។

ជនពិការដែលតម្រូវឲ្យមានវិធីទំនាក់ទំនងផ្សេងពីពិការភាពកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ប្រេល (Braille), ត្រីអក្សរធំ, ការសរសេរម៉ូណូ, ភាសាសញ្ញាអាមេរិក ជាដើម) គួរតែទាក់ទងទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬមជ្ឈមណ្ឌលគោលដៅ USDA តាមលេខទូរស័ព្ទ (202) 720-2600 (សរម្លេង និង TTY) ឬទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាកម្មបុគ្គលបំពេញតាមលេខទូរស័ព្ទ (800) 877-8339 ។ បន្ថែមទៀតព័ត៌មានកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងពិការរើសអើងកម្មវិធី បំពេញបែបបទបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA AD-3027 ដែលរកបានលើបណ្តាញ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html និងនៅការិយាល័យ USDA ឬសេវាលិខិតដែលដាក់អាសយដ្ឋានទៅ USDA និងដាក់បញ្ចូលក្នុងលិខិតព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំក្នុងបែបបទ ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ (866) 632-9992 ។ បញ្ជូនបែបបទ ឬលិខិតដែលបំពេញរួចទៅ USDA តាម ៖

1. ផ្ញើលិខិតទៅ ៖ U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410
2. តាមទូរស័ព្ទ (202) 690-7442 ឬ
3. អ៊ីមែល program.intake@usda.gov ។

USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងយោជន៍ និងអ្នកឲ្យខ្លឹមស្នើភាពគ្នា ។

ស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍ និងលេខសន្តិសុខសង្គម

អ្នកអាចនឹងទទួលបានជំនួយសម្រាប់បុគ្គលខ្លះដែលអ្នករស់នៅជាមួយ ទោះបីជាអ្នករស់នៅជាមួយមិនអាចទទួលបានជំនួយដោយសារតែស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់ មកយើងនូវស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់រាល់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ។ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារអាចត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ USCIS (ពីមុនស្គាល់ជា INS) ។ ព័ត៌មានទទួលបានពី USCIS អាចខ្វះខាតភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបរិមាណផលប្រយោជន៍ ។ ពួកយើងមានធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដែលអាចធានាជនបរទេសខ្លះ ។

ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), អ្នកត្រូវតែផ្តល់មកដោយយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សំរាប់រាល់បុគ្គលដែលរស់នៅជាមួយ ដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ Washington Apple Health, TANF រឺ ជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ។ យើងក៏អាចត្រូវការ SSN របស់ឪពុកម្តាយ និងប្តីប្រពន្ធ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នកប៉ុន្តែពួកគេមិនដាក់ ពាក្យសុំ។ ពួកយើងមានធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជនខ្លះដែលមិនមាន SSNs ។

ភាពជាពលរដ្ឋ និងអត្តសញ្ញាណសម្រាប់ Washington Apple Health

ពលរដ្ឋអាមេរិកត្រូវតែបង្ហាញឯកសារភាពជាពលរដ្ឋ និងអត្តសញ្ញាណដើម្បីទទួលបាន Washington Apple Health ។ ពួកយើងអាចជួយអ្នកទទួលបានស្តីពី ។ បើពួកយើងត្រូវការឯកសារដែល អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់នោះ ពួកយើងនឹងផ្ញើ និងបង់ថ្លៃចំណាយនោះ។ ពួកយើងមិនត្រូវការឯកសារសម្រាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារដែលទទួលបាន Medicare, ធានារ៉ាប់រងភាពសន្តិសុខសង្គម (SSDI) ដែលផ្អែកលើភាពរស់នៅក្នុងរដ្ឋ ឬប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) ។

ការបង់ប្រាក់ទៅដោយរដ្ឋវិញសំរាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងរយៈពេលយូរ

ក្រោមច្បាប់ការទាញយកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) ទ្រព្យរបស់អ្នកអាចត្រូវបានសងចំណាយដែលរដ្ឋបានបង់សម្រាប់ប្រភេទណាមួយនៃ សេវាកម្ម និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ និងរយៈពេលយូរដែលអ្នកបានទទួលក្រោយពីអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ។ មិនមានកម្រិតអាយុទេ បើអ្នកបានទទួលតែសេវាកម្មដែលឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋតែប៉ុណ្ណោះ ។ ការទាញ យកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋចាប់ផ្តើមក្រោយពីអ្នកស្លាប់ ។ ការទូទាត់ត្រូវបានផុតកំណត់ក្រោយពីស្លាប់នៃសហព័ន្ធដែលនេះរបស់អ្នក ឬពេលដែលត្រូវបានបង់អ្នកមានអាយុ 21 ឆ្នាំ លុះត្រាតែកុមារពិការភ្នែក /ពិការនរោលដែលអ្នកស្លាប់ ។ រដ្ឋអាចដាក់សិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលមុនការស្លាប់លើអចលនវត្ថុរបស់អ្នកក្រុមប្រឹក្សា បើអ្នករស់នៅក្នុងគេហដ្ឋានថែទាំ និងដូចជាមិនអាចគ្រឿងទៅផ្ទះវិញបាន ។ រដ្ឋ អាចប្រមូលសិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលនេះ បើអ្នកលក់ ឬផ្ទេរទ្រព្យ ឬក្រោយពីអ្នកស្លាប់ ។ បើអ្នកត្រូវបានទាញ រដ្ឋដកសិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលចេញ ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ដែលរាប់បញ្ចូលទាំង បញ្ជីនៃសេវាកម្មដែលអាចទាញយកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋ សូមមើលជំពូក 182-527 WAC ។

ភាពឯកជន និងជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ និងម្ហូបអាហាររបស់អ្នក

ច្បាប់អាហារ និងសារធាតុចិញ្ចឹមឆ្នាំ2008 អនុញ្ញាតដោយពួកយើងប្រមូលព័ត៌មានដែលពួកយើងស្នើសុំលើពាក្យសុំ ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ទោះបីជាយ៉ាងណា ការមិនផ្តល់ ព័ត៌មានដោយគ្មានហេតុផលសមរម្យ អាចបង្កឱ្យមានការបដិសេធនៃផលប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន ។ ពួកយើងបញ្ជាក់ព័ត៌មានខ្លះជាមួយកម្មវិធីផ្តល់របស់កំពូទំ ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ និងប្រព័ន្ធបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបាន (IEVS) ។

យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បី៖	យើងអាចដោយព័ត៌មាននេះទៅកាន់៖
<ul style="list-style-type: none"> សំរេចថាអ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់យើង។ ប្រមូលប្រាក់បង់ហួសកំណត់នៃ ជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង ប្រកដោយច្បាស់ថាយើងគោរពតាមច្បាប់កំណត់ 	<ul style="list-style-type: none"> ភ្នាក់ងារ រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ សំរាប់ការប្រើប្រាស់ផ្លូវការ ភ្នាក់ងារច្បាប់បង្ខំដោយមាន ដើម្បីតាមចាប់ផ្តល់ផលប្រយោជន៍បទឧក្រិដ្ឋមិនគោរពតាមច្បាប់។ ភ្នាក់ងារប្រមូលយកដោយសំងាត់ ដើម្បីប្រមូលយកការបង់ប្រាក់ប្តូរសកលលើជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ។

ព័ត៌មានដែលបានរាយការណ៍ដល់ក្រសួងសេវាកម្មសង្គម និងសុខាភិបាលអាចខ្វះខាតភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដែលចាត់ចែងដោយអាជ្ញាធរ ថែទាំសុខភាព និងការផ្លាស់ប្តូរផលប្រយោជន៍សុខភាព

ការប្រាប់ដោយដឹងជាមុនពីការពិន័យជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ

ពួកយើងបញ្ជាក់ជាមួយភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថាព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺត្រឹមត្រូវ ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអាចមិនទទួលបានជំនួយអាហារ ។ សមាជិកទាំងឡាយដែលមានចំណងធ្វើខុសរឺយឺតៗ ៖

- កាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបានផ្សេងទៀត ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ផាកពិន័យដល់ \$250,000 ។
- ជាប់ពន្ធនាគារដល់ 20 ឆ្នាំ ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP សម្រាប់រយៈពេល 18 ខែបន្ថែម បើគុណការបង្គាប់បញ្ជា ។

បើគុណការរកឃើញអ្នកមានកំហុសនៃ ៖

ការទទួលបានផលប្រយោជន៍ក្នុងការទិញដូរ ដែលរួមមាន ៖ អ្នកអាច ៖

- ការលក់សារធាតុគ្រប់គ្រង.....មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ពីរឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការលក់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ.....មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការរត់ពន្ធផលប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមបញ្ចូលគ្នាមិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការបោកបន្លំកន្លែងស្នាក់នៅ ឬអត្តសញ្ញាណមិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។

ការពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញ

Eligibility Review

សូមមកកាន់យើងខ្ញុំបើសិនជាអ្នកត្រូវការជួយបំពេញទម្រង់នេះ

1. ឈ្មោះដើម	អក្សរកាត់តំណាងឈ្មោះកណ្តាល	ត្រកូល	ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ(ត្រូវអោយមាន)	2. លេខសំគាល់អតិថិជន (បើសិនជាដឹង)	
3. អាសយដ្ឋាន ផ្លូវដែលរស់នៅ			ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
5. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ (បើសិនជាខុសពីខាងលើ)			ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP

4. លេខទូរស័ព្ទចម្បង
 លើ ផ្ទះ សារ

6. លេខទូរស័ព្ទចម្បង
 លើ ផ្ទះ សារ

7. អាសយដ្ឋានសំបុត្រអេឡិចត្រូនិច

8. ខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំ (គ្រួសារលើប្រអប់ដែលជ្រើសរើស):

ប្រាក់សុទ្ធ ស្ថាប័នជំនួយរស់នៅ / ផ្ទះរស់នៅមនុស្សពេញវ័យ

ម្ហូបអាហារ សេវាកម្មការពារយូរអង្វែងនៅផ្ទះ

កម្មវិធីសុខាភិបាល Medicare មន្ទីរព្យាបាល

កន្លែងស្នាក់នៅសំរាប់អ្នកដំណើរ ការថែទាំសុខភាព / បុគ្គលដែលជាជនពិការ (HWD)

ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពសំរាប់មនុស្សចាស់, ពិការភ្នែក, ឬ ពិការភាព

សេវាការគាំទ្រដែលបានរៀបចំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យចាស់ជាង

9. ខ្ញុំ រឺ រណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ (គ្រួសារលើប្រអប់ណាដែលតំណាងអោយអ្នក): នៅក្នុងស្ថានភាពហិង្សាក្នុងគ្រួសារ
 មិនអាចធ្វើការបានដោយសារតែបញ្ហាសុខភាព មានផ្ទៃពោះ ; ឈ្មោះ : _____ ថ្ងៃកំណត់: _____

10. តើអ្នកបានប្រាក់ប៉ុន្មានដែលគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបាននៅខែនេះ? \$ _____

11. តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់សុទ្ធ និង ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារប៉ុន្មាន? \$ _____

12. តើគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ថ្លៃផ្ទះ រឺ បង់ថ្លៃផ្ទះបណ្តាក់អស់ប៉ុន្មាន? \$ _____

13. តើសេវាកម្មសាធារណៈអ្វីខ្លះដែលគ្រួសារអ្នកបង់? ម៉ាស៊ីនកំដៅ រឺ ម៉ាស៊ីនគ្រឿង សេវាទូរស័ព្ទ ផ្សេងៗ: _____

14. តើនៅក្នុងចំណោមគ្រួសាររបស់អ្នកមាន បុគ្គលចំណាកស្រុកខ្លះខាត រឺ អ្នកធ្វើកសិកម្មតាមរដូវកាល ដែររឺទេ? បាទ រឺ ចាស ទេ

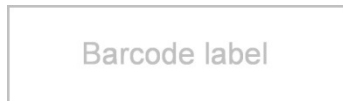
15. បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយបន្ថែមម្ហូបអាហារ, តើមានសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកប៉ុន្មានអ្នកដែលអ្នកទិញ និង រៀបចំ ម្ហូបអាហារអោយ? _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

16. ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែម្នាក់ ។ ខ្ញុំនិយាយភាសា: _____ រឺ សញ្ជា ; បកប្រែសំបុត្ររបស់ខ្ញុំទៅជាភាសា: _____

17. រាយឈ្មោះសមាជិកទាំងអស់ ទោះបីជាអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ពួកគេក៏ដោយ(សរសេរលើក្រដាសបន្ថែមបើសិនជាចាំបាច់)។

ឈ្មោះ (ដើម, កណ្តាល, ត្រកូល)	ភេទ	តើបុគ្គលនេះត្រូវជាអ្វីនិង អ្នក?	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត	គ្រួសារលើប្រអប់បើសិន ជាអ្នកចង់បានកូនប្រ យោជន៍សំរាប់បុគ្គលនេះ	ជំរើសសំរាប់អ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំ			
					លេខសន្តិសុខសង្គម	គ្រួសារលើប្រអប់ បើសិនជាមានសញ្ជាតិ	ធនធាន(មើលលំនាំ ខាងក្រោម)	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ (សំរាប់ជនជាតិអាមេរិកាំង ខាន និង ជនដើមអាឡាស្កា)
		រូបខ្ញុំផ្ទាល់		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		



ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន
-----------------------	------------------	----------------------

18. ជីវប្រវត្តិកុលសម្ព័ន្ធរបស់ខ្ញុំគឺ ជនជាតិដើមអេស្បាញ វិ អាមេរិកឡាទីន : បាទ វិ ចាស ទេ
 ព័ត៌មានជីវប្រវត្តិកុលសម្ព័ន្ធ និងកុលសម្ព័ន្ធ គឺជាភារស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនចំពោះដល់ការសិទ្ធិទទួលបាន ឬបរិមាណផលប្រយោជន៍ទេ ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រើដើម្បីធានាកម្មវិធីផលប្រយោជន៍ត្រូវបានបែងចែកដោយមិនគិតពីជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឬសញ្ជាតិដើម ។ សម្រាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋាន, USDA ស្នើរអោយយើងខ្ញុំឆ្លើយចំពោះអ្នកបើសិនជាព័ត៌មាននេះមិនបានផ្តល់អោយទេ។ ឧទាហរណ៍ ពូជអម្បូរ: ស្បែកស, ស្បែកខ្មៅ វិ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ, អាស៊ី, ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ, ជននៅលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិក, អាមេរិកអឺរ៉ុប, ជនជាតិដើមអាហ្វ្រិក, វិ សាសន៍លាយគ្នា។

I. ព័ត៌មានទូទៅ

1. ក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃកន្លងមក ខ្ញុំបានទទួលបាន ប្រាក់សុទ្ធ ឬ ម្ហូបអាហារពីរដ្ឋ កុលសម្ព័ន្ធ វិ ធនធាន ផ្សេងទៀត។ បាទ វិ ចាស ទេ
2. បុគ្គលណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមិនរស់នៅក្នុងរដ្ឋស៊ីនតោន: បាទ វិ ចាស ទេ អ្នកណា? : _____
3. ខ្ញុំ វិ រណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺជាជនបរទេសដែលបានផ្គត់ផ្គង់: បាទ វិ ចាស ទេ អ្នកណា?: _____
4. ខ្ញុំ វិ រណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានអាយុ ១៦ ឆ្នាំ វិ ចាស់ជាងនេះគឺស្ថិតនៅក្នុង (គូសទាំងអស់ដែលត្រូវ): វិទ្យាល័យ
 កម្មវិធីសម្របសម្រួលវិទ្យាល័យ មហាវិទ្យាល័យ សាលារៀនពិការភ្នែក អ្នកណា?: _____
5. មានរណាម្នាក់ចំណេះដឹងអាសន្ននៅក្រៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ: បាទ វិ ចាស ទេ អ្នកណា?: _____
6. ខ្ញុំ វិ រណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានបម្រើនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក សន្តិសុខជាតិ ឬជនបម្រុង ឬជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់បុគ្គលដែលធ្លាប់បម្រើការ បាទ វិ ចាស ទេ
 ប្រសិនបើបាទ វិ ចាស អ្នកណា?: _____
7. ខ្ញុំ វិ រណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ គឺជាបងប្អូនប្រុសឬប្រពន្ធដែលមិនចង់ទៅកុលាការ វិ ធនធានក្នុងបទឧក្រិដ្ឋម្តង។ បាទ វិ ចាស ទេ
8. ខ្ញុំកំពុងរស់នៅក្នុង: ផ្ទះ វិ ផ្ទះថ្មី របស់ខ្ញុំ ផ្ទះជាក្រុម ផ្សេងៗ: _____
 វិទ្យាស្ថាន (រាយប្រភេទនីមួយៗ): _____ កាលបរិច្ឆេទ ពេលចុះ: _____
9. ខ្ញុំ: នៅលើ រៀបការហើយ លែងលះ នៅផ្សេងគ្នា មេម៉ាយ
 នៅជាមួយគ្នាមិនរៀបការ
10. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តឹងផ្តល់ម្ហូបអាហារសម្រាប់ឆ្នាំរៀនក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ វិ ចាស ទេ
11. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទិញ ឬលក់ជំនួយម្ហូបអាហារលើ \$500 ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ វិ ចាស ទេ
12. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តឹងផ្តល់ម្ហូបអាហារសម្រាប់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ វិ ចាស ទេ
13. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារលើសពីរដ្ឋមួយ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ វិ ចាស ទេ
14. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ: a. កំពុងធ្វើបាតុកម្ម: បាទ វិ ចាស ទេ b. នៅព្រំដែន: បាទ វិ ចាស ទេ
15. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានឈ្នះ \$3,750 ឬច្រើនជាងនេះលើការឈ្នះពីឆ្នោតផ្សងសំណាង ឬការលេងល្បែង: បាទ វិ ចាស ទេ
 បើបាទ វិ ចាស រណាម្នាក់: _____ កាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួល: _____
 ចំនួនទឹកប្រាក់ (ចំនួនទឹកប្រាក់ដុល្លារមុនពេលបង់ពន្ធ): _____

II. ព័ត៌មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព(មិនត្រូវការសំរាប់អាហារមូលដ្ឋានទេ)

- ខ្ញុំ, ប្តី វិ ប្រពន្ធខ្ញុំ, វិ រណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ
1. មានកំរោងចូលមកនៅ, កំពុងរស់នៅ, វិ ភ្លាមៗនេះចេញពីមន្ទីរព្យាបាល(ដូចជា មន្ទីរពេទ្យ វិ មន្ទីរមើលថែ) បាទ វិ ចាស ទេ
 2. ត្រូវការជំនួយជាមួយវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនទាន់បង់សម្រាប់រយៈពេលវេលាមួយ ឬពេលវិខេមុន បាទ វិ ចាស ទេ
 3. មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព: បាទ វិ ចាស ទេ; គួសលើប្រអប់ដែលតំណាងអោយ: ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពសហព័ន្ធ (មិនមែន សុខភាពផ្ទៃក្នុងរដ្ឋស៊ីនតោនទេ)
 កម្មវិធីមើលថែសុខភាពប្រជាជន ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពយូអេស្តង សេវាសុខភាពជនជាតិអឺរ៉ុប
 ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត:

III. ធនធាន (ភ្ជាប់គ្រឹះស្ថាន មិនត្រូវការសំរាប់ HWD វិ អាហារមូលដ្ឋានទេ)

ប្រភពធនធានគឺជាប្រភេទទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានកម្មសិទ្ធិ វិ របស់ដែលទិញទៅអាចលក់បាន, ឆ្លុញដូរ, វិ ប្តូរទៅជាប្រាក់សុទ្ធ វិ ទិន្នន័យដោយអ្នកផ្សេងៗ
 ធនធានមិនបានរួមបញ្ចូលទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដូចជា: គ្រឿងសង្ហារឹម, សំលៀកបំពាក់។ ធនធានមិនដូចជា:

- ប្រាក់សុទ្ធ
- គណនីយថវិកា
- គណនីយសន្សំ
- មូលនិធិ សាលាមហាវិទ្យាល័យ
- គុនប្រយោជន៍ជៀវជៀរ
- IRA វិ ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ពីកន្លែងធ្វើការ
- ផ្ទះ, ដី វិ អាគារ
- CDs
- គណនីប្រាក់ទីផ្សារ
- កុងត្រា
- មូលនិធិប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- មូលនិធិបញ្ចុះសពដែលបានត្រងទុកជាមុន
- សំភារៈធ្វើជំនួញ
- ប្រាក់ភាគហ៊ុន
- ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងរ៉ូត

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន			
III. ធនធាន (ដាក់ភ្ជាប់ភស្តុតាង ដែលមិនត្រូវការសម្រាប់ HWD, ប្រមូលអាហារមូលដ្ឋាន) (បន្ត)					
សូមរាយធនធានដែល អ្នក, ប្តី/ប្រពន្ធអ្នក ឬ អ្នកគ្រប់គ្នាដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ដែលអ្នកជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ រឺ កំពុងទិញ:					
ធនធាន	អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ទឹកថ្លៃ	តំលៃ		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
2. ខ្ញុំ, ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមាន ឡាន, ឡានដឹកទំនិញ, ឡានដឹកអ្នកដំណើរ, ឡានសណ្តោង, រឺ យានយន្តផ្សេងទៀត:					
ឆ្នាំ (a: 1980)	ម៉ាក (a: FORD)	ម៉ូដែល (a: ESCORT)	គុសបើសិនជាទូល	គុសបើសិនជាយានយន្តនោះប្រើសំរាប់គោលការ គាំពារសុខភាពវិទ្ធីសាស្ត្រ	ប្រាក់ដំណាក់
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. ខ្ញុំ, ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ធ្លាប់បានលក់, ផ្លាស់ប្តូរ, អោយ, រឺ ផ្ទេរធនធានក្នុងប្រាក់កម្រៃមក(រួមទាំងប្រាក់ធានា CDs តាមរយៈធនាគារ, យានយន្ត ប្រាក់សុទ្ធ រឺ ច្បាប់កាន់កម្មសិទ្ធិប្រកួសប្រក្រិ) <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជាមាន, អ្វី? _____ នៅពេលណា: _____					
IV. ប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ (ការវិនិយោគធ្វើដោយរាល់សមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារក្នុងការទទួលបានប្រាក់បង់ជាធម្មតា រឺ នៅពេលអនាគត)					
អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ?	ក្រុមហ៊ុន រឺ ស្ថាប័ន?	ចំនួនទឹកប្រាក់	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
បើសិនជាអ្នក រឺ ប្តី/ប្រពន្ធ របស់អ្នកមានការប្រាក់នៅក្នុងប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ និង អ្នកទទួលបានប្រាក់ ការគាំពារសុខភាពយូអេស្តង់សុខភាពផ្ទៃក្នុងម្តាយវិស្វកម្ម, ទាក់ទង សិស្ស រឺ ការធានារ៉ាប់រង ផល, អ្នកត្រូវតែ ដាក់ឈ្មោះ រដ្ឋវិស្វកម្ម ជាគុនប្រយោជន៍នៅសល់នៃប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ។					
V. ប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន (ភ្ជាប់ភស្តុតាង)					
1. ខ្ញុំ, ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានការងារធ្វើដែលបានបញ្ចប់ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃមុន: <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
2. ខ្ញុំ, ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានប្រាក់ចំណូលពីកន្លែងធ្វើការ : <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជាមាន, សូមបំពេញផ្នែកនេះ :					
អ្នកណារកបានចំណូលនេះ _____ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (a: 1 st និង 15 th , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ):				
អ្នកណារកបានចំណូលនេះ _____ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (a: 1 st និង 15 th , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ):				

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន
-----------------------	------------------	----------------------

VI. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត(ភ្ជាប់តម្លៃតាង របាយការណ៍សំរាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារ)

- គុនប្រយោជន៍សំរាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើ
- ចំណូលបានមកពីសន្តិសុខសង្គម
- ចំណូលបានមកពីកុលសម្ព័ន្ធ
- ចំណូលបានមកពីការលេងល្បែង
- គុនប្រយោជន៍វិស័យអប់រំ (ប្រាក់កំចិសិស្ស, ប្រាក់សិក្សា, work-study)
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីរដ្ឋសំរាប់គ្រួសារមានចំណូលតិច (SSI)
- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន រឺ ភាពទទួលខុសត្រូវប្តីប្រពន្ធ
- គុនប្រយោជន៍ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីការរដ្ឋលក់ដូរ
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- រដ្ឋបាលទាហាន (VA) រឺ គុនប្រយោជន៍ទាហាន
- ឧស្សាហកម្ម និង ការងារ (L&I)
- គុនប្រយោជន៍ជឿជាក់រដ្ឋ
- ប្រាក់ចំណេញបានមកពីការប្រាក់

ប្រភេទ ប្រភពចំណូលមិនចំណេញ	អ្នកណាទទួលបានចំណូលនេះ?	ចំនួនប្រាក់ចំណូលទាំងមូលប្រចាំខែ
		\$
		\$
		\$
		\$

VII. ចំណាយប្រចាំខែ

ថែទាំផ្ទះ \$	ថែទាំប្រាក់កំចិសិស្ស \$	ទំហំថែទាំ \$	ថែទាំនាពាក់បំណងខ្ពស់ \$	កន្លែង និង ឆ្នុះ \$	ថែទាំផ្សេងទៀត \$
-----------------	----------------------------	-----------------	----------------------------	------------------------	---------------------

តើសេវាសាធារណៈអ្វីខ្លះដែលគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ដាច់ដោយឡែកពីថ្លៃឃ្នាល ឬថែទាំផ្ទះ?

- កម្ពោ (អគ្គិសនី/ហ្គាស) អគ្គិសនី (មិនមែនកម្ពោ) ទឹក ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ/ទូរស័ព្ទដៃ លូទឹកស្អុយ សម្រាម

បុគ្គលណាម្នាក់ រឺ ភ្នាក់ងារ ដូចជាអោយប្រាក់ជំនួយបង់ថែទាំ រឺ ជួយខ្ញុំបង់ចំណែកមួយ រឺ ចំណែកទាំងអស់លើការចំណាយទាំងនោះ : បាទ រឺ ចាស ទេ

បើសិនជាមាន , រណៈ: _____ ចំណាយអ្វី: _____ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលពួកគេបង់: \$ _____

ខ្ញុំបានទទួលការបង់ប្រាក់លើច្បាប់ជំនួយថាមពលលំនៅដ្ឋានមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIHEAP) ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក ។

ខ្ញុំ ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ រណៈម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវបង់ រឺ បង់ (គ្រួសារលើប្រអប់ទាំងឡាយដែលតំណាង) :

ការមើលថែកូន រឺ មនុស្សចេញវ័យត្រូវការពឹងផ្អែក (រួមទាំងចំណាយថែទាំផ្ទះដំណើរ) ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____ អ្នកណាបង់ប្រាក់: _____

វិភ័យប្រគល់ប្រាក់វិជ្ជាសាស្ត្រសំរាប់ជនពិការ រឺ អាយុ 60 ឆ្នាំឡើងទៅ(រួមបញ្ចូលទាំងចំណាយការធ្វើដំណើរ និង ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព) ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____ អ្នកណាបង់ប្រាក់: _____

ឧបត្ថម្ភកូន (ភ្ជាប់តម្លៃតាងមកជាមួយ) ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____ អ្នកណាបង់ប្រាក់: _____

បើសិនជាអ្នកមិនរាយការណ៍ទាក់ទងចំណាយដែលបានដាក់រាយនៅខាងលើទេ

យើងនឹងសំរេចថាទេនេះគឺជាការថែទាំដោយគ្រួសាររបស់អ្នកថាអ្នកមិនចង់ទទួលបានការដកយល់សំរាប់ការចំណាយនេះទេ។

VIII. អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ

អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិជាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកអនុញ្ញាតិអោយ DSHS និយាយជាមួយអំពីគុនប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះបុគ្គលនោះ ប៉ុន្តែអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើទេ។ បាទ រឺ ចាស ទេ

តើអ្នកមាន អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិមួយដែររឺទេ? បាទ រឺ ចាស ទេ

តើបុគ្គលនេះជាអ្នកមើលថែរបស់អ្នកស្របច្បាប់រឺ? បាទ រឺ ចាស ទេ

អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញពាក្យ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ (DSHS 14-532) បើសិនជាអ្នកធ្វើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកថ្មីឡើងវិញ។

ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនង	លេខទូរស័ព្ទ
--------	------------	-------------

អាសយដ្ឋាន ប្រអប់សំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
-------------------------	---------	------	------------

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិ

សម្រាប់កម្មវិធី **Medicaid** មនុស្សចាស់ ពិការភ្នែក ឬពិការភាពតែប៉ុណ្ណោះ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់គឺដើម្បីដាក់ពាក្យបន្តជំនួយនិងជាប្រធានបទដើម្បីការផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយមន្ត្រីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដើម្បីកំណត់ថាវាគឺត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (HCA) និងនាយកដ្ឋានសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ និងដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា HCA និង DSHS អាចស្នើបង្គោល និងទាក់ទងស្នើបង្គោលហិរញ្ញវត្ថុណាមួយ រដ្ឋ ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ ឬយ៉ាងទន្ទឹមយងឯកជន ក្នុងនាមជាអ្នកនៃដំណើរការការផ្ទៀងផ្ទាត់ទ្រព្យសម្បត្តិ

ខ្ញុំយល់ដឹងថាការអនុញ្ញាតនេះបញ្ចប់ពេលការសម្រេចចិត្តប៉ះពាល់ពាល់ចុងក្រោយគឺធ្វើឡើងលើពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍

ឬប្រសិនបើខ្ញុំដកការអនុញ្ញាតគ្រប់ពេលដោយផ្តល់ HCA ឬ DSHS នូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ តើខ្ញុំក្តីតែដក ឬបដិសេធផ្តល់ការអនុញ្ញាត

ខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលសម្រាប់កម្មវិធី **Medicaid** មនុស្សចាស់ ពិការភ្នែក ឬពិការភាពណាមួយ។

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់អតិថិជន
ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត		
<p>ត្រូវស្នើសុំជូននូវសេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតតាមការតម្រូវដោយច្បាប់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិថ្មី ដែលរួមទាំងការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតស្វ័យប្រវត្តិ។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះប្រការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះនឹងមិនប៉ះពាល់សេវាកម្មនានា ឬចំនួន នៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬ ទទួលយកជំនួយគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។</p> <p>អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដាច់ដៃបាន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា ទណ្ឌម្នាក់បានរំខានជាមួយសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោតសិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណូលចិត្តនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងជាមួយ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Elections Office) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬដំឡើងជំនាន់ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានបញ្ជាក់ឈ្មោះនោះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមិនបានគូសឆែក ទេ ខាងលើអ្នកអាចមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិប្រសិនបើអ្នកមានអាយុយ៉ាងតិច ១៨ ឆ្នាំដោយការបោះឆ្នោតលើកក្រោយអ្នកគឺជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិកនិង DSHS មានឈ្មោះអាល្លឺម៉ង់ និងអាល្លឺម៉ង់សំបុកកំណើតថ្មីខ្ពស់កំណើតការផ្ទេរឆ្នាំសញ្ជាតិ។ ព័ត៌មាននិងហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលបញ្ជាក់ពីការពិតនៃព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននៅលើពាក្យសុំនេះ។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកបានឆែកប្រអប់ឆែក បាទ អី ចាស ឬមិនគូសឆែកប្រអប់ណាមួយហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការសិទ្ធិចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ DSHS នឹងបញ្ជូនព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅការិយាល័យរដ្ឋលេខាធិការហើយអ្នកនឹងត្រូវចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។</p>		
សេចក្តីសំរេច និង ហត្ថលេខា		
<p style="text-align: center;">បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ, រាល់មនុស្សពេញវ័យ(រឺ អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធ) នៅក្នុងគ្រួសារត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។</p> <p style="text-align: center;">បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ, អ្នកដាក់ពាក្យសុំ (រឺ អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធ)ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រគល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និង គោរពតាមការរាយការណ៍នៃការស្នើរសុំ។ • ផ្តល់ភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។ • ចុះសិទ្ធិដាក់លក់ណាមួយទៅកាន់ការឧបត្ថម្ភ ទៅកាន់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសំរាប់គ្រួសារខ្លះខាត(ទាណពរ)។ យ៉ាងណាមេញ, ខ្ញុំអាចសួរអោយ DSHS មិនបន្តការឧបត្ថម្ភបើសិនជាមានអ្នកប្តឹងថាខ្ញុំ រឺ កូនរបស់ខ្ញុំ។ • ធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយការងារស្នើរសុំជំនួយមួយអាហារ។ <p>បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើទាំងនេះទេ, ខ្ញុំប្រហែលនឹងអាចត្រូវបដិសេធកុនប្រយោជន៍ រឺ ត្រូវបង់ប្រាក់ទៅអោយពួកគេវិញ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចក្លាយទៅជាអ្នកដាច់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្មបើសិនជាខ្ញុំ មានចំណងធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ចម្លែក រឺ អាក់ខាងរាយការណ៍រឿងអ្វីមួយដែលខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍។</p> <p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតអោយ DSHS ទំនាក់ទំនងបុគ្គលផ្សេងទៀត រឺ ភ្នាក់ងារនៅពេលចាំបាច់ណាមួយដើម្បីជួយខ្ញុំប្រមូលយកភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។</p> <p>ខ្ញុំបានអាន រឺ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន(DSHS 14-113)។ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន HCA 18-003 ខ្ញុំប្រកាសជាផ្លូវការ រឺ សំរេចក្រោមការពិនិត្យលើការភ្នាក់កុបក ក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់អោយនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ រួមទាំងព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពជនបរទេស និង ប្រជាជនមានសញ្ជាតិនៃរាល់សមាជិកដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំសំរាប់កុនប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។</p>		
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យ
ហត្ថលេខា អ្នកគំណាង រឺ អ្នកជួយ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកគំណាង រឺ អ្នកជួយ
ហត្ថលេខា សាក្សី បើសិនជាចុះជាមួយនិងសញ្ញា "X"	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ សាក្សី