

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយថ្លៃជួលផ្ទះក្នុងគ្រាអាសន្ន

តើនរណាត្រូវដាក់ពាក្យសុំ? អ្នកជួល ម្ចាស់ផ្ទះ (ក្នុងនាមអ្នកជួល)

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជួល			
នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	SSN# (ដល់មានជម្ងឺស)	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	ហ្សឺប	ខោនធី
ទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		កាលបរិច្ឆេទ
គ្រួសារ៖ ចំនួនមនុស្សធំ _____ ចំនួនកុមារក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ _____			
តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកជួបការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដែលមានលើសពី រយៈពេលនៃ ការគ្មានការងារធ្វើ ធ្លាក់ចុះប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ឬ កើនបន្ទុកចំណាយក្នុងគ្រួសារទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើនេះជាការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុក្នុងអំឡុងពេល ឬដោយសារជំងឺ COVID-19 ដោយផ្ទាល់ឬដោយប្រយោលដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកអាចប្រឈមនឹងការគ្មានផ្ទះស្នាក់នៅ ឬអស្ថិរភាពផ្ទះសំបែងទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារអ្នកបានទទួលជំនួយថ្លៃជួលផ្ទះពីសហព័ន្ធនៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
ប្រសិនបើបាទ/ចាស តើអ្នកណាម្នាក់បានទទួលជំនួយការជួលបន្ទាន់នៅរដ្ឋ Pennsylvania ក្នុងរយៈពេល 12 ខែមុននេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ ហើយបំពេញការបញ្ជាក់ ERAP ឡើងវិញ។			
តើអ្នកជាអតីតយុទ្ធជនឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន		តើមាននរណាម្នាក់ទទួលរងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន	
ភាពជាពលរដ្ឋ (ដល់មានជម្ងឺស)៖ <input type="checkbox"/> ពលរដ្ឋអាមេរិក <input type="checkbox"/> អ្នកមានសិទ្ធិរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ <input type="checkbox"/> អ្នករស់នៅបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> ជនភៀសខ្លួន <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ			
ជនជាតិ (គូសជីកចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖ <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌូន ឬអាឡាស្កាអាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> អាមេរិកាំងស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ			
ជាតិពន្ធ៖ <input type="checkbox"/> ហ៊ីស្ប៉ានិក <input type="checkbox"/> មិនមែនហ៊ីស្ប៉ានិក		ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	

ព័ត៌មានអំពីម្ចាស់ផ្ទះ ឬអ្នកគ្រប់គ្រងអចលនទ្រព្យ

ក្រុមហ៊ុនគ្រប់គ្រងអចលនទ្រព្យ (បើពាក់ព័ន្ធ)			
នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	លេខបង់ពន្ធ# ឬ SSN#	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	ហ្សឺប	
ទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		

ព័ត៌មានអំពីយូធីលីធីរបស់អ្នកជួល

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន	អាសយដ្ឋាន (ផ្លូវ ក្រុង ហ្សឺប)	ទូរស័ព្ទ	គណនី#

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារអ្នកជួលផ្ទះ

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើស នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទេ? មាន មិនមាន បើមាន ចូរគូសឆក់ចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ និងរៀបរាប់ពីប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកបានទទួលកន្លងមក។

<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"/> អត្ថប្រយោជន៍ពិលមានជំងឺ <input type="checkbox"/> ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សន្តិសុខបន្ថែម (SSI)	<input type="checkbox"/> ការឧបត្ថម្ភ <input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ <input type="checkbox"/> សហជីពបង់ <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឈ្នួលបានមកពីការងារ <input type="checkbox"/> ប្រាក់សំណងបុគ្គលិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ: _____
--	--	--

ឈ្មោះអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល	ប្រភេទ/ប្រភពប្រាក់ចំណូល/ឈ្មោះនិយោជក	ប្រាក់ចំណូល/ចំណាយប៉ុន្មាន?	ចំណាយញឹកញាប់ប៉ុន្មានណា	កាលបរិច្ឆេទនៃការចំណាយថ្មីបំផុត

ការចំណាយប្រចាំគ្រួសារអ្នកជួលផ្ទះ

ថ្លៃថ្នាលផ្ទះ	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃអគ្គិសនី	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃហ្វឹកាស់	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃប្រៃងសាំង	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃខ្សែសូម័នប្តូរ៉ាន	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃអ៊ុស/ធុយូង/ជុសងេៗ	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃស្រែរាម	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃទឹក/ទឹកស្អុយ	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____
ផុសងេៗ (ពនុយល់ខាងកុរាម)	រាល់ខែ \$ _____	បូរាក់បង់យឺត \$ _____

កំណត់សម្គាល់៖

សិទ្ធិនិងទទួលខុសត្រូវ

សិទ្ធិទទួលបានការមិនរើសអើង

ស៊ុចានបន្តនេះមិនមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាន ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជីវភាព ជនជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងក្នុងទិដ្ឋភាពមួយចំនួននៃជំនឿសាសនា និងនយោបាយឡើយ។

ជូនពិការ ដល់ការការពារយោបាយទំនាក់ទំនងសម្រាប់ ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទា. អកុសរសុទាបសម្រាប់ជនពិការ អកុសរ ខនាតុ ខស្មែរអាតុសឡង ភាសាសញ្ញាអាមេរិកាំង។ល។) គួរទាក់ទងទីភ្នាក់ងារនេះ (រដ្ឋប្រមូលដ្ឋាន) ដំលែពួកគេបាន ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ លសព្វនេះទៀត ព័ត៌មានកម្មវិធី អាចមានជាភាសាផ្សេងៗពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់៖
ការស្នងរតនាគារសហរដ្ឋអាមេរិក
នាយក, ការយល់យសិទ្ធិសិរិល និងភាពចម្រុះ,
1500 Pennsylvania Avenue, N.W.,
Washington, DC 20220;
ទូរស័ព្ទទូលខេ (202) 622-1160
ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់៖
crcomplaints@treasury.gov

ស៊ុចានបន្តនេះគឺជាអនុកម្មដល់ឱកាសសម្រេចបាន។

សិទ្ធិទទួលបានការកុសភាពសម្រាប់

យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសម្ងាត់។ គន្លឹងប្រឹក្សាស្តី វាដើម្បីសម្រេចថាអ្នកអាចមានលក្ខខណៈសម្រាប់ត្រូវប្រើ ណាមួយបណ្តោះអាសន្ន។ អ្នកដល់ខ្លួនជាប្រធានលក្ខខណៈ និង បទប្បញ្ញត្តិរបស់ក្រសួងនេះ និងមានទាសបទមជ្ឈម និង ត្រូវទទួលបានការពិនយជាប្រាក់ក្នុងមួយរយ (100\$) ដុល្លារ ឬ ជាប្រាក់ធានាការកុសភាពមួយខែ ឬទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483)។

ទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវតែជួយបកស្រាយព័ត៌មានដល់អ្នកផ្តល់។ គណៈប្រតិភូ សំរេងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬស្ថិតិប្រតិភូខ្មែរក្នុងការ ផ្តល់ភស្តុតាងជាគុណភាព។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ (DHS) ឬការយល់យសិទ្ធិការរដ្ឋបាលទំនាក់ទំនងអ្នក អ្នកត្រូវតែសហការ ជាមួយពួកគេទើបបានពេញលេញ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព

សំណុំព័ត៌មានទាំងនេះ ដល់រួមមានលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ ត្រូវអនុញ្ញាតតាមមាត្រា 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i-iv) និង 62 P.S. § 432.2(b)(3)។

គប្បីព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់គ្រួសាររបស់អ្នកមានលក្ខខណៈ សមស្រប ឬបន្តមានលក្ខខណៈសមស្របក្នុងការចូលរួមក្នុង កម្មវិធីជំនួយថ្លៃថ្នូរផ្ទះគ្រួសារស្ថានភាព ឬអត្ថ។ យើងនឹង ផ្តល់ព័ត៌មាននេះតាមកម្មវិធីកុំព្យូទ័រ។ ព័ត៌មាននេះនឹង ប្តូរជាមួយគ្នាជាមួយការប្រព្រឹត្តិការណ៍បទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធី និង សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផងដែរ។

គណៈប្រតិភូហាញព័ត៌មាននេះដល់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធដ ដទៃទៀត សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផលប្រយោជន៍ និងបង្កាញដល់ មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ដើម្បីបង្ការប្រឆាំងជនល្មើសចោល។ ការ ខ្វះខាតក្នុងការផ្តល់ SSN អាចបណ្តាលឱ្យអ្នកបាត់បង់ ជំនួយថ្លៃថ្នូរផ្ទះគ្រួសារស្ថានភាព។ គន្លឹងប្រឹក្សាស្តី និងបង្កាញ SSN ដល់ខ្លួនផ្ទាល់ជូនតាមរបៀបដូចគ្នានឹង SSN របស់ សមាជិកគ្រួសារដល់មានលក្ខខណៈសម្រាប់ត្រួតសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបាន SSN ៖

- (1) ទូរស័ព្ទទះ 1-800-772-1213 ឬ 1-800-325-0778 (TTY); ឬ
- (2) ចូលមើល៖ www.ssa.gov.

សិទ្ធិក្នុងការបដិសេធសារទុកខ

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំការ ដើម្បីបដិសេធសារទុកខអំពី ការសម្រេចនេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា វាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិន ត្រឹមត្រូវ ឬប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេចក្តីខ្លាចខ្លាចចាត់វិធានការលើ សំណើសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ ទីភ្នាក់ងារខ្មែរខ្លាចខ្លាច តាមព័ត៌មានដល់មាននៅលើ សេចក្តី ជូនដំណឹងក្នុងកុំព្យូទ័រលក្ខខណៈសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យ ERAP សម្រាប់ខ្លួនរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា អ្នកក៏អាចស្នើសុំការប្តូរជំនួយ ទីភ្នាក់ងារ ERAP បានដំបូងមុនសវនាការ។

សាក្សីកម្ម/ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំបានយល់ និងព្រមព្រៀងថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីថ្លែងរក្សាកុហក់នៅលើពាក្យសុំនេះ ទោះជាពាក្យសុំនេះត្រូវដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ដែលធ្វើឡើងក្នុងនាមខ្ញុំក៏ដោយ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញគឺជាការពិត និងសូមទទួលបានការពិនិត្យ ប្រសិនបើបំពានសម្បទានេះ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបំពេញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះនឹងត្រូវគេរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ និងប្រើសម្រាប់គ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំយល់ថា គេអាចតម្រូវឱ្យធ្វើការងារជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែលក្នុងនាមនៃការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ជំនួយ។ ខ្ញុំព្រមព្រៀងផ្តល់ជីវិតសារវាចាច្បាប់នៃមតិការស្នើសុំ (ដូចជាគល់វិក្កយបត្រ កិច្ចសន្យាផ្តល់ វិក្កយបត្រថ្មី ភស្តុតាងបញ្ជាក់ភាពគ្មានការងារ ។ល។) ដើម្បីជាជំនួយក្នុងការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា - អ្នកជួល

ឈ្មោះ - អ្នកជួល

ហត្ថលេខា - ម្ចាស់ផ្ទះ (ក្នុងករណីទម្រង់បំពេញដោយម្ចាស់ផ្ទះប៉ុណ្ណោះ)

ឈ្មោះ - ម្ចាស់ផ្ទះ (ក្នុងករណីទម្រង់បំពេញដោយម្ចាស់ផ្ទះប៉ុណ្ណោះ)

ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន (អ្នកជួលប៉ុណ្ណោះ)

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាត និងស្នើសុំឱ្យបញ្ជាក់ដល់ការិយាល័យខោនធីនូវព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាយុ ការស្នាក់នៅ ភាពជាពលរដ្ឋ ការងារ ប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ដែលទាក់ទងនឹងលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះកម្មវិធីជំនួយជួលផ្ទះ និងយុវជនសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលទទួលបាននឹងប្រើសម្រាប់កំណត់ជំនួយជួលផ្ទះ/យុវជន ឬកម្មវិធីជំនួយផ្ទះសម្បែងដទៃទៀតប៉ុណ្ណោះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជួល	កាលបរិច្ឆេទ
-----------------	-------------

ឈ្មោះ - អ្នកជួល

ERAP Agency Use Only

Authorization Information: Approved Denied Date: _____

Type(s) of Assistance Provided:
 Rental Assistance Rental Arrears Housing Stability Services Utility Assistance Utility Arrears
 Other

Amount of Assistance:
 Rental Assistance \$ _____ Rental Arrears \$ _____ Housing Stability \$ _____ Other \$ _____
 Utility Assistance \$ _____ Utility Arrears \$ _____ Total \$ _____
 Number of months covered with: Rental Assistance _____ Rental Arrears _____ Utility Assistance _____ Utility Arrears _____

Household Income Level:
 Does not exceed 30 percent of the area median income for the household
 Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household
 Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes: Used annual calculation for eligibility Used monthly income at time of application
 Categorically Eligible Fact Specific Proxy Self-Attestation