



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

# ការពិនិត្យឡើងវិញអំពីអត្ថប្រយោជន៍

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហោសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នក ត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូម ទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំជាថ្មីឡើងវិញតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ៖ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការពាក្យសុំនេះជាទម្រង់អក្សរព្រោះពុម្ពធំ ឬជា ទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរសព្ទមកបណ្តាញទូរសព្ទ ជំនួយ របស់យើងតាមលេខ **1-800-692-7462**។ បុគ្គលនានាដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការ និយាយ និងមានបំណងចង់ទាក់ទងដោយប្រើបណ្តាញទូរសព្ទជំនួយ អាចហៅទូរសព្ទ ទៅសេវាកម្មបញ្ជូនបន្ត PA Relay Services ដោយចុចលេខ **711**។



**ការពិនិត្យឡើងវិញអំពីអត្ថប្រយោជន៍៖** យើងខ្ញុំត្រូវតែពិនិត្យឡើងវិញនូវភាពមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់ ការថែទាំសុខភាព និងកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម ( Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP )។

**▶ ចូលទៅកេងកងសារអេឡិចត្រូនិក ! តើអ្នកចង់ទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងរបស់អ្នកតាមអនឡាញឬទេ ? សូមចូលទៅ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) និងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគណនី MyCOMPASS របស់អ្នក។**

**សម្រាប់ព័ត៌មានទាំងអស់**

**លិខិតជូនដំណឹងសំខាន់ៗចំពោះអ្នកទទួល៖** យើងខ្ញុំត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានអំពីអ្នក។

1. សូមបោះពុម្ពប្រាក់សំណុំសំណុំបែបបទ។ សូមព្យាយាមបំពេញព័ត៌មានឱ្យបានច្រើនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះគឺត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានជាបន្តបន្ទាប់របស់អ្នក។
2. សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវមើលព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ពមិនត្រឹមត្រូវ ឬបានផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមគូសចោលព័ត៌មានដែលបានបោះពុម្ព និងផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីៗ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណួរទាំងអស់ ដែលមិនមានចម្លើយដែលបានបោះពុម្ពហើយផ្តល់ចម្លើយ លុះត្រាតែមានការណែនាំដែលប្រាប់អ្នកថា អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។
3. ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ មនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀតអាចជួយអ្នកនោះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930. អ្នកប្រើ CST TTY/TDD ត្រូវហៅទូរសព្ទតាមលេខ 711.
4. **ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទក្នុងសំណុំបែបបទពិនិត្យឡើងវិញអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៅទំព័រ 1 និងនៅលើការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក។**
5. យកសំណុំបែបបទទៅការិយាល័យជំនួយខោនធីតាមកាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាសម្រាប់ការធ្វើសម្ភាសន៍ដែលបានកំណត់ពេលវេលារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវធ្វើសម្ភាសន៍តាមទូរសព្ទ ឬបើអ្នកមិនតម្រូវឱ្យធ្វើសម្ភាសន៍ទេ សូមធ្វើតាមប៉ុស្តិ៍ប្រសណីយ៍នូវសំណុំបែបបទជាមួយការផ្ញើផ្តល់ឈ្មោះដែលបានស្នើសុំទៅបុគ្គលិកកាន់សំណុំបែបបទរបស់អ្នក។
6. អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំជាថ្មីឡើងវិញតាមគេហទំព័រ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us).

តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្ត ? ¿Qué idioma prefiere usted ?  អង់គ្លេស/Inglés  អេស្ប៉ាញ/Español  ផ្សេងៗ/Otro ( សូមបញ្ជាក់/especifique \_\_\_\_\_ )  
 តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាឬទេ ? ¿Necesita un intérprete ?  បាទ/ចាស/SI  ទេ  
 បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើភាសាអ្វី ? En caso afirmativo, ¿de qué idioma ? \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានរបស់អ្នក**

**សូមប្រាប់ខ្ញុំអំពីអ្នក៖** យើងខ្ញុំត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានខ្លះអំពីអ្នក។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពប្រើខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

ឈ្មោះ ( រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមនៃឈ្មោះហៅកាត់ណាមួយ នាមត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម )៖ \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋានផ្ទះ ( រួមមានផ្លូវ លេខអាគារតមិន ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដប្រសណីយ៍ + 4 )៖ \_\_\_\_\_  
 លេខទូរសព្ទ៖ \_\_\_\_\_ មណ្ឌលសិក្សាជាការ៖ \_\_\_\_\_ ទីប្រជុំជន/សង្កាត់/ក្រុងឬទីក្រុង៖ \_\_\_\_\_

**ចុះហត្ថលេខាទីនេះ**

នៅពេលអ្នកចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក វាមានន័យថាអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ វាមានន័យផងដែរថា អ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកទៅការិយាល័យជំនួយខោនធី ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននៅលើក្នុងពាក្យសុំនេះ ដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះឬទេ។

**X** \_\_\_\_\_ ហត្ថលេខារបស់អ្នក ឬហត្ថលេខាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

សូមគូសប្រាក់ប្រអប់ខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់មានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាព ហើយចង់ដាក់ពាក្យសុំការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក៖

បាទ/ចាស ខ្ញុំចង់ដាក់ពាក្យសុំការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

ប្រសិនបើអ្នកបានគូសប្រាក់ បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារដែលអ្នកចង់ដាក់ពាក្យសុំ រួមទាំងខ្លួនអ្នកផងដែរ៖

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**កុំបំពេញ – ការិយាល័យជំនួយខោនធីតែប៉ុណ្ណោះ**

|                   |      |               |     |                       |                |    |
|-------------------|------|---------------|-----|-----------------------|----------------|----|
| WORKER ID         | CSLD | RECORD NUMBER | CAT | NAME                  | APPT DATE/TIME | AM |
|                   |      |               |     |                       |                | PM |
| <b>AUTHORIZED</b> |      |               |     | <b>NOT AUTHORIZED</b> |                |    |

# តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍សេវាកម្មផ្សេងទៀតទេ ?

សូមគូសប្រយោជន៍ក្នុងប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចាប់អារម្មណ៍សេវាកម្មណាមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលធានារ៉ាប់រងបន្ថែម (SSI)                             | <input type="checkbox"/> គ្លីនិកទារក (Well Baby Clinic)                                   | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មពិការភាពខាងបញ្ញា                       |
| <input type="checkbox"/> ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ការចាក់ថ្នាំ)                           | <input type="checkbox"/> LIHEAP (ជំនួយថាមពល)  | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មអតីតយុទ្ធជន                            |
| <input type="checkbox"/> WIC (ត្រូវ ទារក និងកុមារ)                                      | <input type="checkbox"/> ធនាគារអាហារ  | <input type="checkbox"/> អាហារនៅសាលា (មិនគិតថ្លៃ ឬចំណាយតិច)             |
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពកុមារ  | <input type="checkbox"/> Lifeline (សេវាទូរស័ព្ទចំណាយតិច)                                  | <input type="checkbox"/> ជំនួយលំនៅដ្ឋាន                                 |
| <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង (ការថែទាំសុខភាពនៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់) | <input type="checkbox"/> សេវាកម្មគាំទ្រកុមារ  | <input type="checkbox"/> ការចាប់ផ្តើមដំបូង (សម្រាប់កុមារអាយុ 3-6 ឆ្នាំ) |
| <input type="checkbox"/> ការធ្វើផែនការគ្រួសារ/ការពន្យារកំណើត                            | <input type="checkbox"/> ការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាល  | <input type="checkbox"/> ការស្តារនីតិសម្បទាវិជ្ជាជីវៈ                   |
| <input type="checkbox"/> សេវាកម្មតាមផ្ទះនិងសហគមន៍ (សេវាកម្មលើកលែង)                      | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពិសេសសម្រាប់ការងារនិងការបណ្តុះបណ្តាល (ដូចជាឧបករណ៍) |   |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖ _____  |   |   |

## សូមប្រាប់យើងអំពីមនុស្សនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក៖

យើងខ្ញុំត្រូវប្រមូលព័ត៌មានអំពីអ្នកគ្រប់គ្នាដែលរស់នៅតាមអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ក៏ដោយ។ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាពនោះ ត្រូវប្រាកដថាបំណងអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ទោះបីជាពួកគេមិនរស់នៅជាមួយអ្នកក៏ដោយ។ សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់រាយការណ៍ពន្ធ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទេ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានណាមួយដែលបានបោះពុម្ពខាងក្រោម។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវទេ សូមគូសវាចេញហើយសរសេរព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវ។

### បុគ្គលទី 1

|  |   |  |
|--|---|--|
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមនៃឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | តើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖   |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖  | ភេទ៖<br><input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី                                  | តើអ្នកមានប័ណ្ណ PA Access/EBT ឬទេ ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើអ្នករៀននៅសាលា ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                          | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន ?  | ឈ្មោះសាលា៖   |
|  |   | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ               |

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ខ្លួនឯង។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

- បាទ/ចាស  ទេ ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើអ្នកត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះឬទេ ?
- បាទ/ចាស  ទេ ▶ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាមួយដែលអ្នកប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភមួយរបស់អ្នក។ តើអ្នកត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬទេ ?
- បាទ/ចាស  ទេ ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើអ្នកយកខ្លួនជាព័ត៌មានដែលអ្នកអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធខ្ញុំពុកម្តាយរបស់អ្នក ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកមានអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ) ដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬទេ ?

តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ ?  បាទ/ចាស  ទេ

|  |  |  |              |                                |
|--|--|--|--------------|--------------------------------|
| ប្រសិនបើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិក, សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោមនេះ៖ | តើអ្នកមានស្ថានភាពអត្តប្រវត្តិដែលមានសិទ្ធិទទួលបានឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស     | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន ID៖  | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន ID ឯកសារ៖ |
|  | តើអ្នកមានអ្នកជួយឧបត្ថម្ភឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើអ្នកបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |              |                                |

### បុគ្គលទី 2

|  |  |   |
|--|--|---|
| ឈ្មោះ (រួមមាននាមខ្លួន អក្សរដើមនៃឈ្មោះហៅកាត់ ឈ្មោះត្រកូល ពាក្យបន្ថែមចុងបញ្ចប់នៃពាក្យ ដូចជា -Jr./Sr./ជាដើម)៖ | តើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះឬទេ ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច៖  |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖  | ភេទ៖<br><input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី                                       | តើបុគ្គលនេះមានប័ណ្ណ PA Access/EBT ឬទេ ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើបុគ្គលនេះ រៀននៅសាលាឬទេ ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                 | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើថ្នាក់ទីប៉ុន្មាន ?   | ឈ្មោះសាលា៖  |
|  |  | សិស្សសិក្សាពេញម៉ោង ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                    |

តើបុគ្គលនេះពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នកយ៉ាងដូចម្តេច ?  ប្តីប្រពន្ធ  កូន  កូនចិញ្ចឹម  មិនពាក់ព័ន្ធ  ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម បើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់បុគ្គលនេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

- បាទ/ចាស  ទេ ▶ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញទេ តើបុគ្គលនេះចង់ឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះឬទេ ?
- បាទ/ចាស  ទេ ▶ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ យើងខ្ញុំនឹងគិតពីការណាមួយដែលអ្នកប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញ យើងខ្ញុំនឹងត្រូវការវាយតម្លៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមមានប្រាក់ចំណូលឧបត្ថម្ភមួយរបស់អ្នក។ តើបុគ្គលនេះត្រូវការពិនិត្យឡើងវិញសម្រាប់កម្មវិធីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមែនសម្រាប់ការចេញថ្លៃជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រពេញលេញឬទេ ?
- បាទ/ចាស  ទេ ▶ ដោយមិនគិតពីអាយុ តើបុគ្គលនេះយកខ្លួនជាព័ត៌មានដែល ពួកគេអាចទទួលបាននៅកន្លែងដែលពួកគេរស់នៅ អំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារ អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត ឬហេតុផលអាក្រក់ផ្សេងទៀតពីប្តីប្រពន្ធ ឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ឬអ្នកដទៃទៀតឬទេ ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើពួកគេមានអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀត (ក្រៅពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ) ដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មផែនការគ្រួសារឬទេ ?

តើបុគ្គលនេះជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិកឬទេ ?  បាទ/ចាស  ទេ

|  |  |   |              |                      |
|--|--|---|--------------|----------------------|
| ប្រសិនបើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬសញ្ជាតិអាមេរិក, សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ៖ | តើបុគ្គលនេះមានស្ថានភាពអត្តប្រវត្តិដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញប្រភេទឯកសារ និងលេខសម្គាល់ ID ឯកសារ៖   | ប្រភេទឯកសារ៖ | លេខសម្គាល់ ID ឯកសារ៖ |
|  | តើបុគ្គលនេះមានអ្នកឧបត្ថម្ភឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ   | តើបុគ្គលនេះបានរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកចាប់តាំងពីឆ្នាំ 1996 ឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |              |                      |







# សំណួរផ្សេងៗ

|  |   |                         |   |
|--|---|-------------------------|---|
| តើមានអ្នកណាម្នាក់មានផ្ទះពោះបូទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?៖                        | កាលបរិច្ឆេទដល់ពេលកំណត់? | តើមានការរំពឹងទុកថាមានទារកប៉ុន្មាននាក់?  |
| តើមានអ្នកណាម្នាក់ជាជនពិការ ឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?                         | តើមានពិការភាពអ្វី?      |   |
| តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹមមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ   | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកណា?                         | នៅរដ្ឋណា?               |   |
| តើមាននរណាម្នាក់បង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យដែលមានពិការភាព ដើម្បីឱ្យគាត់អាចទៅធ្វើការងារ ទៅសាលារៀន ឬការបណ្តុះបណ្តាលឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើមានចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែប៉ុន្មាន? | ចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែ \$  | អ្នកណាទទួលបានការថែទាំសុខភាព?  |
| តើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ថ្លៃធ្វើដំណើរទៅធ្វើការឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើមានចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែប៉ុន្មាន? | ចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែ \$  | តើអ្នកធ្វើដំណើរតាមរយៈយានយន្តអ្វី (ឡានក្រុង រថភ្លើង ឡាន រថភ្លើងក្រោមដី)?                                 |
| <b>ប្រសិនបើអ្នកប្រើឡាន៖</b>  |   |                         |   |
| តើត្រូវទៅធ្វើការប៉ុន្មានម៉ាយល៍? <input type="checkbox"/> ម៉ាយល៍  | តើប៉ុន្មានថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍?                      | ថ្ងៃ៖                   | តើការទូទាត់ប្រាក់ថយចុះប្រចាំខែរបស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មាន? <input type="checkbox"/> ចំនួនប្រាក់ប្រចាំខែ \$ |

# ព័ត៌មានអំពីពន្ធ

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់មានគម្រោងដាក់របាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ឆ្នាំក្រោយ ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោម។

សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលត្រូវដាក់ឯកសារពន្ធ។ ប្រសិនបើដាក់ឯកសាររួមគ្នា សូមរួមបញ្ចូលប្តីប្រពន្ធក្នុងផ្ទះតែមួយ។  
 សម្គាល់៖ អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់កម្រិត អាចទាមទារសំណងដោយអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធតែមួយប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធរួមគ្នា អ្នកគ្រាន់តែត្រូវការរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់សម្រាប់អ្នកដាក់ឯកសារពន្ធដែលនឹងចុះហត្ថលេខាសំណុំបែបបទពន្ធ។

| សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលមានផែនការដាក់របាយការណ៍ពន្ធ។ | តើបុគ្គលនេះនឹងដាក់ឯកសាររួមគ្នាជាមួយប្តីប្រពន្ធឬទេ? បាទ ឬ ចាស / ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះប្តីប្រពន្ធ | តើបុគ្គលនេះ នឹងទាមទារសំណងអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ឬទេ? បាទ ឬ ចាស/ទេ | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ |
|---|---|---|--|--|
|   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |

តើមានអ្នកណាម្នាក់នឹងទាមទារសំណងក្នុងនាមជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ចំពោះរបាយការណ៍ពន្ធរបស់នរណាម្នាក់ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមឆ្លើយសំណួរនានាខាងក្រោម។

សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ ឬឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធដែលទាមទារសំណងសម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់។  
 សម្គាល់៖ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញតារាងនេះទេ ប្រសិនបើមានការទាមទារសំណងសម្រាប់បុគ្គលនេះ ត្រូវបានត្រៀមរាយបញ្ជីឈ្មោះរួចហើយថាជាអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ខាងលើ។

| ឈ្មោះអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ | ឈ្មោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ | ញាតិភាពចំពោះអ្នកដាក់ឯកសារពន្ធ |
|---------------------------|------------------------|-------------------------------|
|                           |                        |                               |
|                           |                        |                               |

# ការកាត់ពន្ធ

សូមបំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំថែទាំសុខភាព។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វីមួយជាក់លាក់ ដែលអាចកាត់យកក្នុងរបាយការណ៍ពន្ធប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ ដែលប្រាប់យើងអំពីពួកគេនោះ អាចរៀបចំការចំណាយលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពតិចជាងបន្តិច។

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកប្រកបរបរកិច្ចការជំនួញជាម្ចាស់ដោយខ្លួនឯង មិនរាប់បញ្ចូលការចំណាយដែលអ្នកនឹងរៀបរាប់បញ្ជីជាការចំណាយលើសំណុំបែបបទពន្ធតាមកម្មវិធីផ្នែក C របស់អ្នកឡើយ (ឧទាហរណ៍ការចំណាយលើថយន្ត និងថយន្តដឹកទំនិញ ការបញ្ចុះតម្លៃ ប្រាក់ឈ្នួលនិយោជិត និងអត្ថប្រយោជន៍បន្ទាប់បន្សំ ជាដើម)។

| តើមាននរណាម្នាក់ មានការចំណាយពី៖ (✓ គូសប្រដឹក បាទ/ចាស)                | បាទ/ចាស | តើការចំណាយនេះជាប់សំណង? | តើការចំណាយដែលបានបង់ប្រាក់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (មួយដង រៀងរាល់ខែ រៀងរាល់បីខែ ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ រៀងរាល់ឆ្នាំ) | ប៉ុន្មាន? |
|---|---------|------------------------|--|-----------|
| ការកាត់យកប្រាក់កម្ចីរបស់សិស្សឬនិស្សិត                               |         |                        |  |           |
| ការកាត់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពអ្នកគ្រប់គ្រងការងារ ឬអាជីវកម្មខ្លួនឯង |         |                        |  |           |
| ផ្នែកដែលអាចកាត់យកបានពីពន្ធលើការគ្រប់គ្រងការងារឬអាជីវកម្មខ្លួនឯង     |         |                        |  |           |
| ការកាត់យកប្រាក់គណនីសន្សំសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព                       |         |                        |  |           |
| ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)   |         |                        |  |           |







# ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើអ្នកមាន (ឬមានក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយ) ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពច្រើនជាងមួយប្រភេទ សូមបំពេញក្នុងប្រអប់មួយសម្រាប់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។  
 សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកមានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងច្រើនជាងមួយ អ្នកត្រូវការថតចម្លងទំព័រនេះ ហើយភ្ជាប់វា។

ប្រភេទនៃការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព  ការធានារ៉ាប់រងនិយោជក  កម្មវិធីមេឌីវែរ Medicare  កម្មវិធី TRICARE\*  កម្មវិធី Peace Corps  ផែនការកម្មវិធីបុគ្គល (Individual Program Plan)  ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

| សូមរាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកទទួល (ឬបានទទួល) ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង៖  |   |
|---|---|
| ឈ្មោះអ្នកកាន់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖  | នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____  |
| ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង៖  | នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____  |
| លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង៖  | នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____  |
| ឈ្មោះ/លេខក្រុម៖   | នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____  |
| តើរួមបញ្ចូល (ឬបានរួមបញ្ចូល) ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ?<br><input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពនៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ការចេញវេជ្ជបញ្ជា <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពភ្នែក<br><input type="checkbox"/> ការជួបពិនិត្យជំងឺរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> ធ្មេញ | តើ (ឬជា) នេះជាគម្រោងធានារ៉ាប់រងមានកំណត់ (ដូចជាប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់នៅសាលា)?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា? <input type="checkbox"/>   | តើការធានារ៉ាប់រងនេះ បានឈប់ (ឬនឹងឈប់) នៅពេលណា? (សូមទុកចោលកន្លែងនៅទំនេរ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង) <input type="checkbox"/>      |
| តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ បានបញ្ចប់ (ឬនឹងបញ្ចប់) ដោយសារអ្នកកាន់កាប់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងបាត់បង់ការងារ (ការបាត់បង់ការងារដោយសារក្រុមហ៊ុនកាត់បន្ថយបុគ្គលិក ការបញ្ឈប់ពីការងារ ការចាកចេញពីការងារ) ឬការផ្លាស់ប្តូរការងារឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ                        | បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស, តើអ្នកណាបានបង់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង?   |
| តើមាន (ឬនឹងមាន) កូនណាម្នាក់បានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយសារនិយោជកឈប់ផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  |   |

\* សូមគូសប្រយោជន៍ បើអ្នកមានការថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ ឬកាតព្វកិច្ចការងារជាប្រចាំ។

# ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីនិយោជករបស់អ្នក

អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP តែប៉ុណ្ណោះ។

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំនោះ មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលបានផ្តល់ជូនពីការងារឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ សូមគូសប្រយោជន៍ បាទ/ចាស បើទោះជាមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះមកពីការងាររបស់និយោជកផ្សេងទៀត ដូចជាឪពុកឬម្តាយ ឬប្តីឬប្រពន្ធក៏ដោយ។

បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកនេះ និងព័ត៌មានជាច្រើនទៀត ដែលអ្នកអាចធ្វើបាននៅក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ A: ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ។

|   |  |
|---|--|
| តើនេះជាគម្រោងធានារ៉ាប់រងនិយោជកធម្មតា? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  | តើនេះជាការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី COBRA? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើនេះជាគម្រោងសុខភាពអ្នកចូលនិវត្តន៍? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ  |  |
| ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងាររបស់អ្នក តើអ្នកត្រូវ (ឬនឹងអាច) បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |  |
| តើអ្នកត្រូវ (ឬនឹងអាច) បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ   |  |
| តើមានការចំណាយប៉ុន្មានលើការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងក្រុមគ្រួសារតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពក្រុមនិយោជករបស់អ្នក? <input type="checkbox"/>  |  |
| តើមានការចំណាយប៉ុន្មាន ដើម្បីចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងកូនរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពនិយោជករបស់អ្នក? <input type="checkbox"/>  |  |

# ការចំណាយ

## ផ្នែកនេះ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។

សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការចំណាយរបស់អ្នកដូច្នោះអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចមានច្រើនបំផុត។ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ការបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃការចំណាយរបស់អ្នក។

▶ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការចំណាយក្នុងត្រូវសារជូនយើងខ្ញុំគ្រប់ពេលវេលា យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំអ្នកឱ្យផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់នៃការចំណាយ។

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបង់ប្រាក់ការខបត្តអ្នកកុមារ ដល់មនុស្សម្នាក់ដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ?<br>បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើត្រូវបានតុលាការបង្គាប់ឬទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលបានជំនួយលំនៅដ្ឋានឬទេ?<br>បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើជាប្រភេទលំនៅដ្ឋានអ្វី? _____<br>បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស តើអ្នកទទួលបានប្រាក់ខបត្តសេវាប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃឬទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើអាហាររួមបញ្ចូលនៅក្នុងការជួលផ្ទះរបស់អ្នកឬទេ?  | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើមានអ្នកណានៅក្រៅត្រូវសាររបស់អ្នក ដែលបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយរបស់អ្នកឬទេ?<br>បើដូច្នោះ តើចំណាយអ្វីខ្លះ? _____<br>ប៉ុន្មាន? _____ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____<br>ចំពោះអ្នកណា? _____                     | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| តើអ្នកចំណាយសម្រាប់ម៉ាស៊ីនកម្តៅឬទេ?   | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | តើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ខ្យល់សម្អាតផ្ទះ ឬដើម្បីដំណើរការម៉ាស៊ីនត្រជាក់ បន្ទប់ឬទេ?  | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |

សូមគូសប្រតិករចំណាយណាមួយដែលអ្នកបង់ប្រាក់ជារៀងរាល់ខែ ឬដោយនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ សូមគូសប្រតិក ទោះបីជាអ្នកបង់ប្រាក់តែផ្នែកខ្លះនៃវិក្កយបត្រក៏ដោយ។

ទូរសព្ទ  ទឹក  សំរាមឬការសំណល់  ការដំឡើងសេវាប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃ  អគ្គិសនី  
 ប្រេង រ៉ឺម៉ក អូស ប្រេងកាត  លូទឹកស្អុយ  ហ្គាស  ប្រូប៉ាន  ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_

ប្រសិនបើអ្នកមានការចំណាយណាមួយនៃការចំណាយទាំងនេះ តើអ្នកត្រូវចំណាយប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ?

ថ្លៃជួល: \$ \_\_\_\_\_ ថ្លៃសេវាសហកម្មសិទ្ធិ: \$ \_\_\_\_\_

វត្ថុបញ្ចាំបំណុល \$ \_\_\_\_\_ ពន្ធអចលនទ្រព្យ: \$ \_\_\_\_\_ ការចាត់បំរុងរបស់ម្ចាស់ផ្ទះ: \$ \_\_\_\_\_

# ការចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រ

## ផ្នែកនេះ សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។

អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP បន្ថែមទៀត ប្រសិនបើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ ឬជនពិការ ហើយអ្នកអាចផ្តល់ការបញ្ជាក់ភស្តុតាងនៃការចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

**សូមគូសប្រតិករចំណាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ ដែលអ្នកឬអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបង់ប្រាក់:**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រធូលី                                      | <input type="checkbox"/> ការចំណាយណាមួយដើម្បីទទួលបានការណាបំផ្លុះផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានការពេញវេជ្ជបញ្ជា។ ទាំងនេះអាចជាការចំណាយ ដូចជាការបង់ពន្ធ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ។ |
| <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រវេជ្ជបណ្ឌិត                               |   |
| <input type="checkbox"/> វិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ                               | <input type="checkbox"/> ជំនួយសុខភាព (មនុស្សនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ)។   |
| <input type="checkbox"/> បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬកម្មវិធីមេឌីមែរ Medicare | <input type="checkbox"/> ការផ្គត់ផ្គង់ទាក់ទងនឹងសុខភាព (ដូចជាវ៉ែនតា ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ កន្ទួបអាចម៍មនុស្សពេញវ័យ)។   |
| <input type="checkbox"/> គ្រឿងបរិក្ខារពេទ្យ                                  | <input type="checkbox"/> ថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជា  |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត:   |   |

▶ ការខកខានមិនរាយការណ៍ឬផ្ទៀងផ្ទាត់រាល់ការចំណាយណាមួយដែលមានរាយបញ្ជីខាងលើនេះ នឹងត្រូវពិនិត្យឃើញថាជារាយការណ៍មួយពីត្រូវសាររបស់អ្នក ដែលអ្នកមិនត្រូវការទទួលបានការកាត់យកប្រាក់សម្រាប់ការចំណាយដែលមិនបានរាយការណ៍ឡើយ។





**ការហាមឃាត់ និងការដាក់ទោសទណ្ឌ សូមអានអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖**

| ប្រសិនបើរឿងនេះ កើតឡើងដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវ  |   | ការណ៍នេះអាចកើតឡើង ( ពិន័យ )  |
|--|---|--|
| <p><b>អត្ថប្រយោជន៍ ទាំងអស់</b></p> <p><b>SNAP</b></p> <p><b>CASH</b></p> <p><b>ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ</b></p> | <p>ប្រើប្រាស់ប័ណ្ណឆ្នេរអត្ថប្រយោជន៍តាមអេឡិចត្រូនិក ( EBT ) ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card ខុស។</p>   | <p>ការដាក់ពិន័យ ការដាក់ពន្ធនាគារ ឬទាំងពីរ។</p>   |
|  | <p>មិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការទាមទារ។</p>   | <p>ការកាត់ ឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍។</p>  |
|  | <p>ក្នុងគោលបំណងផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលមិនពិត មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។</p>  | <p>ការដាក់ពិន័យ ការដកសិទ្ធិ និង/ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារចំពោះការក្លែងបន្លំ សុខុមាលភាព ការដកសិទ្ធិចំពោះដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល។</p> <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានសាច់ប្រាក់៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ - 6 ខែ។</li> <li>• លើកទីពីរ - 12 ខែ។</li> <li>• លើកទីបី - ជាប់រហូត។</li> </ul> <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ - 12 ខែ។</li> <li>• លើកទីពីរ - 24 ខែ។</li> <li>• លើកទីបី - ជាប់រហូត។</li> </ul>  |
|  | <p>ដួញដូរ លក់ ឬប៉ុនប៉ងធ្វើពាណិជ្ជកម្ម លក់ ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card របស់អ្នកផ្សេង។</p>  | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការផ្តន្ទាទោសរបស់តុលាការទាំងអស់ - 12 ខែ។</li> </ul>   |
| <p><b>SNAP</b></p>   | <p>ក្នុងគោលបំណងប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ខុស ឧទាហរណ៍ ជួញដូរ លក់ ឬទិញប័ណ្ណ EBT Card ឬ អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ ឬបោះចោលចូលផ្ទះដែលបានទិញអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បញ្ញើ - ឬទិញរបស់អ្វីៗដែលមិនចេញច្រើនដោយកម្មវិធី SNAP ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃអាហារដែលបានទទួលរួចហើយ ឬអាហារដែលមិនចាំបាច់ បង់ប្រាក់ភ្លាមៗ។</p> | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ - 12 ខែ។</li> <li>• លើកទីពីរ - 24 ខែ។</li> <li>• លើកទីបី - ជាប់រហូត។</li> <li>• ការកាត់ទោសរបស់តុលាការលើកទីមួយជាង \$500 ដុល្លារ - ជាប់រហូត។</li> </ul>  |
|  | <p>ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដោយមានបំណងទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណា ក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយការលក់ផលិតផលនេះជាជួរនិងសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពី អាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ - 24 ខែ។</li> <li>• លើកទីពីរ - 24 ខែ។</li> <li>• លើកទីបី - ជាប់រហូត។</li> <li>• ការកាត់ទោសរបស់តុលាការលើកទីមួយជាង \$500 ដុល្លារ - ជាប់រហូត។</li> </ul>  |
|  | <p>ចំពោះគោលបំណងការទិញផលិតផលដែលបានទិញតាមប្រភពដើម ដែលបានទិញដោយមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ជាជួរនិងសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារមានសិទ្ធិទទួលបាន។</p>  | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ - 24 ខែ។</li> <li>• លើកទីពីរ - 24 ខែ។</li> </ul>   |
|  | <p>ប្រើ/ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទិញថ្នាំបូសារធាតុដែលគ្រប់គ្រង។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ - 24 ខែ។</li> <li>• លើកទីពីរ - 24 ខែ។</li> </ul>   |
|  | <p>ប្រើ/ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ក្នុងការលក់អាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ។</p>  | <p>លើកទីមួយ - មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។</p>   |
|  | <p>ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសចំពោះការទិញ ការលក់ ឬការជួញដូរអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP សម្រាប់ទឹកប្រាក់សរុបចំនួន \$500 ដុល្លារ ឬច្រើនជាងនេះ។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។</p>  |
| <p><b>CASH</b></p>   | <p>កុហកអំពីអ្នកជានរណា ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ច្រើនជាងមួយ។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់អ្នក។</p>  |
|  | <p>កុហកអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានសាច់ប្រាក់នៅក្នុងរដ្ឋពីរ ឬច្រើន។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។</p>   |
|  | <p>កៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារតែការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ/ការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិ បទឧក្រិដ្ឋ - ឬកៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់។</p>   |
| <p><b>CASH</b></p>   | <p>មិនគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់តុលាការ ដែលរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសមជ្ឈិម។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់អ្នក។</p>  |
|  | <p>កុហកអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានសាច់ប្រាក់នៅក្នុងរដ្ឋពីរ ឬច្រើន។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។</p>   |
| <p><b>បទបញ្ជាស្តីពីការងារ SNAP</b></p>   | <p>សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - កាយសម្បទា និងផ្លូវចិត្ត - មានអាយុលើសពី 15 ឆ្នាំ និងក្រោម 60 ឆ្នាំ - មិនត្រូវលើកលែង ឬ ដោយហេតុផលត្រឹមត្រូវតាមរបៀបផ្សេងទៀតនោះទេ។</p>   | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• លើកទីមួយ - មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។</li> <li>• លើកទីពីរ - បីខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។</li> <li>• លើកទីបី ឬច្រើនខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។</li> </ul>   |
|  | <p>បដិសេធមិន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទទួលយកការងារមួយ។</li> <li>• ជូនដំណឹងទៅការិយាល័យ CAO អំពីស្ថានភាពការងារ និង ភាពអាចរកការងារធ្វើ។</li> </ul> <p>តាមគោលបំណង ចាត់វិធានការដើម្បី៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ឈប់ពីការងារ។</li> <li>• កាត់បន្ថយម៉ោងធ្វើការតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារមួយផ្សេងទៀត ដែលបំពេញបានតាមតម្រូវការតាមទាមទារ ការងាររួចហើយ)។</li> </ul>               |  |
| <p><b>បទបញ្ជាស្តីពី ការងារ CASH</b></p>  | <p>មិនបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងារជាសាច់ប្រាក់តាម គោលបំណង ដូចមានជាលក្ខណ៍អក្សរអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងស្តី ពីការទទួលខុសត្រូវទៅវិញទៅមក (AMR)។</p>  | <p>មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ឬ រហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ឈប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលយ៉ាងនេះ។</li> <li>• ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 60 ថ្ងៃ ឬ រហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ឈប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលយ៉ាងនេះ។</li> <li>• ការរំលោភបំពានលើកទី 3 - អ្នកនឹងត្រូវដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។</li> </ul> <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ រយៈពេល 24 ខែ មិនចាំបាច់ដាក់ប្រាក់ធានាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះតែបុគ្គល ប៉ុណ្ណោះ។</p> <p>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ រយៈពេល 24 ខែ មិនចាំបាច់ដាក់ប្រាក់ធានាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះគ្រប់គ្រួសារ ទាំងអស់។</p> |





# ការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការងារដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ អ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ លុះត្រាតែអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីការងារ។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញឧបសម្ព័ន្ធនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកគ្រាន់តែដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម SNAP ប៉ុណ្ណោះ។

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ចរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ អ្នកអាចត្រូវការស្នើសុំឱ្យនិយោជករបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកបំពេញផ្នែកព័ត៌មានអំពីនិយោជក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះពីនិយោជករបស់អ្នកទាន់ពេលវេលា ឬអ្នកមានអារម្មណ៍ថាការបំពេញនេះនឹងអាចពន្យារពេលការចាប់ផ្តើមនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកនោះ អ្នកអាចដាក់ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់មានឧបសម្ព័ន្ធ A ឡើយ។ សូមភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ការងារនីមួយៗដែលផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។

## ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| ឈ្មោះនិយោជក (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល នាមត្រកូល) | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច |
|--|-------------------------------|

## ព័ត៌មានអំពីនិយោជក

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| ឈ្មោះនិយោជក៖ | លេខអត្តសញ្ញាណនិយោជក (EIN) |
|--------------|---------------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| អាសយដ្ឋាននិយោជក (រួមមាន ផ្លូវ លេខផ្ទះ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍ + 4)៖ | លេខទូរសព្ទនិយោជក ( ) |
|---|----------------------|

|   |   |                  |
|---|---|------------------|
| តើយើងខ្ញុំអាចទាក់ទងអ្នកណាអំពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិយោជកចំពោះការងារនេះ? | លេខទូរសព្ទ (ប្រសិនបើមានខុសពីខាងលើ)៖ ( ) | អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ |
|---|---|------------------|

តើបច្ចុប្បន្ននិយោជកមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយនិយោជកនេះ ឬតើនិយោជកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងរយៈពេលបីខែក្រោយឬទេ?

បាទ/ចាស (បន្ត) ប្រសិនបើនិយោជកមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់នៅថ្ងៃនេះ ដែលរួមមានទាំងលទ្ធផលនៃការរង់ចាំ ឬរយៈពេលការព្យាបាលមានលក្ខខណ្ឌ តើនិយោជកមានសិទ្ធិទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅពេលណា?

ទេ (ឈប់ ហើយប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជក)

ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពី គម្រោងថែទាំសុខភាព ដែលនិយោជកបានផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ។

តើនិយោជកផ្តល់ជូនគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្តីឬប្រពន្ធ ឬអ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុករបស់និយោជកឬទេ?  បាទ/ចាស។ អ្នកណា៖  ប្តីឬប្រពន្ធ  អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទុក

ទេ (ចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)

តើនិយោជកផ្តល់ជូនគម្រោងសុខភាពដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមាឬទេ? \*  បាទ/ចាស (ចូលទៅសំណួរបន្ទាប់)  ទេ (ឈប់ ហើយប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជក)

សម្រាប់គម្រោងចំណាយទាបបំផុតដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមា\* ដែលបានផ្តល់ជូន និយោជកតែប៉ុណ្ណោះ (មិនរាប់បញ្ចូលផែនការគ្រួសារ)៖ ប្រសិនបើនិយោជកមានកម្មវិធីសុខុមាលភាព សូមផ្តល់ជូនបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនិយោជកនឹងអាចបង់ប្រាក់ ប្រសិនបើគាត់បានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃអតិបរមាសម្រាប់កម្មវិធីបញ្ឈប់ការជំពាក់ ហើយមិនបានទទួលការបញ្ចុះតម្លៃណាមួយផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើកម្មវិធីសុខុមាលភាព។

តើនិយោជកនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងនេះឬទេ? \$ \_\_\_\_\_

តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?  រាល់សប្តាហ៍  រាល់ពីរសប្តាហ៍  ពីរដងក្នុងមួយខែ  រាល់ខែ  រាល់បីខែ  ជារៀងរាល់ឆ្នាំ

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ ហើយអ្នកដឹងថាគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ជូន នឹងផ្លាស់ប្តូរនោះ សូមចូលទៅសំណួរបន្ទាប់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹង ឈប់ ហើយប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅនិយោជក។

តើនិយោជកនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីខ្លះសម្រាប់ផែនការឆ្នាំថ្មីនេះ?

និយោជកមិនផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ។

និយោជកនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ជូនការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់និយោជិតនានា ឬផ្លាស់ប្តូរបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងគម្រោងចំណាយទាបបំផុត ដែលអាចផ្តល់ជូនតែនិយោជិតដែលបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមាប៉ុណ្ណោះ។\* (បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ត្រូវបង្ហាញពីការបញ្ចុះតម្លៃសម្រាប់កម្មវិធីសុខុមាលភាព។ សូមមើលសំណួរខាងលើ)។

តើនិយោជិតនឹងអាចបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការនេះឬទេ? \$ \_\_\_\_\_

តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?  រាល់សប្តាហ៍  រាល់ពីរសប្តាហ៍  ពីរដងក្នុងមួយខែ  រាល់ខែ  រាល់បីខែ  រាល់ឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_

\* គម្រោងថែទាំសុខភាពដែលនិយោជកបញ្ឈប់ បំពេញតាម "ស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមា" ប្រសិនបើការចូលរួមចំណែកគម្រោងចំណាយលើអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានអនុញ្ញាតចំនួនសុទ្ធ ដែលគម្រោងបានចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ មិនតិចជាង 60 ភាគរយនៃការចំណាយបែបនេះ (ផ្នែក 36B(C)(2)(C)(ii) នៃក្រមស្តីពីប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុងឆ្នាំ 1986)។



# pennsylvania

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ (DHS) នៃរដ្ឋ Pennsylvania គោរពច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលនៃសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្ត ហើយមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។ ក្រសួង DHS មិនបដិសេធប្រជាពលរដ្ឋ ឬចាត់ទុកពួកគេដោយឡែកផ្សេងគ្នា ដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ជំនឿ ការជាប់ទាក់ទងសាសនា ពូជពង្ស អត្តសញ្ញាណ ឬលក្ខណៈយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ។

## ក្រសួង DHS ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃជូនដល់ជនពិការ ដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយយើងខ្ញុំ ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាប្រើសញ្ញាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (អក្សរពុម្ពធំ ជាសំឡេង ដែលអាចចូលប្រើបានជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក និងទម្រង់ផ្សេងៗ)
- សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃជូនដល់ប្រជាពលរដ្ឋ ដែលមានភាសារដើមរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីនៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាក្រសួង DHS បានខកខានផ្តល់ជូនសេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងតាមរបៀបផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជូនទៅ៖ The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, PA Relay Services 711, fax - (717) 772-4366, (717) 787-1127 សេវាបញ្ជូនបន្ត PA Relay Services 711 ទូរសារ - (717) 772-4366 ឬអ៊ីមែលល - [RA-PWBEOAO@pa.gov](mailto:RA-PWBEOAO@pa.gov)។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខនោះ ការិយាល័យឱកាសស្មើគ្នា អាចជួយអ្នកបាន។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិជនស៊ីវិលជូនទៅក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាប្រជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល តាមអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈគេហទំព័រតំណភ្ជាប់នៃបណ្តឹងសិទ្ធិជនស៊ីវិល ដែលអាចមានតាមគេហទំព័រ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសព្ទ៖

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

សំណុំបែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបានតាមគេហទំព័រ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក សូមអានអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖

### សិទ្ធិចំពោះការមិនរើសអើង

ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមឃាត់ការរើសអើងដោយផ្អែកលើលក្ខណៈជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភាពពិការ អាយុ ភេទ និងក្នុងការរើសអើងជន គឺជំនឿខាងសាសនា ឬគោលនយោបាយ។

ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ក៏ហាមឃាត់ផងដែរ ចំពោះការរើសអើងដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពដើមជនជាតិ ភេទ ជំនឿខាងសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿខាងនយោបាយ ឬការធ្លាក់ចុះ ឬការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិជនស៊ីវិលពីមុន នៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយ ដែលបានអនុវត្ត ឬបានផ្តល់មូលនិធិដោយ USDA។

អ្នកមានពិការភាពដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងដែលមានជម្រើសសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ដូចជាអក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភាព អក្សរពង្ស អូឌីយ៉ោ គោលការណ៍សហរដ្ឋអាមេរិក ជាដើម) ត្រូវទាក់ទងទំនាក់ទំនង (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ ឬក៏អ្នកដែលជំនួយ ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយ អាចទាក់ទងក្រសួង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តនៃសហព័ន្ធតាមទូរសព្ទលេខ (800) 877-8339។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងៗទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង កម្មវិធីបំពេញសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA (AD-3027) ដែលកម្រិតនៅលើបណ្តាញ៖ [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), ហើយនៅការិយាល័យ USDA ណាមួយរបស់ការិយាល័យកសិកម្ម ឬសេវាលើខិតផ្ញើទៅក្រសួង USDA ហើយផ្តល់ជូននៅក្នុងលិខិតនូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង សូមហៅលេខ (866) 632-9992។ ដាក់ស្នើសំណុំបែបបទដែលបំពេញ ឬលិខិតរបស់អ្នកទៅ USDA ដោយ៖

- (1) ប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍៖ U.S. Department of Agriculture  
ការិយាល័យអ្នកជំនួយការទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) ទូរសារ៖ (202) 690-7442; ឬ
- (3) អ៊ីមែល៖ [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

សម្រាប់ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលដោះស្រាយបញ្ហាកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) នោះ ឬក៏អ្នកនានាត្រូវទាក់ទងតាមលេខទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍ USDA SNAP គឺលេខ៖ (800) 221-5689 ដែលអាចមានជាភាសាអង់គ្លេសផងដែរ ឬក៏ហៅទូរសព្ទផ្ទៃក្នុងព័ត៌មានផ្លូវលេខទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍ (សូមចុចព័ត៌មានចំពោះសម្រាប់បញ្ជីលេខទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍តាមរយៈ) ដែលអាចប្រើបានតាមអនឡាញតាមតេឡេផ័រ៖ [http://www.fns.usda.gov/snapp/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snapp/contact_info/hotlines.htm).

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងដែលពាក់ព័ន្ធកម្មវិធី ដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសហព័ន្ធ តាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាប្រជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក(U.S. Department of Health and Human Services (HHS)) សូមសរសេរមក៖ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬហៅទូរសព្ទអលេខ (202) 619-0403 (ដាស់ឡេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY)។

ស្ថាប័ននេះ គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា។

### សិទ្ធិចំពោះព័ត៌មានសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាតើកម្មវិធីណាមួយដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងករណីមានការស្នើសុំ ការិយាល័យជំនួយខោនធី (CAO) ត្រូវផ្តល់ជូនមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋានរដ្ឋកសិកម្ម លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) និងប័ណ្ណ (បើមាន) របស់បុគ្គលដែលកំពុងរៀនខ្លួនដើម្បីចៀសវាងការកាត់ទោស ការប្តឹងបង្គាប់ឱ្យឱ្យចំពោះបទប្រក្រតី ឬការរំលោភបំពានលើការព្យាបាលទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ។ ជនណាដែលរំលោភបំពានលើច្បាប់បទប្បញ្ញត្តិណាមួយរបស់នាយកដ្ឋាននេះដោយចេតនា ត្រូវមានទោសពីបទប្រើសម្បើម ហើយនៅពេលនៃការទោសត្រូវកាត់ទោសឱ្យបង់ប្រាក់ពីនិយមន័យលើសពីមួយរយ (\$100) ដុល្លារ ឬត្រូវជាប់ពន្ធនាគារមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬត្រូវជាប់ទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483)។

### សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងដែលសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំជិះសេដ ផ្លាស់ប្តូរ ផ្អាកឬបញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍នោះ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុ។ អ្នកនឹងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ (90 ថ្ងៃ សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ចាប់ពីការបញ្ជូនលិខិតជូនដំណឹងតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ។

### សិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៅក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអាយុក្តីធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅការិយាល័យ CAO។ ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកក៏អាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំទំនាក់ទំនងមេធាវីសវនាការផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP យ៉ាងឆាប់រហ័សនោះ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការជួបប្រជុំជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងការងារម្នាក់ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។ នៅក្នុងសវនាការ អ្នកអាចបង្ហាញដោយខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាលាច្បាប់ អាចធ្វើតំណាងក្នុងនាមជាអ្នក។

### សិទ្ធិដើម្បីទាមទារហេតុផលត្រឹមត្រូវ

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការនៅក្រសួងសេវាកម្មពលរដ្ឋ (DHS) ដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអាយុក្តីធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬប្រសិនបើក្រសួង DHS មិនអនុវត្តលើពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅការិយាល័យ CAO។ ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកក៏អាចស្នើសុំកិច្ចប្រជុំទំនាក់ទំនងមេធាវីសវនាការផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP យ៉ាងឆាប់រហ័សនោះ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការជួបប្រជុំជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងការងារម្នាក់ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។ នៅក្នុងសវនាការ អ្នកអាចបង្ហាញដោយខ្លួនអ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដូចជាមេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាលាច្បាប់ អាចធ្វើតំណាងក្នុងនាមជាអ្នក។

### សិទ្ធិចំពោះលិខិតបញ្ជាក់ពីការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលមានតម្លៃសមរម្យ

ច្បាប់សហព័ន្ធកំណត់ថា ក្នុងករណីមានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពអាចត្រូវបដិសេធ ឬមានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌដែលមានពីមុន។ ប្រសិនបើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាមួយ ដែលមិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលតាមស្ថានភាពដែលខ្ញុំមានរួមមកហើយ អ្នកអាចត្រូវបានកំណត់ចំពោះពេលវេលាដែលអ្នកបាន

ទទួលបានចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ MA។ ការណែនាំនេះអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងគ្រូលើកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

### ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវតែជួយបង្ហាញភស្តុតាងចំពោះព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជូន។ អត្ថប្រយោជន៍នានាអាចត្រូវបានបដិសេធ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ជូនលិខិតបញ្ជាក់ដាក់ទាន់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់ទេ អ្នកត្រូវស្នើសុំការិយាល័យ CAO ឱ្យជួយអ្នកទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការទាក់ទងពីក្រសួង DHS ឬការិយាល័យមន្ត្រីអធិការកិច្ចទៅនៃរដ្ឋ អ្នកត្រូវតែសហការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គល ឬអ្នកស្រុកអង្កេតទាំងនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ហើយទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីបង្កើតប្រាក់ចំណូលថែទាំសុខភាព សេវាកម្មផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនៅផ្ទះ និងសហគមន៍និងសេវាកម្មប្រព្រឹត្តិទៅនឹងសេវាកម្មប្រព្រឹត្តិទៅតាមប្រព្រឹត្តិទៅដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយនោះ អ្នកនឹងអាចតម្រូវឱ្យបង់សងវិញចំពោះការចំណាយលើសេវាកម្មទាំងនេះ ពីមធ្យមទ្រព្យដែលបញ្ជាក់មតករបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់យើងខ្ញុំអាចទាមទារអ្នកចុះកិច្ចព្រមព្រៀងសងប្រាក់ធានារ៉ាប់រងដែលអ្នក រឹបប្រពន្ធ និងកូនៗរបស់អ្នកបានទទួល។

### ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច

ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ កម្មវិធី SNAP នោះ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលក្នុងនោះអ្នកនឹងដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលេខប័ណ្ណ SSN ទេ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំលេខប័ណ្ណនេះ។ ការមិនផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN អាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។ ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំលេខប័ណ្ណ SSN សម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលប្រាក់ចំណូលប្រធានរបស់ពួកគេ អាចប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ឬចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រង។ លេខប័ណ្ណ SSN របស់អ្នក និងត្រូវប្រើសម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការរៀងផ្ទាត់តាមកុំព្យូទ័រដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងធនធាន និងដើម្បីការពារពីការស្តែងនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងសហព័ន្ធ។ អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះ មិនតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN ទេ។ (42 U.S. Code 1320b-7)

### ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ PA ACCESS CARD តាមច្បាប់ត្រឹមត្រូវ។

នៅពេលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ អ្នកនឹងទទួលបានប័ណ្ណ PA ACCESS ។ ប័ណ្ណនេះអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ហើយនៅអំឡុងពេលមានសិទ្ធិទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកអាចប្រើតែប័ណ្ណសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលត្រូវការចាំបាច់ និងសមហេតុផលតែប៉ុណ្ណោះ។

### ការទទួលខុសត្រូវចំពោះការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍នោះ អ្នកនឹងត្រូវបានទាមទារឱ្យរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទៅបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជន។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរដែលបានរាយការណ៍ រួមមានអ្នកដែលចាកចេញ ឬផ្លាស់ទីទៅទីលានរស់នៅផ្ទះ អាសយដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់នរណាម្នាក់ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ ការសម្រាលកូន ប្រគល់ប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល និងការឈ្នះឆ្នោតនិងល្បែងស៊ីសង។ បុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងលិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាន នឹងរាប់បញ្ចូលចំណុចដាក់លក់អំពីព័ត៌មានលម្អិតដោយផ្អែកលើកម្មវិធីនិងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ការខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំកម្មវិធី អាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ ការដាក់ទណ្ឌកម្ម ឬការចោទប្រកាន់តាមបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី ឬប្រហុឱ្យឱ្យឃាត់។ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យ CAO ដោយផ្ទាល់តាមទូរសព្ទ ទូរសារ ឬស្តីប្រសណីយ៍ ឬតាមរយៈគណនី MyCOMPASS ។ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-395-8930 ឬសម្រាប់ទីក្រុង Philadelphia, 1-215-560-7226 ដំណើរការគ្រប់ពេលវេលា។

### របាយការណ៍វិន័យប័ណ្ណសិទ្ធិឯកជនភាព

(i) ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រាប់បញ្ចូលទាំងលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសង្គមកិច្ច (SSN) របស់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗ ត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់ស្តីពីអាហារនិងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 ដែលបានធ្វើវិសោធនកម្មនៅចំណុច 7 U.S.C. 2011-2036d។ ព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវប្រើដើម្បីកំណត់ថាតើគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបន្តមានសិទ្ធិទទួលបានការចូលរួមកម្មវិធី SNAP ឬអត់។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើផ្ទាំងផ្តល់ព័ត៌មាននេះ តាមរយៈកម្មវិធីកុំព្យូទ័រដែលដំណើរការស្របគ្នានឹងកម្មវិធីនានា។ ព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវប្រើផងដែរ ដើម្បីពិនិត្យមើលការអនុលោមតាមបទបញ្ជាកម្មវិធី និងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផងដែរ។

(ii) ព័ត៌មាននេះ អាចត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយដល់ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋដទៃទៀត សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យធានារ៉ាប់រង និងជូនដល់មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់គោលបំណងចាប់ផ្តើមដែលត្រូវបានដើម្បីចៀសវាងច្បាប់។

(iii) ប្រសិនបើបណ្តឹងទាមទារកម្មវិធី SNAP កើតឡើងដំទាន់នឹងគ្រួសាររបស់អ្នក ព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ ដែលមានលេខប័ណ្ណ SSNs ទាំងអស់ អាចត្រូវបញ្ជូនទៅទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធនិងរដ្ឋ ក៏ដូចជាទីភ្នាក់ងារប្រមូលបណ្តឹងទាមទារជាលក្ខណៈឯកជន សម្រាប់វិធានការប្រមូលបណ្តឹងទាមទារ។

(iv) ការផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ រួមទាំងលេខប័ណ្ណ SSN របស់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗ គឺជាការសុំគ្រូចិត្ត។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការខកខានក្នុងការផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN នឹងបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ចំពោះបុគ្គលម្នាក់ៗដែលទាមទារមិនបានផ្តល់ជូនលេខប័ណ្ណ SSN ផងដែរ។ លេខប័ណ្ណ SSN ណាមួយដែលបានផ្តល់ជូននោះ នឹងត្រូវប្រើប្រាស់និងត្រូវបង្ហាញឱ្យដឹងតាមលក្ខណៈដូចគ្នានឹងលេខប័ណ្ណ SSNs របស់សមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

**ការហាមឃាត់ និងការដាក់ទោសទណ្ឌ សូមអានអំពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក**

| ប្រសិនបើរឿងនេះ កើតឡើងដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវ   |  | ការណ៍នេះអាចកើតឡើង ( ពិន័យ )  |
|---|--|--|
| អត្ថប្រយោជន៍ ទាំងអស់<br><b>SNAP</b><br><b>CASH</b><br>ជំនួយជួសជុលស្រូវ  | ប្រើប្រាស់ខុសប័ណ្ណឆ្នេរប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍តាមអេឡិចត្រូនិច ( EBT ) Card ឬប័ណ្ណ PA ACCESS Card ។  | ការដាក់ពិន័យ ការដាក់ពន្ធនាគារ ឬ ទាំងពីរ។   |
|   | មិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការទាមទារ។   | កាត់ប្រាក់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍។  |
|   | ក្នុងគោលបំណងផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលមិនពិត មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ។  | ការដាក់ពិន័យ ការដាក់សិទ្ធិ និង/ឬ ការដាក់ពន្ធនាគារចំពោះការក្លែងបន្លំ សុខុមាលភាព ការដាក់សិទ្ធិចំពោះដំណើរការសវនាការរដ្ឋបាល។<br>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានសាច់ប្រាក់៖<br>• លើកទីមួយ - 6 ខែ។<br>• លើកទីពីរ - 12 ខែ។<br>• លើកទីបី - ជាប់រហូត។<br>មិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP៖<br>• លើកទីមួយ - 12 ខែ។<br>• លើកទីពីរ - 24 ខែ។<br>• លើកទីបី - ជាប់រហូត។   |
| ជួញដូរ លក់ ឬប្តូរបង់ធ្វើពាណិជ្ជកម្ម លក់ ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ PA ACCESS Card របស់អ្នកផ្សេង។  | មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖<br>• ការផ្តន្ទាទោសរបស់តុលាការទាំងអស់ - 12 ខែ។   |  |
| <b>SNAP</b>   | ក្នុងគោលបំណងប្រើប្រាស់ខុសអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ឧទាហរណ៍ជួញដូរ លក់ ឬទិញប័ណ្ណ EBT Card ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ ឬបោះចោលចូលក្នុងដៃលក់ទិញអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បញ្ញើ - ឬទិញរបស់អ្វីៗដែលមិនចេញថ្លៃដោយកម្មវិធី SNAP ដូចជាគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃអាហារដែលបានទទួលរួចហើយ ឬអាហារដែលមានប្រាក់កម្ចី។ | មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖<br>• លើកទីមួយ - 12 ខែ។<br>• លើកទីពីរ - 24 ខែ។<br>• លើកទីបី - ជាប់រហូត។<br>• ការកាត់ទោសរបស់តុលាការលើកទីមួយជាង \$500 ដុល្លារ - ជាប់រហូត។  |
|   | ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដោយមានបំណងទទួលបានសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយការលក់ផលិតផលនេះជាជូនវិនិយោគសាច់ប្រាក់ ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។   |  |
|   | ចំពោះគោលបំណងការទិញផលិតផលដែលបានទិញតាមប្រកបដើម ដែលបានទិញដោយមានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ជាជូនវិនិយោគសាច់ប្រាក់ឬការគិតពិចារណាក្រៅពីអាហារមានសិទ្ធិទទួលបាន។   |  |
|   | ប្រើ/ទទួលបានការអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទិញថ្នាំឬសារធាតុដែលគ្រប់គ្រង។   | មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖<br>• លើកទីមួយ - 24 ខែ។<br>• លើកទីពីរ - ជាប់រហូត។  |
|   | ប្រើ/ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ក្នុងការលក់អាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ។  | លើកទីមួយ - មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។  |
|   | ត្រូវបានផ្តន្ទាទោសចំពោះការទិញ ការលក់ ឬការជួញដូរការអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP សម្រាប់ទឹកប្រាក់សរុបចំនួន \$500 ដុល្លារឬច្រើនជាងនេះ។   | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាប់រហូត។   |
|   | កុហកអំពីអ្នកជានរណា ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានការអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ច្រើនជាងមួយ។  | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។  |
| ភៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារតែបទឧក្រិដ្ឋ/ការប្តឹងបង្រៀមប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ ឬភៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ។ | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់។  |  |
| <b>CASH</b>   | មិនគោរពតាមការដាក់ពិន័យតុលាការរបស់ ដែលរួមទាំងការបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះបទឧក្រិដ្ឋឬបទល្មើសរដ្ឋប្បវេណី។   | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកគោរពតាមការដាក់ពិន័យរបស់អ្នក។   |
|   | កុហកអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានសាច់ប្រាក់នៅក្នុងរដ្ឋពីរឬច្រើន។  | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។  |
|   | ភៀសខ្លួនដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារតែការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ/ការប្តឹងបង្រៀមប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ ឧកាន់មិនបានបង្ហាញខ្លួនជាអ្នកចុងចោទតាមនីតិវិធីតុលាការព្រហ្មទណ្ឌ ក្នុងករណីមានការចេញដំកោះកាត់ប្រាក់បង់ប្រាក់ចំពោះបទល្មើសតិចតួច បទឧក្រិដ្ឋ ឬបទល្មើសរដ្ឋប្បវេណី ភៀសខ្លួនដោយសារតែការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ/ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌ; ឬមានដីកាដែលនៅប្រើប្រាស់មួយប្រឆាំងនឹងអ្នក។             | មិនមានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលច្បាប់កំណត់។  |
| <b>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេរកឃើញថាមានកំហុសពិការក្លែងបន្លំ ឬការរំលោភច្បាប់ខាងលើ៖</b>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ \$15,000 ដុល្លារសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash;</li> <li>• ដាក់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ សម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងរហូតដល់ ប្រាំពីរឆ្នាំសម្រាប់កម្មវិធីសាច់ប្រាក់ Cash;</li> <li>• បានទទួលការអត្ថប្រយោជន៍ដែលបង់ប្រាក់សងមកវិញ។</li> <li>• ការដាក់សិទ្ធិអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈពេលដែលកម្មវិធីបានបញ្ចាក់ខាងលើ។</li> </ul>   |
| <b>SNAP បទបញ្ជាស្តីពីការងារ</b>   | សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - កាយសម្បទា និងផ្លូវចិត្ត - មានអាយុលើសពី 15 ឆ្នាំ និងក្រោម 60 ឆ្នាំ - មិនត្រូវលើកលែង ឬដោយហេតុផលត្រឹមត្រូវតាមរបៀបផ្សេងទៀតនោះទេ។  | មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖<br>• លើកទីមួយ - មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។<br>• លើកទីពីរ - បីខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។<br>• លើកទីបី ឬច្រើនខែ និងរហូតដល់អ្នកអនុវត្តតាមអ្វីដែលបានកំណត់។   |
|   | បដិសេធ៖<br>• ទទួលយកការងារមួយ។<br>• ជូនដំណឹងទៅការិយាល័យ CAO អំពីស្ថានភាពការងារនិងភាពអាចរកការងារធ្វើ។  |  |
| <b>បទបញ្ជាស្តីពីការងារ CASH</b>   | តាមគោលបំណង ចាត់វិធានការដើម្បី៖<br>• ឈប់ពីការងារ។<br>• កាត់បន្ថយម៉ោងធ្វើការតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារមួយផ្សេងទៀតដែលបំពេញតាមតម្រូវការតាមទាមទារការងាររួចហើយ)។  | មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖<br>• ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលជាងនេះ។<br>• ការរំលោភបំពានលើកទី 1 - អ្នកមិនអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលយ៉ាងតិច 60 ថ្ងៃ ឬរហូតដល់ការមិនសម្រេចអនុវត្តតាមការបញ្ជប់ដែលមួយណាមានរយៈពេលជាងនេះ។<br>• ការរំលោភបំពានលើកទី 3 - អ្នកនឹងត្រូវដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។<br><br>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះតែបុគ្គលប៉ុណ្ណោះ។<br><br>ប្រសិនបើមានហេតុផលចំពោះការដាក់ទណ្ឌកម្មកើតឡើងក្រោយការទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់រយៈពេល 24 ខែ មិនថាកើតឡើងជាប់គ្នាឬបានផ្អាកទេ ក៏ការដាក់ទណ្ឌកម្មអនុវត្តចំពោះក្រុមគ្រួសារទាំងអស់។ |
|   | មិនបំពេញតាមតម្រូវការទាមទារការងារជាសាច់ប្រាក់តាមគោលបំណង ដូចមានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីកិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីការទទួលខុសត្រូវគ្នាទៅវិញទៅមក ( AMR )។   |  |



ជូនចំពោះ៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេង មានសេវាកម្មជំនួយភាសា មិនគិតថ្លៃទេ អាចរកបានសម្រាប់អ្នក។ Call 1-800-692-7462 (TDD: 711)។

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយភាសាផ្សេង មានសេវាកម្មជំនួយភាសា មិនគិតថ្លៃទេ អាចរកបានសម្រាប់អ្នក។  
ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.  
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কথা করুন (TTY: 711)।

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711)



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES