របាយការណ៍ស្តីពីឋានភាពនៃរយៈពេលធ្វើការបញ្ជាក់ឡើងវិញមុនកាលកំណត់សម្រាប់សិទ្ធិទទួល CALFRESH (កាលពីមុនហៅថា បណ្ណជំនួយម្ហូបអាហារ)

ការណែនាំ៖

ដោយសារលោកអ្នកទទួលបាន CalFresh លោកអ្នកត្រូវរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10ថ្ងៃ នៅពេលប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែសរុបនៃគ្រួសារលោកអ្នកកើនឡើងលើសកម្រិតដែលត្រូវរាយការណ៍អំពីប្រាក់ចំណូល (Income Reporting Threshold, IRT) នៃ CalFresh ព្រមទាំងនៅពេលដែលចំនួនម៉ោងធ្វើការនៃនីតិជនដែលធ្វើការដោយប្រាក់ចំណូលទាបនិងដែលគ្មានអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក (Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD) ធ្លាក់ចុះក្រោម 20ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ 80ម៉ោងក្នុងមួយខែ។

ចូរប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីរាយការណ៍អំពីកំណើនប្រាក់ចំណូលលើស IRT នៃ CalFresh ដែលមាន 130% នៃកម្រិតភាពក្រីក្រនៃរដ្ឋសហព័ន្ធ (Federal Poverty Level, FPL) ក្នុងទំហំមួយគ្រួសារ និងការផ្លាស់ប្តូរចំនួនម៉ោងធ្វើការរបស់ ABAWD ដែលបានកើតឡើងចាប់តាំងពីរបាយការណ៍ប្រចាំឆមាសលើកមុន (SAR7)។

ចូរប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ដែលលោកអ្នកគិតថា នឹងធ្វើឲ្យអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់លោកអ្នកកើនឡើង។ សូមផ្តល់ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ ដូចជាប័ណ្ណចំណូល សំណៅមូលប្បទានបត្រ/សែក លិខិតពីទីភ្នាក់ងារនានា ។ល។

ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរលើការចំណាយ សូមផ្តល់ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ ដូចជា បង្កាន់ដៃ មូលប្បទានបត្រ/សែកដែលត្រូវបានលុបចោល វិក្កយបត្រដែលបានទូទាត់ជូចនានា ។ល។

-
-

បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច៖ ទូរស័ព្ទ៖

<u>របាយការណ៍ជាចាំបាច់អំពីប្រាក់ចំណូលលើស IRT</u>

គ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវបានតម្រូវឲ្យរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ នៅពេលណាដែលចំណូលដុលប្រចាំខែសរុបនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានចំនួនលើស 130% នៃកម្រិតភាពក្រីក្រនៃរដ្ឋសហព័ន្ធ។ ចំណូលដុលរបស់លោកអ្នក មានន័យថាលុយទាំងអស់ ដែលគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបាន រួមទាំង ប្រាក់ខែមុនកាត់ពន្ធ ឬប្រាក់ត្រូវកាត់ចេញផ្សេងៗទៀត សន្តិសុខសង្គម SSI វិភាគទានសាច់ប្រាក់ សំណងចំពោះការបាត់បង់ការងារធ្វើ ។ល។ **ការផ្លាស់ប្តូរនេះត្រូវរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល 10ថ្ងៃ នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរបានកើតឡើង។ ការខកខានរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ អាចនាំឲ្យ CalFresh បង់ចំណាយអត្ថប្រយោជន៍លើស ដែលលោកអ្នកនឹងត្រូវសងវិញ។**

លោកអ្នកត្រូវបានជូនដំណឹងអំពី IRT របស់លោកអ្នក នៅពេលណាករណីលោកអ្នក ត្រូវបានអនុម័ត។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនដឹងច្បាស់អំពី IRT របស់លោកអ្នកទេ សូមទំនាក់ទំនងការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក។ ដើម្បីពិនិត្យមើលតារាងប្រាក់ចំណូលដុលក្នុងមួយគ្រួសារ ដែលទទួលបានមានចំនួន 130% នៃកម្រិតភាពក្រីក្ររដ្ឋសហព័ន្ធ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ៖ http://www.CalFresh.ca.gov/PG3221.htm

ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ លោកអ្នកអាច៖ បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ **ចុះហត្ថលេខានៅផ្នែកម្ខាងទៀត** ហើយប្រគល់ជូនការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់លោកអ្នក ឬទំនាក់ទំនងការិយាល័យខោនធីក្នុងស្រុកលោកអ្នក។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ លោកអ្នកអាចទំនាក់ទំនងការិយាល័យខោនធីក្នុងស្រុករបស់លោកអ្នក។

ខ្ញុំចង់រាយការណ៍ថា៖

☐ ប្រាក់ចំណូលដុលគ្រួសាររបស់ខ្ញុំលើស 130% នៃកម្រិតភាពក្រីក្ររដ្ឋ សហព័ន្ធ។

ចូររៀបរាប់ប្រភេទប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែនីមួយៗ ដែលបានទទួល៖

ប្រភពលុយ	អ្នកណាទទួលបានលុយនេះ?	ចំនួនប៉ុន្មានមួយខែៗ?	តើប្រាក់ចំណូលនេះជាប្រាក់ចំណូលថ្មីសម្រាប់គ្រួសារលោកអ្នកឬ?	តើវាបានចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?

ប្រាក់ចំណូលដុលប្រចាំខែសរុបគឺ៖ $ _____.

តើលោកអ្នករំពឹងថា ការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ដែលលោកអ្នកបានរាយការណ៍នេះ នឹងបិតនៅដដែលឬ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

ប្រសិនបើលោកអ្នកឆ្លើយថា ទេ សូមពន្យល់៖_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ព័ត៌មានអំពី ABAWD ដែលត្រូវបំពេញ

☐ ខ្ញុំចង់រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំនួនម៉ោងធ្វើការរបស់ (ABAWD) សម្រាប់គ្រួសារខ្ញុំ។

ចំនួនម៉ោងដែលបានធ្វើការ ឬចំនួនម៉ោងក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ដែលបានធ្លាក់ចុះពី 20ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ80ម៉ោងក្នុងមួយខែ ដល់_____ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ_____ ម៉ោងក្នុងមួយខែ។

ក្នុងសប្តាហ៍នៃ_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

ក្នុងខែនៃ _____ _____ _____

ឈ្មោះបុគ្គល_____ ទំនាក់ទំនងជាមួយលោកអ្នក _____

ពន្យល់អ្វីដែលបានកើតឡើង_____

_____

_____

ព័ត៌មានផ្តល់ដោយស្ម័គ្រចិត្ត *(គ្រប់ក្រុមគ្រួសារទាំងអស់)*

ខ្ញុំចង់រាយការណ៍នូវព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖_____

_____

សេចក្តីបញ្ជាក់

ខ្ញុំយល់ថា៖ ប្រសិនបើខ្ញុំមានចេតនាមិនរាយការណ៍អំពីការពិតទាំងអស់ ឬផ្តល់ព័ត៌មានខុសពីការពិត ទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូល ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ ឬឋានភាពគ្រួសារ ដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាទុកជំនួយ ឬអត្ថប្រយោជន៍នានានោះ ខ្ញុំអាចត្រូវចោទប្រកាន់តាមផ្លូវច្បាប់។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានចោទប្រកាន់ពីការប្រព្រឹត្តបទល្មើសមួយ ប្រសិនបើចំណាយច្រើនជាង $950 លើអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh ត្រូវបានបង់ឲ្យដោយខុសឆ្គង។

ខ្ញុំប្រកាសចំពោះការពិន័យចំពោះសក្តានុពលភាពទុច្ចរិតក្រោមច្បាប់របស់សហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាថា ព័ត៌មានទាំងឡាយនៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ គឺជាព័ត៌មានពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញប្រាកដមែន។

អ្នកដែលត្រូវចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖	មេគ្រួសារ សមាជិកគ្រួសារ ឬតំណាងដែលបានទទួលសិទ្ធិរបស់គ្រួសារ។

ហត្ថលេខា ឬសញ្ញាសម្គាល់		កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា	ទូរស័ព្ទផ្ទះ	ទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង
ហត្ថលេខាប្តី/ប្រពន្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារដែលជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត ឬតំណាងដែលបានទទួលសិទ្ធិ	កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា	ហត្ថលេខាសាក្សី ចំពោះសញ្ញាសម្គាល់, អ្នកបកប្រែ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលបំពេញទម្រង់បែបបទ		កាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា