សេចក្តីស្នើសុំសងប្រាក់ CALWORKS ដោយស្ម័គ្រចិត្ត

ឈ្មោះសំណុំរឿង _____ លេខសំណុំរឿង _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត _____ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយ _____

កាលពី _____, លោកអ្នកបានត្រូវគេជម្រាបថា ក្រសួងបានបង់ប្រាក់ជំនួយ California Work Opportunity And Responsibility to Kids (CalWORKs) ជូនលោកអ្នកលើសចំនួន ៖

ប្រាក់ជំនួយ CalWORKs ទាំងអស់ឬផ្នែកខ្លះ ដែលលោកអ្នកបានទទួលពីខែ _____ ដល់ខែ _____ គឺសុទ្ធតែជាប្រាក់ដែលក្រសួងបានបង់ជូនលោកអ្នកលើសចំនួន។ លោកអ្នកបានទទួលក្រដាសបែបបទនេះ ដោយសារមូលហេតុដូចតទៅ ៖

- លោកអ្នកបានទទួលក្រដាសបែបបទនេះ នៅក្រោយពេលសមត្ថកិច្ចខោនធីបានពន្យល់ប្រាប់លោកអ្នកអំពីការបង់ប្រាក់ជំនួយលើសចំនួន; ហើយនិង
- សមត្ថកិច្ចខោនធីមិនបានសុំលោកអ្នក ឲ្យសងប្រាក់ដោយស្ម័គ្រចិត្តទេ; ប៉ុន្តែលោកអ្នកបានសុំសងប្រាក់នោះដោយស្ម័គ្រចិត្តខ្លួនឯងវិញ។
- លោកអ្នកអាចស្ម័គ្រចិត្តសងប្រាក់គ្រប់ទាំងអស់ ឬតែផ្នែកខ្លះបាន។ ចំនួនប្រាក់ជំនួយដែលក្រសួងបានបង់ជូនលោកអ្នកលើសចំនួនគឺ $_____។ លោកអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសងប្រាក់ចំនួន $_____ ☐ ម្តងជាសម្រេច ☐ ប្រចាំខែ (សូមគូសប្រអប់មួយ)។ វិធីសងប្រាក់ ៖ ☐ សែក ☐ ប្រាក់សុទ្ធ ☐ EBT។ លោកអ្នកអាចឈប់សងប្រាក់ដោយស្ម័គ្រចិត្តនេះនៅពេលណាក៏បាន។ បើលោកអ្នកសម្រេចចិត្តឈប់សងប្រាក់ដោយស្ម័គ្រចិត្តរបស់លោកអ្នក នោះសមត្ថកិច្ចខោនធីអាចទារប្រាក់ ដែលនៅសេសសល់ទាំងប៉ុន្មានរបស់លោកអ្នក។

បើលោកអ្នកយល់ស្របតាមគម្រោងការសងប្រាក់ដោយស្ម័គ្រចិត្តនេះ នោះលោកអ្នកអាចផ្ញើសែកផ្ទាល់ខ្លួន ឬសែកម៉ានីអូឌើរ ទៅកាន់អាសយដ្ឋាន ដែលបានចុះជូននៅខាងក្រោម។ សូមសរសេរលេខសំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក ដាក់លើសែកផ្ទាល់ខ្លួន ឬសែកម៉ានីអូឌើររបស់លោកអ្នក។ សូមផ្ញើប្រាក់សំណងរបស់លោកអ្នកទៅកាន់ ៖

ឈ្មោះបុគ្គលិកទាក់ទងរបស់ខោនធី ៖
ក្រសួងរបស់ខោនធី/ការិយាល័យមណ្ឌល ៖
អាសយដ្ឋាន ៖
ទីក្រុង, រដ្ឋ, និងលេខស៊ីបកូដ ៖

ឬ

បើលោកអ្នកចង់ឲ្យក្រសួងដកយកប្រាក់សំណងដោយផ្ទាល់ចេញពីគណនី EBT របស់លោកអ្នកតែម្តងជាសម្រេច នោះសូមចុះចំនួនប្រាក់ ដែលលោកអ្នកចង់ឲ្យក្រសួងដកយកពីគណនី CalWORKs EBT របស់លោកអ្នក ហើយសូមចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម។

$_____ _____ _____
ចំនួនប្រាក់ ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

លេខប័ណ្ណ EBT ៖ _____ លេខសំណុំរឿងទាមទារសំណង ៖ _____

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើក្រដាសបែបបទនេះ, ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំកំពុងអនុញ្ញាតឲ្យខោនធី ដកយកប្រាក់ពីគណនី EBT របស់ខ្ញុំ ដើម្បីសងថ្លៃជំនួយដែលខ្ញុំបានទទួលលើសចំនួននោះ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំជាអ្នកកាន់ប័ណ្ណ EBT ក្នុងគណនីនេះ។ ខ្ញុំយល់ថា ក្នុងនាមជាកាន់ប័ណ្ណ EBT នេះ នោះខ្ញុំមានអំណាចអនុញ្ញាតឲ្យក្រសួង ដកយកប្រាក់សំណងចេញពីគណនីនេះ ដើម្បីសងថ្លៃជំនួយដែលខ្ញុំបានទទួលលើសចំនួននោះ។ ខ្ញុំយល់ថា ការសងថ្លៃជំនួយដែលខ្ញុំបានទទួលលើសចំនួន ដោយប្រើប្រាក់ពីគណនី EBT គឺបានធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ ឲ្យក្រសួងប្រើប្រាក់ជំនួយ CalWORKs របស់ខ្ញុំ ចេញពីគណនីនេះ ដើម្បីសងថ្លៃជំនួយដែលខ្ញុំបានទទួលលើសចំនួននោះ។ ខ្ញុំយល់ថា កិច្ចព្រមព្រៀងនេះអាចនឹងត្រូវកែប្រែ ឬបញ្ឈប់នៅពេលណាមួយនាថ្ងៃអនាគត ទៅតាមការស្នើសុំរបស់ខ្ញុំ។ បើលោកអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធរបៀប ដែលក្រសួងបានគណនាចំនួនសំណង ឬរៀបចំគម្រោងសងប្រាក់នេះ នោះសូមទូរស័ព្ទទាក់ទងមក ៖

_____ តាម _____។
ឈ្មោះរបស់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច លេខទូរស័ព្ទរបស់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច

County Only Section (ផ្នែកនេះសម្រាប់តែសមត្ថកិច្ចខោនធីបំពេញប៉ុណ្ណោះ)
Benefits withdrawn from Cash EBT account for cash overpayment:

Claim: _____ in the amount of $ _____.

Worker name: _____

Worker signature: _____

Worker number: _____

Date: _____