សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីព័ត៌មានសម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង Medi-cal/ កម្មវិធីសេវាកម្មសុខភាពរបស់ស្រុកដែលដំណើរការដោយរដ្ឋ (CMSP)

- សូមបំពេញចម្លើយចំពោះសំណួរទាំងអស់អំពីផលប្រយោជន៍ដែលលោកអ្នកកំពុងស្នើសុំ។ សូមប្រើបិចបំពេញចម្លើយទាំងអស់។ "CA" ជំនួសឱ្យជំនួយជាសាច់ប្រាក់, "FS" ជំនួសឱ្យប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង "MC" ជំនួសឱ្យ Medi-Cal/34-County CMSP ដែលរាយនៅខាងឆ្វេងនៃសំណួរនីមួយៗ ប្រាប់លោកអ្នកអំពីសំណួរណាខ្លះសម្រាប់កម្មវិធីនីមួយៗ។
- សូមផ្តល់នូវភស្តុតាង (ដូចជាវិក័យប័ត្រ, បង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់ និង កំណត់ត្រាផ្សេងៗ) ដើម្បីគាំទ្រចម្លើយរបស់លោកអ្នក។ សូមប្រាប់បុគ្គលិករបស់លោកអ្នក នៅពេលដែលលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលភស្តុតាង ឬ ក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមភ្ជាប់សន្លឹកផ្សេងទៀត។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងស្នើសុំប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ហើយលោកអ្នកមិនមែនជាសមាជិកពេញវ័យរបស់គ្រួសារ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវលិខិតផ្តល់សិទ្ធិជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយមេគ្រួសារ ឬ សមាជិកពេញវ័យផ្សេងទៀត។

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

CA FS MC (1) **A. អ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេងត្រូវការជំនួយ។ ឈ្មោះ :** លេខទូរស័ព្ទគេហដ្ឋាន ( )

អាស័យដ្ឋានគេហដ្ឋាន (លេខ, ផ្លូវ) | អាស័យដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (ប្រសិនបើខុសគ្នា) | ទូរស័ព្ទនៅពេលថ្ងៃ ( )

ក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់ | ក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

FS **B. តើលោកអ្នកជ្ជានផ្ទះនៅ?** ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" : តើលោកអ្នកកំពុងតែស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្នក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដទៃ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" : សូមផ្តល់ជូនវិកាលបរិច្ឆេទដែលលោកអ្នកចាប់ផ្តើមស្នាក់នៅផ្ទះនេះ :

CA **C. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានទទួលប័ណ្ណឱ្យបង់ប្រាក់ឈ្នួល ឬ សេចក្តីជូនដំណឹងឱ្យចាកចេញ?** ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

(2) **សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះម្នាក់ៗ សូមផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានទាំងអស់។**

CA FS MC **(A)** ឈ្មោះមនុស្សពេញវ័យ (នាម, នាមកណ្តាល, ត្រកូល)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ) | លេខសុវត្ថិភាពសង្គម

ភេទ (✓) ☐ ប ☐ ស | ពិការភ្នែក ថ្ពាំ ឬ ពិការភាព ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ | មានគភ៌ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ | ទីកន្លែងកំណើត ក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស

ប្រភេទនៃជំនួយដែលស្នើសុំ (✓) ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ គ្មាន ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (✓) ☐ រៀបការ ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ នៅបែកគ្នា ☐ លែងលះ ☐ អាពាហ៍ពិពាហ៍កុងត្រា ☐ មេម៉ាយ

ហ៊ាន:មានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✓) ☐ ជនគ្មានសញ្ជាតិ : ☐ ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិអាមេរិក/ជនជាតិអាមេរិក ☐ ទទួលការឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # D.O.E.

CA FS MC **(B)** ឈ្មោះមនុស្សពេញវ័យ (នាម, នាមកណ្តាល, ត្រកូល)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ) | លេខសុវត្ថិភាពសង្គម

ភេទ (✓) ☐ ប ☐ ស | ពិការភ្នែក ថ្ពាំ ឬ ពិការភាព ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ | មានគភ៌ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ | ទីកន្លែងកំណើត ក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស

ប្រភេទនៃជំនួយដែលស្នើសុំ (✓) ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ គ្មាន ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (✓) ☐ រៀបការ ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ នៅបែកគ្នា ☐ លែងលះ ☐ អាពាហ៍ពិពាហ៍កុងត្រា ☐ មេម៉ាយ

ហ៊ាន:មានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✓) ☐ ជនគ្មានសញ្ជាតិ : ☐ ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិអាមេរិក/ជនជាតិអាមេរិក ☐ ទទួលការឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # D.O.E.

CA FS MC **(C)** ឈ្មោះមនុស្សពេញវ័យ (នាម, នាមកណ្តាល, ត្រកូល)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ) | លេខសុវត្ថិភាពសង្គម

ភេទ (✓) ☐ ប ☐ ស | ពិការភ្នែក ថ្ពាំ ឬ ពិការភាព ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ | មានគភ៌ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ | ទីកន្លែងកំណើត ក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស

ប្រភេទនៃជំនួយដែលស្នើសុំ (✓) ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ គ្មាន ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (✓) ☐ រៀបការ ☐ មិនដែលរៀបការ ☐ នៅបែកគ្នា ☐ លែងលះ ☐ អាពាហ៍ពិពាហ៍កុងត្រា ☐ មេម៉ាយ

ហ៊ាន:មានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✓) ☐ ជនគ្មានសញ្ជាតិ : ☐ ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិអាមេរិក/ជនជាតិអាមេរិក ☐ ទទួលការឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # D.O.E.

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

(3) ចំពោះក្មេងដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះម្នាក់ៗ, ក្មេងដែលចាកចេញពីផ្ទះរយៈពេលខ្លី ឬ ក្មេងដែលលោកអ្នកទាមទារថាជាអ្នករស់ក្នុងបន្ទុក សូមផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ សូមរាយក្មេងនោះថា "មិនទាន់កើត" និង ផ្តល់នូវកាលបរិច្ឆេទនៃការសំរាល។

CA
FS
MC

(A) ឈ្មោះក្មេង (នាម, នាមកណ្តាល, ត្រកូល)

ឋានៈមានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✔) ☐ ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិអាមេរិក/ជនជាតិអាមេរិក
☐ ជនគ្មានសញ្ជាតិ : ទទួលការឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ក្មេងត្រូវការជំនួយព្រោះតែឳពុកម្តាយ (សូមគូស (✔) ខាងក្រោម)
ទទួលមរណៈភាព | ពិការ | អវត្តមាន | គ្មានការងារធ្វើ

លេខសុវត្ថិភាពសង្គម
ភេទ (✔) ☐ ប ☐ ស
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬ ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាល (ខែ, ថ្ងៃ, ឆ្នាំ)
អាយុរបស់ក្មេង

ទីកន្លែងកំណើត (ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)
មានគភ៌ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
តើការទទួលថ្នាំការពារមានរហូតមកដល់សព្វថ្ងៃដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ពិការភ្នែក ថ្លង់ ឬ ពិការភាព? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

តើក្មេងនេះបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលាដែរឬទេ? (✔) ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ បាទ/ចាំ ឈ្មោះសាលា :

ប្រភេទនៃជំនួយដែលស្នើសុំ ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់
☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ Medi-Cal ☐ គ្មាន
ឈ្មោះម្តាយ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង
តើក្មេងនេះកំពុងតែរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ឈ្មោះឪពុក

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐ YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

CA
FS
MC

(B) ឈ្មោះក្មេង (នាម, នាមកណ្តាល, ត្រកូល)

ឋានៈមានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✔) ☐ ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិអាមេរិក/ជនជាតិអាមេរិក
☐ ជនគ្មានសញ្ជាតិ : ទទួលការឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ក្មេងត្រូវការជំនួយព្រោះតែឳពុកម្តាយ (សូមគូស (✔) ខាងក្រោម)
ទទួលមរណៈភាព | ពិការ | អវត្តមាន | គ្មានការងារធ្វើ

លេខសុវត្ថិភាពសង្គម
ភេទ (✔) ☐ ប ☐ ស
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬ ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាល (ខែ, ថ្ងៃ, ឆ្នាំ)
អាយុរបស់ក្មេង

ទីកន្លែងកំណើត (ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)
មានគភ៌ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
តើការទទួលថ្នាំការពារមានរហូតមកដល់សព្វថ្ងៃដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ពិការភ្នែក ថ្លង់ ឬ ពិការភាព? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

តើក្មេងនេះបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលាដែរឬទេ? (✔) ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ បាទ/ចាំ ឈ្មោះសាលា :

ប្រភេទនៃជំនួយដែលស្នើសុំ ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់
☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ Medi-Cal ☐ គ្មាន
ឈ្មោះម្តាយ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង
តើក្មេងនេះកំពុងតែរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ឈ្មោះឪពុក

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐ YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

CA
FS
MC

(C) ឈ្មោះក្មេង (នាម, នាមកណ្តាល, ត្រកូល)

ឋានៈមានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✔) ☐ ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិអាមេរិក/ជនជាតិអាមេរិក
☐ ជនគ្មានសញ្ជាតិ : ទទួលការឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ក្មេងត្រូវការជំនួយព្រោះតែឳពុកម្តាយ (សូមគូស (✔) ខាងក្រោម)
ទទួលមរណៈភាព | ពិការ | អវត្តមាន | គ្មានការងារធ្វើ

លេខសុវត្ថិភាពសង្គម
ភេទ (✔) ☐ ប ☐ ស
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬ ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាល (ខែ, ថ្ងៃ, ឆ្នាំ)
អាយុរបស់ក្មេង

ទីកន្លែងកំណើត (ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)
មានគភ៌ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
តើការទទួលថ្នាំការពារមានរហូតមកដល់សព្វថ្ងៃដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ពិការភ្នែក ថ្លង់ ឬ ពិការភាព? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

តើក្មេងនេះបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលាដែរឬទេ? (✔) ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ បាទ/ចាំ ឈ្មោះសាលា :

ប្រភេទនៃជំនួយដែលស្នើសុំ ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់
☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ Medi-Cal ☐ គ្មាន
ឈ្មោះម្តាយ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង
តើក្មេងនេះកំពុងតែរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ឈ្មោះឪពុក

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐ YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

CA
FS
MC

(D) ឈ្មោះក្មេង (នាម, នាមកណ្តាល, ត្រកូល)

ឋានៈមានសញ្ជាតិ/គ្មានសញ្ជាតិ (✔) ☐ ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិអាមេរិក/ជនជាតិអាមេរិក
☐ ជនគ្មានសញ្ជាតិ : ទទួលការឧបត្ថម្ភ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

ក្មេងត្រូវការជំនួយព្រោះតែឳពុកម្តាយ (សូមគូស (✔) ខាងក្រោម)
ទទួលមរណៈភាព | ពិការ | អវត្តមាន | គ្មានការងារធ្វើ

លេខសុវត្ថិភាពសង្គម
ភេទ (✔) ☐ ប ☐ ស
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬ ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាល (ខែ, ថ្ងៃ, ឆ្នាំ)
អាយុរបស់ក្មេង

ទីកន្លែងកំណើត (ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)
មានគភ៌ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
តើការទទួលថ្នាំការពារមានរហូតមកដល់សព្វថ្ងៃដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ពិការភ្នែក ថ្លង់ ឬ ពិការភាព? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

តើក្មេងនេះបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលាដែរឬទេ? (✔) ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ បាទ/ចាំ ឈ្មោះសាលា :

ប្រភេទនៃជំនួយដែលស្នើសុំ ☐ ជំនួយជាសាច់ប្រាក់
☐ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ☐ Medi-Cal ☐ គ្មាន
ឈ្មោះម្តាយ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកស្នើសុំ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំក្មេង
តើក្មេងនេះកំពុងតែរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ឈ្មោះឪពុក

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐ YES ☐ NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.

☐ CW 2.1 CW 371 | Alien Reg. # | D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
☐ Immunization ☐ School Attendance

CA	4	**សូមរាយឪពុកម្តាយរបស់ក្មេង ឬ គភ្ភិមិនទាន់កើតដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយលោកអ្នក ។**	**សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ**
		ឈ្មោះឪពុកម្តាយ / មូលហេតុដែលឪពុកម្តាយមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ	☐ Verif. on File ☐ MC 13
CA FS	5	**តើមាននណាម្នាក់បានផ្លាស់ប្តូរវ៉ានៈសញ្ជាតិ/អន្តោប្រវេសន៍ ក្នុងកំឡុងពេល ១២ ខែចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :	
		ឈ្មោះ / អ្វីបានផ្លាស់ប្តូរ / កាលបរិច្ឆេទ / លេខជនបរទេស (ប្រសិនបើមាន)	
CA FS	6	A. **តើមានកូនចិញ្ចឹមកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" នណា :	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS		B. **តើលោកអ្នកចង់ឲ្យគេគិតបញ្ចូលកូនចិញ្ចឹម និង ចំណូលចិញ្ចឹមចែមាំទៅក្នុងករណីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	
CA FS	7	**តើមាននណាម្នាក់ធ្លាប់បានប្រើឈ្មោះផ្សេងទៀតដែរឬទេ (ឈ្មោះរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍, ឈ្មោះចិញ្ចឹម -ល-)?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :	
		ឈ្មោះ / ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលបានប្រើ	
		ឈ្មោះ / ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលបានប្រើ	
		បាទ/ចាំ / **ទេ**	Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA MC	8	A. **តើគ្រប់ខ្ជាស់នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា?** ប្រសិនបើ "ទេ" សូមពន្យល់ :	
CA		B. **តើគ្រប់ខ្ជាមានគម្រោងរស់នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាជាអចិន្ត្រៃយ៍?**	☐ Property
CA		C. **តើមាននណាម្នាក់មានផ្ទះ ជួលផ្ទះ ឬ ថែរក្សាផ្ទះ នៅក្រៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែរឬទេ?**	☐ PA
CA MC		D. **តើថ្មីៗមាននណាម្នាក់កំពុងទទួលជំនួយសារធារណៈនៅក្រៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែរឬទេ?** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ :	
CA		E. **តើមាននណាម្នាក់មានគម្រោងចាកចេញពីរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាលើសពី 30 ថ្ងៃដែរឬទេ?**	
MC	9	**តើលោកអ្នកមានអាយុពី ១៨ ទៅ ២១ ឆ្នាំ ហើយបានទាមទារជាអ្នកនៅក្រោមបន្ទុក ក្នុងគោលបំណងបន្ថយពន្ធលើចំណូលដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" នណា :	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1
CA FS	10	A. **តើជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់នណាម្នាក់ត្រូវបានបញ្ឈប់ ដោយសារ : មិនសហការក្នុងអំឡុងពេលត្រួតពិនិត្យគុណភាព, ការដាក់ទណ្ឌកម្មលើការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺន ឬ ខកខាន មិនបានបំពេញតម្រូវការការងារនៃមនុស្សពេញវ័យដែលមានរាងកាយមានសមត្ថភាព និង ជ្ញានអ្នកពឹកផ្អែក (ABAWD) របស់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ ដោយសារមូលហេតុផ្សេងទៀត?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ខាងក្រោម :	
		ឈ្មោះ / មូលហេតុ / ពេល / ស្រុក/រដ្ឋ អ្វី	
CA FS		B. **តើជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់នណាម្នាក់ត្រូវបានបញ្ឈប់ក្នុងអំឡុងពេលមួយ ឬ រហូត ដោយសារតែការក្លែងបន្លំសុខមាលភាព ឬ ការប្រព្រឹត្តល្មើសលើកម្មវិធីប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភដោយចេតនា?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ខាងក្រោម :	
		ឈ្មោះ / មូលហេតុ / ពេល / ស្រុក/រដ្ឋ អ្វី	
FS	11	**តើមាននណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នកចិញ្ចឹមមួយ ឬ ចម្អិនអាហារដាច់ដោយឡែក ពីអ្នកដទៃទៀតនៅក្នុងផ្ទះដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" នណា :	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS	12	**តើមាននណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នកមានអាយុ ៦០ ឬ ចាស់ជាងនេះ ហើយមិនអាចចិញ្ចឹមមួយ និង ចម្អិនអាហារដាច់ដោយឡែកពីអ្នកដទៃទៀតដោយសារពិការភាព?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" នណា :	Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (13) A. តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់ឱ្យនណាម្នាក់សម្រាប់ផ្ទៃអាហារ និង/ឬ ផ្ទៃបន្ទប់? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកដែលលោកអ្នកបង់ប្រាក់ឱ្យ	សូមគូស (✔) ☐ អាហារ ☐ បន្ទប់ ☐ ទាំងពីរ	ប៉ុន្មាន $	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា	ចំនួនអាហារ ក្នុងមួយថ្ងៃ

CA FS B. តើមាននណាម្នាក់បង់ប្រាក់ឱ្យលោកអ្នកសម្រាប់ផ្ទៃអាហារ និង/ឬ ផ្ទៃបន្ទប់? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកដែលបង់ប្រាក់ឱ្យលោកអ្នក	សូមគូស (✔) ☐ អាហារ ☐ បន្ទប់ ☐ ទាំងពីរ	ប៉ុន្មាន $	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា	ចំនួនអាហារ ក្នុងមួយថ្ងៃ

FS (14) តើមាននណាម្នាក់ទទួលម្ហូបអាហារពីកម្មវិធីខាងក្រោមដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
- កន្លែងផ្តល់ម្ហូបអាហារពេលល្ងាចរបស់សង្គាត់សម្រាប់មនុស្សចាស់ជរា និង ជនពិការ
- កម្មវិធីចែកម្ហូបអាហារដំណើរការដោយការកម្មវិធីបម្រុកទុកសម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក
- កម្មវិធីអាហារផ្សេងទៀត

ឈ្មោះ	ឈ្មោះកម្មវិធី	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកម្មវិធី

CA FS MC (15) A. តើមាននណាម្នាក់រស់ក្នុងទីកន្លែងណាមួយខាងក្រោមនេះ : ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :
- ជម្រក ឬ មជ្ឈមណ្ឌល
- កន្លែងបម្រុងសម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក
- មន្ទីរពេទ្យសរសៃប្រសាទ/ស្ថាប័នសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ការរៀបចំរស់នៅជាក្រុមសម្រាប់ជនពិការ/ពិការភ្នែក
- មន្ទីរពេទ្យ ឬ កន្លែងថែទាំ
- ផ្ទះដែលជួយដោយរដ្ឋសម្រាប់មនុស្សចាស់ជរា
- មជ្ឈមណ្ឌលស្តានិតិសម្បទាគ្រឿងញៀន ឬ ជាតិស្រវឹង
- បន្ទប់ជួលរួមជាមួយអាហារ និង ផ្ទះថែទាំ
- ស្ថាប័នព្រហ្មទណ្ឌ/កន្លែងកែប្រែ

ឈ្មោះ	ឈ្មោះមជ្ឈមណ្ឌល, ជម្រក, មន្ទីរពេទ្យ -ល-	កាលបរិច្ឆេទចូលទៅ	កាលបរិច្ឆេទដែលរំពឹងថានឹងចាកចេញ

MC B. តើអ្នកដែលកំពុងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ ផ្ទះថែទាំមានប្តីប្រពន្ធ ឬ សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតនៅផ្ទះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

CA (16) សូមរាយក្មេងដែលមានអាយុពី 6 ទៅ 18 ឆ្នាំ ដែលមិនចូលរៀននៅសាលាទៀងទាត់ និង ពន្យល់មូលហេតុដែលក្មេងនោះមិនចូលរៀនទៀងទាត់ ។ ☐ គ្មានក្មេងអាយុ 6-18

ឈ្មោះ	មូលហេតុមិនចូលរៀននៅសាលាទៀងទាត់ ។

CA FS MC (17) A. តើមាននណាម្នាក់អាយុ 14 ឆ្នាំ ឬ លើសពីនេះ បានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលា, មហាវិទ្យាល័យ ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺនណាមួយ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	អាយុ	ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	ស្ថានភាពបានចុះឈ្មោះ (✔) ☐ ពេញម៉ោង ☐ កន្លះថ្ងៃ ☐ ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :	មេរៀន/ម៉ោង ក្នុងមួយសប្តាហ៍ / កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃការទទួលសញ្ញាប័ត្រ	ធ្វើការ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ឈ្មោះ	អាយុ	ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	ស្ថានភាពបានចុះឈ្មោះ (✔) ☐ ពេញម៉ោង ☐ កន្លះថ្ងៃ ☐ ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :	មេរៀន/ម៉ោង ក្នុងមួយសប្តាហ៍ / កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃការទទួលសញ្ញាប័ត្រ	ធ្វើការ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

CA FS B. សូមបំពេញខាងក្រោមសម្រាប់នណាម្នាក់ដែលបានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅក្នុងមហាវិទ្យាល័យ ឬ ចូលរៀននៅស្ថាប័នអប់រំដែលមានកម្រិតស្មើគ្នានេះ ។

ឈ្មោះ	អំឡុងពេល (✔) សូមគូសស្ថានភាព ☐ ឆមាស ☐ ឆ្នាំ ☐ ត្រីមាស	ថ្លៃសិក្សាក្នុងមួយអំឡុងពេល $	ស្សរីរភ៍, គ្រឿងបរិក្ខា -ល- ក្នុងមួយអំឡុងពេល $

ចម្ងាយធ្វើដំណើរទៅមកសាលា/កន្លែងថែទាំក្មេងក្នុងមួយថ្ងៃ	ចំនួនថ្ងៃដែលទៅមកក្នុងមួយសប្តាហ៍	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលបានប្រើប្រាស់
ថ្លៃធ្វើដំណើរក្នុងមួយសប្តាហ៍ $	ចំនួនប្រាក់ដែលបានចំណាយក្នុងមួយសប្តាហ៍ដោយសមាជិកជិះឡានរួមគ្នា $	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ (ឡានក្រុង -ល-) ក្នុងមួយថ្ងៃ $

CA (18) A. តើមាននណាម្នាក់អាយុក្រោម ២០ ឆ្នាំ និង មានផ្ទៃពោះ ឬ ជាឪពុកម្តាយ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	អាយុ	សូមគូស (✔) ស្ថានភាព ☐ មានគភ៌ ☐ ឪពុកម្តាយជំទង់

ស្ថានភាពសាលា សូមគូស (✔)
☐ មានសញ្ញាប័ត្រមធ្យមសិក្សាទុតិយភូមិ ☐ មាន GED ☐ មិនចូលរៀននៅសាលាទៀងទាត់ (មូលហេតុ) :
☐ បច្ចុប្បន្នចូលរៀននៅសាលាទៀងទាត់ ☐ ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់) :

CA B. តើមាននណាម្នាក់បានទទួលប្រាក់បន្ថែមជាសាច់ប្រាក់ ឬ ទទួលពិន័យ ឬ ជំនួយជាការថែទាំក្មេង, មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ -ល- ពីកម្មវិធី Cal-Learn ដែលឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	កន្លែង (ស្រុក)	កាលបរិច្ឆេទបានទទួល

CA FS (19) តើមាននណាម្នាក់កំពុងធ្វើកូដកម្មដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកធ្វើកូដកម្ម	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់និយោជក/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន
ឈ្មោះសហគមន៍	
កាលបរិច្ឆេទដែលបានធ្វើកូដកម្ម	ចំនួនប្រចាំខែ (មុនការកាត់) ដែលរកបានពីការងារនេះមុនពេលធ្វើកូដកម្ម $

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO
CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO
School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:

Financial Aid: ☐ YES ☐ NO
☐ MC 210 S-E

Referred to:
☐ Cal-Learn
☐ CW 25
☐ CW 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS

CA FS (20) **តើមាននណាម្នាក់រួមទាំងក្មេង ធ្លាប់បានធ្វើការ ឬ មាននណាម្នាក់សង្ឃឹមថានឹងទៅធ្វើការរួមទាំងការងារក្រៅម៉ោង និង ការងារម្តងម្កាលដែរឬទេ? សូមគូស (✔)** "បាទ/ចាំ" ឬ "ទេ" សម្រាប់ចំណុចនីមួយៗ។
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

	បាទ/ចាំ	ទេ
តើមាននណាម្នាក់បានឈប់ធ្វើការ ឬ បដិសេធការងារ ឬ ការហ៊ីកហ៊ីនក្នុងកំឡុងពេល ៦០ ថ្ងៃ ចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?		
តើមាននណាម្នាក់កំពុងធ្វើការ ឬ ធ្វើការហ៊ីកហ៊ីនក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះដែរឬទេ?		
តើមាននណាម្នាក់សង្ឃឹមថានឹងធ្វើការ ឬ ធ្វើការហ៊ីកហ៊ីនក្នុងរយៈពេលពីរខែខាងមុខនេះដែរឬទេ?		

ប្រសិនបើរកស៊ីខ្លួនឯង : **សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ :** សូមរាយការចំណាយនៃអាជីវកម្មរបស់លោកអ្នកនៅលើក្រដាសមួយសន្លឹកផ្សេងទៀត។
សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ : សូមគូស (✔) រវៀរ្ប៉ាប៉ដែលលោកអ្នកចង់កំណត់ការចំណាយនៃអាជីវកម្មរបស់លោកអ្នកក្នុងខែនីមួយៗ :
☐ ការកាត់បទដ្ឋាន 40% ☐ ការចំណាយនៃអាជីវកម្មពិតប្រាកដ ☐ ជាមធ្យមប្រចាំខែ (ថ្លៃអាជីវកម្មប្រចាំឆ្នាំចែកឱ្យ 12 ខែ)។
ប្រសិនបើពិតប្រាកដ លោកអ្នកត្រូវតែរាយការចំណាយនៃអាជីវកម្មរបស់លោកអ្នកនៅលើក្រដាសមួយសន្លឹកផ្សេងទៀត។

(A) ឈ្មោះ CA FS MC	ចំនួនម៉ោងធ្វើការ/ការហ៊ីកហ៊ីនក្នុងមួយខែ ខែមុន_____ ខែនេះ_____	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់និយោជក	
កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់	រកស៊ីខ្លួនឯង ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ / ☐ $ ក្នុងមួយ		
		កាលបរិច្ឆេទដែលមូលប្បទានប័ត្រ ចុងក្រោយបានទទួល	បានទទួល ឬ សង្ឃឹមថានឹងបានទទួល ថ្លៃទឹកតែ ឬ ការជ្រើសរើសផ្សារ ☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :
			ចំនួនដែលបានទទួល $ _____
			ចំនួនដែលសង្ឃឹមថានឹងទទួល $ _____

(B) ឈ្មោះ CA FS MC	ចំនួនម៉ោងធ្វើការ/ការហ៊ីកហ៊ីនក្នុងមួយខែ ខែមុន_____ ខែនេះ_____	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់និយោជក	

CA FS MC (21) A. **តើមាននណាម្នាក់ចំណាយសម្រាប់ការថែទាំក្មេង, មនុស្សពេញវ័យដែលពិការ ឬ អ្នកដែលនៅក្រោមបន្ទុកផ្សេងទៀត ដូច្នេះគាត់អាចទៅធ្វើការ, ទៅសាលា ឬ ស្វែងរកការងារធ្វើ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម និង (✔) ប្រសិនបើសម្រាប់ការងារ ឬ ការហ៊ីកហ៊ីន

នណាទទួលការថែទាំ	នណាចំណាយ	នណាផ្តល់ការថែទាំ	☐ ការងារ ☐ ការហ៊ីកហ៊ីន	ចំនួនដែលបានបង់/ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា $ រៀងរាល់
នណាទទួលការថែទាំ	នណាចំណាយ	នណាផ្តល់ការថែទាំ	☐ ការងារ ☐ ការហ៊ីកហ៊ីន	ចំនួនដែលបានបង់/ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា $ រៀងរាល់

CA FS MC B. **តើមាននណាម្នាក់ផ្សេងទៀតជួយចំណាយទាំងអស់ ឬ មួយផ្នែកនៃថ្លៃថែទាំកូនរបស់លោកអ្នក?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
រួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃដែលបង់ដោយសាច់ញាតិ ឬ មិត្តភក្តិដែលមិនរស់ក្នុងផ្ទះ, ក្រសួងអប់រំ, ប្រាក់ជំនួយរបស់សហព័ន្ធដល់រដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់-ល-។ ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះក្មេង	នណាចំណាយ	ចំនួនដែលបានបង់ប្រចាំខែ $	នណាម្នាក់ផ្សេងទៀតចំណាយ	ចំនួនដែលបានបង់ប្រចាំខែ $
ឈ្មោះក្មេង	នណាចំណាយ	ចំនួនដែលបានបង់ប្រចាំខែ $	នណាម្នាក់ផ្សេងទៀតចំណាយ	ចំនួនដែលបានបង់ប្រចាំខែ $

FS MC (22) **តើមាននណាម្នាក់ចំណាយសម្រាប់ការឧបត្ថម្ភកូន ឬ ប្រពន្ធដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

នណាចំណាយ	សម្រាប់នណា	ចំនួនក្នុងមួយខែ $

CA FS MC (23) **តើមាននណាម្នាក់ រួមទាំងក្មេង បានដាក់ពាក្យសុំ ឬ បានទទួលផលប្រយោជន៍ ធានារ៉ាប់រងនិកម្មភាព ឬ ពិការភាព ក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែចុងក្រោយ ឬ សង្ឃឹមថានឹងទទួលផលប្រយោជន៍ទាំងនេះនៅពេលអនាគត?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ	កន្លែង (ស្រុក/រដ្ឋ)	កាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលចុងក្រោយ
ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំ	កន្លែង (ស្រុក/រដ្ឋ)	កាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលចុងក្រោយ

CA (24) **តើមាននណាម្នាក់បានទទួលការបង់ជាសាច់ប្រាក់បន្ថែម ឬ សេវាកម្មមិនមែនជាសាច់ប្រាក់ពីស្រុកណាមួយ ឬ រដ្ឋផ្សេងទៀតដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	ស្រុក/រដ្ឋ	ចំនួនដែលបានទទួល	រាយសេវាកម្មដែលបានទទួល	តម្លៃប៉ាន់ស្មាននៃសេវាកម្ម	កាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួល
		$		$	

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for:
☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days
☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care?
☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO
Amount Ordered:
$

SAWS 2 (CB) (7/07) CA 2/DFA 285-A2/MC 210 REQUIRED FORM - SUBSTITUTE PERMITTED

CA FS (25) **តើមានឪពុកម្ដាយណាដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះបានធ្វើការងារ ឬ បានហ្វឹកហ្វឺនក្នុងកំឡុងពេល 24ខែ កន្លងទៅដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

- រួមបញ្ចូលការងារទាំងអស់ដែលបានធ្វើនៅក្នុង និង នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S.) ។
- រួមបញ្ចូលទាំងការងារដែលបានធ្វើដើម្បីប្ដូរយកអ្វីមួយក្រៅពីប្រាក់ ដូចជាថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ អាហារ ទឹកភ្លើង ឬ **អ្វីៗផ្សេងទៀត។**
- ចាប់ផ្ដើមជាមួយនឹងការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺនថ្មីៗបំផុតរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ។

A. ឈ្មោះ

តើគាត់ជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមរាយកុលសម្ព័ន្ធ :

ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់និយោជក ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ប្រសិនបើការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលដែលត្រូវបានជួលឱ្យធ្វើការ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ពី ដល់	ចំនួនប្រាក់បានទទួល	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់និយោជក ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ប្រសិនបើការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលដែលត្រូវបានជួលឱ្យធ្វើការ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ពី ដល់	ចំនួនប្រាក់បានទទួល
1. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ	4. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ
2. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ	5. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ
3. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ	6. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ

B. ឈ្មោះ

តើគាត់ជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង? ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមរាយកុលសម្ព័ន្ធ :

ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់និយោជក ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ប្រសិនបើការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលដែលត្រូវបានជួលឱ្យធ្វើការ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ពី ដល់	ចំនួនប្រាក់បានទទួល	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់និយោជក ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ប្រសិនបើការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលដែលត្រូវបានជួលឱ្យធ្វើការ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ពី ដល់	ចំនួនប្រាក់បានទទួល
1. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ	4. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ
2. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ	5. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ
3. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ	6. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ពី ដល់	$ ☐ ប្រចាំសប្ដាហ៍ ☐ ប្រចាំខែ

FS (26) **តើសមាជិកគ្រួសារទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភទាំងអស់គឺជាពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S.)?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "ទេ" សូមបំពេញខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភដែល**មិនមែនជាពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក។**

ឈ្មោះនៃជនគ្មានសញ្ជាតិម្នាក់ៗ	A. តើរយៈពេលសរុបប៉ុន្មានឆ្នាំដែលបុគ្គលនេះ, ប្ដីប្រពន្ធរបស់ពួកគេ និង/ឬ ឪពុកម្ដាយរបស់ពួកគេ (មុនបុគ្គលនេះមានអាយុ 18 ឆ្នាំ) បានរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក?	B. នៅពេលកំពុងរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំដែលបានរាយការណ៍ក្នុងក្រឡោន A ដែលបុគ្គលរូបនេះ, ប្ដីប្រពន្ធរបស់ពួកគេ និង/ឬ ឪពុកម្ដាយរបស់ពួកគេ (មុនបុគ្គលនេះមានអាយុ 18 ឆ្នាំ) បានរកប្រាក់ចំណូលដោយធ្វើការងារក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក?	C. នៅពេលកំពុងរស់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំសរុបដែលបុគ្គលរូបនេះ,ប្ដីប្រពន្ធរបស់ពួកគេ និង/ឬ ឪពុកម្ដាយរបស់ពួកគេ (មុនបុគ្គលនេះមានអាយុ 18 ឆ្នាំ) ធ្វើការងារក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក?
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) **តើមាននណាម្នាក់កំពុងតែបម្រើក្នុងជួរកងទ័ពសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ ប្ដីប្រពន្ធ, ឪពុកម្ដាយ ឬ កូនរបស់អ្នកដែលកំពុងតែបម្រើក្នុងជួរកងទ័ព?** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម : ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ឈ្មោះ	ពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិ សហរដ្ឋអាមេរិក	(✔) ស្ថានភាព	បញ្ចប់បេសកកម្មដោយទទួលបានកិត្តិយស	កន្លែងបំពេញការងារ	កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម
ឈ្មោះ	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	☐ ទាហ៊ានសកម្មកំពុងបំពេញកាតព្វកិច្ច/ទាហ៊ានជើងចាស់ ☐ ប្ដីប្រពន្ធ, ឪពុកម្ដាយ ឬ កូនរបស់ទាហ៊ានសកម្មកំពុងបំពេញកាតព្វកិច្ច/ទាហ៊ានជើងចាស់	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ		
ឈ្មោះ	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	☐ ទាហ៊ានសកម្មកំពុងបំពេញកាតព្វកិច្ច/ទាហ៊ានជើងចាស់ ☐ ប្ដីប្រពន្ធ, ឪពុកម្ដាយ ឬ កូនរបស់ទាហ៊ានសកម្មកំពុងបំពេញកាតព្វកិច្ច/ទាហ៊ានជើងចាស់	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ		

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

PE/UIB Requirements

Earnings from month prior to month of application

App Date: ___________

Earnings from ________ *to* ________

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/ Got/ or UIB eligible in last 12 months		

UIB Ineligible Reason:

(26)
FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27)
☐ *CW 5*

FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC **28 A. តើមាននណាម្នាក់រួមទាំងក្មេង ទទួល ឬ សង្ឃឹមថានឹងបានទទួលប្រាក់ពីប្រភពណាមួយដែលរាយខាងក្រោម?**
សូមគូស (✔) "បាទ/ចាំ" ឬ "ទេ" សម្រាប់ចំណុចនីមួយៗ។

	បាទ/ចាំ	ទេ		បាទ/ចាំ	ទេ
កម្មសិក្សាការងារ, សុខមាលភាពដើម្បីការងារ ឬ កម្មវិធីផ្សេងទៀត			ចំណូលដែលទាក់ទងនឹងការអប់រំ VA (ទាហ៊ានជើងចាស់)		
ការផ្តល់ឱ្យនូវជំនួយផ្សេងៗលើការហ៊ីកហ៊ីនផ្សេងទៀត			ជំនួយ និង ការចូលរួមរបស់ VA		
ជំនួយ កម្ចី និង អាហាររូបករណ៍សម្រាប់ការអប់រំ			ចំណូលពីការភាពសុវត្ថិភាពសង្គម ឬ ចំណូលសុវត្ថិភាពបន្ថែម/ ការចំណាយបន្ថែមរបស់រដ្ឋ (SSI/SSP)		
CalWORKs/ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ពីរដ្ឋផ្សេងទៀត					
ជំនួយសម្រាប់ជនភៀសខ្លួន (RCA)			ពិការភាពរបស់ VA		
កម្មវិធីជំនួយជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់ជនអន្តោប្រវេសន៍ (CAPI)			ពិការភាពរបស់កម្មករផ្លូវដែក		
GA/GR (ជំនួយ/ការជួយសម្រាលទូទៅ)			ចំណូលពីការភាពផ្សេងទៀតពីសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់		
សំណងដល់បុគ្គលិក			ពិការភាពមិនមែនរដ្ឋាភិបាលផ្សេងៗទៀត ឬ ការឈប់សម្រាកដោយមានជម្ងឺ		
ការឧបត្ថម្ភក្មេង/ប្តីប្រពន្ធ ឬ ប្រាក់សម្រាបវិក័យប័ត្រ រៀជ្ជសាស្ត្រ ឬ ថ្នាំបង់ធានារ៉ាប់រង			ការចូលនិវត្តន៍សុវត្ថិភាពសង្គម ឬ អ្នកដែលនៅរស់រានមានជីវិត		
ផលប្រយោជន៍ក្លដកម្ម			ការចូលនិវត្តន៍របស់កម្មករផ្លូវដែក		
កម្ចី អំណោយ វិភាគទាន			ចំណូលសម្រាប់ការចូលនិវត្តន៍ផ្សេងទៀតមកពីសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬ ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់		
ការស្នាក់នៅតាមផ្ទះវិឡាប់ ឬ ការធានារ៉ាប់រង/ សកម្មភាពតុលាការកំពុងព្យួរទុក			ចំណូលសម្រាប់ការចូលនិវត្តន៍ មិនមែនរដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត		
ការលក់ធនប័ត្រ, កិច្ចសន្យា, លិខិតមរតក, លិខិតសន្យា			ការបង់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ		
ការបែងចែកប្រាក់សម្រាប់ការបម្រើទាហ៊ាន ឬ ប្រាក់សោធន			ការឈ្នះ (ល្បែង/ឆ្នោត/ប៊ីងហ្គោ, រង្វាន់ -ល-)		
			ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)		

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	ប្រភព	(ចំនួនដែលបានទទួលមុនការកាត់)	ពេល	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
		$		
		$		

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

- ☐ Casualty Unit Notified
- ☐ CWC 6041
- ☐ DHS 6155
- ☐ Verif(s) on File
  Explain Anticip. Income

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

(✔) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC **B. តើមាននណាម្នាក់សង្ឃឹមថានឹងមានការផ្លាស់ប្តូរចំនួនប្រាក់ដែលបានទទួលឥឡូវនេះ ដូចជាការកើនឡើងនៃផ្ទៃរស់នៅ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	អ្វី	ចំនួន	ពេល
		$	

CA FS MC **29 តើមាននណាម្នាក់ទទួលការស្នាក់នៅ ឬ ការជួល, ទឹកភ្លើង, ចំណីអាហារ ឬ សម្លៀកបំពាក់ដោយឥតបង់ប្រាក់ ឬ ដោយធ្វើការផ្លាស់ប្តូរជាមួយការងារដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម និង គូស (✔) ប្រសិនបើ ឥតបង់ប្រាក់ ឬ ដោយធ្វើការផ្លាស់ប្តូរជាមួយការងារ :

របស់ដែលបានទទួល	ឥតបង់ប្រាក់	សម្រាប់ការងារ	នណាទទួលរបស់នោះ	តម្លៃ	នណាផ្តល់របស់នោះ
ការស្នាក់នៅ ឬ ការជួល				$	
ទឹកភ្លើង				$	
ចំណីអាហារ				$	
សម្លៀកបំពាក់				$	

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

Partial	Full	Earned	Unearned

CA FS MC **30 A. តើមាននណាម្នាក់មានកម្មសិទ្ធិ ឬ កំពុងទិញអចលវត្ថុដូចជាដីធ្លី និង/ឬ អាគារនៅកន្លែងផ្សេងៗ រួមទាំងនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម : រាប់បញ្ចូលទាំងដីធ្លី និង/ឬ អាគារដែលមានកម្មសិទ្ធិរួមជាមួយអ្នកដទៃ។

ប្រភេទ (ដី, ផ្ទះខនដូ, បន្ទប់ជួល, ផ្ទះ)	តើលោកអ្នកប្រើទ្រព្យសម្បត្តិនេះដូចម្តេចដែរ? សូមគូស (✔)	បាទ/ចាំ	ទេ	ម្ចាស់	អាស័យដ្ឋាន ឬ ទីកន្លែង	ចំនួនជំពាក់	ចំណូលជួល
	រស់នៅលើវា					$	$
បានរាយសម្រាប់លក់	ទ្រព្យសម្បត្តិជួល						
☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)						

ប្រភេទ (ដី, ផ្ទះខនដូ, បន្ទប់ជួល, ផ្ទះ)	តើលោកអ្នកប្រើទ្រព្យសម្បត្តិនេះដូចម្តេចដែរ? សូមគូស (✔)	បាទ/ចាំ	ទេ	ម្ចាស់	អាស័យដ្ឋាន ឬ ទីកន្លែង	ចំនួនជំពាក់	ចំណូលជួល
	រស់នៅលើវា					$	$
បានរាយសម្រាប់លក់	ទ្រព្យសម្បត្តិជួល						
☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)						

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

CA MC **B. តើមាននណាម្នាក់មានផ្ទះដែលមិនស្នាក់នៅឥឡូវ ហើយគាត់មានបំណងចង់ត្រឡប់ទៅនៅវិញនៅថ្ងៃណាមួយ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិ	អាស័យដ្ឋានទ្រព្យសម្បត្តិ	កាលបរិច្ឆេទកំណត់ទុកនៃត្រឡប់ទៅនៅវិញ (ប្រសិនបើដឹង)

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)

CA $_____
FS $_____
MC $_____

CA FS MC **(31) A. តើមានឥណ្ណាម្នាក់រួមទាំងក្មេង មានធនធានផ្ទាល់ខ្លួន ឬ ដែលទាក់ទងនឹងជំនួញ ដូចរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?**

សូមគូស (✔) "បាទ/ចាំ" ឬ "ទេ" សម្រាប់ចំណុចនីមួយៗ។

រួមបញ្ចូលទាំងធនធានទាំងអស់ដែលមាន, បានប្រើប្រាស់, បានគ្រប់គ្រង, មាន ឬ គ្រប់គ្រងរួមគ្នាជាមួយឥណ្ណាម្នាក់ផ្សេងទៀត (ទោះបីសម្រាប់តែការជួយសម្រួលក៏ដោយ)។ ស្រុកនឹងកំនត់ថាតើធនធានទាំងនេះនឹងត្រូវបានរាប់បញ្ចូល ឬ អត់។

	បាទ/ចាំ	ទេ		បាទ/ចាំ	ទេ
សាច់ប្រាក់ (នៅក្នុងដៃ ឬ នៅកន្លែងផ្សេង)			មូលនិធិក្នុងអាណត្តិព្យាបាលភាព (ទោះមាន ឬ មិនមាន)		
មូលប្បទានប័ត្រមិនទាន់ប្តូរជាសាច់ប្រាក់ (នៅក្នុងដៃ ឬ នៅកន្លែងផ្សេងទៀត)			ធនប័ត្រ, ការបញ្ជាំ, លិខិតមរតក, កិច្ចសន្យានៃការលក់ -លស-		
គណនីសន្សំ - របស់ក្មេង និង របស់មនុស្សពេញវ័យ			គម្រោង IRA ឬ Keogh -លស-		
គណនីចរន្ត - មិនថាវាកំពុងតែត្រូវបានប្រើឬអត់			មូលនិធិសម្រាប់ការចូលនិវត្តន៍ដែលមាន ប្រសិនបើ លោកអ្នកឈប់ធ្វើការ (ដូចជា PERS -លស-)		
គណនីសហគមន៍គណទាន			ផែនការសំណងដែលបានយល់ព្រមឱ្យនិយោជិត		
ប័ណ្ណភាគហ៊ុន, មូលប័ត្រ, លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់បញ្ញើរ, គណនីទីផ្សារប្រាក់ -លស-។			ការធានារ៉ាប់រងជីវិត ឬ ប្រាក់បង់តាមគ្រា		
ប្រេង, រ៉ែ ឬ សិទ្ធិធ្វើអាជីវកម្មលើរ៉ែ			ការប្រាក់ដែលបានពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានបន្សល់ទុកឱ្យ		
លិខិតសន្យា ឬ កិច្ចសន្យាកប់សព, សេវាធានារ៉ាប់រង, មូលនិធិកប់សពដែលបានកំណត់/ប្រាក់សម្រាប់ដឹកប់សព, មឈូស ឬ របស់ទាក់ទងនឹងការកបសពផ្សេងទៀត			ការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង		
			សមតុល្យសាច់ប្រាក់ EBT ពីខែមុន		
			ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)		
ប្រាក់ពន្ធលើចំណូលដែលបានមកវិញ					

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ធនធាន	ទាក់ទងនឹងជំនួញ	ម្ចាស់	លេខគណនី/កិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានរបស់ធនាគារ -លស-	តម្លៃបច្ចុប្បន្ន
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ				$
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ				$
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ				$

CA FS MC **B. តើមានឥណ្ណាម្នាក់ទទួល ឬ សង្ឃឹមថានឹងទទួលប្រាក់ពីធនធានណាមួយខាងលើ ដូចជាការប្រាក់, ភាគលាភ -លស-?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	ប្រភពប្រាក់	ចំនួន	ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា	ទាក់ទងនឹងជំនួញ
		$		☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ
		$		☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ

MC **(32) តើមានភាពមានសិទ្ធិយកទ្រព្យពីកូនបំណុលដែលបានកត់ត្រាទុក ឬ តើលោកអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងសុវត្ថិភាពជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត, គ្លីនិក ឬ មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ទ្រព្យសម្បត្តិណាមួយដែលជារបស់លោកអ្នក ឬ របស់សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលត្រូវគេប្រើប្រាស់ជាសុវត្ថិភាពសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ភាពមានសិទ្ធិយកទ្រព្យពីកូនបំណុល ឬ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានដាក់ជាសុវត្ថិភាព	ប្រភេទ និង ទីតាំងរបស់ទ្រព្យសម្បត្តិ	កាលបរិច្ឆេទ និង ប្រភេទនៃសេវាថែទាំសុខភាពដែលបានទទួល/ដែលនឹងទទួល	ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា
$			
$			

MC **(33) A. តើមានឥណ្ណាម្នាក់មានទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដែរឬទេ? ដូចជា :** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

- ទូកគ្មានម៉ាស៊ីន, តង់ជម្រក, រមណសណ្ឋាគគ្មានម៉ាស៊ីន
- កាំភ្លើង, ឧបករណ៍ ឬ ប្រដាប់ប្រដាកីឡា -លស-។
- សត្វចិញ្ចឹម ឬ សត្វពាហនៈសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួន។
- គ្រឿងអលង្ការ, សិល្បកម្ម, វត្ថុបុរាណ, ការប្រមូលសម្រាំងនូវវត្ថុផ្សេងៗ, ម៉ាស៊ីនថតរូប, ឧបករណ៍តន្ត្រី (ព្យាណូ, ហ្គីតា, អំពូ -លស-)។

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម : ចូរកំរាប់បញ្ចូលនូវចិញ្ចៀនអាពាហ៍ពិពាហ៍ និង ភ្ជាប់ពាក្យ ឬ ក្បៃមរតកដូនតា។ សូមរាយគ្រឿងអលង្ការដែលមានតម្លៃច្រើនជាង $100 និង របស់ប្រើប្រាស់ក្នុងគ្រួសារ ឬ ផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានតម្លៃច្រើនជាង $500 សម្រាប់របស់នីមួយៗ។

របស់	បានរាយសម្រាប់លក់	ថ្ងៃទិញ ឬ តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	ចំនួននៅជំពាក់	របស់	បានរាយសម្រាប់លក់	ថ្ងៃទិញ ឬ តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	ចំនួននៅជំពាក់
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$		☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$		☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$

MC **B. តើមានឥណ្ណាម្នាក់មានទ្រព្យសម្បត្តិអាជីវកម្ម រួមបញ្ចូលទាំងឧបករណ៍, សារពើភ័ណ្ឌ និង សម្ភារៈ, គ្រឿងបរិក្ខារអាជីវកម្ម, សត្វពាហនៈ -លស-?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

រួមបញ្ចូលទាំងទ្រព្យសម្បត្តិណាដែលមាន ឬ គ្រប់គ្រងរួមគ្នាជាមួយឥណ្ណាម្នាក់ផ្សេងទៀត? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

របស់	បានរាយសម្រាប់លក់	ថ្ងៃទិញ ឬ តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	ចំនួននៅជំពាក់	របស់	បានរាយសម្រាប់លក់	ថ្ងៃទិញ ឬ តម្លៃបច្ចុប្បន្ន	ចំនួននៅជំពាក់
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$		☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$
	☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$		☐ បាទ/ចាំ ☐ ទេ	$	$

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

☐ Trust Fund/Not Court Ordered

☐ Court Petitioned
Date _____

☐ Resource Verified:
Explain how:

Total Value = $_____

☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____

☐ Revocable

☐ Irrevocable

☐ Designated Fund and Current Value $_____

☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

Verified: ☐ YES ☐ NO

Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO

Security Agreement: ☐ YES ☐ NO

MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

☐ Owned Jointly

☐ Owned Separately

☐ Personal Property $500 + for Pickle Program

☐ Insignificant Value for 1931(b)

☐ Listed for sale (Specify):

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)

CA $_____

FS $_____

MC $_____

☐ Listed for sale (Specify):

CA MC (34) **តើមាននណាម្នាក់បានលក់, ចំណាយ, ដោះដូរ, ផ្ទេ ឬ ប្រគល់ឱ្យគេ នូវអចលនវត្ថុ ដូចជា ផ្ទះសំបែង ឬ ដីធ្លី ឬ ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាសាច់ប្រាក់, រថយន្ត, គណនីធនាគារ, ប្រាក់ជំនួសតាមផ្លូវច្បាប់ ឬ ប្រាក់ជម្ងឺចិត្តបានពីការធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់ ឬ អ្វីៗផ្សេងទៀត ។** (សូមរាយទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានលក់ ឬ ដោះដូរក្នុងកំឡុងពេល 12 ខែចុងក្រោយសម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ 3 ខែសម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង ក្នុងកំឡុងពេល 2 ឆ្នាំ កន្លះ ចុងក្រោយ (30 ខែ) សម្រាប់ Medi-cal) ។
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ពីអ្វី និង ពេល :

☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

CA FS MC (35) **តើមាននណាម្នាក់មាន, មានការប្រើប្រាស់ ឬ ដាក់ឈ្មោះរបស់ពួកគេនៅក្នុងបញ្ជីចុះឈ្មោះនៃយានយន្តណាមួយ ដូចជា : រថយន្ត, ម៉ូតូ, យានយន្តបើកលើព្រំលី, រថយន្តសម្រាកលំហែ, ទូកមានម៉ាស៊ីន -ល- ទោះបីជាមិនដំណើរការ?** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម : សូមមើលការចុះបញ្ជីរបស់លោកអ្នកដើម្បីទទួលព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងយានយន្តនីមួយៗ :

☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

	យានយន្ត (1)		យានយន្ត (2)		យានយន្ត (3)	
ម្ចាស់យានយន្ត						
ឈ្មោះអ្នកដែលប្រើយានយន្ត						
ឆ្នាំ/ផលិត/ម៉ូដែល						
លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ						
តម្លៃប៉ាន់ស្មាន	$		$		$	
សមតុល្យនៅជំពាក់	$		$		$	
បានទទួលអាជ្ញាប័ណ្ណ	☐ បាទ/ចាំ	☐ ទេ	☐ បាទ/ចាំ	☐ ទេ	☐ បាទ/ចាំ	☐ ទេ
បានជួល	☐ បាទ/ចាំ	☐ ទេ	☐ បាទ/ចាំ	☐ ទេ	☐ បាទ/ចាំ	☐ ទេ
តើលោកអ្នកប្រើប្រាស់យានយន្តនោះយ៉ាងដូចម្តេច? សូមគូស (✔) ចំណុចនីមួយៗ "បាទ/ចាំ" ឬ "ទេ" ។						
	បាទ/ចាំ	ទេ	បាទ/ចាំ	ទេ	បាទ/ចាំ	ទេ
ជាផ្ទះ						
ដើម្បីទៅធ្វើការ ឬ ហ្វឹកហ្វឺន ឬ សម្រាប់ការស្វែងរកការងារ						
សម្រាប់ការរកស៊ីផ្ទាល់ខ្លួន, ការឧបត្ថម្ភផ្ទាល់ខ្លួន ឬ ការប្រើប្រាស់សម្រាប់ធ្វើជំនួញ						
ចាំបាច់សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារដែលពិការ						
ដើម្បីយកឥន្ធនៈ ឬ ទឹក ឱ្យគ្រួសារ						
សម្រាប់ការសម្រាកលំហែតែប៉ុណ្ណោះ						

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

Transfer of Assets:
- ☐ CA in last 12 months
- ☐ FS in last 3 months
- ☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
- ☐ Adequate Consideration
- ☐ Spenddown

Total Nonexempt Property
$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
- ☐ Verifications viewed
- ☐ Leased vehicle: ☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
- ☐ Pickle Program: Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____ $ _____

(2) Date:_____ $ _____

(3) Date:_____ $ _____

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ - យានយន្ត

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA			
FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA			
FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	$ _____	$_____	$_____
Less Encumbrances	$ _____	$_____	$_____
Net Value	$ _____	$_____	$_____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA

Excess Value $ _____

Equity Value $ _____

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

CA FS 36 **ក, តើមាននរណាត្រូវបង់ថ្លៃផ្ទះទេ?** ☐ ចាស ☐ ទេ

បើ "មាន" សូមបំពេញតារាងខាងក្រោម :

ថ្លៃផ្ទះ	សរុប	អ្នកបង់អស់ ប៉ុន្មាន	ត្រូវការជួយ,សមាជិក ជួយក្នុងត្រូវការ បង់អស់ប៉ុន្មាន	តើគេថ្លឹកមើលក្រញ៉ាកញាប់ប៉ុន្មា
ថ្លៃជួលផ្ទះ	$	$	$	
បង់រំលោះថ្លៃផ្ទះ	$	$	$	
បង់ពន្ធទ្រព្យសម្បត្តិ (បើមិនរួមជាមួយ ការបង់រំលោះថ្លៃផ្ទះ)	$	$	$	
ថ្លៃធានារ៉ាប់រង (បើមិនរួមជាមួយ ការបង់រំលោះថ្លៃផ្ទះ)	$	$	$	
ផ្សេងៗ (សូមបន្ទាស់)	$	$	$	

CA FS **ខ, តើមាននរណាផ្សេងទៀត បង់ទាំងអស់ ឬបង់មួយផ្នែកនៃថ្លៃផ្ទះទេ?** ☐ ចាស ☐ ទេ
រួមទាំងញាតិ ឬមិត្តដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះជាមួយ កម្មវិធីជំនួយបង់ថ្លៃផ្ទះ ដូចជា HUD,ជំពូក ជាដើម ។
បើ "មាន" សូមបំពេញតារាងខាងក្រោម :

ប្រភេទនៃថ្លៃផ្ទះ	ឈ្មោះអ្នកបង់	មូលនាក់បង់ប៉ុន្មាន $	តើគេថ្លឹកមើលក្រញ៉ាកញាប់ប៉ុន្មា
		$	
		$	

FS 37 **ក, តើមាននរណាត្រូវបង់ថ្លៃ ចំណាយលើឧបករណ៍ និងសេវាផ្គត់ផ្គង់ ទេ?** ☐ ចាស ☐ ទេ
បើ "មាន" សូមក្សសរលើប្រអប់ខាងក្រោមដែលអ្នកបានបង់ :

ភ្លើង		សំរាម	
ភ្លើង		ទឹកស្អុយ	
ថាមពលផ្សេងៗ (ដូចជាប្រេងឥន្ធនៈ ធ្យូង ... ជាដើម)		ទូរស័ព្ទ,មធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងៗ ដូចជា អ៊ីនធឺណិត ជាដើម	
ទឹក		ផ្សេងៗ (សូមបន្ទាស់)	

FS **ខ, បើអ្នកប្រើ ភ្លើង ភ្លើង ឬថាមពលផ្សេងៗ សំណង់កំដៅ ឬត្រជាក់** ☐ ចាស ☐ ទេ
បើ "មាន" សូមបំពេញតារាងខាងក្រោម :

ឧបករណ៍ សេវាផ្គត់ផ្គង់	ប្រើសំណង់កំដៅ ឬត្រជាក់
ភ្លើង	☐ ចាស ☐ ទេ
ភ្លើង	☐ ចាស ☐ ទេ
ថាមពលផ្សេងៗ	☐ ចាស ☐ ទេ

FS 38 **អ្នកអនុញ្ញាតិឲ្យអ្នកផ្សេងនៅក្នុងផ្ទះ ឬអ្នកផ្សេងដែលនៅក្រៅផ្ទះ ប្រើប្រាស់ជួយអោយការ នៅជួយអោយការមកឲ្យអ្នក ។ បើអ្នកចង់ឲ្យគេជួយឲ្យអ្នក សូមបំពេញតារាងខាងក្រោម :**

ឈ្មោះអ្នកកំណត់ត្រូវបានជ្រើសរើស	អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទ
		( )

សំរាប់អាជ្ញាធរស្រុកបំពេញ

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $ _____

Shared housing: ☐ YES ☐ NO

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Verification not required ☐

Utility allowance
- ☐ SUA
- ☐ LUA
- ☐ TUA
- ☐ None allowed

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **តើមានឧរណាម្នាក់បានទទួលការព្យាបាលខាងវេជ្ជសាស្ត្រ/ឥតិ ក្នុងខែនេះ ឬ ក្នុងកំឡុងពេល ៣ខែមុនខែនេះដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកដែលទទួលការថែទាំ	ខែនៃការថែទាំ	ការបង់ប្រាក់ សម្រាប់ការថែទាំ		តើលោកអ្នកចង់បាន MEDI-CAL សម្រាប់ខែទាំងនោះ?	
		បាទ/ចាំ	ទេ	បាទ/ចាំ	ទេ

CA FS MC (40) **តើមានឧរណាម្នាក់ទទួលការរ៉ាប់រង MEDICARE ដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

		(✔) បង់ប្រាក់ធានាប្រចាំខែដូចម្តេច			
អ្នកដែលទទួលការរ៉ាប់រង	លេខទាមទា មជិចារ	សម្រាប់	កាត់ពីមូលប្បទានប័ត្រ	ចេញពីហោរ៉ៃ	ផ្សេងទៀត
		ផ្នែក A			
		ផ្នែក B			
		ផ្នែក A			
		ផ្នែក B			

CA MC (41) **តើមានឧរណាម្នាក់មានការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាព, ទន្តិក, ភ្នែក, ការសម្រាក ព្យាបាលនៅមន្ទីពេទ្យ ឬ ការថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង ឬ ផែនការសុខភាព ដូចជា Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS -ល-?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	អ្នកដែលត្រូវបានធានា	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	ចំនួនប្រាក់ធានា	បង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
			$	
			$	

CA MC (42) **តើមានឧរណាម្នាក់មានការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពដែលបានមកពីមុំពុកម្តាយ, និយោជក ឬ ម៉ាពុកម្តាយអវត្តមានដែលមិនបានស្នើសុំ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	អ្នកដែលត្រូវបានធានា	ចំនួនប្រាក់ធានា	បង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
		$	
		$	

CA MC (43) **តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ឧណាម្នាក់នឹងផុតកំណត់ ឬ នឹងបញ្ចប់ក្នុងរយៈពេល ៦០ថ្ងៃចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	អ្នកដែលត្រូវបានធានា	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	ចំនួនប្រាក់ធានា	បង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា
			$	
			$	

CA MC (44) **តើមានឧរណាម្នាក់ពិការដោយសារបួស ឬ ក្រោះថ្នាក់ ដែលធ្វើឱ្យគាត់ពិបាកទៅ ធ្វើការ ឬ យកចិត្តទុកដាក់លើតម្រូវការរបស់ពួកគេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះបុគ្គល	ប្រភេទនៃបញ្ហា	កាលបរិច្ឆេទដែលបញ្ហាបានចាប់ផ្តើម	កាលបរិច្ឆេទពីរឹងចាន់នឹងជាសះស្បើយ

CA FS (45) **A. តើមានឧរណាម្នាក់ដែលមានស្ថានភាព ឬ បញ្ហាសុខភាពដែលតម្រូវឱ្យមាន លក្ខខ័ណ្ឌដូចខាងក្រោមណាមួយ?**

សូមគូស (✔) "បាទ/ចាំ" ឬ "ទេ" សម្រាប់ចំណុចនីមួយៗ :

	បាទ/ចាំ	ទេ		បាទ/ចាំ	ទេ
របបអាហារពិសេស - ចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយវិជ្ជបណ្ឌិត			ការប្រើប្រាស់ទឹកភ្លើងខ្ពស់		
មធ្យោបាយធ្វើដំណើរពិសេស			សេវាបោកគក់ពិសេស		
ទូរស័ព្ទពិសេស ឬ ឧបករណ៍ផ្សេងៗ			ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :		
ការងារផ្ទះ (ឧទាហរណ៍ម្នាក់នៅផ្ទះអាចធ្វើវាបាន)					

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ :

CA FS MC **B. តើនៅក្នុងផ្ទះមានក្មេង ឬ ជនពិការដែលត្រូវការការថែទាំពីសមាជិកគ្រួសារ ផ្សេងទៀតដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ :

CA MC **C. តើមានឧរណាម្នាក់ពិការ ហើយកំពុងធ្វើការ និង មានការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ (កៅអីរុញ -ល-) ដែលចាំបាច់សម្រាប់គាត់ដើម្បីឱ្យគាត់អាចទៅធ្វើការបាន ដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមបំពេញខាងក្រោម :

ឈ្មោះបុគ្គល	ប្រភេទនៃការចំណាយ	ចំនួន
		$
		$

CA FS **D. តើមានឧរណាម្នាក់កំពុងទទួលសេវាគាំទ្រនៅផ្ទះ ទីរៃ្យរួច ដែរឬទេ?** ☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" ឧណាទទួលសេវាកម្មនោះ? _____ **តើចំនួនប៉ុន្មានដែលលោកអ្នកបង់រៀងរាល់ខែ? $** _____

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

Retroactive Application
- ☐ Retro Only
- ☐ Retro and Cont.
- ☐ MC 210A

- ☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
- ☐ QMB
- ☐ SLMB/QI
- ☐ QDWI

State Certified LTC Policy: ☐ YES ☐ NO
- ☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

- ☐ DHS 6155

- ☐ DHS 6155

- ☐ Third Party Liability

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $_____

- ☐ Receipts
- ☐ MC 272 ☐ MC 273

- ☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

CA (46)	**តើគ្រួសារចង់ស្នើសុំការចំណាយសម្រាប់តម្រូវការពិសេសសម្រាប់ការស្លាកនៅ ឬ របស់ប្រើប្រាស់ក្នុងគ្រួសារដែលចាំបាច់ដែលបានបាត់បង់ ឬ ខូចខាត ដោយសារស្ថានភាពកើតឡើងភ្លាមៗ និង មិនប្រក្រតី ដូចជារញ្ជួយដី អគ្គីភ័យ ឬ ទឹក ជំនន់ដែរឬទេ?** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ខាងក្រោម :	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	**សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ** YES NO Special Need Verified Eligible for Special Need
CA FS (47)	**តើមានសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់កំពុងគេចវេស ឬ រត់ចេញពីច្បាប់ដើម្បីគេច ពីការផ្តន្ទាទោសបទឧក្រិដ្ឋ, ការឃុំឃាំង ឬ ការដាក់គុកបន្ទាប់ពីការកាត់ទោស ឬ កំពុងប្រព្រឹត្តិល្មើសលើការសាកល្បង ឬ ការដោះលែងមុនពេលកំនត់?** ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមផ្តល់ឈ្មោះបុគ្គលនោះ :	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	
CA FS (48)	**តើលោកអ្នក ឬ សមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវបានគេកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទងនឹងថ្នាំញៀន? ប្រសិនបើទេ សូមរំលងទៅសំណួរ 49 ។**	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98
	ប្រសិនបើ បាទ/ចាំ ឈ្មោះ : _____ កាលបរិច្ឆេទកាត់ទោស : _____ ។		
	តើការកាត់ទោសនោះទាក់ទងនឹងបទល្មើសខាងក្រោមណាមួយ :		
	• ការដឹកនាំ, ការនាំចូលមកក្នុងរដ្ឋនេះ, ការលក់, ការផ្គត់ផ្គង់, ការចាត់ចែង, ការឱ្យ, ការមាន សម្រាប់លក់, ការទិញក្នុងគោលបំណងលក់, ការផលិត ឬ កែឆ្នៃជាមុនដោយមានបំណងផលិត នូវសារធាតុហាមឃាត់ ឬ ការដាំដុះ, ប្រមូលផល ឬ កែឆ្នៃកញ្ជា?	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	Qualifying Drug Felon? ☐ Yes ☐ No
	• ការជម្រុញ, ការបបួល, បញ្ជុះបញ្ជូល ឬ គម្រាមកំហែងអនីតិជនឱ្យចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពខាងលើណាមួយ?	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	Meets felony conditions of eligibility? ☐ Yes ☐ No
	តើលោកអ្នក ឬ សមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកណាម្នាក់បាន :		
	a) បញ្ឆប់កម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀនដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាល?	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	
	b) ចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាល?	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	
	c) ចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀនដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាល?	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	
	d) ដាក់នៅលើបញ្ជីរង់ចាំសម្រាប់កម្មវិធីព្យាបាលថ្នាំញៀនដែលទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋាភិបាល?	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	
	e) បញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុហាមឃាត់ និង មានភស្តុតាងដែលថាលោកអ្នកបានបញ្ឈប់?	☐ **បាទ/ចាំ** ☐ **ទេ**	
	ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមពន្យល់ : _____		
CA MC (49)	**សេវាកម្មខាងក្រោមនេះគឺមានសម្រាប់លោកអ្នក ។ ចម្លើយរបស់លោកអ្នកចំពោះសំណួរទាំងនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ភាពទទួលសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ។ សូមគូស (✔) "បាទ/ចាំ" សម្រាប់ចំណុចនីមួយៗ ។**	**បាទ/ចាំ** / **ទេ**	☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____
	A. សេវាពិនិត្យសុខភាពជាប្រចាំដើម្បីការពារសុខភាពរបស់គ្រួសាររលោកអ្នកអាចរកបាន នៅពេលស្នើសុំតាមរយៈកម្មវិធីសុខភាពកុមារ និង បង្ការពិការភាព (CHDP) សម្រាប់សមាជិកនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលទទួលសិទ្ធិអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ។		☐ CHDP Referral
	• តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្ម CHDP ដែរឬទេ?		☐ Social Services Referral (MCO)
	• តើលោកអ្នកចង់បានសេវាសុខភាព CHDP ដែរឬទេ?		
	• តើលោកអ្នកចង់បានសេវាមាត់ធ្មេញ CHDP ដែរឬទេ?.....		
	• តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការណាត់ជួប ឬ ការធ្វើដំណើរទៅកន្លែងផ្តល់សេវា CHDP ដែរឬទេ?		
	B. តើលោកអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជម្ងឺដែរឬទេ?.....		☐ Referred for Immuniz.
	C. បើអ្នកមានផ្ទៃពោះ អ្នកអាចទទួលជំនួយស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត, ទទួលអាហារដែលមានសុខភាព និង ជំនួយផ្សេងទៀត ។ តើអ្នកចង់ពិភាក្សាជាមួយនណាម្នាក់អំពីជំនួយនេះដែរឬទេ?		☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
	D. តើអ្នកកំពុងបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយមែនទេ?		☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
	ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" តើអ្នកបានសម្រាលកូនក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែចុងក្រោយ?		
	ប្រសិនបើអ្នកគូស "បាទ/ចាំ" លើ (49) C ឬ D អ្នកអាចទទួលសិទ្ធិសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ដោយកម្មវិធី អាហារបន្ថែមពិសេសសំរាប់ស្ត្រី ទារក និង កុមារ (WIC) ។		☐ WIC referral
	E. តើអ្នក ឬ សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ ចង់បានសេវាពន្យាកំណើតដោយឥតគិតថ្លៃ ឬ មានតម្លៃថោក ដើម្បីជួយរៀបចំផែនការលើករបៀបបង្ការភាពមានគភ៌ដោយមិនបានគ្រោងទុក និង/ឬ មានកូនបន្ទាប់ដែរឬទេ? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាំ" សូមសួមទាក់ទងទៅគម្រោងថែទាំសុខភាព ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំខ្លួនអ្នក ។ ឬ ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន និង ទីកន្លែងនៃគ្លីនិកដែលផ្តល់សេវាពន្យាកំណើតសម្ងាត់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតប៉ង់ប្រាក់ 1-800-942-1054 ។		☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

សេចក្តីបញ្ជាក់

ខ្ញុំដឹងថា :

- គ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យ រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងផលប្រយោជន៍ និង ចំណូល នឹងត្រូវបានផ្ទៃផ្ទងជាមួយនឹងកំណត់ត្រាក្នុងតំបន់, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ដូចជា និយោជក, រដ្ឋបាលសុវត្ថិភាពសង្គម, ពន្ធដារ, ភ្នាក់ងារសុខមាលភាព និង និកម្មភាព, ការចូលសាលារៀន -ល- ។ ហើយសម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ កំណត់ត្រានានានឹងត្រូវបានផ្ទៃផ្ទងជាមួយភ្នាក់ងារពង្រឹងច្បាប់សម្រាប់ដីកាចាប់ខ្លួន ។
- គ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់ រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងផលប្រយោជន៍ និង ចំណូលដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យអាចត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញ និង ផ្ទៃផ្ទងផ្ទាត់ ដោយមន្ត្រីរបស់ស្រុក, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ហើយប្រសិនបើខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យនូវព័ត៌មានមិនពិត ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ, និង Medi-Cal របស់ខ្ញុំ អាចត្រូវបានបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់ ។
- ករណីរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានលើកយកមកពិនិត្យសារឡើងវិញដើម្បីធានាថាភាពទទួលសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំត្រូវបានកំណត់យ៉ាងត្រឹមត្រូវ ហើយដែលថាខ្ញុំត្រូវតែសហការទាំងស្រុងជាមួយមន្ត្រីរបស់ស្រុក, រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ ក្នុងការស៊ើបអង្កេត ឬ ការពិនិត្យសារឡើងវិញ រួមបញ្ចូលទាំងការត្រួតពិនិត្យគ្រប់គ្រងគុណភាព ។
- ស្រុកនឹងផ្ញើរព័ត៌មានទៅកាន់ផ្នែកសេវាកម្មអន្តោប្រវេសន៍ និង ផ្តល់សញ្ជាតិ (USCIS) (ពីមុន INS) ដើម្បីផ្ទៃផ្ទងផ្ទាត់ ឋានៈអន្តោប្រវេសន៍ ហើយព័ត៌មានដែលស្រុកទទួលបានពី USCIS អាចប៉ះពាល់ដល់ភាពទទួលសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង Medi-Cal ពេញមួយ ។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងស្នើសុំតែ Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ ហើយ ប្រសិនបើខ្ញុំ<u>មិន</u>មែនជា (ក) ជនគ្មានសញ្ជាតិដែលរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ស្របច្បាប់ (LPR), (ខ) ជនបរទេសនិរទេសដែលមាន I-688 សុពលភាព និង ថ្មីៗ ឬ (គ) ជនគ្មានសញ្ជាតិដែលរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ក្រោមសិទ្ធិស្របច្បាប់ (PRUCOL) ស្រុកនឹង<u>មិន</u>បញ្ជូនព័ត៌មានទៅឱ្យ USCIS ទេ ។
- ខ្ញុំត្រូវតែស្នើសុំ និង រក្សានូវការរ៉ាប់រងផ្នែកសុខភាពណាមួយដែលមាន ប្រសិនបើគ្មានថ្លៃចំណាយណាមួយជាប់ទាក់ទងទេ ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនធ្វើទេ Medi-Cal របស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់ ។
- ខ្ញុំ ឬ សមាជិកគ្រួសារដទៃទៀតនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យសងវិញនូវជំនួយជាសាច់ប្រាក់ដែលខ្ញុំមិនគួរបានទទួល ។
- គ្រួសារដែលទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ សមាជិកពេញវ័យណាម្នាក់នៃគ្រួសារទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ (ទោះបីជាគាត់ចាកចេញក៏ដោយ) អ្នកឧបត្ថម្ភនៃសមាជិកគ្រួសារដែលគ្មានសញ្ជាតិ ឬ អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិរបស់ជនដែលរស់នៅក្នុងស្ថាប័នទទួលសិទ្ធិអាចត្រូវបានគេតម្រូវឱ្យសងវិញនូវរាល់ផលប្រយោជន៍ណាដែលគ្រួសារនោះមិនគួរបានទទួល ។
- សមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់ខ្ញុំដែលកំពុងតែគេចវេស ឬ រត់គេចពីផ្លូវច្បាប់ ដើម្បីគេចពីការផ្តន្ទាទោសបទឧក្រិដ្ឋ, ការឃុំឃាំង ឬ ការដាក់គុក បន្ទាប់ពីការកាត់ទោស ឬ កំពុងប្រព្រឹត្តិល្មើសលើការសាកល្បង ឬ ការដោះលែងមុនពេលកំណត់របស់ពួកគេ មិនអាចទទួលជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភឡើយ ។
- សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលត្រូវបានកាត់ទោសបន្ទាប់ពីថ្ងៃ 22 សីហា 1996 ពីបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទងនឹងថ្នាំញៀន សម្រាប់ភាពជាម្ចាស់, ការប្រើប្រាស់ ឬ ការផលិត, ការលក់, ការចែកចាយសារធាតុហាមឃាត់ ឬ សកម្មភាពទាំងឡាយណាដែលទាក់ទងជាមួយនឹង សកម្មភាពមិនស្របច្បាប់ទាំងនេះ ឬ ការប្រមូលផល, ការដាំដុះ ឬ ការកែឆ្នៃកញ្ជា ឬ ទាក់ទង នឹងអនីតិជនក្នុងសកម្មភាពខាងលើមិនអាចទទួលផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភឡើយ ។
- សម្រាប់ផលប្រយោជន៍ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ស្រុកនឹងតម្រូវឱ្យខ្ញុំ និង សមាជិកគ្រួសារមួយចំនួនផ្តិតម្រាមដៃ និង ថតរូប ។ ផលប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬ បញ្ឈប់ប្រសិនបើខ្ញុំមិនព្រមសហការ ។

ខ្ញុំក៏ដឹងដែរថា :

ខ្ញុំនឹងបាត់បង់សិទ្ធិ និង/ឬ ទទួលការពិន័យពីការក្លែងបន្លំលើសុខមាលភាព ប្រសិនបើមានចេតនា ខ្ញុំផ្តល់នូវព័ត៌មានមិនពិត ឬ ខកខានមិនបានរាយការណ៍គ្រប់ព័ត៌មាន ឬ ស្ថានភាពទាំងអស់ ដែលប៉ះពាល់ ដល់ភាពទទួលសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ឬ ផលប្រយោជន៍សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់, ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ និង Medi-Cal ។

សម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ :

- ប្រសិនបើមានចេតនា ខ្ញុំមិនគោរពបទបញ្ជាតិជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ខ្ញុំអាចទទួលពិន័យរហូតដល់ទៅ $10,000 និង/ឬ បញ្ជូនទៅមន្ទីរឃុំឃាំង/ពន្ធធនាគារ ក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំ ។ ហើយជំនួយជាសាច់ប្រាក់របស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ :
  - សម្រាប់ការមិនរាយការណ៍គ្រប់ព័ត៌មាន ឬ ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត : 6ខែ សម្រាប់កំហុសលើកទីមួយ, 12ខែសម្រាប់កំហុសលើកទីពីរ ឬ ជារៀងរហូត សម្រាប់កំហុសលើកទីបី ។ ហើយសម្រាប់ជំនួយជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់ជនភៀសខ្លួន 3ខែ សម្រាប់កំហុសលើកទីមួយ និង 6ខែសម្រាប់កំហុសលើកក្រោយ១ ។
  - សម្រាប់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំមួយច្បាប់ ឬ ច្រើនជាងមួយដើម្បីទទួលជំនួយលើសពីមួយករណីក្នុងពេលតែមួយ : 2 ឆ្នាំសម្រាប់ការកាត់ទោសលើកទីមួយ, 4 ឆ្នាំ សម្រាប់លើកទីពីរ និង ជារៀងរហូតសម្រាប់លើកទីបី ។
  - សម្រាប់ការកាត់ទោសលើបទឧក្រិដ្ឋលួចបន្លំដើម្បីទទួលជំនួយ : 2ឆ្នាំ សម្រាប់ការលួចបន្លំប្រាក់ក្រោម $2,000, 5 ឆ្នាំ សម្រាប់ប្រាក់ពី $2,000 ទៅ $4,999.99 និង ជារៀងរហូត សម្រាប់ប្រាក់ $5,000 ឬ ច្រើនជាងនេះ ។
  - សម្រាប់ការផ្តល់ភស្តុតាងលំនៅដ្ឋានមិនពិតដល់ស្រុក ដើម្បីទទួលជំនួយពីស្រុកឬ រដ្ឋពីរ ឬ ច្រើន ក្នុងពេលតែមួយ, ការផ្តល់ភស្តុតាងមិនពិតដល់ស្រុក ចំពោះក្មេងដែលមិនទទួលសិទ្ធិ ឬ ក្មេងដែលគ្មាន, ការទទួលផលប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ច្រើនជាង $10.000 តាមរយៈ ការក្លែងបន្លំ, ការទទួលការកាត់ទោសលើកទីបីលើការក្លែងបន្លំនៅក្នុងតុលាការច្បាប់ ឬ សវនាការរដ្ឋបាល : ជារៀងរហូត ។

សម្រាប់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ :

- ប្រសិនបើមានចេតនា ខ្ញុំមិនគោរពតាមបទបញ្ជាតិប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានបញ្ឈប់រយៈពេល 12 ខែ សម្រាប់បទល្មើសលើកទីមួយ, 24 ខែ សម្រាប់បទល្មើសលើកទីពីរ និង ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទីបី ។ ហើយ ខ្ញុំអាចទទួលពិន័យរហូតដល់ទៅ $250,000 និង/ឬ បញ្ជូនទៅមន្ទីរឃុំឃាំង/ពន្ធធនាគារ ក្នុងរយៈពេល 20 ឆ្នាំ ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានរកឃើញថាមានកំហុសនៅក្នុងតុលាការច្បាប់ណាមួយ ពីព្រោះ :
  - ខ្ញុំបានជួញដូរ ឬ លក់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដើម្បីដូរយកកាំភ្លើង, អាវុធយុទ្ធភ័ណ្ឌ ឬ គ្រឿងផ្ទុះ ផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ជារៀងរហូត សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើកទីមួយ ។
  - ខ្ញុំបានជួញដូរ ឬ លក់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ដើម្បីដូរយកសារធាតុហាមឃាត់ ផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ 24ខែ សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើកទីមួយ និង ជារៀងរហូត សម្រាប់ការប្រព្រឹត្តិល្មើសលើកទីពីរ ។
  - ខ្ញុំបានជួញដូរ ឬ លក់ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភដែលមានតម្លៃ $500 ឬ ច្រើនជាងនេះ ផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ជារៀងរហូត ។
  - ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យស្នើសុំពីរ ឬ ច្រើន ដើម្បីទទួលផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភក្នុងពេលតែមួយ និង បានផ្តល់ឱ្យស្រុកនូវព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណ ឬ លំនៅដ្ឋានមិនពិត ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ក្នុងរយៈពេល 10ឆ្នាំ ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្តន្ទាទោសចំពោះការភូតកុហកក្រោមច្បាប់នៃសហរដ្ឋអាមេរិក និង រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ថាព័ត៌មាននៅក្នុងសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះគឺពិត, ត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ ។

ហត្ថលេខា (ឪពុកម្តាយ ឬ សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំ, អ្នកស្នើសុំ Medi-Cal, សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលទទួលប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ ឬ អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិនៃប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ)			កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា (ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀតដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះ ប្រសិនបើកំពុងស្នើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់)	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខារបស់សាក្សីចំពោះសញ្ញាសម្គាល់, អ្នកបកប្រែ ឬ អ្នកដែលដើរតួនាទីឱ្យអ្នកស្នើសុំ, អ្នកទទួលផលប្រយោជន៍	កាលបរិច្ឆេទ

សម្រាប់ស្រុកប្រើប៉ុណ្ណោះ

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/ Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If “NO”, explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER‘S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR‘S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER‘S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR‘S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE