STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

សេចក្តីថ្លែងការពត៌មានដើម្បីទទួលប្រាក់ជំនួយ បណ្ណ័ទិញម្ហូប និងជំនួយ Medi-Cal/State CMSP

- សូមបំពេញចម្លើយទៅនឹងសំណួរទាំងអស់អំពីជំនួយដែលលោកអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ។ សូមបំពេញចម្លើយទាំងអស់ជាទឹកខ្មៅ ។ អក្សរ"CA" សំរាប់ប្រាក់ជំនួយ "FS" សំរាប់បណ្ណ័ទិញម្ហូប និង "MC" សំរាប់ជំនួយផ្នែកពេទ្យពីរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (Medi-Cal) ឬជំនួយផ្នែកពេទ្យនៃខណ្ឌដែលចាត់ចែងដោយរដ្ឋ (State-Run County Medical Services Program ឬ CMSP) ដែលចុះនៅខាងឆ្វេងនៃសំណួរនីមួយៗជំរាបលោកអ្នកថា សំណួរណាសំរាប់កម្មវិធីណាមួយ ។
- សូមផ្តល់ភស្តុតាងទាំងឡាយ(ដូចជាសំបុត្រទារប្រាក់ បង្កាន់ដៃ និងកំណត់ហេតុ)ដើម្បីជាការគាំទ្រចំពោះសំណួររបស់លោកអ្នក ។ ប្រាប់អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នក នៅពេលណាលោកអ្នកត្រូវការឱ្យជួយក្នុងការរកភស្តុតាង ឬដើម្បីបំពេញសំណៅនេះ ។ បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមភ្ជាប់សន្លឹកដទៃទៀតមកជាមួយ ។
- បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំបណ្ណ័ទិញម្ហូប ហើយលោកអ្នកមិនមែនជាសមាជិកពេញវ័យនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ សូមដាក់ភ្ជាប់សេចក្តីអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរចុះហត្ថលេខាដោយមេគ្រួសារ ឬសមាជិកពេញវ័យដទៃទៀត ។

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER | DATE RCD

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

CA FS MC ① A. **ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកថែរក្សាជាសាច់ញាតិនៃក្មេងដែលចង់បានជំនួយ** | លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ: ( )

អាសយដ្ឋានផ្ទះ:(លេខ ផ្លូវ) | អាសយដ្ឋានផ្ញើ(បើសិនជាខុសប្លែក) | លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ ( )

ក្រុង | រដ្ឋ | លេខហ្ស៊ីបកូដ | ក្រុង | រដ្ឋ | លេខហ្ស៊ីបកូដ

FS B. **តើលោកអ្នកមិនមានផ្ទះសម្បែងរស់នៅទេឬ?** ☐ មែន ☐ ទេ បើ“មែន” តើលោកអ្នកស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកណាម្នាក់ជាបណ្តោះអាសន្នឬ? បើ“មែន” សូមចុះកាលបរិច្ឆេទដែលលោកអ្នកចាប់ផ្តើមស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះនេះ : ☐ មែន ☐ ទេ

② **សំរាប់មនុស្សពេញវ័យម្នាក់ៗដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ: សូមប្រាប់យើងនូវហេតុការណ៍ទាំងអស់ ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ Medi-Cal ហើយលោកអ្នកមិនមែន (a) ជា LPR (អាណិកជនដែលមានទីលំនៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ពេញច្បាប់ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក), (b) ជាអាណិកជនដែលទទួលការលើកលែងទោសមានបណ្ណ I-688 បច្ចុប្បន្នប្រើការបាន, ឬ (c) ជា PRUCOL (អាណិកជនដែលមានទីលំនៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាមលក្ខន្តិកៈនៃច្បាប់) សូមកុំបំពេញនៅក្នុងប្រអប់ពណ៌ប្រផេះដែលសួរអំពី “ទីកន្លែងកើត” ។**

CA FS MC **(A)** ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)

ស្ថានភាពជាពលរដ្ឋ/មិនមែនជាពលរដ្ឋ (✓) ☐ ពលរដ្ឋ/សញ្ជាតិU.S. ☐ អ្នកសុំសិទ្ធិជ្រកកោន ☐ ជនភៀសខ្លួន ☐ PRUCOL ☐ អាណិកជនទទួលលើកលែងទោសមានបណ្ណ I-688 ☐ LPR ☐ អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកដទៃទៀតដែលជាអ្នកមានច្បាប់ ☐ មិនមានច្បាប់អនុញ្ញាត មានអ្នកធានាឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកថែរក្សាជាសាច់ញាតិក្មេង | កាលបរិច្ឆេទកើត / / | លេខសន្តិសុខសង្គម: — —

ភេទ (✓) ☐ ប ☐ ស | ខ្វាក់ ថ្លង់ ឬមានភាពពិការ? ☐ មែន ☐ ទេ | មានផ្ទៃពោះឬ? ☐ មែន ☐ ទេ | ទីកន្លែងកើត ក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស

ប្រភេទនៃជំនួយបានដាក់ពាក្យសុំ (✓) ☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ បណ្ណ័ទិញម្ហូប ☐ ឥតសុំជំនួយ ☐ Medi-Cal ☐ State CMSP

ស្ថានភាពគ្រួសារ (✓) ☐ បានរៀបការ ☐ មិនដែលបានរៀបការ ☐ បាននៅបែកគ្នា ☐ បានលែងលះ ☐ រស់នៅជាមួយគ្នាឥតរៀបការ ☐ ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWDS
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled
☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen
☐ Eligible Non-Citizen ☐ SAVE
DATE OF ENTRY IN THE U.S.

CA FS MC **(B)** ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)

ស្ថានភាពជាពលរដ្ឋ/មិនមែនជាពលរដ្ឋ (✓) ☐ ពលរដ្ឋ/សញ្ជាតិU.S. ☐ អ្នកសុំសិទ្ធិជ្រកកោន ☐ ជនភៀសខ្លួន ☐ PRUCOL ☐ អាណិកជនទទួលលើកលែងទោសមានបណ្ណ I-688 ☐ LPR ☐ អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកដទៃទៀតដែលជាអ្នកមានច្បាប់ ☐ មិនមានច្បាប់អនុញ្ញាត មានអ្នកធានាឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកថែរក្សាជាសាច់ញាតិក្មេង | កាលបរិច្ឆេទកើត / / | លេខសន្តិសុខសង្គម: — —

ភេទ (✓) ☐ ប ☐ ស | ខ្វាក់ ថ្លង់ ឬមានភាពពិការ? ☐ មែន ☐ ទេ | មានផ្ទៃពោះឬ? ☐ មែន ☐ ទេ | ទីកន្លែងកើត ក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស

ប្រភេទនៃជំនួយបានដាក់ពាក្យសុំ (✓) ☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ បណ្ណ័ទិញម្ហូប ☐ ឥតសុំជំនួយ ☐ Medi-Cal ☐ State CMSP

ស្ថានភាពគ្រួសារ (✓) ☐ បានរៀបការ ☐ មិនដែលបានរៀបការ ☐ បាននៅបែកគ្នា ☐ បានលែងលះ ☐ រស់នៅជាមួយគ្នាឥតរៀបការ ☐ ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWDS
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled
☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen
☐ Eligible Non-Citizen ☐ SAVE
DATE OF ENTRY IN THE U.S.

CA FS MC **(C)** ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)

ស្ថានភាពជាពលរដ្ឋ/មិនមែនជាពលរដ្ឋ (✓) ☐ ពលរដ្ឋ/សញ្ជាតិU.S. ☐ អ្នកសុំសិទ្ធិជ្រកកោន ☐ ជនភៀសខ្លួន ☐ PRUCOL ☐ អាណិកជនទទួលលើកលែងទោសមានបណ្ណ I-688 ☐ LPR ☐ អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកដទៃទៀតដែលជាអ្នកមានច្បាប់ ☐ មិនមានច្បាប់អនុញ្ញាត មានអ្នកធានាឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកថែរក្សាជាសាច់ញាតិក្មេង | កាលបរិច្ឆេទកើត / / | លេខសន្តិសុខសង្គម: — —

ភេទ (✓) ☐ ប ☐ ស | ខ្វាក់ ថ្លង់ ឬមានភាពពិការ? ☐ មែន ☐ ទេ | មានផ្ទៃពោះឬ? ☐ មែន ☐ ទេ | ទីកន្លែងកើត ក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស

ប្រភេទនៃជំនួយបានដាក់ពាក្យសុំ (✓) ☐ ប្រាក់ជំនួយ ☐ បណ្ណ័ទិញម្ហូប ☐ ឥតសុំជំនួយ ☐ Medi-Cal ☐ State CMSP

ស្ថានភាពគ្រួសារ (✓) ☐ បានរៀបការ ☐ មិនដែលបានរៀបការ ☐ បាននៅបែកគ្នា ☐ បានលែងលះ ☐ រស់នៅជាមួយគ្នាឥតរៀបការ ☐ ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWDS
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled
☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen
☐ Eligible Non-Citizen ☐ SAVE
DATE OF ENTRY IN THE U.S.

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

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 (403.31)
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 GAIN or 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 b, c, d, e, f, or h (.31)
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)

WORK EXEMPTIONS (42-789 THRU 42-799)

01 Age under 16
02 School Attendance
03 Disability
04 Age 60 or older
05 Care of Another Individual in household
06 Care of Child Age 6 months or under
07 Pregnancy
08 Nonparent relative caretaker (limited)

3 **សំរាប់ក្មេងម្នាក់ៗដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ ក្មេងដែលមិននៅផ្ទះសំរាប់ពេលដ៏ខ្លីមួយ ឬក្មេងដែលលោកអ្នកទាមទារว่าជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកពេលបង់ពន្ធដារ សូមជ្រាប់យើងនូវហេតុការណ៍ទាំងអស់ ។ បើសិនជាលោកអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយ Medi-Cal ហើយលោកអ្នកមិនមែន (a) ជា LPR (អាណិកជនដែលមានទីលំនៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ពេញច្បាប់ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក), (b) ជាអាណិកជនដែលទទួលការលើកលែងទោសមានបណ្ណលេខ I-688 ដែលអាចប្រើការបាន, ឬ (c) ជា PRUCOL (អាណិកជនដែលមានទីលំនៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាមលក្ខន្តិកៈនៃច្បាប់) សូមកុំបំពេញនៅក្នុងប្រអប់ពណ៌ប្រផេះដែលស្លាកអាំពី "ទីកន្លែងកើត" ។ បើសិនជាអ្នកមានផ្ទៃពោះ សូមចុះក្មេងว่า"មិនទាន់កើត" ហើយផ្តល់ការលម្អិតចេញកើត ។**

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

CA FS MC **(A)** ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)									AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	FS Non-HH/Excluded Member Code
លេខសន្ធិច្ចយ៍សង្គ្រោះ — —												☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
												☐ CA 2.1/CA 371 Date of Entry In U.S.
ទីកន្លែងកើត(ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)												Work Registration/Exemption Codes:
												Welfare-to-Work FS
												Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
												☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
												☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen
CA FS MC **(B)** ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)									AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	FS Non-HH/Excluded Member Code
លេខសន្ធិច្ចយ៍សង្គ្រោះ — —												☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
												☐ CA 2.1/CA 371 Date of Entry In U.S.
ទីកន្លែងកើត(ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)												Work Registration/Exemption Codes:
												Welfare-to-Work FS
												Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
												☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
												☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen
CA FS MC **(C)** ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)									AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	FS Non-HH/Excluded Member Code
លេខសន្ធិច្ចយ៍សង្គ្រោះ — —												☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
												☐ CA 2.1/CA 371 Date of Entry In U.S.
ទីកន្លែងកើត(ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)												Work Registration/Exemption Codes:
												Welfare-to-Work FS
												Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
												☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
												☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen
CA FS MC **(D)** ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)									AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	FS Non-HH/Excluded Member Code
លេខសន្ធិច្ចយ៍សង្គ្រោះ — —												☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
												☐ CA 2.1/CA 371 Date of Entry In U.S.
ទីកន្លែងកើត(ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)												Work Registration/Exemption Codes:
												Welfare-to-Work FS
												Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
												☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
												☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen
CA FS MC **(E)** ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន កណ្តាល ត្រកូល)									AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	FS Non-HH/Excluded Member Code
លេខសន្ធិច្ចយ៍សង្គ្រោះ — —												☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
												☐ CA 2.1/CA 371 Date of Entry In U.S.
ទីកន្លែងកើត(ក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស)												Work Registration/Exemption Codes:
												Welfare-to-Work FS
												Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN
												☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet
												☐ SAVE ☐ Citizen ☐ Eligible Non-Citizen

CA MC **4** **តើឪពុកឬម្តាយម្ខាងទៀតរបស់ក្មេង ឬក្មេងមិនទាន់កើតរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬ?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ**

បើ "ទេ" សូមពន្យល់នៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ	សូមផ្តល់មូលហេតុដែលឪពុកម្តាយមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ

CA FS MC	5	**តើមានអ្នកណាបានផ្ទាស់ប្តូរស្ថានភាពជាពលរដ្ឋ/អន្តោប្រវេសន៍នៅក្នុងពេល១២ខែកន្លងទៅនេះទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :	**សំរាប់តែខណ្ឌាបំពេញ**

ឈ្មោះ	អ្វីដែលបានផ្ទាស់ប្តូរ	កាលបរិច្ឆេទ	លេខអាណិកជន(បើសិនជាមាន)

☐ Verif. on File
☐ CA 64
☐ MC 13

CA FS	6	A. **តើមានកូនចិញ្ចឹមរស់នៅក្នុងផ្ទះឬទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ** បើ"មាន" តើជាអ្នកណា :	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None
FS		B. **តើលោកអ្នកចង់ឲ្យប្រាក់ចំណូលសំរាប់កូនចិញ្ចឹមនិងសំរាប់ថែរក្សាកូនចិញ្ចឹម យកមកគិតនៅក្នុងសំណុំរៀងបណ្ណិចិញ្ចម្ហូបឬ?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ**	
CA FS MC	7	**តើមានអ្នកណាធ្លាប់ប្រើឈ្មោះដទៃទៀត(ឈ្មោះដើម ឈ្មោះហៅក្រៅ ។ល។)ទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ :	

ឈ្មោះ	ឈ្មោះដទៃទៀតដែលបានប្រើ
ឈ្មោះ	ឈ្មោះដទៃទៀតដែលបានប្រើ

CA MC	8	A.	**តើមនុស្សគ្រប់ប្រភេទរស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វូរ៉ានីញ៉ាឬ?** បើ "ទេ" សូមពន្យល់ :	**មែន**	**ទេ**
		B.	**តើមនុស្សគ្រប់ប្រភេទគ្រោងថានឹងរស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វូរ៉ានីញ៉ាជាអចិន្ត្រៃយ៍ឬ?** បើ"ទេ" សូមពន្យល់ :		
		C.	**តើមានអ្នកណាជាម្ចាស់ ជួល ឬមានផ្ទះប្រចាំការនៅក្រៅរដ្ឋកាលីហ្វូរ៉ានីញ៉ាឬទេ?** បើ"មែន" សូមពន្យល់ :		
		D.	**តើនៅក្នុងពេលថ្មីៗនេះ មានអ្នកណាម្នាក់ទទួលជំនួយសាធារណៈនៅក្រៅរដ្ឋកាលីហ្វូរ៉ានីញ៉ាឬទេ?** បើ"មែន" សូមពន្យល់ :		
		E.	**តើមានអ្នកណាម្នាក់ មានបំណងថានឹងចាកចេញពីរដ្ឋកាលីហ្វូរ៉ានីញ៉ាសំរាប់ពេលច្រើនជាង៣០ថ្ងៃឬទេ?** បើ"មែន" សូមពន្យល់ :		
		F.	**តើមានសមាជិកនៃគ្រួសារណាម្នាក់បានចូលមកក្នុងប្រទេសអាមេរិកតាមបណ្ណឬទិដ្ឋាការ(លិខិតគ្រអនុញ្ញាត)ឆ្លងព្រំដែនឬទេ?** បើ"មែន" សូមពន្យល់ :		

☐ **YES** ☐ **NO**

Calif. Resident:

☐ Property

☐ PA

☐ Border Crossing Card
☐ Visa

MC	9	**តើលោកអ្នក ឬសមាជិកក្នុងគ្រួសារណាម្នាក់ដែលត្រូវបានទាមទារថាជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកសំរាប់ការកាត់កងពន្ធផ្អែកលើប្រាក់ចំណូល ដោយអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនបានរស់នៅជាមួយលោកអ្នកឬទេ?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ** បើ"មែន" ជាអ្នកណា :	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1

អ្នកណាជាអ្នកទាមទារសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារ	អាសយដ្ឋាន	ទំនាក់ទំនង
អ្នកណាជាអ្នកទាមទារសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារ	អាសយដ្ឋាន	ទំនាក់ទំនង

CA FS MC	10	A. **តើមានប្រាក់ជំនួយ បណ្ណិចិញ្ចម្ហូប ឬMedi-Cal របស់អ្នកណាម្នាក់ត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយសារតែ : ការមិនធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយនៅក្នុងពេលពិនិត្យគុណសម្បត្តិសារឡើងវិញដើម្បីទទួលជំនួយ ការធ្វើទណ្ឌកម្មដោយមិនធ្វើតាមច្បាប់ការងារ ឬការហ្គាកហ្គីន ឬការមិនអនុវត្តន៍តាមការតម្រូវឲ្យធ្វើការនៃកម្មវិធីបណ្ណិចិញ្ចម្ហូបជួយចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលអាចធ្វើការបានដែលមិនមានអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក (Food Stamp Able Bodied Adults Without Dependent ឬ ABAWD) ឬសំរាប់មូលហេតុណាមួយដទៃទៀត ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ** បើ"មាន" សូមពន្យល់នៅខាងក្រោម :
CA FS		B. **តើប្រាក់ជំនួយ ឬបណ្ណិចិញ្ចម្ហូបរបស់អ្នកណាម្នាក់ត្រូវបានបញ្ឈប់សំរាប់ពេលមួយរយៈ ឬជារៀងរហូត ដោយសារតែការគៃបន្ទំលើជំនួយសុខុមាលភាព ឬការបំពានលើកម្មវិធីដោយចេតនា?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ** បើ"មែន" សូមពន្យល់នៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	មូលហេតុ	នៅពេលណា	ខណ្ឌ/រដ្ឋអ្វី

FS	11	**តើអ្នកដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នកទិញម្ហូបអាហារ និងដាំស្ងអាហារនៅដោយឡែកពីអ្នកដទៃទៀតនៅក្នុងផ្ទះឬ?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ** បើ"មែន" សូមពន្យល់ថាជាអ្នកណា :	Separate household eligible: ☐ **YES** ☐ **NO**
FS	12	**តើមានអ្នកណារស់នៅជាមួយលោកអ្នកដែលមានអាយុ១០ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ហើយមិនអាចទិញម្ហូបអាហារ និងដាំស្ងអាហារដោយឡែកពីព្រោះតែភាពពិការឬទេ ?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ** បើ"មែន" សូមពន្យល់ថាជាអ្នកណា :	Separate household eligible: ☐ **YES** ☐ **NO**

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (13) A. តើលោកអ្នកមានបង់ទៅឱ្យអ្នកណាម្នាក់សំរាប់ថ្លៃម្ហូបអាហារ និង/ឬថ្លៃបន្ទប់ឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

បើ"មាន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ :

ឈ្មោះអ្នកដែលលោកអ្នកបង់	សូមគូស (✔) ☐ ម្ហូបអាហារ ☐ បន្ទប់ ☐ ទាំងពីរមុខ	តម្លៃប៉ុន្មាន $	ជាញឹកញាប់យ៉ាងណា	ចំនួនម្ហូបអាហារក្នុង១ថ្ងៃ

CA FS MC B. តើមានអ្នកណាបង់ទៅឱ្យលោកអ្នកសំរាប់ថ្លៃម្ហូបអាហារ និង/ឬថ្លៃបន្ទប់ឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

បើ"មាន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ :

ឈ្មោះអ្នកដែលបង់ប្រាក់ទៅឱ្យលោកអ្នក	សូមគូស (✔) ☐ ម្ហូបអាហារ ☐ បន្ទប់ ☐ ទាំងពីរមុខ	តម្លៃប៉ុន្មាន $	ជាញឹកញាប់យ៉ាងណា	ចំនួនម្ហូបអាហារក្នុង១ថ្ងៃ

FS (14) តើមានអ្នកណាទទួលម្ហូបអាហារពីកម្មវិធីដូចតទៅនេះទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

- មណ្ឌលញុំាបាយរួមសំរាប់មនុស្សចាស់ជរាឬអ្នកពិការ
- កម្មវិធីចែកម្ហូបអាហារដែលចាត់ចែងដោយកម្មវិធីថែរក្សាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង
- កម្មវិធីម្ហូបអាហារដទៃទៀត

ឈ្មោះ	ឈ្មោះកម្មវិធី	ឈ្មោះ	ឈ្មោះកម្មវិធី

CA FS MC (15) A. តើមានអ្នកណារស់នៅក្នុងកន្លែងដូចនៅខាងក្រោមនេះ : ☐ មាន ☐ ទេ

បើ"មាន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

- ទីជម្រក មណ្ឌលស្នាក់នៅ
- កន្លែងថែរក្សាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង
- ពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ/មណ្ឌលនៃអ្នកខូចសតិ
- ការរៀបចំឱ្យនៅជាក្រុមសំរាប់អ្នកពិការ/ខ្វាក់
- មន្ទីរពេទ្យ ឬផ្ទះថែរក្សាមនុស្សចាស់
- ផ្ទះរដ្ឋជួយចេញប្រាក់បង់សំរាប់មនុស្សចាស់ជរា
- មណ្ឌលជួយកែប្រែអ្នកប្រើថ្នាំញៀន ឬអ្នកប្រមឹក
- ផ្ទះផ្តល់ម្ហូបអាហារនិងការថែរក្សា
- មជ្ឈមណ្ឌលធ្វើទោស/កន្លែងកែប្រែអប់រំ

ឈ្មោះ	ឈ្មោះមណ្ឌល ជម្រក មន្ទីរពេទ្យ ។ល។	កាលបរិច្ឆេទបានចូល	កាលបរិច្ឆេទសង្ឃឹមថាត្រូវចេញ

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO

CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

MC B. តើអ្នកដែលស្នាក់នៅក្នុងពេទ្យ ឬផ្ទះថែរក្សាមនុស្សចាស់មានប្តីប្រពន្ធ ឬក្មេងមិនទាន់ពេញវ័យនៅផ្ទះឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

CA (16) តើក្មេងគ្រប់រូបដែលមានអាយុ៦ឆ្នាំទៅ១៦ឆ្នាំបានទៅសាលារៀនជាធម្មតាឬទេ? ☐ មែន ☐ ទេ

បើ"ទេ" សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងពន្យល់ថាហេតុអ្វីបានជាក្មេងមិនទៅសាលារៀនជាធម្មតា ។

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

CA FS MC (17) A. តើមានអ្នកណាអាយុ១៦ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងចុះឈ្មោះរៀននៅសាលា មហាវិទ្យាល័យ ឬកម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺនឬទេ ឬសំរាប់ជំនួយ Medi-Cal ដោយគិតបញ្ចូលទាំងក្មេងអាយុ១៤ឆ្នាំ និង១៥ឆ្នាំ? បើ"មាន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ : ☐ មាន ☐ ទេ

ឈ្មោះ	អាយុ	ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	ចំនួនយូនីត/ម៉ោងក្នុង១សប្តាហ៍	កាលបរិច្ឆេទសង្ឃឹមថានឹងបញ្ចប់	ធ្វើការឬ?
		សូមគូសការចូលរៀនគឺ (✔) ☐ ពេញពេល ☐ ពាក់កណ្តាលពេល ☐ ដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់):			☐ មែន ☐ ទេ

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

FS Eligible Student ☐ YES ☐ NO

ឈ្មោះ	អាយុ	ឈ្មោះសាលា/មហាវិទ្យាល័យ/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន	ចំនួនយូនីត/ម៉ោងក្នុង១សប្តាហ៍	កាលបរិច្ឆេទសង្ឃឹមថានឹងបញ្ចប់	ធ្វើការឬ?
		សូមគូសការចូលរៀនគឺ (✔) ☐ ពេញពេល ☐ ពាក់កណ្តាលពេល ☐ ដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់):			☐ មែន ☐ ទេ

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

FS Eligible Student ☐ YES ☐ NO

CA FS MC B. សូមបំពេញនៅខាងក្រោមសំរាប់អ្នកណាដែលបានចុះឈ្មោះរៀននៅមហាវិទ្យាល័យ ឬសិក្សានៅមជ្ឈមណ្ឌលសិក្សាអប់រំដូចគ្នានេះ ។

កំឡុងពេលសិក្សា ☐ ឆមាស(ប្រាំមួយខែ) ☐ ឆ្នាំ ☐ ត្រីមាស(បីខែ)	ប្រាក់ថ្លៃសិក្សា/ប្រាក់ឈ្នួលសំរាប់ពេលសិក្សានីមួយៗ $	ថ្លៃសៀវភៅ ប្រដាប់ប្រដារ។ល។សំរាប់ពេលសិក្សានីមួយៗ $
ចំនួនចំងាយផ្លូវទៅមកក្នុង១ថ្ងៃទៅកាន់សាលា/កន្លែងថែក្មេង(ម៉ៃល៍)	ចំនួនថ្ងៃសិក្សានៅក្នុង១សប្តាហ៍	យានដឹកនាំដែលបានប្រើ
ថ្លៃយានដឹកនាំក្នុង១សប្តាហ៍ $	ចំនួនដែលបានទទួលពីសមាជិកជិះរថយន្តជាមួយ $	យានដឹកនាំសាធារណៈ(រថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ ។ល។)ក្នុង១ថ្ងៃ $

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO

Date Verified:

Financial Aid: ☐ YES ☐ NO

☐ MC 210 S-E

CA (18) A. តើមានអ្នកណាអាយុតិចជាង២០ឆ្នាំនិងមានផ្ទៃពោះ ឬជាឪពុកម្តាយឬទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	អាយុ	សូមគូស (✔) ស្ថានភាព ☐ មានផ្ទៃពោះ ☐ ឪពុកម្តាយមិនទាន់គ្រប់អាយុ

ស្ថានភាពសាលារៀន សូមគូស (✔)

☐ មានសញ្ញាបត្រមធ្យមសិក្សា ☐ មានសញ្ញាបត្រចំណេះវិជ្ជាទូទៅ (GED) ☐ មិនទៅសាលារៀន(សូមពន្យល់) :

☐ ក្នុងពេលថ្មីៗនេះទៅសាលារៀន ☐ ដទៃទៀត(សូមពន្យល់) :

B. តើមានអ្នកណាបានទទួលប្រាក់រង្វាន់ ឬទណ្ឌកម្ម ឬជំនួយសំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្មេង យានដឹកនាំ ។ល។ ពីកម្មវិធីសិក្សាអប់រំនៃរដ្ឋកាលីហ្វរនីញ៉ាជួយចំពោះឪពុកម្តាយដែលមិនទាន់ពេញវ័យ (Cal-Learn)? បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ : ☐ មាន ☐ ទេ

ឈ្មោះ	ទីកន្លែង(ខណ្ឌ)	កាលបរិច្ឆេទបានទទួល

Referred to:

☐ Cal-Learn

☐ CA 25

☐ CA 25A

☐ Referred to Welfare-to-Work

CA FS MC (19) តើមានអ្នកណាធ្វើកូដកម្មទេ? ☐ មាន ☐ ទេ

បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកធ្វើកូដកម្ម	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននៃម្ចាស់ការងារ/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន
ឈ្មោះសហជីប	
កាលបរិច្ឆេទបានធ្វើកូដកម្ម	ប្រាក់ចំណូលរកបានប្រចាំខែពីការងារនេះមុនពេលកាត់កងនៅមុនពេលធ្វើកូដកម្ម

Striker Regs Apply: ☐ CA ☐ FS ☐ MC

(20) តើមានអ្នកណាម្នាក់គិតបញ្ជាលទាំងក្នុងវ៉ែលបានធ្វើការ ឬសង្ឃឹមថានឹងធ្វើការដោយគិតបញ្ជាលទាំងការងារមិនពេញពេល និងការងារមិនទៀងទាត់ : សូមគូស (✔) "មែន" ឬ "ទេ" សម្រាប់មុខរបស់នីមួយៗ ។	មែន	ទេ
តើមានអ្នកណាម្នាក់បានឈប់ធ្វើការ ឬបដិសេធការងារឬការហ្វឹកហ្វឹននៅក្នុងកំឡុងពេល៦០ថ្ងៃនេះទេ?		
តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលឥឡូវនេះកំពុងធ្វើការ ឬហ្វឹកហ្វឹន?		
តើមានអ្នកណាសង្ឃឹមថានឹងធ្វើការ ឬនៅក្នុងការហ្វឹកហ្វឹននៅក្នុងពេល២ខែខាងមុខនេះទេ?		

បើសិនជាប្រកបរបរខ្លួនឯង : **សំរាប់ជំនួយបណ្ណិតិញ្ញមួយនិងមេធី-ទាល :** សូមចុះការចំណាយទៅលើមុខរបររបស់លោកអ្នកនៅលីក្រដាសមួយដោយឡែក ។
សំរាប់ជ្រាកជំនួយ : តើលោកអ្នកចង់ឱ្យការចំណាយទៅលើមុខរបររបស់លោកអ្នក គិតទៅលើ :
សូមគូស (✔) ☐ 40% ការកាត់កងវ៉ែលជាខ្ពាត ☐ ការចំណាយទៅលើមុខរបរពិតរបស់លោកអ្នក? **បើសិនជាការចំណាយពិត** លោកអ្នកត្រូវតែចុះការចំណាយទៅលើមុខរបររបស់លោកអ្នកនៅលីក្រដាសមួយដោយឡែក ។ បើ "មែន" ទៅនឹងសំណួរនៅខាងលើ សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

(A) ឈ្មោះ	ចំនួនថ្ងៃនិងម៉ោងនៃការងារ/ហ្វឹកហ្វឹននៅក្នុងមួយខែ មុនមិន_____ ខែនេះ_____	ឈ្មោះម្ចាស់ការងារនិងអាសយដ្ឋាន		
កាលបរិច្ឆេទបិទក្រាក់	មុខរបរធ្វើដោយខ្លួនឯងឬ? ☐ មែន ☐ ទេ	ប្រាក់ខែនៅមុនពេលកាត់កង $ ក្នុង	លិកចុងក្រោយបានទទួល(កាលបរិច្ឆេទ)	បានទទួលឬសង្ឃឹមថានឹងទទួលប្រាក់កម្រៃក្រៅ ឬប្រាក់កម្រៃដើងសារឬ? ☐ មែន ☐ ទេ បើ"មែន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោម
ថ្ងៃធ្វើការ/ហ្វឹកហ្វឹនចុងក្រោយ	មុខរបរ			ចំនួនវ៉ែលបានទទួល $_____ ចំនួនវ៉ែលសង្ឃឹមថាបានទទួល $_____
ចំនួនវ៉ែលសង្ឃឹមថាបានទទួលនៅមុនពេលកាត់កង $	លិកវ៉ែលបានសង្ឃឹមនឹងទទួល (កាលបរិច្ឆេទ)	មូលហេតុសំរាប់ការចាកចេញពីការងារ/ការហ្វឹកហ្វឹន		

(B) ឈ្មោះ	ចំនួនថ្ងៃនិងម៉ោងនៃការងារ/ហ្វឹកហ្វឹននៅក្នុងមួយខែ មុនមិន_____ ខែនេះ_____	ឈ្មោះម្ចាស់ការងារនិងអាសយដ្ឋាន		
កាលបរិច្ឆេទបិទក្រាក់	មុខរបរធ្វើដោយខ្លួនឯងឬ? ☐ មែន ☐ ទេ	ប្រាក់ខែនៅមុនពេលកាត់កង $ ក្នុង	លិកចុងក្រោយបានទទួល(កាលបរិច្ឆេទ)	បានទទួលឬសង្ឃឹមថានឹងទទួលប្រាក់កម្រៃក្រៅ ឬប្រាក់កម្រៃដើងសារឬ? ☐ មែន ☐ ទេ បើ"មែន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោម
ថ្ងៃធ្វើការ/ហ្វឹកហ្វឹនចុងក្រោយ	មុខរបរ			ចំនួនវ៉ែលបានទទួល $_____ ចំនួនវ៉ែលសង្ឃឹមថាបានទទួល $_____
ចំនួនវ៉ែលសង្ឃឹមថាបានទទួលនៅមុនពេលកាត់កង $	លិកវ៉ែលបានសង្ឃឹមនឹងទទួល (កាលបរិច្ឆេទ)	មូលហេតុសំរាប់ការចាកចេញពីការងារ/ការហ្វឹកហ្វឹន		

CA FS MC (21) **A. តើមានអ្នកណាបានបង់ថ្លៃថែរក្សាកុង មនុស្សចាស់ពិការ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកឯទៀតដើម្បីគាត់អាចទៅធ្វើការ ☐ មាន ☐ ទេ**
ទៅសាលារៀន ឬទៅស្វែងរកការងារ?
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម និងសូមគូសថាជា (✔) ការងារឬការហ្វឹកហ្វឹន ។

អ្នកណាទទួលកិច្ចថែរក្សា	អ្នកណាជាអ្នកបង់	អ្នកណាផ្តល់កិច្ចថែរក្សា	☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឹន	ចំនួន/នៅពេលណា $ ជារាល់
អ្នកណាទទួលកិច្ចថែរក្សា	អ្នកណាជាអ្នកបង់	អ្នកណាផ្តល់កិច្ចថែរក្សា	☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឹន	ចំនួន/នៅពេលណា $ ជារាល់

CA FS MC **B. តើមានអ្នកណាបង់ថ្លៃថែរក្សាកូនរបស់លោកអ្នកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកឬទេ?** ☐ មាន ☐ ទេ
នេះគិតបញ្ជាលទាំងថ្លៃថែរបានបង់ឱ្យដោយសាច្ចាតិឬមិត្តភក្តិដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ ក្រសួងសិក្សាអប់រំ ប្រាក់ជំនួយទាំងដុំ (Block Grant) ។ល។ បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះកុង	អ្នកណាជាអ្នកបង់ឱ្យ	ចំនួនបានបង់ប្រចាំខែ $	អ្នកណាទៀតជាអ្នកបង់ឱ្យ	ចំនួនបានបង់ប្រចាំខែ $
ឈ្មោះកុង	អ្នកណាជាអ្នកបង់ឱ្យ	ចំនួនបានបង់ប្រចាំខែ $	អ្នកណាទៀតជាអ្នកបង់ឱ្យ	ចំនួនបានបង់ប្រចាំខែ $

FS MC (22) **តើមានអ្នកណាបង់ជួយផ្គត់ផ្គង់កូនឬប្តីប្រពន្ធឬទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

អ្នកណាជាអ្នកបង់	សំរាប់អ្នកណា	ចំនួនបង់ក្នុង១ខែ $

CA FS MC (23) **តើមានអ្នកណាបានដាក់ពាក្យសុំ ឬបានទទួលប្រាក់ជានាវ៉ាប់រងពេលឥតការធ្វើ ឬពេលពិការនៅក្នុងពេល១ឆ្នាំខែកន្លងទៅនេះទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទបានដាក់ពាក្យសុំ	នៅឯណា(ខណ្ឌ/រដ្ឋ)	កាលបរិច្ឆេទបានទទួលចុងក្រោយ
ឈ្មោះ	កាលបរិច្ឆេទបានដាក់ពាក្យសុំ	នៅឯណា(ខណ្ឌ/រដ្ឋ)	កាលបរិច្ឆេទបានទទួលចុងក្រោយ

CA (24) **តើមានអ្នកណាបានទទួលប្រាក់បង់បង្ហៃឬកិច្ចជួយបង្ហៃពីខណ្ឌឬទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះអ្នកទទួល	ឈ្មោះខណ្ឌ	ចំនួនវ៉ែលបានទទួល	ចុះកិច្ចជួយបង្ហៃវ៉ែលបានទទួល	តម្លៃប្រមាណនៃកិច្ចជួយ	កាលបរិច្ឆេទវ៉ែលបានទទួល

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

(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 Vol. Quit or Refusal
PWR Determines as ☐ (A) ☐ (B)
Work history last 120 days ☐ (A) ☐ (B)

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

(A) ☐ CA: 4 Weeks (B) ☐ CA: 4 weeks
☐ FS: 60 days ☐ FS: 60 days
☐ MC: 30 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:
$

CA FS MC **(25) តើមានផ្ទុកឬម្តាយនៅក្នុងផ្ទះណាដែលបានធ្វើការឬនៅក្នុងការហ្វឹកហ្វឺននៅក្នុងពេល២៨ខែកន្លងមក ។** បើ"មែន"សូមបំពេញខាងក្រោម : ☐ **មែន** ☐ **ទេ**

- គិតទាំងការងារទាំងអស់ដែលបានធ្វើនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក ។
- គិតទាំងការងារដែលបានធ្វើដើម្បីផ្គត់ផ្គង់របស់ផ្ទះទៀតក្រៅពីប្រាក់កាសដូចជាឈ្នួលផ្ទះ ម្ហូបអាហារ ទឹកភ្លើងម្ហាស។ល។ ឬ<u>**របស់ផ្ទះទៀត**</u> ។
- ចាប់ផ្តើមពីការងារឬការហ្វឹកហ្វឺននៅក្នុងពេលថ្មីៗនៃមនុស្សនេះ ។

A. ឈ្មោះ

តើឈ្មោះនេះគឺជាផនជាតិដើមអាមេរិកឬ? ☐ **មែន** ☐ **ទេ**
បើ"មែន" សូមចុះឈ្មោះកុលសម្ពន្ធ :

ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននៃម្ចាស់ការងារ ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ថាជាការងារឬការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលបានទទួលការងារ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ចាប់ពី / ហូត	ចំនួនបានបង់ឱ្យ	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននៃម្ចាស់ការងារ ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ថាជាការងារឬការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលបានទទួលការងារ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ចាប់ពី / ហូត	ចំនួនបានបង់ឱ្យ
1. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ	4. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ
2. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ	5. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ
3. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ	6. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ

B. ឈ្មោះ

តើឈ្មោះនេះគឺជាផនជាតិដើមអាមេរិកឬ? ☐ **មែន** ☐ **ទេ**
បើ"មែន" សូមចុះឈ្មោះកុលសម្ពន្ធ :

ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននៃម្ចាស់ការងារ ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ថាជាការងារឬការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលបានទទួលការងារ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ចាប់ពី / ហូត	ចំនួនបានបង់ឱ្យ	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាននៃម្ចាស់ការងារ ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន (✓) សូមគូស ថាជាការងារឬការហ្វឹកហ្វឺន	ពេលបានទទួលការងារ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ចាប់ពី / ហូត	ចំនួនបានបង់ឱ្យ
1. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ	4. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ
2. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ	5. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ
3. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ	6. ☐ ការងារ ☐ ការហ្វឹកហ្វឺន	ចាប់ពី / ហូត	$ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ

FS **(26) តើសមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសារទទួលជំនួយបណ្តាញ្ញាតិ ឬជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិកឬ?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ**
បើ"ទេ" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមសំរាប់សមាជិកនៃគ្រួសារម្នាក់ៗដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ។

ឈ្មោះនៃមនុស្សម្នាក់ៗ ដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋ អាមេរិក	A. តើសរបពេលប៉ុន្មានឆ្នាំហើយដែលមនុស្ស នេះ ប្តីប្រពន្ធរបស់គេ និង/ឬផ្ទុកម្តាយ របស់គេ(នៅមុនពេលដែលមនុស្ស នេះ មានអាយុ១៨ឆ្នាំ)បានរស់នៅក្នុង សហរដ្ឋអាមេរិក?	B. <u>នៅក្នុងពេលដែលរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋ អាមេរិក</u> ។ តើមានចំនួនប៉ុន្មានឆ្នាំនៃឆ្នាំ ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងផ្នែកA តើ មនុស្ស នេះ ប្តីប្រពន្ធរបស់គេ និង/ឬផ្ទុក ម្តាយរបស់គេ (នៅមុនពេលដែលមនុស្ស នេះ មានអាយុ១៨ឆ្នាំ)រកបានប្រាក់ ដោយធ្វើការនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក?	C. <u>នៅក្នុងពេលដែលរស់នៅក្រៅសហរដ្ឋ អាមេរិក</u> ។ តើមានចំនួនសរបុប៉ុន្មានឆ្នាំ ដែលមនុស្ស នេះ ប្តីប្រពន្ធរបស់គេ និង/ ឬផ្ទុកម្តាយរបស់គេ (នៅមុនពេលដែល មនុស្ស នេះ មានអាយុ១៨ឆ្នាំ) បាន ធ្វើ ការនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក?
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC **(27) តើមានអ្នកណាបានបំរើនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក ឬជាប្តីប្រពន្ធ ផ្ទុកម្តាយ ឬកូននៃអ្នកដែលបានបំរើនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ**
បើ"មែន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម

ឈ្មោះ	ពលរដ្ឋអាមេរិក	(✓) ស្ថានភាព	សាខានៃកិច្ចការ	កាលបរិច្ឆេទនៃកិច្ចការ	ត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយកិត្តិយស
	☐ មែន ☐ ទេ	☐ តារៈកិច្ចសកម្មនៃកងទ័ព/អតីតយុទ្ធជន ☐ ប្តីប្រពន្ធ ផ្ទុកម្តាយ ឬកូននៃអ្នកមានតារៈកិច្ច សកម្មនៃកងទ័ព/អតីតយុទ្ធជន			☐ មែន ☐ ទេ
ឈ្មោះ	ពលរដ្ឋអាមេរិក	(✓) ស្ថានភាព	សាខានៃកិច្ចការ	កាលបរិច្ឆេទនៃកិច្ចការ	ត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយកិត្តិយស
	☐ មែន ☐ ទេ	☐ តារៈកិច្ចសកម្មនៃកងទ័ព/អតីតយុទ្ធជន ☐ ប្តីប្រពន្ធ ផ្ទុកម្តាយ ឬកូននៃអ្នកមានតារៈកិច្ច សកម្មនៃកងទ័ព/អតីតយុទ្ធជន			☐ មែន ☐ ទេ

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

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.

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

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		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		
Ineligible Reason		

(26)
FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27)
☐ *CA 5*
FS: Non-Citizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC **28 A. តើមានអ្នកណាម្នាក់ ដោយគិតបញ្ចូលទាំងកូនក្មេង ទទួលឬសង្ឃឹមថានឹងទទួលប្រាក់ពីប្រភពណាមួយដូចចុះនៅខាងក្រោមនេះ?**
សូមគូស (✔) មែន ឬទេ សំរាប់មុខរបស់នីមួយៗ ។

	មែន	ទេ
ការហ្វឹកហ្វឺន		
កម្មសិក្សាធ្វើការ, កម្មវិធីចែងពីការរៀនហ្វឹកហ្វឺនវិជ្ជាជីវៈ (JTPA), កម្មវិធី GAIN, ឬកម្មវិធីដទៃទៀត		
ប្រាក់ផ្តល់ឱ្យពីកម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺនដទៃទៀត		
ប្រាក់ជំនួយសំរាប់ការសិក្សា ប្រាក់ខ្ចី និងអាហារូបករណ៍		
ប្រាក់ជំនួយសុខុមាលភាព(វ៉ែលហ្វ៉ារ)		
ប្រាក់ជំនួយCalWORKs		
ប្រាក់ជំនួយសំរាប់ជនភៀសខ្លួន		
ប្រាក់ជំនួយទូទៅ (GA/GR)		
ជំនួយពីរដ្ឋ		
ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងពេលឥតការធ្វើ (UIB)		
ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងDIB/SDI (ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងរដ្ឋចំពោះអ្នកពិការ)		
ប្រាក់សំណងចំពោះអ្នកធ្វើការ		
ប្រាក់ជួយផ្គត់ផ្គង់		
កូន/ឬប្រពន្ធ		
(ប្រាក់សំរាប់) ថ្ងៃពេទ្យ ឬប្រាក់បង់ឡើងវិញប្រចាំខែ		
ប្រាក់សន្ធិច្ចយសង្គ្រោះ		
សំរាប់ភាពពិការ ឬជំនួយSSI		
សំរាប់ការចូលនិវត្តន៍ ឬគ្រួសារនៃអ្នកស្លាប់		
ប្រាក់ខ្ចី អំណាយ ឬប្រាក់វិភាគទាន		
ការព្រមព្រៀងសងតាមច្បាប់ឬពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង/ ការសំរេចសេចក្តីនៃតុលាការដែលបានព្យាទុកពីមុនមក		

	មែន	ទេ
ប្រាក់កំរៃពីការធ្វើកូដកម្ម		
ជំនួយដែលបានទាក់ទងទៅនឹងកិច្ចការកងទ័ព		
ជំនួយសំរាប់កងទ័ព ឬប្រាក់ចូលនិវត្តន៍		
ក្រសួងអតីតយុទ្ធជន		
កិច្ចជួយនឹងការចូលរួម		
ភាពពិការ		
ជំនួយទាក់ទងទៅនឹងការសិក្សា		
ការចូលនិវត្តន៍នៃអ្នកធ្វើការផ្លូវរថភ្លើង		
ភាពពិការ		
ការចូលនិវត្តន៍		
ក្រសួងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ៍ រដ្ឋ ក្នុងតំបន់ដទៃទៀត		
ភាពពិការ		
ការចូលនិវត្តន៍		
ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ដទៃ ប្រាក់ពេលឈប់សំរាកឈឺ ប្រាក់ជំនួយសំរាប់ភាពពិការ		
ប្រាក់ចំណែកស្មើៗគ្នាសំរាប់ជនជាតិ អាមេរិកាំងអ៊ីនដ្យាន		
ប្រាក់ឈ្នះ(វ៉ែងង ឆ្នោត ប៊ីងហ្គោ រង្វាន់ ។ល។)		
សំបុត្រលក់ កិច្ចសន្យា សំបុត្រអចលនវត្ថុ សំបុត្រចុះខសន្យា		
ដទៃទៀត(សូមពន្យល់)		

សំរាប់តែខណ្ឌាបំពេញ

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

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

បើ"មែន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម

ឈ្មោះ	ប្រភព	ចំនួនប្រាក់(នៅមុនពេលកាត់កង)	នៅពេលណា	ទទួលញឹកញាប់បែបណា	(✔) if exempt CA	FS	MC
		$					
		$					

CA FS MC **B. តើមានអ្នកណាសង្ឃឹមថានឹងផ្ទាស់ប្តូរចំនួននៃប្រាក់ដែលបានទទួលនៅក្នុងពេលឥឡូវនេះ ដូចជាការធ្វើងារថ្មីសំរាប់ការរស់នៅ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	អ្វី	ចំនួនប្រាក់ $	នៅពេលណា

CA FS MC **29 តើមានអ្នកណាទទួលផ្ទះសម្បែង ឬថ្ងៃឈ្លួលផ្ទះ ថ្ងៃទឹកភ្លើងហ្គាស។ល។ ម្ហូបអាហារឬសំលៀកបំពាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ ឬជាការផ្ទាស់ប្តូរជាមួយការងារទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម និងគូសថា (✔) ជារបស់ទទួលដោយឥតបង់ប្រាក់ ឬជាការផ្ទាស់ប្តូរ :

មុខរបស់ដែលបានទទួល	ឥតបង់ប្រាក់	ជាការផ្ទាស់ប្តូរ	អ្នកណាជាអ្នកទទួលមុខរបស់	តម្លៃ	អ្នកណាផ្តល់មុខរបស់	In-Kind Income: Verif. on file: ☐ YES ☐ NO Partial	Full Earned	Full Unearned
ផ្ទះសម្បែងឬឈ្លួលផ្ទះ				$				
ទឹកភ្លើងហ្គាស។ល។				$				
ម្ហូបអាហារ				$				
សំលៀកបំពាក់				$				

CA FS MC **30 A. តើមានអ្នកណាជាម្ចាស់ ឬមានអ្នកណាទិញអចលនវត្ថុដូចជាដី និង/ឬអគារនៅកន្លែងណាមួយគិតបញ្ចូលទាំងនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោម ។ គិតបញ្ចូលទាំងដី និង/ឬអាគារដែលលោកអ្នកមានឈ្មោះរួមចំណែក ។

ប្រភេទ(ដី ផ្ទះ ផ្ទះល្វែង ។ល។)	ប្រើសំរាប់(ផ្ទះ សំរាប់ជួល។ល។) សូមគូស (✔)	មែន	ទេ	ឈ្មោះម្ចាស់	អាសយដ្ឋានឬទីកន្លែង	ចំនួនបានជំពាក់	ប្រាក់ចំណូលពីការជួល
	រស់នៅក្នុង					$	$
	ទ្រព្យសម្បត្តិសំរាប់ជួល						
	ដទៃទៀត (សូមពន្យល់)						

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

ប្រភេទ(ដី ផ្ទះ ផ្ទះល្វែង ។ល។)	ប្រើសំរាប់(ផ្ទះ សំរាប់ជួល។ល។) សូមគូស (✔)	មែន	ទេ	ឈ្មោះម្ចាស់	អាសយដ្ឋានឬទីកន្លែង	ចំនួនបានជំពាក់	ប្រាក់ចំណូលពីការជួល
	រស់នៅក្នុង					$	$
	ទ្រព្យសម្បត្តិសំរាប់ជួល						
	ដទៃទៀត (សូមពន្យល់)						

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

CA MC **B. តើមានអ្នកណាជាម្ចាស់ផ្ទះមួយដែលឥឡូវនេះមិនបានស្នាក់នៅ ដែលគាត់សង្ឃឹមថានឹងវិលត្រឡប់ទៅនៅវិញនៅថ្ងៃណាមួយ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិ	អាសយដ្ឋានទ្រព្យសម្បត្តិ	កាលបរិច្ឆេទសង្ឃឹមរំពឹងនៃការត្រឡប់មកវិញ(បើបានដឹង)

Total Countable property: Page 7
(List totals on page 9)
CA/FS $
MC $

CA FS MC

31 A. តើមានអ្នកណាដោយគិតទាំងកូនក្មេងមានទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ឬទាក់ទងទៅនឹងមុខរបរដូចតទៅនេះទេ?
សូមគូស (✔) មុខរបស់និមួយៗថា "មែន" ឬ "ទេ" ។
គិតបញ្ចូលទាំងធនធានដែលបានមានដោយមានសិទ្ធិ បានប្រើប្រាស់ បានកាន់កាប់ បានរួមចំណែក ឬបានគ្រប់គ្រងរួមជាមួយមនុស្សណាម្នាក់ (ទោះបីជាសំរាប់តែជាការងាយស្រួលក៏ដោយ) ។ ១ណ្ណនឹងកំណត់ថាតើធនធានទាំងនេះយកមកគិតឬទេ ។

	មែន	ទេ		មែន	ទេ
ប្រាក់កាស(នៅនឹងខ្លួនឬនៅកន្លែងដទៃទៀត)			ប្រាក់ពន្ធដារសងមកវិញ		
សែកមិនទាន់ផ្ទេ(នៅនឹងខ្លួនឬនៅកន្លែងដទៃទៀត)			ប្រាក់តម្កល់ទុកនៃជនជាតិអាមេរិកាំងអ៊ិនឌៀន ឬប្រាក់តម្កល់ទុកដទៃទៀត(ទោះជាប្រើប្រាស់បាន ឬមិនបាន)		
គណនីយ្យសន្សំ – របស់កូនក្មេងនិងមនុស្សចាស់			សំបុត្របណ្តាំ សំបុត្រអចលនវត្ថុ សំបុត្រស្នាមជាម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិ កិច្ចសន្យាលក់របស់ ។ល។		
គណនីយ្យសរសេរសែក – ទោះបីជាប្រើឬមិនបានប្រើ			គ្រោងការសន្សំផ្ទាល់ (IRA) ឬ គ្រោងការ Keogh ។ល។		
គណនីយ្យសហធីប			ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ដែលអាចទទួលបើសិនជាលោកអ្នកឈប់ធ្វើការ (ដូចជាគ្រោងការចូលនិវត្តន៍នៃអ្នកធ្វើការដ្ឋការ (PERS) ។ល។)		
ការចូលហ៊ុន(stocks) បណ្ណរដ្ឋសន្សំប្រាក់(bonds) បណ្ណសន្សំប្រាក់ គណនីយ្យសន្សំមានកាលកំណត់ ។ល។			គ្រោងការពន្យាពេលបង់សងចំពោះអ្នកធ្វើការ (Employee deferred compensation plans)		
សិទ្ធិជាម្ចាស់អណ្ណូងប្រេង ធីកវ៉ែ" ឬអណ្ណូងវ៉ែ"			ការធានារ៉ាប់រងធីវិត ឬប្រាក់បានមកពីការធានារ៉ាប់រង		
សំបុត្របណ្តាំឬកិច្ចសន្យាសំរាប់បញ្ចុះសព ការធានារ៉ាប់រង ថវិការសំរាប់បញ្ចុះសព/ប្រាក់សំរាប់ដីនៅកន្លែងបញ្ចុះសព ក្តារមណ្ឌល ឬរបស់សំរាប់ បញ្ចុះសពដទៃទៀត			ការជាប់ទាក់ទងទៅនឹងទ្រព្យសម្បត្តិនានាក្នុងសំបុត្របណ្តាំ		
			ការធានារ៉ាប់រងថែរក្សាសំរាប់ពេលយូរអង្វែង		
			ដទៃទៀត(សូមពន្យល់)		

បើ"មាន"សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ប្រភព	ជាប់ទាក់ទងទៅនឹងមុខរបរ	ឈ្មោះម្ចាស់	លេខគណនីយ្យ/កិច្ចសន្យា	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានធនាគារ ។ល។	តម្លៃក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន
	☐ មែន ☐ ទេ				$
	☐ មែន ☐ ទេ				$
	☐ មែន ☐ ទេ				$

B. តើមានអ្នកណាទទួល ឬសង្ឃឹមថានឹងទទួលប្រាក់ពីធនធានដូចមានចុះនៅខាងលើនេះដូចជា ការប្រាក់ ឬប្រាក់ចំណេញទេ ។ល។? ☐ **មែន** ☐ **ទេ**
បើ "មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ឈ្មោះ	ប្រភពនៃប្រាក់	ចំនួន	បានទទួលញឹកញាប់របៀបណា	ជាប់ទាក់ទងទៅនឹងមុខរបរ
		$		☐ មែន ☐ ទេ
		$		☐ មែន ☐ ទេ

MC **32 តើលោកអ្នកមានចុះកិច្ចសន្យាបញ្ចាំទ្រព្យសម្បត្តិ ឬចុះហត្ថលេខាលើកិច្ចព្រមព្រៀងបញ្ចាំជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត អគារព្យាបាលរោគ ឬមន្ទីរពេទ្យដោយយកទ្រព្យសម្បត្តិដែលលោកអ្នក ឬសមាជិកក្នុងគ្រួសារជាម្ចាស់ទៅដាក់ ដែលត្រូវបានគេប្រើជារបស់បញ្ចាំការពារទៅនឹងកិច្ចព្យាបាលលើសុខភាពឬ?** ☐ **មែន** ☐ **ទេ**
បើ "មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ចំនួនប្រាក់ដែលដាក់ទ្រព្យបញ្ចាំឬជាកិច្ចការពារ	ប្រភេទនិងទីកន្លែងនៃទ្រព្យសម្បត្តិ	កាលបរិច្ឆេទនិងប្រភេទនៃការថែរក្សាផ្នែកពេទ្យ ដែលបានទទួល/នឹងបានទទួល	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់កិច្ចថែរក្សា
$			
$			

CA FS MC

33 A. តើមានអ្នកណាជាម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជា : ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
- ទូកកាណូត យានយន្តកង់បី យានយន្តមិនបើកបរនៅលើថ្នល់ រថបើកបរលើព្រិល ផ្ទះរថយន្ត ជំរំដើកតាមរថយន្ត ឬរថសណ្តោង ។
- កាំភ្លើង ប្រដាប់ប្រដាវជាង ឬសម្ភារៈកីឡា ។ល។
- សត្វចិញ្ចឹម ឬបសុសត្ត ។
- គ្រឿងអលង្ការ ប្រដាប់ប្រដាវសិល្ប: វត្ថុបុរាណ វត្ថុសន្សំប្រមូលទុក ម៉ាស៊ីនថតរូប គ្រឿងតន្ត្រី(ព្យាណូ ហ្គីតា អ៊ីធ្លី។ល។) ។

បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម : សូមកំណត់គិតបញ្ចាលចិញ្ចៀនអាពាហ៍ពិពាហ៍និងភ្ជាប់ពាក្យ ឬរបស់ជាកេរ្តិ៍តេក ។
សំរាប់ប្រាក់ជំនួយនិងបណ្ណទិញមួយ : សូមចុះរបស់ដែលមានតម្លៃច្រើនជាង១០០ដុល្លារ **សំរាប់ជំនួយមេធ–ទាល :** សូមចុះគ្រឿងអលង្ការដែលមានតម្លៃច្រើនជាង១០០ដុល្លារ និងគ្រឿងប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬមុខរបស់ផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានតម្លៃក្នុងមួយមុខ១ៗច្រើនជាង៥០០ដុល្លារ ។

មុខរបស់ បើសិនជាសំរាប់លក់ សូមគូស (✔)	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ	តម្លៃទិញ/តម្លៃក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន	ចំនួនដែលបានជំពាក់	មុខរបស់ បើសិនជាសំរាប់លក់ សូមគូស (✔)	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ	តម្លៃទិញ/តម្លៃក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន	ចំនួនដែលបានជំពាក់
☐		$	$	☐		$	$
☐		$	$	☐		$	$

B. តើមានអ្នកណាមានទ្រព្យសម្បត្តិសំរាប់មុខរបរ ដោយគិតបញ្ចាលទាំង ប្រដាប់ប្រដាវជាង បញ្ជីសារពើភណ្ឌនិងគ្រឿងសម្ភារៈ ☐ **មែន** ☐ **ទេ**
ប្រដាប់ប្រដាវសំរាប់មុខរបរ ។ល។ គិតបញ្ចាលទាំងទ្រព្យសម្បត្តិណាដែលបានរួមចំណែក ឬហ៊ុនជាមួយមនុស្សដទៃទៀត? បើ"មែន" សូមបំពេញនៅ ខាងក្រោម និង (✔) បើសិនជាសាប់លក់ :

មុខរបស់	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ	តម្លៃទិញ/តម្លៃក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន	ចំនួនដែលបានជំពាក់	មុខរបស់	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ	តម្លៃទិញ/តម្លៃក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន	ចំនួនដែលបានជំពាក់
☐		$	$	☐		$	$
☐		$	$	☐		$	$

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

☐ 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

☐ Listed for sale (Specify):

Total Countable property: Page 8
(List totals on page 9)
CA/FS $ _____
MC $ _____
☐ Listed for sale (Specify):

CA FS MC **34** **A. តើមានអ្នកណាបានលក់ ចំណាយ ប្តូរ ផ្ទេរ ឬឱ្យទ្រព្យសម្បត្តិជាអចលនវត្ថុទៅគេ ដូចជាផ្ទះឬដីធ្វើ ឬទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាប្រាក់កាស រថយន្ត គណនីយ្យធនាគារ ប្រាក់បានមកពីការណ្ឌេះក្តីឬពីការធានារ៉ាប់រងឬរបស់ផទៃទៀត?** (សូមចុះទ្រព្យសម្បត្តិណាដែលបានលក់ឬប្តូរនៅក្នុងពេល១២ខែកន្លងមកសំរាប់ប្រាក់ជំនួយ នៅក្នុងពេល២ឆ្នាំកន្លះ(៣០ខែ)កន្លងទៅសំរាប់ជំនួយMedi-Cal) ។ បើ"មាន" សូមពន្យល់ថាជាអ្វី និងនៅពេលណា : ☐ **មាន** ☐ **ទេ**

MC **B. តើមានអ្នកណាបានទទួលប្រាក់ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឬការសំរេចពីតុលាការ កេម្ពីរតេក ប្រាក់ឈ្នះឆ្នោតឬប្រាក់ដែលមិនបានបង់ឱ្យពីមុនមកនៅក្នុងពេល២ឆ្នាំកន្លះកន្លងទៅ(៣០ខែ)ទេ?** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម : ☐ **មាន** ☐ **ទេ**

ឈ្មោះ	ប្រភព	កាលបរិច្ឆេទបានទទួល	ចំនួនប្រាក់
			$

CA FS MC **35** **តើមានអ្នកណាជាម្ចាស់ អាចប្រើប្រាស់ឬមានឈ្មោះរបស់គេនៅលើក្រដាសចុះឈ្មោះនៃយានយន្តណាមួយ ដូចជា ផ្ទះរថយន្ត ជំរំដើកនាំតាមរថយន្ត រថបើកបរលើទឹកកក ឬទូក ទោះបីជាមិនអាចបើកបរបានក៏ដោយ ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**

បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម ។ សូមមើលនៅក្នុងក្រដាសចុះឈ្មោះរបស់លោកអ្នកដើម្បីរកពត៌មានសំរាប់រថយន្តនីមួយៗ :

	រថយន្តទី (1)		រថយន្តទី (2)		រថយន្តទី (3)	
ឈ្មោះម្ចាស់យានយន្ត						
ឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់យានយន្ត						
ឆ្នាំ/ម៉ាក/ម៉ូដែល						
លេខផ្លាក						
តម្លៃប៉ាន់	$		$		$	
ចំនួនដែលនៅជំពាក់	$		$		$	
មានច្បាប់ឬទេ?	☐ មាន	☐ ទេ	☐ មាន	☐ ទេ	☐ មាន	☐ ទេ
ជារថយន្តជួលឬ?	☐ មែន	☐ ទេ	☐ មែន	☐ ទេ	☐ មែន	☐ ទេ
តើលោកអ្នកប្រើរថយន្តដើម្បីអ្វី? សូមគូស (✔) មុខរបស់នីមួយៗថា មែន ឬ ទេ	មែន	ទេ	មែន	ទេ	មែន	ទេ
ជាផ្ទះ						
ទៅធ្វើការឬហ្វឹកហ្វឺន ឬស្វែងរកការងារ						
សំរាប់ការងារ គ្រប់គ្រងខ្លួនឯង/ប្រកបរបរកសិខ្លួនឯង						
បានត្រូវការសំរ៉ាប់សមាជិកពិការក្នុងក្រុមគ្រួសារ						
សំរាប់ដឹកនាំប្រេងឬទឹកសំរាប់ក្រុមគ្រួសារ						

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

Closed Bank Accts:
☐ CA in last 12 months
☐ Medi-Cal in last 30 months

☐ Adequate Consideration
☐ Spenddown
LTC ONLY
Total Nonexempt Property
$ _____

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

Vehicle value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)
(1) Date:_____$_____
(2) Date:_____$_____
(3) Date:_____$_____

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ - រថយន្ត

CASH AID/FOOD STAMPS	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. Is vehicle for home use? (Allow one vehicle only) OR 2. Is vehicle used for job search, employment or training? (63-501.523)	☐ YES ☐ YES Go to C Use Excess Value; ☐ NO Go to C and D. Use Greater Value	☐ YES ☐ YES Go to C Use Excess Value; ☐ NO Go to C and D. Use Greater Value	☐ YES ☐ YES Go to C Use Excess Value; ☐ NO Go to C and D. Use Greater Value

(C) Fair Market Values-CA/FS

FMV			
Minus $	Minus $	Minus $	Minus $
Excess Value			

(D) Equity Values-CA/FS

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:			
Is RV used primarily as a home?	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

TOTALS: VEHICLE CA/FS
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 MC **36 A. តើមានអ្នកណាបង់ថ្លៃសំរាប់ផ្ទះសម្បែងណាមួយទេ?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ?

ថ្លៃផ្ទះសម្បែង	សរុបតម្លៃ	ចំនួនប៉ុន្មានលោកអ្នកបង់	តើចំនួនប៉ុន្មានដែលគ្រួសារដទៃ/សមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសារបង់	តើគេទារប្រាក់ញឹកញាប់បែបណា
ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ	$	$	$	
ថ្លៃទិញផ្ទះ(បង់ខែ)	$	$	$	
ពន្ធដារលើទ្រព្យសម្បត្តិ(បើសិនមិនបានបញ្ចូលនៅក្នុងថ្លៃផ្ទះសម្បែង)	$	$	$	
ការធានារ៉ាប់រង(បើសិនជាមិនគិតបញ្ចូលនៅក្នុងថ្លៃផ្ទះ)	$	$	$	
ដទៃទៀត(សូមពន្យល់)	$	$	$	

CA FS MC **B. តើមានអ្នកណាដទៃទៀតបង់ប្រាក់ថ្លៃផ្ទះសម្បែងនេះទាងអស់ ឬមួយផ្នែក? គិតបញ្ចូលទាំងសាច់ញាតិឬមិត្តភក្តិមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ កម្មវិធីសំរាប់ជួយបង់ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះណាមួយ ដូចជាកម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍ទីក្រុង (HUD), កម្មវិធីជួយថ្លៃផ្ទះសំរាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច (Section 8) ។លៅ។** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ប្រភេទនៃផ្ទះសម្បែង	ឈ្មោះអ្នកបង់	ចំនួនប៉ុន្មាន	តើគេទារប្រាក់ញឹកញាប់របៀបណា
		$	
		$	

FS **37 A. តើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ថ្លៃទឹកភ្លើងហ្គាស។ល។ (utility)?** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ថ្លៃទឹកភ្លើងហ្គាស។ល។	សរុបតម្លៃ	ចំនួនប៉ុន្មានលោកអ្នកបង់	តើចំនួនប៉ុន្មានដែលគ្រួសារដទៃ/សមាជិកក្នុងក្រុមគ្រួសារបង់	តើគេទារប្រាក់ញឹកញាប់បែបណា
ហ្គាសឬប្រេងដទៃទៀត	$	$	$	
អគ្គិសនីឬប្រេងដទៃទៀត	$	$	$	
តើគេប្រើហ្គាស ឬអគ្គិសនី ឬប្រេងដទៃទៀតដើម្បីដុតកំដៅ ឬដាម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ផ្ទះរបស់លោកអ្នក?	☐ មែន ☐ ទេ			
ទឹក	$	$	$	
លូទឹកស្អុយ	$	$	$	
សំរាមឬកាកសំណល់	$	$	$	
ទូរសព្ទ(សំរាប់តែថ្លៃជាមូលដ្ឋានបូកនឹងពន្ធដារ)	$	$	$	
ថ្លៃដាក់តទឹកភ្លើងហ្គាស។ល។(utility)	$	$	$	
ដទៃទៀត(សូមពន្យល់)	$	$	$	

FS **B. តើមានអ្នកណាបង់ថ្លៃទឹកភ្លើងហ្គាស(utility) ទាំងនេះទាំងអស់ឬមួយផ្នែកទេ? គិតបញ្ចូលទាំងសាច់ញាតិ/មិត្តភក្តិដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះ កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយផ្នែកថាមពលសំរាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច (Low Income Energy Assistance) ។លៅ។** ☐ **មាន** ☐ **ទេ**
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :

ប្រភេទនៃថ្លៃទឹកភ្លើងហ្គាស...(UTILITY)	ឈ្មោះអ្នកបង់	ចំនួនប៉ុន្មានដែលម្នាក់ៗបង់	តើគេទារប្រាក់ញឹកញាប់បែបណា

FS **38 លោកអ្នកអាចអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ ឬអ្នកណាម្នាក់នៅក្រៅក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទៅយកបណ្ណទិញម្ហូប ឬក៏ប្រើបណ្ណទិញម្ហូបដើម្បីទិញម្ហូបឲ្យលោកអ្នក ។ បើសិនជាលោកអ្នកចង់ឲ្យអ្នកណាម្នាក់ សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :**

ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលបានទទួលការអនុញ្ញាត	អាសយដ្ឋាន	ទូរស័ព្ទ
		( )

សំរាប់តែខណ្ឌាបំពេញ

Housing verified: ☐ **YES** ☐ **NO**

Total housing $ _____

Shared housing: ☐ **YES** ☐ **NO**

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **តើមានអ្នកណាបានទទួលការព្យាបាលផ្នែកពេទ្យ/ពេលមានផ្ទៃពោះក្នុងខែនេះ ឬនៅក្នុងពេលប៉ីខែកន្លងមកនៅមុនខែនេះទេ?** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ : ☐ មាន ☐ ទេ

ឈ្មោះអ្នកទទួលការថែរក្សា	ខែនៃការថែរក្សា	ប្រាក់បង់សំរាប់ការថែរក្សា		តើលោកអ្នកចង់បាន MEDI-CAL សំរាប់ខែទាំងនោះឬទេ?	
		មាន	ទេ	មែន	ទេ

CA FS MC (40) **តើមានអ្នកណាទទួលកិច្ចការពារពីជំនួយ MEDICARE (ជំនួយផ្នែកពេទ្យពីសហពន្ធ័ន)ឬទេ?** ☐ មាន ☐ ទេ
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ :

ឈ្មោះអ្នកបានទទួលកិច្ចការពារ	លេខទាមទារ MEDICARE	សូមគូស (✔)	ថ្ងៃបង់ប្រចាំខែ: កាត់ដកពីសែកប្រាក់ខែ	ថ្ងៃបង់ប្រចាំខែ: បានបង់ដោយលោកអ្នក
		ផ្នែក A ☐ ផ្នែក B ☐	☐ មែន ☐ ទេ	☐ មែន ☐ ទេ
		ផ្នែក A ☐ ផ្នែក B ☐	☐ មែន ☐ ទេ	☐ មែន ☐ ទេ

CA MC (41) **តើអ្នកណាមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ធ្មេញ ភ្នែក ការថែរក្សានៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការធានារ៉ាប់រងថែរក្សារយៈពេលយូរ ឬគ្រោងការថែរក្សាសុខភាព ដូចជា Kaiser, Blue Cross, កម្មវិធីជួយផ្នែកពេទ្យចំពោះអតីតយុទ្ធជននិងគ្រួសារដែលមិនបានជួយពីក្រសួងជួយចំពោះអតីតយុទ្ធជន (CHAMPUS) ។ល។ឬទេ?** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម : ☐ មាន ☐ ទេ

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ឈ្មោះអ្នកបានទទួលការធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	ចំនួនថ្ងៃបង់	បង់ញឹកញាប់បែបណា
			$	
			$	

CA MC (42) **តើអ្នកណាមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចបានទទួលពីផ្ទះពុកម្តាយ ម្ចាស់ការងារ ឬផ្ទះពុកម្តាយដែលចាកចោលផ្ទះ ដែលមិនទាន់បានដាក់ពាក្យសុំ?** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ : ☐ មាន ☐ ទេ

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ឈ្មោះអ្នកនឹងបានទទួលការធានារ៉ាប់រង	ចំនួនថ្ងៃបង់	បង់ញឹកញាប់បែបណា
		$	
		$	

CA MC (43) **តើមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកណាម្នាក់ដែលសង្ស័យថានឹងបញ្ចាប់ ឬដែលបានបញ្ចាប់នៅក្នុងពេល៦០ថ្ងៃកន្លងទៅ?** ☐ មាន ☐ ទេ
បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ :

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ឈ្មោះអ្នកបានទទួលការធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់	ចំនួនថ្ងៃបង់	បង់ញឹកញាប់បែបណា
			$	
			$	

CA MC (44) **តើអ្នកណាមានភាពពិការដែលបានបណ្តាលដោយសារបួសឬគ្រោះថ្នាក់ដែលធ្វើឲ្យគេមានការពិបាកធ្វើការ ឬបំពេញលើសេចក្តីត្រូវការរបស់គេ?** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោមនេះ : ☐ មាន ☐ ទេ

ឈ្មោះ	ប្រភេទបញ្ហា	កាលបរិច្ឆេទបញ្ហាបានចាប់ផ្តើម	កាលបរិច្ឆេទសង្ស័យថានឹងបានជាសះស្បើយ

CA FS (45) **A. តើអ្នកណាមានបញ្ហាផ្នែកពេទ្យ ឬស្ថានភាពដែលតម្រូវឲ្យមានរបស់ដូចតទៅនេះ?**
សូមគូស (✓) មុខរបស់នីមួយៗ ថាមាន ឬទេ :

	មាន	ទេ		មាន	ទេ
អ្នកជួយអាហារពិសេស–ចេញបញ្ជាគ្គិដោយវេជ្ជបណ្ឌិត			ការប្រើទឹកភ្លើងភ្លើង(utilities) យ៉ាងច្រើន		
សេចក្តីត្រូវការយានដឹកនំាពិសេស			កិច្ចបោកគក់ជាពិសេស		
ទូរស័ព្ទពិសេស ឬគ្រឿងប្រដាប់ផ្សេងទៀត			ផ្សេងទៀត(សូមបញ្ជាក់) :		
កិច្ចការក្នុងផ្ទះ(ដែលអ្នកនៅក្នុងផ្ទះមិនអាចធ្វើបាន)					

បើ"មាន" សូមពន្យល់ :

CA MC FS **B. តើនៅក្នុងផ្ទះសម្បែងមានក្មេង ឬអ្នកណាពិការដែលត្រូវការកិច្ចថែរក្សាពីសមាជិកដទៃទៀតនៅក្នុងផ្ទះសម្បែងឬទេ?** ☐ មាន ☐ ទេ
បើ"មាន" សូមពន្យល់ :

CA MC **C. តើមានអ្នកណាជាអ្នកពិការដែលធ្វើការ និងជាអ្នកមានការចំណាយផ្នែកពេទ្យ (ដូចជាកៅអីមានកង់ ។ល។) ដែលជារបស់ត្រូវការដើម្បីឲ្យគាត់អាចធ្វើការបាន?** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម : ☐ មាន ☐ ទេ

ឈ្មោះ	ប្រភេទនៃការចំណាយ	ចំនួន
		$
		$

CA FS **D. តើមានអ្នកណាទទួលជំនួយសំរាប់កិច្ចផ្តួយផ្ទុកគ្គីផ្ទង់ដល់ផ្ទះ (In-Home Supportive Services ឬ IHSS) ឬទេ?** ☐ មាន ☐ ទេ
បើ "មាន" តើអ្នកណាទទួលកិច្ចជួយនេះ? តើលោកអ្នកបង់ប្រាក់ប៉ុន្មាននៅក្នុងខែនីមួយៗ : $_____

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

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

☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
- ☐ QMB
- ☐ SLMB
- ☐ 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)	**តើក្រុមគ្រួសារចង់ដាក់ពាក្យសុំប្រាក់បង់សំរាប់សេចក្តីត្រូវការពិសេសសំរាប់ផ្ទះសំបែង ឬមុខរបរសំពិសេសក្នុងផ្ទះសំបែង ដែលបានបាត់បង់ ឬខូចខាតដោយសារតែកាលៈទេសៈកើតឡើងភ្លាមៗមិនធម្មតា ដូចជាការញ្ជួយដែនដីភ្លើងឆេះ ឬក៏ទឹកជំនន់ឬទេ?** បើ"មាន" សូមពន្យល់នៅខាងក្រោម :	☐ **មាន**	☐ **ទេ**	**សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ** YES NO Special Need Verified ☐ ☐ Eligible for Special Need ☐ ☐
CA FS (47)	**A. តើមានអ្នកណាម្នាក់លាក់ខ្លួន ឬរត់គេចពីច្បាប់ដោយសារតែបទឧក្រិដ្ឋ បទឧក្រិដ្ឋដែលបានប៉ងធ្វើ ឬជាអ្នកដែលបំពានទៅលើការដោះដែលមុនកំណត់ដោយមានលក្ខខ័ណ្ឌ ឬនៅក្នុងពេលល្បងប្រាជ្ញាមើលឬទេ?** បើ"មាន" សូមផ្តល់ឈ្មោះនៃមនុស្សនោះ :	☐ **មាន**	☐ **ទេ**	
CA FS	**B. តើមានសមាជិកនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារណាដែលបានជាប់ទោសបទឧក្រិដ្ឋជាប់ទាក់ទងទៅនឹងថ្នាំញៀន សំរាប់ការមាន ប្រើប្រាស់ ឬចែកចែកនៃថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ចាប់តាំងពីថ្ងៃទី២២ ខែសីហា ឆ្នាំ១៩៩៦ សំរាប់បណ្តើរទិញម្ហូប ឬថ្ងៃទី១ ខែមករា ១៩៩៤ សំរាប់ប្រាក់ជំនួយ?** បើ"មាន" សូមបំពេញនៅខាងក្រោម :	☐ **មាន**	☐ **ទេ**	

ឈ្មោះនៃមនុស្សដែលបានជាប់ទោស	កាលបរិច្ឆេទដែលបានជាប់ទោស	កាលបរិច្ឆេទដែលបានប្រព្រឹត្តអំពើឧក្រិដ្ឋ

CA MC (48)	**កិច្ចជួយដូចតទៅនេះអាចមានផ្តល់ជូន ។ ចម្លើយរបស់លោកអ្នកទៅនឹងសំណួរទាំងនេះ នឹងមិនមានផលប៉ះពាល់ទៅដល់ភាពអាចទទួលជំនួយរបស់លោកអ្នកទេ ។ សូមគូស (✔) មុខរបស់នីមួយៗថាមែន ឬទេ ។**	**មែន**	**ទេ**	
	A. ការវិភាគពិនិត្យនិងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគយ៉ាងទៀងទាត់ដើម្បីជួយការពារសុខភាពនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នកអាចផ្តល់ជូនតាមការស្នើសុំតាមរយៈកម្មវិធីការពារសុខភាពនិងភាពពិការរបស់ក្មេង (Child Health and Disability Prevention Program ឬ CHDP) សំរាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់លោកអ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលអាយុតិចជាង២១ឆ្នាំ ។			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ ☐ Referral ☐ Social Services Referral (MCO)
	• តើលោកអ្នកចង់បានពត៌មានបន្ថែមអំពីកិច្ចជួយ CHDP ឬទេ?			
	• តើលោកអ្នកចង់បានពត៌មានបន្ថែមអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគឬទេ?			
	• តើលោកអ្នកចង់បានកិច្ចវៃក្សាផ្នែកពេទ្យពីកម្មវិធី CHDP ឬទេ?			
	• តើលោកអ្នកចង់បានកិច្ចវៃក្សាផ្នែកធ្មេញពីកម្មវិធី CHDP ឬទេ?			
	• តើលោកអ្នកត្រូវការឱ្យជួយដើម្បីធ្វើការណាត់ជួប ឬយានដឹកនាំទៅកាន់កិច្ចជួយ CHDP ឬទេ?			
	B. បើសិនជាអ្នកមានផ្ទៃពោះ អ្នកអាចទទួលកិច្ចជួយដើម្បីស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ទទួលម្ហូបអាហារដែលជួយឱ្យមានសុខភាពល្អ និងកិច្ចជួយផ្សេងទៀត ។ តើអ្នកចង់និយាយជាមួយអ្នកណាម្នាក់អំពីកិច្ចជួយនេះឬទេ?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5 ☐ Breastfeeding ☐ Postpartum ☐ WIC referral
	C. តើអ្នកបំបៅកូននឹងទឹកដោះរបស់អ្នកឬ?			
	បើមែន តើអ្នកបានសំរាលកូននៅក្នុងពេល១២ខែកន្លងទៅឬ?			
	បើសិនជាអ្នកឆ្លើយ"មែន"ទៅនឹងសំណួរ (48) B, C អ្នកប្រហែលជាអាចមានសិទ្ធិទទួលកិច្ចជួយដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយ កម្មវិធីផ្តល់ម្ហូបអាហារបន្ថែមជាពិសេស សំរាប់ស្ត្រី ទារកនិងកូនក្មេង (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children ឬ WIC) ។			
	D. តើលោកអ្នកឬសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារចង់បានកិច្ចជួយផ្នែកគ្រោងការគ្រួសារដោយឥតគិតថ្លៃឬមានថ្លៃឈ្នួលថោកដើម្បីជួយការពារនូវការមានផ្ទៃពោះដែលមិនចង់បាន និង/ឬថានៅពេលណាត្រូវមានកូនបន្ទាប់? បើ"មែន" សូមទូរស័ព្ទទៅគ្រោងការថែរក្សាសុខភាពឬវេជ្ជបណ្ឌិតជាធម្មតារបស់លោកអ្នក ។ ឬសំរាប់ពត៌មាន និងទីកន្លែងនៃគ្លីនិកផ្នែកគ្រោងការគ្រួសារសេមូ៉ាត់ សូមទូរស័ព្ទតាមលេខឥតបង់ប្រាក់ 1-800-942-1054 ។			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

ការបញ្ជាក់ដោយលិខិត

ខ្ញុំយល់អំពីការបញ្ឈប់សិទ្ធិទទួលជំនួយ និង/ឬទោសបញ្ញត្តិចំពោះការគៃបន្លំលើជំនួយសុខុមាលភាពដែលខ្ញុំអាចទទួល បើសិនជាខ្ញុំផ្ដល់ព័ត៌មានខុស ឬមិនបានរាយការណ៍ព័ត៌មានឬស្ថានភាពទាំងអស់ដោយចេតនាដែលមានការប៉ះពាល់ទៅដល់ភាពអាចទទួលជំនួយ ឬចំនួនប្រាក់ជំនួយ ប័ណ្ណទិញម្ហូប និងជំនួយMedi-Cal របស់ខ្ញុំ ។

ខ្ញុំយល់ថា :

- ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំ និងរក្សាទុកនូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាដែលខ្ញុំមានបើសិនជាមិនត្រូវបង់ប្រាក់ បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើដូចនេះទេ ជំនួយ Medi-Cal របស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានបដិសេធ ឬបញ្ឈប់ ។
- បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើតាមច្បាប់នៃប្រាក់ជំនួយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេពិន័យរហូតទៅដល់១ម៉ឺនដុល្លារ និង/ឬជាប់មន្ទីរឃុំឃាំង/ពន្ធនាគារចំនួន៣ឆ្នាំ ។
- បើសិនជាគេរកឃើញថាខ្ញុំមានទោសនៅតុលាការតាមច្បាប់ ឬនៅពេលធ្វើសេចក្ដីបំភ្លឺពីក្រសួងសំរាប់ការប្រព្រឹត្តអំពើគៃបន្លំដ៏ជាក់លាក់ណាមួយ ប្រាក់ជំនួយរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ ចំនួន៦ខែ ១២ខែ ២ឆ្នាំ ៤ឆ្នាំ ៥ឆ្នាំ ឬជារៀងរហូត ។
- បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើតាមច្បាប់នៃប័ណ្ណទិញម្ហូប ប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ចំនួន១២ខែសំរាប់ការបំពាននៅលើកទី១ ចំនួន២៤ខែសំរាប់ការបំពាននៅលើកទី២ ហើយនឹងជាស្ថាពរសំរាប់ការបំពាននៅលើកទី៣ ។ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានគេពិន័យរហូតទៅដល់២៥ម៉ឺនដុល្លារ និង/ឬជាប់មន្ទីរឃុំឃាំង/ពន្ធនាគារចំនួន២០ឆ្នាំ ។
- បើសិនជា គេរកឃើញថាខ្ញុំមានទោសនៅតុលាការតាមច្បាប់ ពីព្រោះ :
  - ខ្ញុំបានប្ដូរ ឬលក់ប័ណ្ណទិញម្ហូបដើម្បីកាំភ្លើង គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ជារៀងរហូតសំរាប់ការបំពាននៅលើកទីមួយ ។
  - ខ្ញុំបានប្ដូរឬលក់ប័ណ្ណទិញម្ហូបសំរាប់សារធាតុដែលគេហាមឃាត់ ប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ចំនួន២៤ខែ សំរាប់ការបំពាននៅលើកទី១ និងជាស្ថាពរសំរាប់ការបំពាននៅលើកទី២
  - ខ្ញុំបានប្ដូរឬលក់ប័ណ្ណទិញម្ហូបដែលមានតម្លៃ៥០០ដុល្លារឬច្រើនជាង ប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់ជារៀងរហូត
  - ខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំប័ណ្ណទិញម្ហូបពីរឬច្រើននៅក្នុងពេលតែមួយ និងបានផ្ដល់ឱ្យខណ្ឌនូវព័ត៌មានអំពីឈ្មោះសំគាល់ខ្លួននិងទីលំនៅមិនពិត ប័ណ្ណទិញម្ហូបរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ឈប់សំរាប់ពេល១០ឆ្នាំ ។

ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា

- ព័ត៌មានណាដែលខ្ញុំបានផ្ដល់ឱ្យ ដោយគិតទាំងព័ត៌មានអំពីកំរៃនិងប្រាក់ចំណូលនឹងត្រូវបានយកមកផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយកំណត់ហេតុនៅក្នុងតំបន់ រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដូចជាម្ចាស់ការងារ ក្រសួងសន្តិសុខសង្គ្រោះ ពន្ធដារ ក្រសួងសុខុមាលភាពនិងការងារ អ្នកកត់វត្តមាននៃសាលារៀន ។ល។
- ព័ត៌មានទាំងអស់ ដោយគិតទាំងព័ត៌មានអំពីកំរៃនិងប្រាក់ចំណូលដែលខ្ញុំបានផ្ដល់ឱ្យអាចត្រូវបានពិនិត្យសាឡើងវិញ និងផ្ទៃកពិនិត្យដោយបុគ្គលិកធ្វើការខណ្ឌ រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ហើយបើសិនជាខ្ញុំផ្ដល់ព័ត៌មានខុស ប្រាក់ជំនួយ ប័ណ្ណទិញម្ហូប និងជំនួយមេឌី–ខាលរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានបដិសេធ ឬ បានបញ្ឈប់ ។
- សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានជ្រើសរើសពិនិត្យសាឡើងវិញដើម្បីឱ្យប្រាកដថា ភាពអាចទទួលជំនួយរបស់ខ្ញុំត្រូវបានគិតរកដោយត្រឹមត្រូវ និងដែលខ្ញុំត្រូវធ្វើសហប្រតិបត្តិការយ៉ាងពេញលេញជាមួយបុគ្គលិកធ្វើការខណ្ឌ រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធនៅក្នុងការតាមដាន ឬពិនិត្យសាឡើងវិញដោយគិតទាំងការពិនិត្យសាឡើងវិញអំពីគុណសម្បត្តិអាចទទួលជំនួយ ។
- ខណ្ឌនឹងផ្ញើព័ត៌មានទៅឱ្យក្រសួងអន្តោប្រវេសន៍និងសញ្ជាតូបនីយកម្ម (Immigration and Naturalization Service ឬ INS) ដើម្បីបញ្ជាក់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ និងព័ត៌មានដែលខណ្ឌបានទទួលពីក្រសួង INS អាចមានផលប៉ះពាល់ទៅដល់សិទ្ធិអាចទទួលប្រាក់ជំនួយ ប័ណ្ណទិញម្ហូប និងជំនួយ Medi-Cal ពេញ ។ ប៉ុន្តែបើសិនជាខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំតែជំនួយ Medi-Cal ហើយបើសិនជាខ្ញុំមិនមែន (a) ជាអាណិកជនដែលមានទីលំនៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ពេញច្បាប់ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក (LPR) , (b) ជាអាណិកជនដែលទទួលការលើកលែងទោសមានប័ណ្ណ I-688 បច្ចុប្បន្នប្រើការបាន, ឬ (c) ជាអាណិកជនដែលមានទីលំនៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកតាមលក្ខន្តិកៈនៃច្បាប់ (PRUCOL) ខណ្ឌនឹងមិនផ្ញើព័ត៌មានទៅឱ្យក្រសួង INS ឡើយ ។
- ខ្ញុំឬក៏សមាជិកក្នុងគ្រួសារនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់សងប្រាក់ជំនួយណាដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិនឹងទទួល ។
- ក្រុមគ្រួសារទទួលជំនួយប័ណ្ណទិញម្ហូប សមាជិកពេញវ័យណានៅក្នុងក្រុមគ្រួសារទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូប (ទោះបីជាគាត់បានឈប់នៅជាមួយ) អ្នកធានានៃសមាជិកក្រុមគ្រួសារដែលមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬអ្នកតំណាងទទួល ការអនុញ្ញាតនៃអ្នករស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលដែលមានសិទ្ធិទទួលជំនួយអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់សងជំនួយទាំងឡាយណាដែលក្រុមគ្រួសារមិនគួរត្រូវបានទទួល ។
- សមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំដែលលាក់ខ្លួន ឬរត់គេចពីច្បាប់ដោយសារតែបទឧក្រិដ្ឋ បទឧក្រិដ្ឋដែលបានប៉ុនប៉ង ឬជាអ្នកដែលបំពានទៅលើការដោះលែងមុនកំណត់ដោយមានលក្ខខណ្ឌ ឬនៅក្នុងពេលល្បងឃ្លាំមើល ពួកគេមិនអាចទទួលប្រាក់ជំនួយឬប័ណ្ណទិញម្ហូបឡើយ ។
- អ្នកណាម្នាក់ដែលត្រូវបានជាប់ទោសបទឧក្រិដ្ឋដែលទាក់ទងទៅនឹងថ្នាំញៀនស្រវឹង សំរាប់ការមាន ការប្រើប្រាស់ ឬចែកចេញថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ចាប់តាំងពីថ្ងៃទី១១ ខែសីហា ឆ្នាំ១៩៩៦ មិនអាចទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូបឡើយ ឬបើសិនជាបានជាប់ទោសចាប់តាំងពីថ្ងៃទី១ ខែមករា ឆ្នាំ១៩៩៨ មិនអាចទទួលប្រាក់ជំនួយឡើយ ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការភូតកុហកនៅក្រោមច្បាប់នៃសហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសេចក្ដីថ្លែងការព័ត៌មាននេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ ។

ហត្ថលេខា(ឪពុកម្ដាយឬអ្នកថែរក្សាជាសាច់ញាតិ អ្នកដាក់ពាក្យសុំជំនួយMedi-Cal សមាជិកពេញវ័យនៅក្នុងគ្រួសារទទួលជំនួយប័ណ្ណទិញម្ហូប ឬអ្នកតំណាងទទួលការអនុញ្ញាតឱ្យទទួលប័ណ្ណទិញម្ហូប)			កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខា(ឪពុកម្ដាយដទៃទៀតដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយ)	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខានៃសាក្សីទៅនឹងគំនូសសំគាល់ អ្នកបកប្រែ ឬអ្នកតំណាងឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកទទួលជំនួយ	កាលបរិច្ឆេទ

សំរាប់តែខណ្ឌបំពេញ

	REGULATIONS MET?					
	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Citizen/Eligible non-citizen						
School enrollment						
Pregnancy verified/WIC Referral						
SSN						
Income—Gross and net income						

	REGULATIONS MET?					
	CA		FS		MC	
Property—Within limits and verified amount $						
Work registration/ FSET/ABAWDs						
Sponsored alien						
Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation (Managed Care)						

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			
If "NO", why:			

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:

☐ INELIGIBLE (REASON)

☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION
☐ REDETERMINATION ☐ MAP EXEMPTION

	AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):	EFFECTIVE DATE
ELIGIBILITY WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE

FS: HH Size:

☐ INELIGIBLE (REASON)

☐ ELIGIBLE
☐ RECERTIFICATION

	AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE