



**ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់ព្រឹទ្ធាវ័យ
រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត**
(សំរាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ និងប្តីប្រពន្ធ អាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង)



តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របៀបណា?

- ផ្ទុកឡើងទៅកាន់ [DTA Connect](#)
- ផ្ញើតាមទូរសារទៅលេខ **617-887-8765**
- ផ្ញើទៅអាសយដ្ឋាននេះ: **DTA Document Processing Center P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- ស្តេន នៅការិយាល័យ **DTA** ក្នុងតំបន់

នាមត្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	នាមកណ្តាល៖
អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖	ក្រុង, រដ្ឋ, ស៊ីបកូដ៖	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (បើសិនខុសគ្នា)៖	ក្រុង, រដ្ឋ, ស៊ីបកូដ៖	
លេខទូរស័ព្ទ៖	តើអ្នកជាជនអនាម័យឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
តើអ្នករស់នៅ ក្នុងលំនៅប្រភេទអ្វី?		
<input type="checkbox"/> លំនៅឯកជន	<input type="checkbox"/> មន្ទីរលំនៅដ្ឋាន	<input type="checkbox"/> ជម្រក
<input type="checkbox"/> លំនៅបណ្តោះអាសន្ន	<input type="checkbox"/> ជំរុំពលករចំណាត់ស្រុក	<input type="checkbox"/> លំនៅបណ្តោះអាសន្ន
<input type="checkbox"/> លំនៅសាធារណៈ	<input type="checkbox"/> ផ្ទះឈ្នួលពាណិជ្ជកម្ម	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត
តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា ខ្ញុំយល់ព្រមថា៖		
<ul style="list-style-type: none"> • ខ្ញុំបានអានក្រដាសបំពេញនេះទាំងអស់ (ឬគេបានអានឲ្យខ្ញុំ ជាភាសាដែលខ្ញុំយល់) រួមទាំងផ្នែកអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ ហើយក៏យល់ថាខ្ញុំ ត្រូវតែប្រព្រឹត្តតាមវិន័យទាំងនេះ; • ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ គឺពិតប្រាកដ និងសព្វគ្រប់ ទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ; • ខ្ញុំអាចនឹងទៅចូលគុក ឬបានតម្រូវឲ្យបង់ពិន័យ បើសិនខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុស ឬមិនសព្វគ្រប់ ដោយចេតនា; • DTA និងសហព័ន្ធ, រដ្ឋ, និងមន្ត្រីមូលដ្ឋានផ្សេងទៀត អាចនឹងបញ្ជាក់ (ឆែកមើល) ព័ត៌មានអ្វីមួយដែលខ្ញុំផ្តល់។ 		
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖	

- យើងនឹងទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នក បើសិនវាមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន (បើមាន) និងហត្ថលេខារបស់អ្នក។
- បើសិនជាត្រូវបានយល់ព្រម អត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នក នឹងបានចេញឱ្យបកក្រោយ ទៅកាលបរិច្ឆេទដែល DTA បានទទួលពាក្យសុំរបស់អ្នក។
- ទូរស័ព្ទមកយើង ដើម្បីបំពេញការសំភាសន៍ នៅពេលណាមួយចន្លោះម៉ោង 8:15 ព្រឹក និង 4:45 រសៀល ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ តាមលេខ 1-833-712-8027។

អ្នកអាចនឹងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នក ក្នុងពេល 7 ថ្ងៃ បើសិនជា៖

- ប្រាក់ចំណូលរួមរបស់អ្នក និងប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ បូកចូលគ្នា គឺតិចជាងការចំណាយរាល់ខែរបស់អ្នក ទៅលើទីលំនៅ; ឬ
- ប្រាក់ចំណូលរួមរាល់ខែរបស់អ្នក គឺតិចជាង \$150 និងប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារ គឺ \$100 ឬតិចជាង; ឬ
- អ្នកជាពលករចំណាត់ស្រុក និងប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារ គឺ \$100 ឬតិចជាង។

តើអ្នកមានប័ណ្ណ ផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍ជាអេឡិចត្រូនិក (Electronic Benefit Transfer, EBT) រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប័ណ្ណ EBT នឹងនៅតែប្រើការបាន បើសិនករណីបើកម្តងទៀត បន្ទាប់ពីបានបិទ។ បើសិនអ្នកពុំមានប័ណ្ណ EBT ទេ យើងអាចផ្ញើឱ្យអ្នកមួយ ឬផ្គត់មួយ នៅការិយាល័យតាមមូលដ្ឋាន។ អ្នកអាចនឹងទទួលប័ណ្ណ EBT មុននឹងយើង សំរេចអំពីសិទ្ធិទទួល ប្រយោជន៍ឱ្យអ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក យ៉ាងឆាប់រហ័សក្នុងខណៈវាមាន បើសិនអ្នក មានសិទ្ធិទទួល។ នៅពេលអ្នកបានប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក អ្នកក៏នឹងបានព័ត៌មានចម្រើន ពីរបៀបប្រើវាដែរ។



បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ពីព្រោះតែភាពពិការ យើងអាច
ផ្តល់ឲ្យការសំរេបសំរួល ធ្វើឲ្យវាងាយស្រួលឡើង ដើម្បី
ធ្វើការជាមួយយើង។

ហៅលេខ 1-877-382-2363 ស្នើសុំការសំរេបសំរួល
ឬជំនួយជាមួយពាក្យសុំនេះ។



តើអ្នកជាមនុស្ស
មានភាពពិការឬ? បាទ/ចាស ទេ

បើសិន បាទ/ចាស តើរបៀប ផ្ទាល់មុខ ភាសាសញ្ញា - ផ្ទាល់មុខ
នៃការប្រាស្រ័យទាក់ទង
ដែលអ្នកពេញចិត្តគឺអ្វី? ទូរស័ព្ទ ភាសាសញ្ញា - សេវាបញ្ជូនតាមវីដេអូ (Video Relay
Services, VRS)
លេខ VRS របស់អ្នក៖ _____

តើ MassHealth បាន
បញ្ជាក់ថាអ្នកមានភាព
ពិការ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

DTA អាចនឹងផ្ញើសារទៅអ្នក អំពីកាលបរិច្ឆេទដល់កំណត់, ព័ត៌មានករណី, ការបិទការិយាល័យ, និងព័ត៌មានសំខាន់ៗទៀត។ សូមកំណត់ថា តម្លៃសារ និងទិន្នន័យ អាចនឹងអនុវត្ត។

បើសិនអ្នក **មិន**ចង់ទទួលសារមកពី DTA ទេ អ្នកអាចមិនចូលរួមនៅលើ DTA Connect ដោយទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ 1-877-382-2363 ឬវាយពាក្យ OPT OUT បើសិនអ្នកបានទទួលសារ។

ព័ត៌មានអំពីប្រអូក		
លេខសូស្យាវល់ស៊ីគ្យូរីទី៖	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		តើអ្នកពេញចិត្តនិយាយភាសាអ្វី?
កំណត់៖ បុគ្គលមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ដែលដាក់ពាក្យសុំ SNAP មិនបាច់ឲ្យ លេខសូស្យាវល់ស៊ីគ្យូរីទី ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិរបស់គេទេ។		_____
តើជាតិសាសន៍របស់អ្នក ជាអ្វី?*		
<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬ អាហ្វ្រិក-អាមេរិក	<input type="checkbox"/> អាមេរិក-ឥណ្ឌាន ឬ ជនជាតិដើមអាឡាស្កា	<input type="checkbox"/> ស្បែកស
<input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេងទៀត	
តើជាតិពន្ធរបស់អ្នក ជាអ្វី?*		
<input type="checkbox"/> ហ៊ុស្ត្រានីក ឬ ឡាទីណូ	<input type="checkbox"/> មិនមែនហ៊ុស្ត្រានីក ឬ ឡាទីណូ	
* ចំឡើយរបស់អ្នក នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកទេ។ យើងសូរសំណួរទាំងនេះ ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថា គ្រប់គ្នាត្រូវបានប្រព្រឹត្តមកលើដោយសមគួរ ទោះបីជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, ឬដើមកំណើត ជាអ្វីក៏ដោយ។ ទុកឲ្យនៅទំនេរ បើសិនអ្នកមិនចង់ឆ្លើយ។		

សមាជិកក្រុមគ្រួសារ

តើមានមនុស្សផ្សេងទៀត រស់នៅជាមួយអ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។ ចុះរាយតែក្មេងៗអាយុក្រោម 22 ឆ្នាំ, ប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក, និង/ឬ មនុស្សណាមួយផ្សេងទៀត ដែលអ្នកទិញ និងចំអិនអាហារ ចំបងៗជាមួយអ្នក។

ឈ្មោះ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ កំណើត	លេខសូស្យាវ៉ាល់ សីគ្យូរីទី	ទំនាក់ទំនង ជាមួយអ្នក?	តើមនុស្សនេះ ជាពលរដ្ឋ អាមេរិកឬ?	តើមនុស្សនេះដាក់ពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬ?
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ប្រាក់ចំណូល

តើមានអ្នកណា ទទួលប្រាក់ចំណូល ដូចជា ប្រាក់ងារងារ, ការសងប្រាក់អត់ការងារ, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន, សូស្យាវ៉ាល់សីគ្យូរីទី, SSI, ការសងប្រាក់ឲ្យកម្មករ, អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន, ប្រាក់និវត្តន៍ ឬប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ផ្ទះ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

មនុស្ស មានប្រាក់ចំណូល	ប្រភេទប្រាក់ចំណូល	ភាពញឹកញាប់	ចំនួនរួម
		<input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ <input type="checkbox"/> រាល់ពីរអាទិត្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖	
		<input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ <input type="checkbox"/> រាល់ពីរអាទិត្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖	
		<input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ <input type="checkbox"/> រាល់ពីរអាទិត្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖	

តម្លៃជម្រក

តើក្រុមគ្រួសារ ទទួលខុសត្រូវរបស់តម្លៃជម្រក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើសិន បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ប្រភេទ៖	ចំនួន៖	ភាពញឹកញាប់៖		
<input type="checkbox"/> ឈ្នួលផ្ទះ	\$ _____	<input type="checkbox"/> រាល់ខែ	<input type="checkbox"/> រាល់ត្រីមាស	<input type="checkbox"/> រាល់ឆ្នាំ
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖		
<input type="checkbox"/> ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ	\$ _____	<input type="checkbox"/> រាល់ខែ	<input type="checkbox"/> រាល់ត្រីមាស	<input type="checkbox"/> រាល់ឆ្នាំ
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖		
<input type="checkbox"/> ពន្ធដីផ្ទះ*	\$ _____	<input type="checkbox"/> រាល់ខែ	<input type="checkbox"/> រាល់ត្រីមាស	<input type="checkbox"/> រាល់ឆ្នាំ
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖		
<input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងផ្ទះ*	\$ _____	<input type="checkbox"/> រាល់ខែ	<input type="checkbox"/> រាល់ត្រីមាស	<input type="checkbox"/> រាល់ឆ្នាំ
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖		
<input type="checkbox"/> ឈ្នួលកូនដូ	\$ _____	<input type="checkbox"/> រាល់ខែ	<input type="checkbox"/> រាល់ត្រីមាស	<input type="checkbox"/> រាល់ឆ្នាំ
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖		
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	\$ _____	<input type="checkbox"/> រាល់ខែ	<input type="checkbox"/> រាល់ត្រីមាស	<input type="checkbox"/> រាល់ឆ្នាំ
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖		

*ទុកចំហពន្ធដីផ្ទះ និងធានារ៉ាប់រងផ្ទះ បើសិនទាំងនេះបានបញ្ចូលក្នុងការបង់ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ។

តម្លៃទឹកភ្លើង

តើក្រុមគ្រួសារ ទទួលខុសត្រូវរបស់តម្លៃទឹកភ្លើង ដោយឡែក ពីតម្លៃជម្រក ឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

បើសិន បាទ/ចាស គូសពិនិត្យ តម្លៃទឹកភ្លើងទាំងអស់ ដែលពាក់ព័ន្ធដល់អ្នក៖

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> កំដៅ (ប្រេង, ឧស្ម័ន, អគ្គិសនី ឬប្រពន, ល.) | <input type="checkbox"/> អគ្គិសនី និង/ឬ ឧស្ម័ន |
| <input type="checkbox"/> អគ្គិសនី សំរាប់ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ក្នុងរដូវក្តៅ | (ក្រៅពីការប្រើកំដៅ); ទឹក; លូទឹកស្អុយ; និង/ឬ ការប្រមូលសំរាម |
| <input type="checkbox"/> ឈ្នួលសំរាប់ប្រើម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ក្នុងរដូវក្តៅ | <input type="checkbox"/> សេវាទូរស័ព្ទ ឬទូរស័ព្ទដៃ |
| | (រួមទាំងបានបង់ជាមុន) |

តម្លៃថែទាំមនុស្សក្នុងបន្ទុក

តើមានអ្នកណា ទទួលខុសត្រូវបង់តម្លៃថែទាំមនុស្សពេញវ័យ ក្នុងបន្ទុក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើសិន បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះមនុស្សក្នុងបន្ទុក	ចំនួនបានបង់	ភាពញឹកញាប់
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រាល់ពីរអាទិត្យ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖
		<input type="checkbox"/> រាល់អាទិត្យ <input type="checkbox"/> រាល់ពីរអាទិត្យ <input type="checkbox"/> រាល់ខែ
		<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖

តើមានអ្នកណា ធ្វើដំណើរទៅ និង/ឬ មកពីអ្នកផ្តល់ការថែទាំមនុស្សក្នុងបន្ទុក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើសិន បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះមនុស្ស ក្នុងបន្ទុក	អាសយដ្ឋាន នៃអ្នកផ្តល់ការថែទាំ	ចំនួននៃដំណើរ តាមឡានក្នុង មួយអាទិត្យ		បើសិនមិនបើកបរ៖ តម្លៃនៃ យានជំនិះសាធារណៈ, ឡានតាក់ស៊ី, ការដឹកទៅមក, ល.
		ទៅ	ពី	

តម្លៃពេទ្យ

តើមានអ្នកណា ដែលមានអាយុតិចបំផុត 60 ឆ្នាំ និង/ឬ ពិការ បាទ/ចាស ទេ
មានចំណាយពេទ្យចេញពីហោប៉ៅ ឬទេ?

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ	ប្រភេទចំណាយ	តម្លៃសរុបមួយខែ
_____	<input type="checkbox"/> ថែទាំសុខភាព <input type="checkbox"/> ថែទាំធ្មេញ <input type="checkbox"/> ធានាសុខភាព <input type="checkbox"/> ថ្នាំពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (ថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា, សំភារៈពេទ្យ, ល.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> ថែទាំសុខភាព <input type="checkbox"/> ថែទាំធ្មេញ <input type="checkbox"/> ធានាសុខភាព <input type="checkbox"/> ថ្នាំពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (ថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា, សំភារៈពេទ្យ, ល.)	_____

កំណត់៖ អ្នកអាចបានឥណទាន សំរាប់តម្លៃដែលអ្នកទទួលខុសត្រូវបង់ប្រាក់ សូម្បីតែបើសិនអ្នកយឺតបង់ ឬមិនអាចបង់វាក៏ដោយ។ តម្លៃពេទ្យ រួមទាំង ថ្លៃរួមបង់, វេជ្ជបញ្ជា, ថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា, ធានាសុខភាព, វិក្កយបត្រពេទ្យ, យានជំនិះ, និងច្រើនទៀត។

តើមានអ្នកណា ធ្វើដំណើរទៅ និង/ឬ មកពីថែទាំសុខភាព (ដូចជា ឱសថស្ថាន, បាទ/ចាស ទេ
វេជ្ជបណ្ឌិត, អ្នកព្យាបាល, ល.) ឬទេ?

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ	អាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់ ការថែទាំសុខភាព	ចំនួននៃដំណើរតាម ឡានក្នុងមួយអាទិត្យ		តម្លៃនៃចំណាត់ឡាន, យាន ជំនិះសាធារណៈ, ឡានតាក់ស៊ី, ការដឹកទៅមក, ល.
		ទៅ	ពី	

SNAP នៅក្នុងរដ្ឋមួយទៀត

តើមានអ្នកណា បានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP នៅក្រៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ក្នុងពេល បាទ/ចាស ទេ
30 ថ្ងៃកន្លងមក ឬទេ?

បើសិន **បាទ/ចាស** តើអ្នកណា?

ការជួយជាមួយពាក្យសុំ

តើអ្នកចង់ឲ្យការអនុញ្ញាតមកយើង ដើម្បីទាក់ទងមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារ បើសិនយើង បាទ/ចាស ទេ
មិនអាចទាក់ទងអ្នកបានតាមទូរស័ព្ទ ឬទេ?*

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះនៃមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

* យើងហៅថានេះគឺជា មនុស្ស/អង្គការ ដែលជួយ។ តួនាទីនេះ គឺមានសុពលភាព
សំរាប់តែរយៈពេលការដាក់ពាក្យសុំប៉ុណ្ណោះ។

ការអនុញ្ញាត ដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាន

តើអ្នកចង់ឲ្យការអនុញ្ញាតទៅមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារនេះ ដើម្បីនិយាយជាមួយ DTA បាទ/ចាស ទេ
និងទទួលព័ត៌មានសំងាត់ ជាប់ទាក់ទងអំពីករណីរបស់អ្នក ឬទេ?*

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះនៃមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

* តួនាទីនេះ មិនអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ ឬបំពេញបទសំភាសន៍ឡើយ។ ការអនុញ្ញាត ផុតកំណត់
បន្ទាប់ពីមួយឆ្នាំ។

អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត សំរាប់ការបញ្ជាក់

តើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាត ឲ្យភ្នាក់ងារ ឬជនណាម្នាក់ ដែលអ្នកទុកចិត្ត ដើម្បី បាទ/ចាស ទេ
 ចុះហត្ថលេខាក្រដាសបំពេញ, រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ, ធ្វើសំភាសន៍,
 និងនិយាយអំពីករណីរបស់អ្នក ជាមួយយើងឬទេ?*

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះនៃមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____

អត្តលេខនិយោជកសហព័ន្ធ (ភ្នាក់ងារតែប៉ុណ្ណោះ)៖ _____

* ការអនុញ្ញាត មានសុពលភាពរហូតទាល់តែបានលុបចោល។

អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត សំរាប់កិច្ចការ EBT

តើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាត ឲ្យជនណាម្នាក់ ដែលអ្នកទុកចិត្ត ដើម្បីទទួលប័ណ្ណ EBT បាទ/ចាស ទេ
 ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារសំរាប់អ្នក ដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នក ឬទេ?*

បើសិន **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះនៃមនុស្ស ឬភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

* អត្តសញ្ញាណត្រូវតែបានបញ្ជាក់ មុនពេលបានចេញប័ណ្ណឲ្យ។ ការអនុញ្ញាត
 មានសុពលភាពរហូតទាល់តែបានលុបចោល។

- បើសិនអ្នកចង់លុបចោលប័ណ្ណ EBT សំរាប់អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត ហៅលេខ 1-800-997-2555។
- បើសិនអ្នកចង់លុបចោល នូវតួនាទីណាមួយខាងលើ ហៅលេខ 1-877-382-2363។

តើមានអ្វីកើតឡើង ជាបន្ទាប់ទៀត?

សូមរក្សាទុកព័ត៌មាន នៅទំព័រជាលំដាប់ទៅនេះ សំរាប់ដាក់ណត់ត្រារបស់អ្នក។



ហៅទូរស័ព្ទ

យើងនឹងទូរស័ព្ទមកអ្នកសំរាប់បទសំភាសន៍។ បើសិនយើង មិនអាចទាក់ទងអ្នកបានទេ យើងនឹងធ្វើសំបុត្រទៅឲ្យអ្នកសំរាប់គ្រោងពេលធ្វើសំភាសន៍តាមទូរស័ព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ 1-833-712-8027 ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:15-4:45 ដើម្បីធ្វើសំភាសន៍។



ធ្វើការបញ្ជាក់មក

បើសិនត្រូវការយើងនឹងឲ្យអ្នក នូវបញ្ជីនៃឯកសារដើម្បីធ្វើមកប្រយោជន៍ឲ្យយើងអាចបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលរបស់ អ្នក។ អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ដើម្បីផ្ញើឯកសារមកយើង។ សូមប្រាប់យើង បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ!



ទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP

យើងនឹងធ្វើសំបុត្រឲ្យអ្នកអំពីការសំរេច ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃ។ បើសិនត្រូវបានយល់ព្រម យើងនឹងដាក់អត្ថប្រយោជន៍ នៅលើប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក។ បើសិនយើងបានបដិសេធ យើងនឹងប្រាប់អ្នកពីមូលហេតុ។



ឲ្យបានតភ្ជាប់

ទស្សនា DTAConnect.com ដោយប្រើកម្មវិធីចល័ត DTA Connect ឬទូរស័ព្ទទៅខ្សែជំនួយ DTA តាមលេខ 1-877-382-2363 ដើម្បីឆែក មើលស្ថានភាពករណី, កែព័ត៌មានករណីឲ្យទាន់បច្ចុប្បន្នភាព, បញ្ចូលឯកសារ, និងមានច្រើនទៀត!

បើសិនអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬត្រូវការជំនួយ ហៅលេខ **1-833-712-8027** ឬទស្សនា Mass.gov/DTA ។

ធនធានបន្ថែម

SNAP Path to Work: រកការងារ និងអ្នកផ្តល់ការហ្វឹកហ្វឺន ដោយចូលទៅ SNAPpathtowork.org។
កំណត់៖ នេះគឺសំរាប់តែអតិថិជន SNAP ប៉ុណ្ណោះ

Massachusetts 2-1-1: ហៅលេខ 211 ដើម្បីរកកម្មវិធីសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

SNAP-Ed: ទស្សនាគេហទំព័រ ការអប់រំអាហារូបត្ថម្ភ SNAP នៅ MAhealthyfoodsinasnap.org ដើម្បីរកក្បួនធ្វើម្ហូបមានសុខភាពល្អ, ឱវាទដាំស្ល, និងរបៀបដើម្បីរក្សាគ្រួសាររបស់អ្នក ឲ្យសកម្ម!

Project Bread: ហៅទៅលេខពិសេសប្រភពម្ហូបអាហារ របស់ Project Bread តាមលេខ 1-800-645-8333 ដើម្បីរកប្រភពម្ហូបអាហារនៅក្នុងមូលដ្ឋាន។

ជំរើសការបញ្ជាក់របស់អ្នក

- អ្នកអាចប្រើបញ្ជីពិនិត្យនេះ ដើម្បីបញ្ជូនការបញ្ជាក់ មកជាមួយពាក្យសុំនេះ។ យ៉ាងនេះនឹងជួយយើង បំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក យ៉ាងឆាប់រហ័សជាង!
- បើសិនអ្នកពុំមានភស្តុតាងទាំងអស់ទេ កុំរង់ចាំដើម្បីបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកឡើយ! អ្នកអាចបញ្ជូនវាមក នៅពេលក្រោយទៀត។
- សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ទស្សនា [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications)។

បើសិនអ្នកណាម្នាក់ នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ មានប្រាក់ចំណូលរកបាន ត្រូវធ្វើឲ្យយើងនូវភស្តុតាង នៃប្រាក់ចំណូលរួម (មុនកាត់ពន្ធ) សំរាប់ប្តូរអាទិភ័យចុងក្រោយ ដូចជា៖

- បង្កាន់ដៃបើកប្រាក់, ឬកំណត់ត្រានៃការបើកប្រាក់
- ភស្តុតាងអ្វីមួយនៃប្រាក់បើក ដែលអ្នកទទួល និងម៉ោងបានធ្វើការ
- បើសិនមានមុខរបរខ្លួនឯង, ឯកសារជំនួញ ដែលបង្ហាញប្រាក់ចំណូល និងចំណាយលើជំនួញ ដូចជា៖
 - Schedule C (ទំរង់ 1040 IRS)
 - ទំរង់ 1099 IRS ឬកំណត់ត្រាពន្ធដារផ្សេងទៀត
 - កំណត់ត្រាផ្សេងទៀត ដូចជា សំបុត្រទារប្រាក់, វិក្កយប័ត្រ, ឬបង្កាន់ដៃ ដែលបង្ហាញប្រាក់ចំណូល និង/ឬ ចំណាយលើជំនួញរបស់អ្នក

បើសិនអ្នកណាម្នាក់ នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ មានប្រាក់ចំណូលឥតរកបាន ត្រូវធ្វើឲ្យយើងនូវចំនួនរាល់ខែ ដូចជា៖

- អត្ថប្រយោជន៍ ឬ សំបុត្ររង្វាន់
- របាយការណ៍ មកពីភ្នាក់ងារដែលបើកប្រាក់

កំណត់៖ តាមធម្មតា យើងអាចបញ្ជាក់ចំនួនប្រាក់នៃ សូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី, SSI, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន DOR, ឬអត្ថប្រយោជន៍ការសងប្រាក់អត់ការងារ MA ដោយខ្លួនយើង។ យើងនឹងប្រាប់អ្នក បើសិនអ្នកត្រូវបញ្ជាក់អ្វីមួយ ទាំងនេះ។

ដើម្បីបង្ហាញភស្តុតាងនៃការរស់នៅ រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត អ្នកអាចនឹងបញ្ជូនមកមួយ នៃឯកសារខាងក្រោម៖

- បង្កាន់ដៃថ្លៃជួលផ្ទះ, កិច្ចសន្យាជួល, ឬ ក្រដាសបំពេញបញ្ជាក់ពីម្ចាស់ផ្ទះ
- លិខិតផ្ទេរកម្មសិទ្ធិ ឬ សេចក្តីថ្លែងប្រាក់បុលទិញផ្ទះ, វិក្កយប័ត្រទឹកភ្លើង, ឬ ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត
- ក្រដាសបំពេញបញ្ជាក់ទីលំនៅរួមគ្នា, ឬ សេចក្តីថ្លែងមកពីជនណាម្នាក់ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក

បើសិនអ្នកណាម្នាក់ នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ ធ្វើការបង់ប្រាក់សំរាប់ឧបត្ថម្ភកូន សូមធ្វើឲ្យយើង៖

- ភស្តុតាងនៃកាតព្វកិច្ចតាមច្បាប់ ដើម្បីបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន (ដូចជា បទបញ្ជាតុលាការ) និង
- ភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ថ្មីៗបំផុត

បើសិនសមាជិកក្រុមគ្រួសារណាម្នាក់ មិនមែនជាពលរដ្ឋ ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍

សូមបញ្ជូនភស្តុតាង នៃស្ថានភាពមិនមែនពលរដ្ឋ ដូចជា៖

- ប័ណ្ណអ្នកមូលដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ ("ប័ណ្ណបែតង")
- ប័ណ្ណអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការ
- ប័ណ្ណអ្នកមូលដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន
- កំណត់ត្រាមកដល់-ចេញដំណើរ (I-94)
- ត្រាក្នុងលិខិតឆ្លងដែន
- ឯកសារផ្សេងទៀត ដែលបង្ហាញស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍បច្ចុប្បន្ន ឬមិនទាន់ដាច់ស្រេច
- សេចក្តីថ្លែង មកពីមេធាវីអន្តោប្រវេសន៍ អំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន ឬមិនទាន់ដាច់ស្រេច

បើសិនសមាជិកក្រុមគ្រួសារណាម្នាក់ ជាមនុស្សចាស់ជរា និង/ឬ ពិការ និងមានចំណាយថ្លៃពេទ្យ

សូមបញ្ជូនភស្តុតាងនៃចំណាយ (ដូចជា វិក្កយប័ត្រ, សំបុត្រទារប្រាក់, ឬ បង្កាន់ដៃ)។ តម្លៃយានជំនិះខ្លះសំរាប់មូលហេតុសុខភាព អាចបានប្រកាសដោយខ្លួនឯង។

កំណត់៖ ចំណាយពេទ្យសរុប សំរាប់ក្រុមគ្រួសារ ត្រូវតែខ្ពស់ជាង \$35 មួយខែ ទើបត្រូវបានរាប់។

សេចក្តីជូនដំណឹងរបស់ក្រសួងជំនួយអនុករកាល (DTA) សុំពិនិត្យ ការទទួលខុសត្រូវ និងការពិន័យ

- សេចក្តីជូនដំណឹងនេះរាយបញ្ជីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវសម្រាប់រាល់កម្មវិធី DTA ទាំងអស់។ អ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមច្បាប់សម្រាប់កម្មវិធីដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
- សូមអានទំព័រទាំងនេះ ហ្នឹងយើងរកស្រាវជ្រាវជាក់លាក់ត្រូវរបស់អ្នក។
- សូមជម្រាប DTA ឱ្យដឹងប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

ខ្ញុំសូមស្របចំការងារការពិន័យនៃការស្របចំបំពាន៖

- ខ្ញុំមានអានព័ត៌មានក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ឬអ្នកណាម្នាក់អានឱ្យខ្ញុំស្តាប់។
- ចម្ងល់យើងរបស់ខ្ញុំទៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះគឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញទៅតាមចំណេះដឹងខ្ញុំស្របចំផុតរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូន DTA នូវព័ត៌មានដដែលពិតប្រាកដ ហើយពេញលេញតាមចំណេះដឹងខ្ញុំស្របចំផុតរបស់ខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលសម្ភាសន៍របស់ខ្ញុំ និងនាពេលអនាគត។

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬបំភាន់គឺជាករណីក្នុងបន្ទប់
- ការកុលងៃ ឬលាក់បាំងការពិតដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី DTA គឺជាករណីក្នុងបន្ទប់
- ករណីក្នុងបន្ទប់ត្រូវបានចាត់ទុកជាបទល្មើសលើកម្មវិធីដោយចេតនា (IPV) និង
- បើ DTA គិតថាខ្ញុំបានប្តឹងករណីក្នុងបន្ទប់ DTA អាចបន្តធ្វើការពិន័យដូចបុរេ និងព្រហ្មទណ្ឌខ្មៅខ្ញុំ។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹងថា៖

- DTA នឹងផ្តល់ជូនព័ត៌មានដដែលខ្ញុំផ្តល់ជូនជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយមិនពិត DTA អាចបដិសេធមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំក៏អាចត្រូវទទួលបានការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតផងដែរ។
- ប្រសិនបើ DTA ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពដដែលអាចទុកចិត្តបានអំពីការផ្តល់ប្រាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំអាចនឹងប្តូរឱ្យ។
- តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យ DTA ផ្តល់ជូនព័ត៌មានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ រួមទាំង៖
 - ទទួលបានព័ត៌មានពីទីកន្លែងងាររបស់ ឬសហគ្រាសផ្សេងទៀត អាជ្ញាធរលំនៅ ដូចជាក្នុងតំបន់មនុស្សឧបសគ្គភាពក្រៅរដ្ឋ សុំថ្នាំប្រយោជន៍សុខាភិបាល និងក្រុមហ៊ុន Equifax Workforce Solutions (Work Number)។ ខ្ញុំក៏ផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យទីកន្លែងងារទាំងនេះចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់គ្រួសារខ្ញុំក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាមួយ DTA ផងដែរ។
 - ប្រសិនបើ DTA ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពី Equifax អំពីប្រាក់ចំណូលរកបានរបស់គ្រួសារខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានរបាយការណ៍ Equifax របស់ខ្ញុំមួយច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើខ្ញុំសុំស្នើសុំក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រេចចិត្តរបស់ DTA។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំសំណួរអំពីព័ត៌មានទៅក្នុងរបាយការណ៍។ ខ្ញុំអាចទាក់ទង Equifax តាម៖ Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (លេខឥតគិតថ្លៃ)។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ថតចម្លងនៃពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានដដែល DTA ប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចអំពីសិទ្ធិ និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់គ្រួសារខ្ញុំ។ ខ្ញុំអាចសុំសុំ DTA នូវច្បាប់ចម្លងអន្តរាគមន៍កន្លែងពាក្យសុំដែលបានបំពេញ។

តើ DTA នឹងបរើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?

ដើម្បីការពារចុះបញ្ជីចំលែខខាងក្រោម ខ្ញុំព្រមព្រៀងដល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យ DTA ទទួលបានព័ត៌មានកែលម្អព័ត៌មានអំពីខ្ញុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំជាមួយ៖

- ធនាគារ សាលារៀន រដ្ឋប្រឹក្សាសិស្ស និយោជក ម្ចាស់ផ្ទះ ក្រុមហ៊ុនសេវាសាធារណៈ និងទីកន្លែងងារផលិតផល ដើម្បីបញ្ជូនព័ត៌មានលំអិតទៅក្រុមហ៊ុនសេវាសាធារណៈ និងទីកន្លែងងារផលិតផល។
- ក្រុមហ៊ុនអគ្គិសនី ខ្សែស៊ុន និងទូរសព្ទ ដូចនេះខ្ញុំអាចទទួលបានការបញ្ជូនព័ត៌មានលំអិតទៅក្រុមហ៊ុនសេវាសាធារណៈ។ បណ្តាក្រុមហ៊ុនទាំងនេះមិនអាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ឬប្រើប្រាស់វាសម្រាប់គោលបំណងផលិតផលផ្សេងទៀតបានទេ។
- ក្រសួងលំនៅដ្ឋាន និងអភិវឌ្ឍន៍ សហគមន៍ដើមប្រើចំណុះឈ្មោះខ្ញុំក្នុងកម្មវិធីកម្មវិធី និងប្រាក់កម្រៃ។ កម្មវិធីនេះជួយមនុស្សខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំនួនបំផុតពីកម្មវិធី SNAP។
- ក្រសួងអប់រំកុមារតូច និងមធ្យមសិក្សាដូចនេះកូនរបស់ខ្ញុំអាចទទួលបានអាហារសាលាដោយឥតគិតថ្លៃ។
- កម្មវិធីស្ត្រី ទារកនិងកុមារ (WIC) ដើម្បីប្រើប្រាស់កុមារដែលមានអាយុក្រោម 5 ឆ្នាំ ឬស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងគ្រួសារខ្ញុំអាចទទួលបាន WIC។
- សំណុំកម្មវិធីសញ្ញាជាតិអាមេរិក និងអនុញ្ញាតឱ្យប្រើស្រ្តី (USCIS) ដើម្បីផ្សេងផ្សេងទៀតស្ថិតិស្ថានភាពអនុញ្ញាតឱ្យប្រើស្រ្តីរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានពី USCIS អាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់គ្រួសារខ្ញុំ និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ពី DTA។

សម្គាល់៖ ទោះបីជាអនុញ្ញាតទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដោយសារតែស្ថានភាពអនុញ្ញាតឱ្យប្រើស្រ្តីក៏ដោយ ក៏ DTA នឹងមិនវាយការណ៍អនុញ្ញាតឱ្យប្រើស្រ្តីទេ លើកលែងតែអនុញ្ញាតឱ្យប្រើស្រ្តី DTA នៅក្នុងសម្របច្របូករបស់ខ្ញុំ។

- ក្រសួងប្រាក់ចំណូល (DOIR) ដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មានស្តីពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ស្ថានភាពស្ថិតិស្ថានភាពអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាក់ចំណូល ដូចជាប្រាក់ចំណូលរកបាន និងប្រាក់ចំណូលមានកំណត់ និងដើម្បីបញ្ជូនព័ត៌មានស្តីពីសិទ្ធិទទួលបាន "ស្ថានភាពគ្មានពន្ធ" ឬស្ថានភាពលំហកដំបូង។
- ក្រសួងកុមារ និងគ្រួសារ (DCF) ដើម្បីប្រើប្រាស់សម្រាប់សម្រួលសេវាកម្មដល់ផ្ទះលំនៅដ្ឋានដោយ DTA និង DCF។

តើ DTA ប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSNs) យ៉ាងដូចម្តេច?

DTA ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យស្រាវជ្រាវលើសំណុំខ្សែ SSNs ក្រោមច្បាប់ស្តីពីស្ថិតិស្ថានភាពសង្គម និងអាហារូបត្ថម្ភធុរកិច្ច ឆ្នាំ 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) សម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងក្រោមច្បាប់ M.G.L. c. 18 មាត្រា 9 33 សម្រាប់ TAFDC និង EAEDC។ DTA ប្រើប្រាស់លេខ SSNs ដើម្បី៖

- ពិនិត្យអត្តសញ្ញាណ និងសិទ្ធិទទួលបានរបស់សមាជិកគ្រួសារនីមួយៗដល់ខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំតាមរយៈកម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់ទំនុកំណែ។
- តាមដានការអនុលោមតាមច្បាប់នៃកម្មវិធី។
- ទារប្រាក់ប្រសិនបើ DTA អះអាងថាខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដល់ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។
- ជួយទីកន្លែងងារអនុវត្តច្បាប់ចាប់មនុស្សដល់លាក់ហឹង្សាច្បាប់។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ឱ្យ DTA នូវលេខ SSN របស់ជនបរទេសណាមួយទៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ រួមទាំងរូបខ្ញុំផង ដល់មិនចង់បានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រាក់ចំណូលរបស់ជនបរទេសអាចរាប់បញ្ចូល បើទោះបីជាជនបរទេសមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក៏ដោយ។

សិទ្ធិទទួលបានអនុវត្តច្បាប់ផ្ទាល់មាត់

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអនុវត្តច្បាប់ផ្ទាល់មាត់អាជីពដើម្បីឱ្យឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំដោយ DTA ប្រសិនបើខ្ញុំចង់ប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រជាភាសាផ្ទាល់មាត់។
- ប្រសិនបើខ្ញុំមានសវនាការ DTA ខ្ញុំអាចស្រាវជ្រាវលើសំណុំខ្សែ DTA ឱ្យឥតគិតថ្លៃអនុវត្តច្បាប់ផ្ទាល់មាត់អាជីពដោយឥតគិតថ្លៃដល់ខ្ញុំ ឬប្រសិនបើខ្ញុំចង់បាន ខ្ញុំអាចនាំនរណាម្នាក់មកបកប្រែខ្ញុំ។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការ DTA ផ្តល់អនុវត្តច្បាប់ផ្ទាល់មាត់សម្រាប់សវនាការដល់ខ្ញុំ ខ្ញុំត្រូវតែទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសវនាការយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍មុនកាលបរិច្ឆេទទៅសវនាការ។

សិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតតាមរយៈ DTA។
- DTA នឹងជួយខ្ញុំបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត បុរសិសបរើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ។
- ខ្ញុំអាចបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាលក្ខខណៈឯកជន។
- ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬការបដិសេធមិនទៅចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍ DTA របស់ខ្ញុំទេ។

ឱកាសការងារ

ខ្ញុំយល់ព្រមថា DTA អាចចែករំលែកឈ្មោះនិងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ខ្ញុំជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាការងារ ធុរៀ និងបណ្តុះបណ្តាល រួមទាំង៖

- អ្នកផ្តល់សេវា SNAP Path Work ឬអ្នកជំនាញ DTA សម្រាប់អតិថិជន SNAP និង
- អ្នកផ្តល់សេវាការងារធុរៀ និងបណ្តុះបណ្តាលជាប់កិច្ចសន្យា ឬបុគ្គលិកពេញសិទ្ធិសម្រាប់អតិថិជន TAFDC។

អតិថិជន SNAPអាចចូលរួមសម្របច្រកក្នុងសេវាកម្មអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលការងារតាមរយៈកម្មវិធី SNAP Path to Work។

សុចរិតភាពសញ្ញាជាតិ

ខ្ញុំសូមសុំថា សមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសាររបស់ខ្ញុំដែលដាក់ពាក្យសុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី DTA គឺជា ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជាជនបរទេសរស់នៅស្របច្បាប់។

កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្តថែម

ខ្ញុំយល់ថា៖

- DTA គ្រប់គ្រងកម្មវិធី SNAP នៅរដ្ឋ Massachusetts។
- នៅពេលដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំជាមួយ DTA (តាមទូរសព្ទ តាមអនឡាញ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមសំបុត្រ ឬ ទូរសារ) DTA មានរយៈពេល 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលទទួលបានពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីសម្រេចថាខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានឬអត់។
 - បុរសិសបរើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន SNAP យ៉ាងទាន់ចិត្ត (ជាបន្ទាន់) DTA ត្រូវផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវកម្មវិធី SNAP ហើយត្រូវប្រាកដថាខ្ញុំមានបំណុលផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍តាមអឡេចត្យនក (EBT) ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលពួកគេបានទទួលពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។
 - ខ្ញុំមានសិទ្ធិនិយាយទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រង DTA បុរសិសបរើ៖
 - DTA និយាយថាខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP បន្ទាន់ទេ ហើយ ខ្ញុំមិនយល់ស្រប។
 - ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាបន្ទាន់ ប៉ុន្តែមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃទី 7 បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំ SNAP។
 - ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP បន្ទាន់ ប៉ុន្តែមិនទទួលបានបំណុល EBT របស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃទី 7 បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំ SNAP។
- នៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបាន SNAP ខ្ញុំត្រូវបំពេញតាមច្បាប់ជាតិល្អ។ នៅពេលដែលខ្ញុំត្រូវបាន យល់ព្រមឱ្យទទួលបាន SNAP, DTA និងផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃខ្លឹមសារបំណុលផ្ទេរសំបុត្រសម្រាប់ "សិទ្ធិ របស់អ្នកក្នុងការដឹងព្រំ" និងខ្លឹមសារបំណុលផ្ទេរសំបុត្រសម្រាប់អតិថិជន SNAP។ ខ្ញុំនឹងមានខ្លឹមសារបំណុល ឬឱ្យ អ្នកណាម្នាក់អានឱ្យខ្ញុំស្តាប់។ បុរសិសបរើខ្ញុំមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន ឬ ស្រវឹងយល់ព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំអាចទូរសព្ទទៅ DTA តាមរយៈលេខ 1-877-382-2363។

• ការប្រាប់ DTA អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិកក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ៖

- ប្រសិនបើខ្ញុំជាគ្រួសាររាយការណ៍សាមញ្ញរបស់កម្មវិធី SNAP ខ្ញុំមិនចាំបាច់រាយការណ៍អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិកក្នុងគ្រួសារទៅ DTA ទេ ដរាបណាវាហាក់ដូចជាមានការរាយការណ៍បណ្តោះអាសន្ន ឬការបញ្ជាក់មុតងទៀតគឺដល់ពេលកំណត់។ រឿងតម្លៃគឺដល់ខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍ដល់៖
 - ប្រសិនបើប្តីប្រពន្ធចំណូលរបស់គ្រួសារខ្ញុំលើសពីកម្រិតប្រាក់ចំណូលដុល (ហានចុះនៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹងពីការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំ)។
 - ខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍អំពីប្រាក់ចំណូលនេះត្រឹមថ្ងៃទី 10 នៃខែបន្ទាប់ពីខែដែលប្តីប្រពន្ធចំណូលរបស់ខ្ញុំបានលើសពីកម្រិតអតិបរមា។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបំពេញតាមច្បាប់ការងារសម្រាប់នីតិវិធីជនមានកាយសម្បទាគ្រប់គ្រាន់ដោយគ្មានអន្តរកាលនៅក្នុងបន្ទុក (ABAWD) និង មិនទាន់បានការប្រាប់ខ្ញុំថាចុះក្រោម 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ប្រសិនបើសមាជិកគ្រប់រូបនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ មានពិការភាព ឬមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ហើយគ្មាននរណាម្នាក់មានប្រាក់ចំណូលពីការងារទេ រឿងតម្លៃគឺដល់ខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍គឺ៖
 - ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ចាប់ផ្តើមធ្វើការ ឬ
 - មាននរណាម្នាក់ចូលរួម ឬចាកចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។
 - ខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិកទាំងនេះត្រឹមថ្ងៃទី 10 ខែបន្ទាប់ពីខែនៃការផ្តល់សេវាបុគ្គលិក។
- ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធី SNAP តាមរយៈជម្រើសជំនួសអត្ថប្រយោជន៍អនុកាល (TBA) ព្រោះ TAFDC របស់ខ្ញុំបានបញ្ចប់ ខ្ញុំមិនចាំបាច់រាយការណ៍អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិកណាមួយទៅ DTA ក្នុងរយៈពេល 5 ខែដែលខ្ញុំទទួលបាន TBA នោះទេ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធី SNAP តាមរយៈ Bay Bay CAP ខ្ញុំមិនចាំបាច់រាយការណ៍អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិកណាមួយទៅ DTA ទេ។

ប្រសិនបើខ្ញុំនិងសមាជិកគ្រប់រូបនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ (TAFDC ឬ EAEDC) ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិកជាក់លាក់មួយចំនួនទៅ DTA ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិក។ សូមមើល តើខ្ញុំត្រូវប្រាប់ DTA អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលិកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំនៅពេលណា? ក្រោម ជំនួយអនុកាលសម្រាប់កម្មវិធីគ្រួសារដែលមានកូននៅក្នុងបន្ទុក (TAFDC) និងជំនួយបន្ទាន់សម្រាប់មនុស្សចាស់ជរា ជនមានពិការភាព និងកុមារ (EAEDC) ខាងក្រោម។

ខ្ញុំអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP បន្ថែមទៀត ប្រសិនបើខ្ញុំរាយការណ៍ និងផ្តល់ភស្តុតាង DTA សម្រាប់ចំណុចខាងក្រោមនៃពេលណាមួយក៏មាន៖

- ការចំណាយលើការថែទាំកូន ឬអន្តរកាលនៅក្នុងបន្ទុក ថ្លៃស្កែនាក់នៅ និង/ឬថ្លៃសេវាសាធារណៈ
- អាហារិចចិញ្ចឹមកូនដល់ខ្ញុំ (ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ) តម្រូវដោយច្បាប់ឱ្យបង់ប្រាក់ទៅឱ្យសមាជិកមន្ត្រីគ្រួសារ និង
- ថ្លៃព្រៃយាលសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារខ្ញុំ រួមទាំងប្រាក់ខ្ញុំដែលមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ ឬមានពិការភាព។

ច្បាប់ការងារសម្រាប់អតិថិជន SNAP: ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP និងមានអាយុចន្លោះ 16 ទៅ 59 ឆ្នាំ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញប្រាក់ចំណូលតាមច្បាប់ការងារទូទៅរបស់កម្មវិធី SNAP ឬច្បាប់ការងាររបស់ ABAWD លើកលែងតែអ្នកត្រូវបានលើកលែង។ DTA នឹងប្រាប់ខ្ញុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើយើងត្រូវត្រួតពិនិត្យច្បាប់ការងារណាមួយ ការលើកលែងអ្វីខ្លះ ហើយតើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើយើងមិនគោរពតាមច្បាប់ការងារទាំងនេះ។

បុរសនិយមប្រើអន្តរាគមន៍ទៅក្នុងការចុះហាងការងារ SNAP:

- អន្តរាគមន៍ចុះហាងការងារសម្រាប់ការងារទៅលើពាក្យសុំ ហើយទៅពេលអន្តរាគមន៍ជាក់មត្តងទៀតសម្រាប់កម្មវិធី SNAP។ អ្នកចុះហាងការងារទៅពេលអន្តរាគមន៍ហត្ថលេខាលើពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP ឬទម្រង់បែបបទបញ្ជាក់ឡើងវិញ។
- អន្តរាគមន៍ផ្តល់ព័ត៌មាន DTA អំពីសុខភាពការងាររបស់អ្នកទៅពេលដល់ DTA សួរ។
- អន្តរាគមន៍វាយការណ៍ទៅនិយោជកបុរសនិយមប្រើប្រាស់បញ្ជីជូនដោយ DTA។
- អន្តរាគមន៍ទទួលយកការផ្តល់ជូនការងារ (លុះត្រាតែអ្នកមានហត្ថលេខាពីមុនរបស់អ្នកប្រើប្រាស់បញ្ជីជូន)។
- អន្តរាគមន៍ត្រូវយប់ពីការងារលើសពី 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដោយគ្មានហត្ថលេខាពីមុនឡើយ។
- អន្តរាគមន៍ត្រូវកាត់បន្ថយម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នកឱ្យតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដោយគ្មានហត្ថលេខាពីមុនឡើយ។

ចុះហាងការងារកម្មវិធី SNAP

- មិនត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់ព័ត៌មានដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឡើយ។
- មិនត្រូវដោះដូរ ឬលាក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឡើយ។
- មិនត្រូវផ្តល់សេវាបំណុល EBT ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដល់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានឡើយ។
- មិនត្រូវប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញរបស់ដល់មិនមានសិទ្ធិទិញ ដូចជាការសេដ្ឋកិច្ចមានជាតិអាស៊ីត និងថ្នាំជក់ឡើយ។
- មិនត្រូវប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នកដទៃបំណុល EBT ឡើយ លើកលែងតែអ្នកជាអ្នកតំណាងដល់មានការអនុញ្ញាត ឬអ្នកទទួលបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើបំណុលរបស់ពួកគេជំនួសពួកគេ។

ការព្រមានអំពីការពិន័យ SNAP

ខ្ញុំញឹកញាប់ឃើញបុរសម្នាក់ក្នុងគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំបំពានចុះហាងការងារដល់មានរបៀបរាប់ខាងលើដោយចេតនា ឬគ្មានចេតនា និងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP សម្រាប់រយៈពេល មួយឆ្នាំ ឬទាបជាងការប្រហារកាលលើកដំបូង រយៈពេល ៣ ឆ្នាំ ឬទាបជាងការបំពានលើកទី៣ និង ជាប់រៀងរហូត បន្ទាប់ពីការបំពានលើកទី៤ ឬក្រោយបំពានលើកទី៥ ក៏អាចនឹងត្រូវពិន័យជាទឹកប្រាក់រហូតដល់ 250,000 ដុល្លារ ជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ។ ពួកគេក៏អាចត្រូវទទួលបានការកាត់ទោសតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋផងដែរ។

ខ្ញុំញឹកញាប់ឃើញអំពីការពិន័យដូចខាងក្រោមផងដែរ។ បុរសនិយមប្រើប្រាស់ ឬសមាជិកគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ:

- ប្តេជ្ញាចិត្តបទល្មើសលើកម្មវិធីដោយចេតនា (IPV) ក្នុង កម្មវិធីផ្តល់ស្ថាប័នប្រាក់ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ក្នុងរយៈពេលតម្លៃដល់ពួកគេមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយជាស្ថាប័នប្រាក់។
- ធ្វើសេចក្តីចម្លែងការណ៍ក្នុងបន្ទប់អំពីអត្តសញ្ញាណ ឬគ្រួសារនាក់នោះរបស់ពួកគេដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាច្រើនក្នុងពេលតម្លៃ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP សម្រាប់រយៈ ដប់ឆ្នាំ។
- ដោះដូរ (ទិញឬលក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP យកសាធាតុដល់មានគ្រប់គ្រង/គ្រឿងញៀនខ្ពស់ចាប់ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP រយៈពេល ៣ ឆ្នាំ សម្រាប់ការកាត់យើងលើកដំបូង និង ជាប់រៀងរហូត សម្រាប់ការកាត់យើងលើកទី៣។
- ដោះដូរ (ទិញឬលក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP យកកាំភ្ជួរ រំសេវឬគ្រឿងផ្សេងៗ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ជាប់រៀងរហូត។
- ធ្វើសំណើផ្តល់ជូនដើម្បីបំណុលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬបំណុល EBT តាមអន្តរាគមន៍ ឬដោយផ្ទាល់ រដ្ឋអាចបន្តចាត់ការលើបទល្មើសលើកម្មវិធីដោយចេតនា (IPV) លើពួកគេ។
- បង់ប្រាក់សម្រាប់អាហារដែលមានទិញតាមឥណទាន ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ទេ។
- ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងគោលបំណងបោះបង់ចោល និងប្រគល់ផលិតផលវិញដូរយកស្ថាប័នប្រាក់ដល់ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ទេ។

- ភ្ញៀវខ្លួនដើម្បីធ្វើសវនកម្មការកាត់ទោស ការឃុំ ឬការឃុំឃាំងបន្តទាបពីការផ្តន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ទេ។
- រាល់ការរើការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ ដលៃសុំប៉ាន់អនុវត្តច្បាប់ កំពុងសុំដើរកាត់បន្ថែមពួកគេ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ទេ។

ជនណាដែលបានគ្រប់គ្រងឧក្រិដ្ឋជនជាប់ទោសបន្តទាបពីថ្ងៃទី 7 ខែកុម្ភៈឆ្នាំ 2014 មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន អតិថិជនរយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ទេ ប្រសិនបើពួកគេជាឧក្រិដ្ឋជនដលៃកំពុងរត់ចេញខ្លួន ឬកំពុងរលោភលើ ការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌដោយអនុលោមទៅតាមមាត្រា 7 CFR §273.11(n) - **និង** ត្រូវបាន ផ្តន្ទាទោសជានិរន្តរៈ៖

1. ការរលោភបំពានផ្តល់ភារកិច្ចផ្សេងៗគ្នាដោយមាត្រាទី 2241 នៃចំណងជើងទី 18, U.S.C.
2. អំពើហិង្សាកម្មវិធីមាត្រាទី 1111 នៃចំណងជើងទី 18, U.S.C.
3. រាល់បទល្មើសណាមួយក្រោមជំពូក 110 នៃចំណងជើងទី 18, U.S.C.
4. បទល្មើសសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការរលោភផ្តល់ភារកិច្ច ដូចមានចែង ក្នុងមាត្រាទី 40002(a) នៃច្បាប់ VAWA ឆ្នាំ 1994 (42 U.S.C. 13925a) ឬ
5. បទល្មើសក្រោមច្បាប់រដ្ឋដែលកំណត់ដោយអគ្គរដ្ឋទ្រទ្រង់មានលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលនឹង បទល្មើសដែលបានពណ៌នានៅក្នុងបញ្ជីជននេះ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីការគ្រប់គ្រងស្ត្រីស្នាក់នៅ

ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិសហព័ន្ធ និងបទបញ្ញត្តិក្នុងគ្រឹះស្ថានយោធារបស់ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក (USDA) ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក ទុក្ខភ័យ ការឃុំឃាំង និងនយោជន៍សុំប៉ាន់របស់ ខ្លួនដលៃចូលរួម ឬគ្រប់គ្រងកម្មវិធី USDA ត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ភេទ ជំនឿសាសនា ពាក្យអាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការផ្សព្វផ្សាយ ឬ ការសងសឹកលើសកម្មភាពសិទ្ធិសហព័ន្ធនៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលផ្តល់ឱ្យរើសអើង ឬផ្តល់ ថវិកាដោយក្រសួងកសិកម្មអាមេរិក។

ជនមានពិការភាពដែលត្រូវការធូរស្រាលនៃការប្រកាន់យកទាំងស្រុងទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧ. អ្នកស្រាវជ្រាវ អ្នកស្រាវជ្រាវ ខ្លួនអាត់ស្ទូង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក។ល។) គួរតែទាក់ទងទុក្ខភ័យ (រដ្ឋ ឬ ក្នុងតំបន់) ដលៃពួកគេហ៊ានដាក់ពាក្យដើម្បីទទួលបានអតិថិជនរយោជន៍។ ប្រសិនបើលទ្ធផល ត្រូវបានផ្តល់ជូន ប្រសិនបើមានយោបល់ម្នាក់ទាក់ទង ឬ USDA តាមរយៈសេវាកម្មបញ្ជីជនបន្តរបស់សហព័ន្ធជាមួយលេខ 1-800-877-8339។ លើសពីនេះទៀត ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចមានផ្តល់ជូនជាភាសាដទៃទៀតនៅពេលស្នាក់នៅក្នុងស្ថានភាពស្នាក់នៅ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្មវិធីពីបទរើសអើង៖

- សូមបំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងពីបទរើសអើងរបស់ USDA (AD-3027) ដលៃរកយើងតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ៖ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> និងនាំការយល់ណាមួយរបស់ USDA។ អ្នកអាចសុំសេចក្តីច្បាប់ ចិត្តមូលដ្ឋានពាក្យបណ្តឹងមួយច្បាប់ដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-866-632-9992 ឬ
- សូរស័ព្ទលិខិតផ្ញើទៅ USDA និងក្នុងលិខិតនេះដាក់បញ្ជីចូលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានសុំសុំជាមុន បែបបទ។

បញ្ជីជនទម្រង់បែបបទ ឬលិខិតដែលបានបំពេញច្បាប់អ្នកទៅ USDA តាមរយៈ៖

- សំបុត្រ៖ ការិយាល័យឧបការដ្ឋប្រឹក្សាសិទ្ធិសហព័ន្ធនៅក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកអាសយដ្ឋាន៖ 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410 ឬ
- ទូរស័ព្ទ៖ 1-202-690-7442 ឬ
- អ៊ីម៉ែល៖ program.intake@usda.gov

សុំប៉ាន់នេះគឺជាអនុកម្មវិធីស្នាក់នៅស្នាក់នៅ។

**ជំនួយអន្តរកាលដល់គ្រួសារដែលមានកូននៅក្នុងបន្ទប់ (TAFDC)
និងជំនួយបន្តទានដល់មនុស្សចាស់ជរា ជនមានពិការភាព និងកុមារ (EAEDC)**

TAFDC និង EAEDC គឺជាកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមនិងដាក់ពាក្យ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ DTACconnect.com ឬទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យ DTA ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ព័ត៌មាននេះអនុវត្តតែចំពោះគ្រួសារដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួលបាន TAFDC ឬ EAEDC ប៉ុណ្ណោះ។

តើខ្ញុំត្រូវប្រាប់ DTA អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំទៅពេលណា?

ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ DTA អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ TAFDC ឬ EAEDC របស់ខ្ញុំ (អត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់) **ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ** លើកលែងតែខ្ញុំមិនចាំបាច់ប្រាប់ DTA អំពីការផ្តល់សេវាបុគ្គលក្នុងរយៈពេល 100 ដល់លោកអ្នកមួយខែ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការផ្តល់សេវាបុគ្គលប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្ញុំ អាសយដ្ឋាន អ្នកដទៃខ្ញុំរស់នៅជាមួយ ទំហំគ្រួសារ ការងារ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។

តើខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពយ៉ាងដូចម្តេច?

- ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបាន TAFDC ឬ EAEDC ខ្ញុំក៏នឹងទទួលបានគម្រោង MassHealth ដែរ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេបដិសេធនូវទទួលបាន TAFDC ឬ EAEDC គម្រោង MassHealth នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬអត់។
- ប្រសិនបើ EAEDC របស់ខ្ញុំឈប់ ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំគម្រោង MassHealth ដោយឡែកពីគ្នា។ ដើម្បីសុំពាក្យសុំ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-841-2900។

ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានគម្រោង MassHealth ខ្ញុំយល់ព្រមថា គម្រោង MassHealth អាចទារៈ

- លុយដល់ជំពាក់ខ្ញុំព្រមព្រៀតសម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និង
- ការគាំទ្រជនកេរ្តិ៍ជំនាញខ្ញុំក្នុងការអនុវត្តការងាររបស់ខ្ញុំដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍គម្រោង MassHealth។

តើមានច្បាប់ពិសេសទម្រង់សេវាបុគ្គលខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន តើដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬប្រសិទ្ធភាពប៉ុណ្ណោះ?

ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍គម្រោង MassHealth ឬ DTA ដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬប្រសិទ្ធភាព ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់អ្នកដទៃដែលខ្ញុំទទួលបានសម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ ឬប្រសិទ្ធភាពដើម្បីសងពួកគេវិញ។ ប្រាក់នេះអាចមានមកពីបណ្ណាល័យធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់ ឬប្រភពផ្សេងទៀត។ ការនេះអនុវត្តតែចំពោះបុគ្គលមិនទាន់ដឹងថាប្រភពប្រាក់នោះមកពីអ្នកដទៃ។

ខ្ញុំយល់ព្រមសហការជាមួយគម្រោង MassHealth និង DTA ដោយ៖

- ដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារប្រាក់ពិការភាពផ្សេងៗ។
- ប្រាប់គម្រោង MassHealth និង DTA ភ្នាក់ងារអំពី បណ្តឹងទាមទារការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹង ឬ នីតិវិធីផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានប្រាក់។
- ផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីដល់គម្រោង MassHealth និង DTA នៅពេលខ្ញុំទទួលបាន។

ប្រសិនបើខ្ញុំមិនសហការទេ គម្រោង MassHealth និង DTA អាចបញ្ឈប់ ឬបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំបាន។ ខ្ញុំយល់ព្រមថា គម្រោង MassHealth និង DTA អាច៖

- ចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ដើម្បីប្រមូលប្រាក់ដើម្បីសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះ។
- មើលកំណត់ត្រាទាំងអស់អំពីប្រាក់ដែលខ្ញុំអាចទទួលបានដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬប្រសិទ្ធភាពដូចជាកំណត់ត្រានៅក្នុងគ្រោះថ្នាក់ខុសសហកម្ម។

ប្រសិនបើខ្ញុំព្រួយបារម្ភមាន EAEDC ពីព្រោះខ្ញុំមានពិការភាព ឬខ្ញុំមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំ ខ្ញុំព្រួយ
 ដាក់ពាក្យសុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃថវិកាសុខុមាលភាពសុខុមាលភាពសុខុមាលភាព (SSI)។ ប្រសិនបើខ្ញុំព្រួយ
 ព្រួយបារម្ភអនុម័តសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ SSI ដលៃគ្រប់ដំណាច់លើពេលវេលាមួយ ដ្ឋានខ្ញុំព្រួយបារម្ភមាន EAEDC
 ដើម្បីបង្កើនសុខុមាលភាពសុខុមាលភាពសុខុមាលភាព SSI មួយចំនួនរបស់ខ្ញុំព្រួយ DTA ដើម្បីបង្កើន EAEDC។

សេចក្តីផ្តើមដំណឹងសំខាន់ៗអំពីច្បាប់ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

បទល្មើសលើកម្មវិធីដោយចេតនា (IPV) មានចេតនាផ្តល់សេចក្តីចម្លែងក្លាយណ៍មិនពិត ឬបំភ័ន្ត ឬកុលងៃ
 លាក់បាំង ឬមិនផ្តល់ការពិត ដោយផ្តល់មតិយល់ក្នុងការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ ឬក្រសាសទ្ធិទទួល
 បានអត្ថប្រយោជន៍ TAFDC ឬ EAEDC ឬដើម្បីបទល្មើសអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយខ្ញុំព្រួយមានសុខុមាលភាព
 បាន។

ប្រសិនបើខ្ញុំព្រួយបារម្ភមានបទល្មើសលើកម្មវិធីដោយចេតនា (IPV) ដោយតុលាការ សវនករ
 ដឹកនាំផ្តល់ដំណឹង ឬដោយចុះហត្ថលេខាលើលិខិតបង្គាប់សុខុមាលភាព ខ្ញុំព្រួយនិងព្រួយបារម្ភដឹកនាំសុខុមាលភាព
 បានអត្ថប្រយោជន៍ TAFDC ឬ EAEDC ក្នុងរយៈពេល៖

- 6 ខែចំពោះបទល្មើសលើកទីមួយ
- 12 ខែចំពោះបទល្មើសលើកទីពីរ
- ជារៀងរហូតសម្រាប់បទល្មើសលើកទីបី

លើសពីនេះទៀត ច្បាប់ផ្តល់ដំណឹងទៀតអាចយកមកអនុវត្ត។

ការហាមឃាត់លើការទិញបំណុល EBT

ខ្ញុំព្រួយយល់ថា វាជាការខុសច្បាប់ក្នុងការប្រើប្រាស់ TAFDC ឬ EAEDC ដលៃបានធ្វើឡើងតាមរយៈការផ្តល់
 ប្រាក់កម្រៃអន្តរាគមន៍ (EBT) ដើម្បីបង្កើនប្រាក់ដូចខាងក្រោម៖ ភស្តុតាងមានជាតិអាណិត ផលិតផលថ្នាំជក់
 សន្លឹកធានារ៉ាប់រង សម្ភារសម្រាប់មនុស្សសព្វញ្ញវិយ ឬការសម្រេចចិត្តចោលលើមនុស្សសព្វញ្ញវិយ លុបដៃសីសង
 អាវុធនិងគ្រឿងផ្សេងៗ សេវាកម្មវិស័យសម្ភារ ការចាក់សាក ការចោះរាងកាយ គ្រឿងអលងការ ទូរទស្សន៍
 ស្ថាប័នអូ ភាគីដទៃ ឬទូរទស្សន៍តាមហាងផ្តល់សេវាផ្តល់ កញ្ចប់កម្មសានុត ថ្នាំសេវាដលៃតុលាការបានបញ្ជាក់
 ឲ្យបង ប្រាក់ពន្ធនាគារ ប្រាក់ធានា ឬលិខិតធានា។

ការហាមឃាត់លើកន្លែងដលៃខ្ញុំអាចប្រើបំណុល EBT របស់ខ្ញុំ

ខ្ញុំព្រួយយល់ថា វាជាការខុសច្បាប់ក្នុងការប្រើប្រាស់បំណុលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍អន្តរាគមន៍របស់ខ្ញុំ (EBT)
 នៅទីតាំងដូចខាងក្រោម៖ ហាងលក់សៀវភៅសម្រាប់មនុស្សសព្វញ្ញវិយ ហាងលក់សម្ភារបរិក្ខារមនុស្ស
 សព្វញ្ញវិយ ឬគ្រឹះស្ថានសម្រាប់ដលៃផ្តល់លើមនុស្សសព្វញ្ញវិយ ហាងលក់គ្រឿងបរិស្វរ កាស៊ីណូ កាស៊ីណូលុបដៃ
 សីសង ឬគ្រឹះស្ថានលុបដៃសីសង នាវាកម្មសានុត ហាងចែកចាយអាវុធ ហាងលក់គ្រឿងអលងការ ហាងលក់ស្បា
 ហាងផ្តល់កូរចក ឬហាងថែសម្រស់ ទុក្ខនាគារបញ្ជូនប្រាក់ទៅបរទេស ហាងលក់កញ្ចប់កម្មសានុត ឬហាងចាក់
 សាក។

ការពិន័យចំពោះការទិញសាច់ប្រាក់តាមបំណុល EBT ដលៃហាមឃាត់

- **បទល្មើសលើកទីមួយ៖** ខ្ញុំព្រួយត្រូវសេង DTA វិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដលៃបានចំណាយ។
- **បទល្មើសលើកទីពីរ៖** ខ្ញុំព្រួយត្រូវសេង DTA វិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដលៃបានចំណាយ ហើយនឹងហាត់បង់
 អត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់សម្រាប់រយៈពេល៧ខែ។
- **បទល្មើសលើកទីបី៖** គ្រឹះស្ថាន DTA វិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដលៃបានចំណាយ ហើយនឹងហាត់បង់អត្ថប្រ
 យោជន៍សាច់ប្រាក់ជាអចិន្តរាយ។

ហត្ថលេខា៖

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំព្រួយសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំព្រួយយល់ និងយល់ព្រមចំពោះ "សិទ្ធិ
 ការទទួលខុសត្រូវ និងការពិន័យ។"

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____