



ក្រសួងនៃជំនួយបណ្តោះអាសន្ន រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត
អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក
ដាក់ពាក្យសុំនៅថ្ងៃនេះ! វាងាយស្រួលជាងអ្នកគិត!

របៀបដាក់ពាក្យសុំ

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សូមបំពេញ ក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំនេះ និងផ្ញើទៅ DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420 ឬផ្ញើតាមទូរស័ព្ទ 617-887-8765។ បើអ្នកចង់បាន ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-382-2363 ឬមើលវិបសៃត៍របស់យើងនៅ www.mass.gov/dta។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP តាមអ៊ិនធឺណិតបានដែរ ដោយចូលទៅ www.mass.gov/vg/selfservice។

សារៈសំខាន់ : យើងនឹងទទួលយកក្រដាសដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក បើវាមានឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក (បើអ្នកមានមួយ) នៅលើទំព័រទី 1 និងមានហត្ថលេខា របស់អ្នកនៅលើទំព័រទី 8។ ព័ត៌មានយ៉ាងតិចតួចនេះ នឹងស្ថាបនាថ្ងៃខែឆ្នាំការបំពេញដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។ តែជាយ៉ាងណាមិញ ព័ត៌មានសេសសល់នៅលើក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំ ត្រូវតែបានបំពេញបញ្ចប់ ហើយយើងត្រូវតែធ្វើសំភាសន៍អ្នក ដើម្បីសំរេចអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ឲ្យ ចាប់តាំងពីខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការដាក់ពាក្យសុំ។

សូមព្យាយាមឆ្លើយគ្រប់សំណួរទាំងអស់ នៅលើក្រដាសដាក់ពាក្យសុំ។ ដរាបណាយើងមានព័ត៌មានច្រើន យើងនឹងអាចប្រព្រឹត្តទៅលើការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក បានឆាប់រហ័សឡើង។ បើសិនអ្នកមិនប្រាកដអំពីសំណួរអ្វីមួយ មានន័យយ៉ាងណា ឬមិនដឹងរបៀបឆ្លើយវាទេ សូមទុកឲ្យនៅទំនេរ ហើយយើងនឹងពិគ្រោះជាមួយអ្នកអំពីវា ក្នុងពេលធ្វើសំភាសន៍អ្នក។ បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលក្រដាសដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងនឹងទាក់ទងអ្នក សំរាប់ការសំភាសន៍ និងសួរសំណួរអ្នកថែមទៀត។ ការសំភាសន៍នេះ នឹងធ្វើឡើងនៅ តាមការិយាល័យឬទូរស័ព្ទ។ បើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែ សំរាប់ជួយ អ្នកបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ ឬសំរាប់ការសំភាសន៍ សូមប្រាប់យើងឲ្យដឹង ហើយយើងនឹងរៀបចំអ្នកបកប្រែម្នាក់សំរាប់អ្នក។ ខាងក្រោមនេះ គឺជាបញ្ជីនៃអ្វីៗ ដែលអ្នកនឹងត្រូវការ ដើម្បីផ្តល់មកយើងសំរាប់ការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។ សូមមើលបញ្ជីនេះ និងប្រមូលប្រមូលភស្តុតាងដែលអ្នកនឹងត្រូវការ។

អ្នកអាចនឹងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងពេលប្រាំពីរថ្ងៃ បើសិនលក្ខណៈណាមួយនៅខាងក្រោមពិតមែន :

- តើប្រាក់ចំណូល និងប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារ បូកទៅមានតិចជាងការចំណាយប្រចាំខែ សំរាប់ផ្ទះរបស់អ្នកឬ? បាទ/ចាស ទេ
- តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក មានតិចជាង \$150 និងប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារ មាន \$100 ឬតិចជាងឬ? បាទ/ចាស ទេ
- តើអ្នក ជាអ្នកធ្វើការឥតលំនឹង និងប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារ មានតិចជាង \$100 ឬ? បាទ/ចាស ទេ

យើងសួរអ្នកអំពីប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យសំរាប់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយពន្លឿន។ យើងនឹងមិនសូមឲ្យអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងប្រាក់របស់អ្នក នៅក្នុងធនាគារទេ។ បើយើងសំរេចថាអ្នកមិនអាចទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងពេល 7 ថ្ងៃបានទេ (សេវាដោយពន្លឿន) ហើយ អ្នកមិនយល់ស្របទេ ឬបើអ្នកត្រូវបានសំរេចថាមានសិទ្ធិទទួលសេវាដោយពន្លឿន ប៉ុន្តែមិនបានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងពេលប្រាំពីរថ្ងៃ ប្រក្រតីទិន បន្ទាប់ពីខែថ្ងៃអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការប្រជុំជាមួយនឹងមេការម្នាក់។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP បាន អ្នកត្រូវបង្ហាញប្រាក់ចំណូល ការចំណាយផ្សេងៗ របស់អ្នក ព្រមទាំងព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត។ អ្នកត្រូវបង្ហាញព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធដល់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។ ឧទាហរណ៍ បើអ្នករៀនការងារទេ នោះអ្នកមិនបាច់ប្តូរអំពីប្រាក់ចំណូលរកបាន ដែលមានចុះរាយនៅខាងក្រោមឡើយ។

នៅពេលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP អ្នកនឹងផ្តល់ឲ្យក្នុងមួយ បីដូចជាក្នុងធនាគារដែរ។ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នក នឹងបានដាក់ចូលទៅក្នុងកុងរបស់អ្នកជារៀងរាល់ខែ។ អ្នកនឹងទទួលប័ណ្ណ EBT មួយ ដែលអ្នកនឹងប្រើដូចជាប័ណ្ណ ATM ឬប័ណ្ណឥណទាន ដើម្បីប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នកបាន។ ភាពងក់ជនរបស់អ្នកគឺជាសារៈសំខាន់ ហើយការប្រើប័ណ្ណ EBT ក៏ជួយរក្សាភាពងក់ជននោះបាន។ អ្នកអាចប្រើប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក នៅហាងលក់គ្រឿងឧបភោគហាងតូចតាមក្នុងភូមិដ្ឋាន ទីផ្សារ និងសហគមន៍។ អ្នកប្រើវាជាប្រែប្រួលដូចគ្នាដែលអ្នកចង់ទិញម្ហូបអាហារ ជាមួយនិងប័ណ្ណដកប្រាក់/ATM ឬប័ណ្ណឥណទានដែរ។

អ្វីៗដែលអ្នកអាចនឹងផ្តល់ បើវាពាក់ព័ន្ធដល់អ្នក ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP

1. **ភស្តុតាងភិនភាគ :** លិខិតបើកបរ, សំបុត្រកំណើត ឬភស្តុតាងផ្សេងទៀតនៃអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក។
2. **ភស្តុតាងលំនៅដ្ឋាន នៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត :** បង្កាន់ដៃថ្លៃជួលផ្ទះ, កិច្ចសន្យាជួល, របាយការណ៍ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ, ឯកសារពន្ធដារ, ការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ ឬវិក្កយប័ត្រទឹកភ្លើង នៅបច្ចុប្បន្ននេះ។ បើអ្នកជាជនគ្មានលំនៅ ប័ណ្ណចុះឈ្មោះរថយន្ត, សេចក្តីថ្លែងមកពីទីជំរក, មកពីមនុស្សដែលអ្នកស្នាក់នៅ ជាមួយជាបណ្តោះអាសន្ន, ឬការបញ្ជាក់ដោយវាចា ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ មកពីជនណាម្នាក់ដែលយើងអាចទាក់ទងបាន ដែលដឹងស្ថានភាពរបស់អ្នក។
3. **ប្រាក់ចំណូលរកបាន :** កន្ទុយប័ណ្ណប្រាក់(សែក) ឬសេចក្តីថ្លែងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ មកពីនិយោជកមានក្បាលសំបុត្រ ដែលបង្ហាញប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ ចំនួន ឬនិយោជកនឹងមក។
4. **ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត :** សំណើឱ្យបំផុតនៃសែកសូស្យ៉ាល់ស៊ីគ្យូរីទី ឬសំណើសំបុត្ររង្វាន់, ភស្តុតាងការសងប្រាក់អត់ការធ្វើ, ការសងប្រាក់ឲ្យកម្មករ, ប្រាក់និវត្តន៍, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ឬប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រពន្ធឬប្តី។
5. **មុខរបរខ្លួនឯង :** ការបំពេញពន្ធដាររដ្ឋបាលសហព័ន្ធ ឱ្យបំផុតនៃ របាយការណ៍សង្ខេបទម្រង់ C (Schedule C Form) ឬកំណត់ត្រា នៃពាណិជ្ជកម្ម ក្នុងពេលបីខែចុងក្រោយ។
6. **ប្រាក់ចំណូលថ្លៃជួលផ្ទះ :** បើអ្នកបានប្រាក់មកពីអ្នកណា ដែលជួលបន្ទប់ ឬផ្ទះល្វែងពីអ្នក ត្រូវមានសំណើនៃកិច្ចសន្យាជួល ឬ សេចក្តីថ្លែងមកពីអ្នកជួលផ្ទះ ដែលបង្ហាញចំនួនថ្លៃជួលផ្ទះបានទទួល។
7. **ស្ថានភាពមិនមែនជាពលរដ្ឋ :** សំរាប់អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកទាំងអស់ ដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ត្រូវមានប័ណ្ណចុះឈ្មោះអាណិកជន ឬឯកសារអន្តោប្រវេសន៍ផ្សេងទៀត។
8. **ការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន :** បើអ្នកបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ទៅឲ្យអ្នកណាដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នក ត្រូវបង្ហាញភស្តុតាងកាតព្វកិច្ចតាមច្បាប់ ដើម្បីបង់ប្រាក់ ដូចជា បទបញ្ជាគុណការ, ការធ្វើពន្ធដារដែលបង្ហាញការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលបានដរាបតាមច្បាប់, ការបញ្ជាក់នៃការកាត់ប្រាក់ទុក ពីការសង ប្រាក់អត់ការធ្វើ, និង ចំនួនបានបង់។

អ្វីៗដែលអ្នកអាចនឹងផ្តល់ បើវាពាក់ព័ន្ធដល់អ្នក ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ខ្ពស់ជាង។ *វិន័យរបស់ SNAP អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកកាត់បន្ថយការចំណាយខ្លះៗ ចេញពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដែលអាចរាប់បាន។*

1. **តម្លៃទីលំនៅ :** ថ្លៃជួលផ្ទះ ឬរបាយការណ៍ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ, ពន្ធអចលនទ្រព្យ ឬវិក្កយប័ត្រការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ
2. **ទឹកភ្លើង :** ថ្លៃប្រេងដុតកំដៅផ្ទះ, ខុស្ត័ន, អគ្គិសនី, ទូរស័ព្ទ (រួមទាំងទូរស័ព្ទដៃ), ឬការចំណាយលើការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត ដូចជាការចោលសំរាម, អុស ឬផ្សង
3. **ការចំណាយថ្លៃថែទាំកូន ឬថែទាំមនុស្សពេញវ័យក្នុងបន្ទុក** នៅក្នុងផ្ទះ ឬការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ
4. **ការចំណាយថ្លៃពេទ្យ :** បើសិនរូបអ្នក ឬជនណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក មានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬមានភាពពិការបានបញ្ជាក់ នោះ *ការចំណាយវិហារចៅ ថ្លៃពេទ្យ ត្រូវតែបានបញ្ជាក់* ដោយមានបង្កាន់ដៃ សំរាប់ការរួម-បង់ ឬថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព, ឬបង្កាន់ដៃសំរាប់ធុញពាក់, ដើនតា, ប្រដាប់ជំនួយស្តាប់, ធុប្រដាប់ជំនួយស្តាប់, ឱសថមានផ្សេងបញ្ជា, ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ផ្សេងៗទៀតបានចេញផ្សេងបញ្ជា ឬ ឱសថលក់ដោយពុំមានផ្សេងបញ្ជា , និងថ្លៃយានជំនិះ ដើម្បីទៅមក ទទួលសេវាពិពេទ្យ។

ចំណាំ : ក្រុមគ្រួសារខ្លះ ដូចជាអ្នកដែលមានសមាជិកលែងមានសិទ្ធិទទួល នឹងត្រូវបានសូមឲ្យផ្តល់ព័ត៌មាន និងការបញ្ជាក់ក្នុងធានាគារ ឬប្រឡូធនផ្សេងៗទៀត។
បន្ទាប់ពីការសវនាការអ្នករួច អ្នកនឹងទទួលបានបញ្ជីនៃអ្វីៗដែលអ្នកនឹងត្រូវបង្ហាញមកយើង។ **កន្ទុយសែក វិក្កយប័ត្រទឹកភ្លើង និងភស្តុតាងផ្សេងៗទៀត មិនត្រូវមាន អាយុលើសពីបួនអាទិត្យ ចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលអ្នកបានប្រគល់ក្រដាសដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។**



ក្រសួងនៃជំនួយបណ្តោះអាសន្ន រដ្ឋម៉ាស្សាធូសេត
ការដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP



ប្រភព : (សូមគូសយកមួយ)
 CEO Project Bread DMH
 DMR BMC Food Pantry
 MRC ផ្សេងទៀត _____

1. ព័ត៌មានអំពីរូបអ្នក (ឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ក្នុងប្រអប់)។ បើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលជ្រើសរើស **មិន** ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ទេ អ្នកមិនបាច់ប្រាប់យើងនូវលេខសូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកឡើយ។

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរកាត់នាមកណ្តាល	លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី
តើឈ្មោះរបស់អ្នកនេះ (គូសមួយ) ជា			
<input type="checkbox"/> ឈ្មោះពិតពេញ <input type="checkbox"/> ឈ្មោះកាលនៅក្រមុំ <input type="checkbox"/> ឈ្មោះបានរៀបការ <input type="checkbox"/> ឈ្មោះមុនរៀបការ <input type="checkbox"/> ឈ្មោះហៅក្រៅ			
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប <input type="checkbox"/> ស	តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (គូសមួយ)			
<input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> មិនដែលរៀបការ <input type="checkbox"/> លែងគ្នា <input type="checkbox"/> បែកគ្នា <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយឬមេម៉ាយ			
តើភាសាអ្វីដែលអ្នកពេញចិត្តជាងគេ?			
ជាតិពន្ធុ/ជាតិសាសន៍ របស់អ្នក : យើងប្រមូលព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថាគ្រប់គ្នា ត្រូវបានប្រព្រឹត្តិមកលើដោយសមគ្នា។ ចម្លើយរបស់អ្នក គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួល ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឡើយ។ ជាតិពន្ធុ : សាសន៍ហ៊ីស្ប៉ានិក ឬ ឡាទីណូ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ជាតិសាសន៍ : (គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ) <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិក-ឥណ្ឌូនៃ ឬ ជនជាតិដើមអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ ជនជាតិអាហ្វ្រិក-អាមេរិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស			
តើអ្នកមានស្ថានភាពពិសេស ឬទេ? (គូសប្រអប់ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធដល់អ្នក)។			
<input type="checkbox"/> ឱនថយរូបកាយ/ផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ឱនថយសោតវិស័យ <input type="checkbox"/> ឱនថយចក្ខុវិស័យ <input type="checkbox"/> ត្រូវការអ្នកបកប្រែ <input type="checkbox"/> ត្រូវការភាសាសញ្ញា <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____			

2. ព័ត៌មានអំពីទីកន្លែងអ្នករស់នៅ និងរបៀបទាក់ទងអ្នក (ឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ក្នុងប្រអប់)។

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក	លេខ និងឈ្មោះផ្លូវ	លេខបន្ទប់	ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខប្រចាំសង្កាត់(ស៊ីបកូដ)
តើអ្នក គ្មានលំនៅឋានឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		តើអាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ជាបណ្តោះអាសន្នឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
		តើអាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ជាអាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្ររបស់អ្នកឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
បើសិនជាអាសយដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន សូមកត់អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។			
បើសិនអ្នកមានអាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រខុសគ្នា សូមកត់។			
ប្រភេទលំនៅ ដែលអ្នករស់នៅ <input type="checkbox"/> លំនៅឯកជន <input type="checkbox"/> លំនៅសាធារណៈ <input type="checkbox"/> លំនៅពាណិជ្ជកម្មជាសំណាក់ <input type="checkbox"/> លំនៅបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នអ្នកមូលដ្ឋាន <input type="checkbox"/> លំនៅនិយោជកបានផ្តល់ <input type="checkbox"/> កម្មវិធីយុវវ័យរស់នៅ <input type="checkbox"/> ទីជំរំរស់រាប់អ្នកផ្ទាល់លំនៅ <input type="checkbox"/> ទីជំរំក <input type="checkbox"/> ការផ្តល់លំនៅដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន (ឧ. ឡាន, តង់) <input type="checkbox"/> ការផ្តល់លំនៅដ្ឋានដល់សិស្សនិស្សិត (ឧ. សយនដ្ឋាន)			

2. ព័ត៌មានអំពីទីកន្លែងអ្នករស់នៅ និងរបៀបទាក់ទងអ្នក (បន្ត)

បើសិនអ្នកមានអាសយដ្ឋានអ៊ីសប្រុត សូមកត់ : _____

លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ពេលថ្ងៃ

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

ពេលដំណើរថ្ងៃ ដើម្បីទាក់ទងអ្នកតាមទូរស័ព្ទ : ម៉ោង : _____

គូសរង្វង់ព័ន្ធទាក់ទងដែលពាក់ព័ន្ធ : ថ្ងៃច័ន្ទ ថ្ងៃអង្គារ ថ្ងៃពុធ ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ថ្ងៃសុក្រ

3. មនុស្សដែលជួយអ្នក ក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរកាត់នាមកណ្តាល	លេខទូរស័ព្ទ
លេខ និងឈ្មោះផ្លូវ	ទីក្រុង/ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបកូដ

4. អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត

តើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សនេះ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់អ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

5. ការរៀបចំនូវការសំភាសន៍ ទល់មុខ

បើអ្នកមិនអាចអញ្ជើញមកការិយាល័យ DTA សំរាប់ការសំភាសន៍បានទេ សូមគូសមូលហេតុទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖

ចាស់ជរា/បាត់ការ បញ្ហាមានជំនិះ ធ្វើការ ក្នុងពេលម៉ោងការិយាល័យ DTA ធ្វើការ

ថែទាំកូន/ថែទាំសមាជិកក្រុមគ្រួសារដែលពិការ ផ្សេងទៀត _____

សារៈសំខាន់ : ត្រូវកត់លេខទូរស័ព្ទនាមរបស់អ្នកនៅទំព័រទី 1។ យើងត្រូវតែអាចទូរស័ព្ទមកអ្នកបាន បើសិនយើងមានសំណួរអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬត្រូវធ្វើសំភាសន៍អ្នកតាមទូរស័ព្ទ។

6. សំណួរស្តីអំពីស្ថានភាពសញ្ជាតិ

- a. តើអ្នក និងសមាជិកក្រុមគ្រួសារទាំងអស់ ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ពិភពលោក ឬតាមរយៈការចូលសញ្ជាតិឬ? បាទ/ចាស ទេ
- បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមទៅសំណួរទី 7។ បើឆ្លើយទេ សូមទៅផ្នែក b ខាងក្រោម។
- b. នៅក្រោមវិន័យ SNAP (106 CMR 362.220) ជនមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលពុំអាច ឬមិនចង់ផ្តល់ព័ត៌មាននៃស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ និង/ឬ លេខសុំស្បៀងសិក្សាទីបាន ដោយព្រោះស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ មិនបាច់ធ្វើដូច្នោះទេ។ ជនមិនមែនជាពលរដ្ឋនេះ នឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឡើយ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ សមាជិកក្រុមគ្រួសារដែលនៅសល់ទៀត នៅអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បាន ។
1. សូមកត់ឈ្មោះសមាជិកក្រុមគ្រួសារ ដែលជ្រើសរើស **មិន**ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP :
- _____
- _____
2. គូសរង្វង់នេះ បើសមាជិកទាំងអស់ជ្រើសរើសដាក់ពាក្យសុំ :

7. ព័ត៌មានអំពីមនុស្សដែលអ្នករស់នៅជាមួយ – សូមកត់ឈ្មោះមនុស្សគ្រប់ៗរូបដែលអ្នករស់នៅជាមួយ។ ចូរកុំរាប់ខ្លួនអ្នកឡើយ។
 (បើសិនជាចាំបាច់ ដាក់ភ្ជាប់សន្លឹកត្រួតពិនិត្យដោយឡែកឡើងទៀត)។ ជនមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលជ្រើសរើសមិនដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP មិនបាច់
 ប្រាប់យើងនូវលេខ សូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី ឬស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់គេឡើយ។

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរកាត់នាមកណ្តាល	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប <input type="checkbox"/> ស	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក
តើអ្នកទិញ និងចម្អិនអាហារ ជាមួយគ្នាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		តើមនុស្សនេះដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី	
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍				តើមានផ្ទះពោះឬទេ? <input type="checkbox"/> ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរកាត់នាមកណ្តាល	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប <input type="checkbox"/> ស	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក
តើអ្នកទិញ និងចម្អិនអាហារ ជាមួយគ្នាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		តើមនុស្សនេះដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី	
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍				តើមានផ្ទះពោះឬទេ? <input type="checkbox"/> ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរកាត់នាមកណ្តាល	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	ភេទ <input type="checkbox"/> ប <input type="checkbox"/> ស	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក
តើអ្នកទិញ និងចម្អិនអាហារ ជាមួយគ្នាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		តើមនុស្សនេះដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី	
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍				តើមានផ្ទះពោះឬទេ? <input type="checkbox"/> ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	

8. តើមានក្មេងក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ រស់នៅជាមួយអ្នក ដែលមិនមែនជាកូនរបស់អ្នក និងដែលមិននៅក្រោមការមើលខុសត្រូវ និងការត្រួតត្រារបស់អ្នក ឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើអ្នកណា? _____
9. តើមានអ្នកណាម្នាក់រស់នៅជាមួយអ្នក ជាអ្នករួមបន្ទប់ ឬ អ្នកស្នាក់នៅ (មនុស្សដែលបង់ថ្លៃបន្ទប់ ឬបន្ទប់ជាមួយនិងអាហារ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើមនុស្សនេះឈ្មោះអ្វី? _____
10. តើការបង់ប្រាក់ថ្លៃថែទាំកូនចិញ្ចឹម បានបើកទៅឲ្យក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក សំរាប់គ្រប់ៗគ្នាដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើប្រាក់នោះបានបើកទៅឲ្យអ្នកណា? _____
11. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ជាអ្នកមូលដ្ឋាននៃរដ្ឋមួយផ្សេងពីរដ្ឋម៉ាស្សាធូសេត ឬប្រទេសមួយក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក ឬតើរូបអ្នក
 ឬអ្នកណាម្នាក់ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក មានបំណងចាកចេញពីរដ្ឋម៉ាស្សាធូសេត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើអ្នកណាដែលមិនមែនជាអ្នកមូលដ្ឋាន ឬមានបំណងចាកចេញ? _____
12. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក មិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
13. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង និងជាពលរដ្ឋអាមេរិក និងជាអ្នកមូលដ្ឋាននៃរដ្ឋម៉ាស្សាធូសេត
 ចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើអ្នកណាចង់ចុះឈ្មោះ? _____
14. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក មានពិការរូបកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្តូរអង្វែង ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស តើអ្នកណាដែលពិការ? _____

15. ប្រាក់រកបាន

តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក នៅបច្ចុប្បន្ននេះធ្វើការ ឬតើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក បានធ្វើការក្នុងពេល 60 ថ្ងៃកន្លងមក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញវត្តមានក្រោម។ (បើសិនជាចាំបាច់ ដាក់ភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសមួយដោយឡែកទៀត)។

សារៈសំខាន់ : ត្រូវបំពេញវត្តនេះអោយ**ប្រាកដ** បើសិនរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក មានមុខរបរខ្លួនឯង។

នាមត្រកូល		នាមខ្លួន		ឈ្មោះនិយោជក អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទ			
មុខតំណែង	ខែថ្ងៃឆ្នាំចាប់ផ្តើម	ខែថ្ងៃឆ្នាំចប់	ថ្លៃឈ្នួលប្រចាំ ម៉ោង	ម៉ោងរាល់ អាទិត្យ	ប្រាក់ទឹកតែ រាល់អាទិត្យ \$ _____	តើបានបើក ប្រាក់ញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណា?	តើការងារ អចិន្ត្រៃយ៍ឬ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
បើការងារបានចប់ ខែថ្ងៃឆ្នាំក្រោយ		/	/	\$ _____			

កត់ត្រាមានថ្លៃឈ្នួលថ្មីបំផុតនៅកន្លែងនេះ

តាំងពី	ខែថ្ងៃឆ្នាំ ដល់	ចំនួនរួមទាំងអស់	ម៉ោង
		\$	
		\$	
		\$	

16. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត

តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក មានសិទ្ធិទទួល ឬកំពុងទទួល**ប្រភេទផ្សេងទៀតនៃប្រាក់ចំណូល** ដូចជា ការសងប្រាក់អត់ការធ្វើ, ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន, ប្រាក់សូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី, SSI, ការសងប្រាក់ឱ្យកម្មករ, ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន, ប្រាក់និវត្តន៍ ឬប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុងផ្ទះ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញវត្តមានក្រោម។ (បើសិនជាចាំបាច់ ដាក់ភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសដោយឡែកមួយទៀត)។

ឈ្មោះ	ប្រភេទប្រាក់ចំណូល	ចំនួន	បានទទួលញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណា?	ខែថ្ងៃឆ្នាំប្រាក់ចំណូល បានចាប់ផ្តើម

- 17. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក មានបទបញ្ជាគុណការ (ភាគព្រឹត្តិច្បាប់) ដើម្បីបង់**ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន** ទៅឱ្យកូនដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ តើបានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់ខែ រាល់អាទិត្យ ចំនួន \$ _____
- 18. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក មាន**ការចំណាយថ្លៃថែទាំកូន ឬថែទាំមនុស្សក្នុងបន្ទុក** ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ តើបានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់ខែ រាល់អាទិត្យ ចំនួន \$ _____
- 19. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ដែលមានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬដែលពិការ មាន**ការចំណាយថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព** ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ តើបានបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? រាល់ខែ រាល់អាទិត្យ ចំនួន \$ _____
- 20. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ដែលមានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬដែលពិការ មាន**ការចំណាយលើថ្លៃពេទ្យពីហៅបៀ** ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញវត្តមានក្រោម។

ឈ្មោះ	ប្រភេទ	បានបង់ញឹក ញាប់ប៉ុណ្ណា?	ចំនួន	ខែថ្ងៃឆ្នាំ អ្នកបានចាប់ ផ្តើមបង់

21. ការចំណាយសំរាប់ទីជំរក

តើការចំណាយប្រភេទអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកមានសំរាប់ទីជំរក?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ថ្លៃជួលផ្ទះ/ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | ចំនួនថ្លៃជួលផ្ទះ/ប្រាក់បុរេទិញផ្ទះ ក្នុងមួយខែៗ \$ _____ |
| ពន្ធប្រទ្បសម្បត្តិ | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| ផ្សេងទៀត | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |

22. ការចំណាយសំរាប់ទឹកភ្លៀង

តើការចំណាយប្រភេទអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកបង់ដោយឡែកពីថ្លៃជួលផ្ទះរបស់អ្នក?

1. ខ្ញុំបង់ថ្លៃកំដៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ (ប្រេង, ឧស្ម័ន, អគ្គិសនី ឬឧស្ម័ន ប្រូប៉េន ជាដើម) ឬបង់តម្លៃកំដៅផ្ទះចូលគ្នា ជាមួយអ្នក ឯទៀត។ បាទ/ចាស ទេ
2. ខ្ញុំមានម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ដែលខ្ញុំប្រើក្នុងរដូវក្តៅ ហើយខ្ញុំបង់ ថ្លៃ អគ្គិសនី ឬបង់តម្លៃចូលគ្នា ជាមួយអ្នកឯទៀត។ បាទ/ចាស ទេ
3. ខ្ញុំមានម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ដែលខ្ញុំប្រើក្នុងរដូវក្តៅ ហើយខ្ញុំបង់ ថ្លៃឈ្នួល ដើម្បីប្រើវា។ បាទ/ចាស ទេ
4. ខ្ញុំបង់ថ្លៃអគ្គិសនី ឬឧស្ម័ន ឬបង់តម្លៃចូលគ្នា ជាមួយអ្នកឯទៀត។ បាទ/ចាស ទេ
5. ខ្ញុំបង់ថ្លៃទូរស័ព្ទ រួមទាំងថ្លៃទូរស័ព្ទដៃ (មិនមែនទូរស័ព្ទ បានបង់ប្រាក់ជាមុន)។ បាទ/ចាស ទេ

សេចក្តីផ្តើមដំណឹង អំពីសិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងទោសព័រ (សូមអានដោយប្រិតប្រៀង)

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់នៅក្រោមទោសព័រនៃការភូតភរ ថាខ្ញុំបានអាន ឬត្រូវបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់ នូវព័ត៌មានក្នុងក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ ហើយចម្លើយរបស់ខ្ញុំចំពោះសំណួរ ក្នុងក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ ព្រមទាំងចម្លើយទាំងនោះគឺពិតប្រាកដ និងសព្វគ្រប់ ទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំដល់បំផុត។ ខ្ញុំក៏សូមបញ្ជាក់នៅក្រោមទោសព័រនៃ ការភូតភរដែរ ថាចម្លើយរបស់ខ្ញុំជាប់នៃមន្ត្រីមួយ ដែលខ្ញុំអាចនឹងបំពេញកិច្ចការពេលអនាគត នឹងជាពិតប្រាកដ និងសព្វគ្រប់ ទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំដល់បំផុត។ ខ្ញុំយល់ថាការផ្តល់សេចក្តីថ្លែងដោយក្លែងក្លាយ ឬដោយមិនត្រឹមត្រូវ ឬការបង្ហាញមិនត្រឹមត្រូវ ការលាក់បាំង ឬការរក្សាទុកហេតុការណ៍ ទោះបីដោយវាចា ឬជា លាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីស្តាប់នាសិទ្ធិទទួល SNAP គឺជាការគេបន្ត ជាការបំពានកម្មវិធីដោយចេតនា (Intentional Program Violation, IPV) ហើយនឹង ត្រូវបានផ្តន្ទាទោស ដោយទោសព័រស៊ីវិល និងឧក្រិដ្ឋកម្ម។

ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់មកជាមួយនឹងការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានធ្វើការបញ្ជាក់ដោយអ្នករដ្ឋការនៃរដ្ឋបាលសហព័ទ្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋាន ដើម្បីសម្រេច បើសិនព័ត៌មាននោះពិតប្រាកដ; បើសិនព័ត៌មានណាមួយជាការក្លែងក្លាយ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP អាចនឹងបានបដិសេធ ហើយខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានផ្តោលទោស បទឧក្រិដ្ឋ សំរាប់ការផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងបន្លំដោយចេតនា។

ខ្ញុំយល់ថា ក្រសួងនៃជំនួយបណ្តោះអាសន្ន (Department of Transitional Assistance, DTA) គ្រប់គ្រង SNAP ហើយថា DTA មានពេល 30 ថ្ងៃ ចាប់តាំង ពីខែថ្ងៃផ្ទុំនៃការដាក់ពាក្យសុំ ដើម្បីពិនិត្យមើលការដាក់ពាក្យសុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ទៅ DTA អំពីការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយក្នុងប្រាក់ចំណូលក្នុងក្រុមគ្រួសារ ទ្រព្យធន អាសយដ្ឋាន ការប្រែប្រួលការរស់នៅ ទំហំគ្រួសារ ការងារ ឬការផ្លាស់ប្តូរអ្វីផ្សេងទៀត ចំពោះក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលរបស់ យើង។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះទៅ DTA ដោយផ្ទាល់មុខ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមទូរស័ព្ទ ក្នុងពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ លុះត្រាតែខ្ញុំបានអនុញ្ញាតដោយ DTA ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្រោមវិន័យ របាយការណ៍ SNAP ប្រចាំឆ្នាំ (SNAP Annual Reporting) ឬវិន័យ អត្ថប្រយោជន៍បណ្តោះអាសន្នផ្សេងទៀត (Transitional Benefits Alternative, TBA)។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិនិយាយទៅកាន់មេការ ដើម្បីត្រូវបានសម្រេចថាគ្មានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយពន្លឺ ហើយខ្ញុំមិនយល់ស្រប ឬបើខ្ញុំត្រូវបាន សម្រេចថាមានសិទ្ធិទទួលសេវាដោយពន្លឺ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនបានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងពេលប្រាំពីរថ្ងៃប្រក្រតីទឹក បន្ទាប់ពីខែថ្ងៃផ្ទុំបានដាក់ពាក្យសុំ SNAP។

ខ្ញុំយល់ថាបើសិនខ្ញុំជ្រើសរើស ដើម្បីរាយការណ៍នូវការចំណាយថ្លៃថែទាំកូន ឬថែទាំមនុស្សក្នុងបន្ទុកផ្សេងទៀត ថ្លៃជួលផ្ទះ/ប្រាក់បុលទិញផ្ទះ ថ្លៃទីជម្រកផ្សេងទៀត ឬការ ចំណាយថ្លៃទឹកភ្លើង ខ្ញុំអាចនឹងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP បានខ្ពស់ជាង។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា បើខ្ញុំបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ទៅ ឲ្យមនុស្សមិនមែនជាសមាជិកគ្រួសារ នោះខ្ញុំអាចរាយការណ៍ និងផ្តល់ភស្តុតាងទៅឲ្យ DTA សំរាប់ការចំណាយនេះ។ បើខ្ញុំមិនរាយការណ៍ ឬបញ្ជាក់អំពីការចំណាយដែលចុះរាយនៅខាងលើទេ វាអាច មានន័យថាខ្ញុំនឹងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP បានតិចជាងផ្សេងរាល់ខែ ហើយសេចក្តីថ្លែងរបស់ខ្ញុំនឹងបានចាត់ទុកថា ក្រុមគ្រួសារមិនចង់ទទួលការកាត់បន្ថយ សំរាប់ ការចំណាយដែលមិនបានរាយការណ៍ ឬមិនបានបញ្ជាក់។

ក៏ដូចគ្នាដែរ ខ្ញុំយល់ថាបើខ្ញុំមានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬបើខ្ញុំជាមនុស្សពិការ ហើយខ្ញុំបង់ថ្លៃពេទ្យ ខ្ញុំអាចរាយការណ៍ និងបញ្ជាក់នូវការចំណាយទាំងនេះទៅ DTA។ យ៉ាងនេះអាចនឹងធ្វើឲ្យខ្ញុំអាចកាត់បន្ថយប្រាក់ចំណូល និងបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម សមាជិកក្រុមគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុរវាង 16 និង 59 ឆ្នាំ ត្រូវបានចុះឈ្មោះធ្វើការ និងបានចុះឈ្មោះក្នុង កម្មវិធីការងារ និងការហ្វឹកហ្វឺន SNAP (SNAP Employment and Training Program, SNAP/E&T) ជាស្វ័យប្រវត្តិ។ ការចុះឈ្មោះក្នុង SNAP/E&T ជាស្វ័យប្រវត្តិ អនុញ្ញាតឲ្យសមាជិកក្រុមគ្រួសារ ងាយស្រួលមានលទ្ធភាពទទួលសេវា SNAP/E&T។ សមាជិកក្រុមគ្រួសារមិនអនុគ្រោះ នឹងបានជំរុំអំពីសេចក្តី ជំរុំធ្វើការ មានការលើកលែង និងទោសព័រ សំរាប់ការមិនប្រតិបត្តិតាម ដែលបានពន្យល់ និងបានបញ្ជូនទៅសកម្មភាពការងារ បើសិនសមរម្យ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាក្រដាសបំពេញនេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ DTA ដើម្បីបញ្ជាក់ និងស៊ើបអង្កេតនូវព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ ដែលទាក់ទងចំពោះសិទ្ធិទទួល របស់ខ្ញុំ សំរាប់ជំនួយ។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ DTA ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានប្រាក់ចំណូល និងដើម្បីបញ្ជាក់នូវព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅលើក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ ជាមួយនឹងភ្នាក់ងារផ្សេងៗទៀត រួមទាំងភ្នាក់ងាររដ្ឋបាលសហព័ទ្ធ និងរដ្ឋ អាជ្ញាធរទីលំនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ក្រសួងជំនួយសាធារណៈ (វិលហ្វ័រ) នៅក្រៅរដ្ឋ ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ និងពី Equifax Workforce Solutions ដែលផ្តល់ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលទៅឲ្យ DTA។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតទៅឲ្យភ្នាក់ងារទាំងនេះ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានទៅឲ្យ DTA ស្តីអំពីក្រុម គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់ខ្ញុំផងដែរ។

ក្រសួងអាចនឹងបដិសេធ បញ្ឈប់ ឬបន្ទាបអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ដោយយោងទៅលើព័ត៌មានក្នុងរបាយការណ៍មកពី Equifax Workforce Solutions ជាភ្នាក់ ងាររាយការណ៍អំពីអតិថិជន។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលសំណើរបស់ខ្ញុំដោយឥតគិតថ្លៃ មកពី Equifax បើខ្ញុំស្នើសុំក្នុងពេល 60 ថ្ងៃ នៃការសម្រេចរបស់ក្រសួង។ ខ្ញុំមាន សិទ្ធិសួរសំណួរអំពីភាពត្រឹមត្រូវ និងភាពសព្វគ្រប់ នៃព័ត៌មាននៅក្នុងរបាយការណ៍របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអាចទាក់ទង Equifax តាមអាសយដ្ឋាន : Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (លេខគត់ចេញថ្លៃ)។

មុននឹងត្រូវបានយល់ព្រមសំរាប់អត្ថប្រយោជន៍ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ អាចនឹងបានបញ្ជាក់តាមរយៈ ផ្នែកសេវាសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ សហរដ្ឋ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) ពីមុនហៅថា INS។ ខ្ញុំយល់ថា DTA អាចនឹងបញ្ជូនព័ត៌មានចេញពីការដាក់ពាក្យសុំ SNAP របស់ខ្ញុំ ទៅឲ្យ USCIS ហើយថាព័ត៌មានអ្វីដែលបានទទួលមកពី USCIS អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ និងចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍។

ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ DTA ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មានអំពីរូបខ្ញុំ និង មនុស្សក្នុងបន្ទុក ខ្ញុំ អាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ជាមួយនឹង ក្រសួងការអប់រំបឋមសិក្សា និងឧត្តមសិក្សា (Department of Elementary and Secondary Education, DESE) ប្រយោជន៍ឲ្យមនុស្សក្នុង បន្ទុកខ្ញុំ ត្រូវបានបញ្ជាក់ជាស្វ័យប្រវត្តិ សំរាប់កម្មវិធីអាហារពេលព្រឹក និងអាហារថ្ងៃត្រង់នៅសាលា។ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ DTA ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មានអំពីរូបខ្ញុំ និងមនុស្សក្នុងបន្ទុកខ្ញុំ អាយុក្រោម 5 ឆ្នាំ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះណាម្នាក់ នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារខ្ញុំ ជាមួយនឹង ក្រសួងសាធារណៈសុខាភិបាល (Department of Public Health, DPH) ប្រយោជន៍ឲ្យបុគ្គលទាំងនេះត្រូវបានបញ្ជូនទៅកម្មវិធីសំរាប់ ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (Women, Infants and Children, WIC) សំរាប់សេវា

ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម ខ្ញុំអនុញ្ញាត DTA និង ការិយាល័យប្រតិបត្តិការសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ សំរាប់អត្ថប្រយោជន៍ជំនួយសាធារណៈ ជាមួយនឹង ក្រុមហ៊ុនឧបត្ថម្ភអគ្គិសនី ក្រុមហ៊ុនឧបត្ថម្ភឧស្ម័ន និងក្រុមហ៊ុនទូរគមនាគមន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដោយអនុលោមទៅតាមកិច្ចព្រមព្រៀងភាពសំរាប់ ដែលបាន ប្រតិបត្តិដោយក្រុមហ៊ុនទាំងនេះ សំរាប់តែគោលបំណងនៃការបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ការចុះតម្លៃសេវាទឹកភ្លើង។ ខ្ញុំអនុញ្ញាត DTA ដើម្បីចែកចាយ ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹង ក្រសួងទីលំនៅ និងវឌ្ឍនកម្មសហគមន៍ (Department of Housing and Community Development, DHCD) សំរាប់គោល បំណងនៃការចុះឈ្មោះខ្ញុំក្នុង កម្មវិធីកំដៅ និងបរិភោគ (Heat & Eat Program) ផងដែរ។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងទទួលបានសំណើនៃខិត្តប័ណ្ណ “ត្រូវដឹងសិទ្ធិរបស់អ្នក” (Your Right to Know) និងខិត្តប័ណ្ណកម្មវិធី SNAP ដែលខ្ញុំត្រូវតែអាន ឬត្រូវបានអានឲ្យ ខ្ញុំស្តាប់ ហើយថា ខ្ញុំត្រូវតែយល់ខ្លឹមសាររបស់វា និងយល់អំពីសិទ្ធិ និងការ ទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។ បើខ្ញុំមានសំណួរអ្វីអំពីខិត្តប័ណ្ណ ឬព័ត៌មាននេះ ឬបើខ្ញុំ មានបញ្ហាក្នុងការអាន ឬយល់ដឹងណាមួយពីព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំនឹងទាក់ទងទៅ DTA តាមលេខ 1-877 382-2363។

ខ្ញុំក៏សូមស្រឡាតែងដែរ ថាសមាជិកទាំងអស់នៃក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ ដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ មានស្ថាន ភាពអន្តោប្រវេសន៍ជាទីតាប់ចិត្ត។

សិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅ DTA។ ខ្ញុំយល់ថា DTA នឹងជួយខ្ញុំបំពេញ ក្រដាសបំពេញការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត បើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ហើយខ្ញុំ បានអនុញ្ញាតឲ្យបំពេញ ក្រដាសបំពេញការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ដាច់ដោយឡែក។

ខ្ញុំយល់ថាការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធនឹងមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយ ដែលខ្ញុំទទួលបានពី DTA ឡើយ។

បំរាមទោសដែរ SNAP

ខ្ញុំយល់ថាបើប្រសិនបើ ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ បានប្រព្រឹត្តបំពានវិន័យទាំងប៉ុន្មាននៅខាងក្រោមដោយ ចេតនា ជននោះអាចនឹងបានឃាត់ឃាំងពីការទទួលបាន SNAP ចំនួនមួយឆ្នាំ បន្ទាប់ពីការលើសលើកទីមួយ ឬពីរឆ្នាំ បន្ទាប់ពី ការលើសលើកទីពីរ និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ បន្ទាប់ពីការលើសលើកទីបី។ ជននោះអាចនឹងបានហាមឃាត់ពីការទទួលបាន SNAP ចំនួនមួយឆ្នាំ រហូតដល់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ត្រូវបានផ្អាកពិន័យដល់ទៅ \$250,000 ឬត្រូវបានជាប់ពន្ធនាគារដល់ទៅ 20 ឆ្នាំ ឬក៏ទាំងពីរមុខ។ ជននោះក៏អាចនឹងត្រូវបានផ្តោលទោសនៅក្រោមច្បាប់ជាធរមានផ្សេងទៀត នៃរដ្ឋបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ផងដែរ។ ជននោះក៏អាចនឹងត្រូវបានហាមឃាត់ ពីការទទួលបាន SNAP ជាបន្ថែមចំនួន 18 ខែទៀត បើគុណការបានបញ្ជាក់។ វិន័យទាំងនេះគឺ : កុំផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ

- ឬលាក់ព័ត៌មាន ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP។
- កុំជួញដូរ ឬលក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP។
- កុំកែប័ណ្ណ EBT ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលអ្នកពុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។
- កុំប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញវត្ថុមិនមែនជាម្ហូបអាហារ ដូចជាស្បែក និងថ្នាំជក់។
- កុំប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬប័ណ្ណ EBT របស់អ្នកណាម្នាក់ លុះត្រាតែអ្នកជាអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹង អំពីទោសដែរទាំងប៉ុន្មាននៅខាងក្រោមដែរ :

- បុគ្គលដែលប្រព្រឹត្តលើការបំពានកម្មវិធីដោយចេតនា (Intentional Program Violation, IPV) នៃកម្មវិធីប្រាក់ ដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុង ស្តីទីសវនាការ លែងមានសិទ្ធិទទួលបាន (Administrative Disqualification Hearing, ADH) នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួលបាន SNAP សំរាប់រយៈពេលដូចគ្នានឹងបុគ្គលដែល បានឃាត់មិនឲ្យទទួលបានជំនួយប្រាក់។
- បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីផ្តេងដោយគៃបន្ត ឬធ្វើការបង្ហាញមិនត្រឹមត្រូវ អំពីអត្តសញ្ញាណរបស់គេ ឬដាក់កន្លែងនៃលំនៅដ្ឋាន ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាច្រើន នៅពេលព្រមៗគ្នា នឹងត្រូវបានឃាត់មិនឲ្យទទួលបាន SNAP ចំនួន **ដប់ឆ្នាំ**។
- បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬ លក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់សារធាតុត្រួតត្រា/គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់ នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួលបាន SNAP សំរាប់ រយៈពេល **ពីរឆ្នាំ** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីមួយ និងជា **អចិន្ត្រៃយ៍** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីពីរ។
- បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬ លក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់កំភ្លើង គ្រាប់កំភ្លើង ឬគ្រឿងផ្ទុះ នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួលបាន SNAP ជា **អចិន្ត្រៃយ៍**។
- បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬ លក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលមានតម្លៃ \$500 ឬច្រើនជាង នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួលបាន SNAP ជា **អចិន្ត្រៃយ៍**។
- រដ្ឋអាចនឹងដេញដោលអំពី IPV ប្រឆាំងនឹងបុគ្គលដែលមានបំណងលក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬប័ណ្ណ EBT តាមអ៊ិនទ័រណិត ឬដោយផ្ទាល់មុខ។
- បុគ្គលដែលគេចរើស ដើម្បីជៀសវាងការផ្តោលទោស ការឃុំឃាំង ឬការជាប់ឃុំ បន្ទាប់ពីការជាប់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ ឬក៏ពុំបំពានលក្ខខណ្ឌនៃការល្បួងខ្លួន ឬលក្ខខណ្ឌការដោះលែង គឺ **គ្មានសិទ្ធិ** ដើម្បីចូលរួមក្នុង SNAP បានឡើយ។
- បុគ្គលដែលអាចប្រព្រឹត្តតាម ដោយគ្មានមូលហេតុណាមួយ ជាមួយនឹងសេចក្តីសុំធ្វើការ SNAP នឹងលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន SNAP សំរាប់រយៈពេល **បីខែ** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីមួយ **ប្រាំមួយខែ** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីពីរ និង **ដប់ពីរខែ** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីបី។ បើសិនបុគ្គលនោះត្រូវបានរក ឃើញបានអាក់ខានប្រតិបត្តិតាមលើកទីបី គឺជាមេក្រុមគ្រួសារនៃ SNAP នោះក្រុមគ្រួសារ **ទាំងមូល** នឹងត្រូវបានសិទ្ធិដើម្បីចូលរួមក្នុង SNAP សំរាប់រយៈពេល **ប្រាំមួយខែ**។
- ការទិញម្ហូបអាហារដោយល្បើ គឺមិនអនុញ្ញាតឡើយ ហើយអាចបណ្តាលឲ្យលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន SNAP ទៀត។
- បុគ្គលមិនអាចនឹងទិញផលិតផល ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយមានបំណងគ្រវាត់ចោលវត្ថុ និងយកប្រដាប់ដាក់មកវិញ សំរាប់ជាផ្ទៃប្រាក់ឡើយ។

សិទ្ធិចំពោះអ្នកបកប្រែ

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិចំពោះអ្នកបកប្រែ បានផ្តល់ដោយ DTA បើគ្មានមនុស្សពេញវ័យក្នុងក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ អាចនិយាយ ឬយល់ភាសាអង់គ្លេសបានទេ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា ខ្ញុំអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែសំរាប់សវនាការយុត្តិធម៌ DTA ណាមួយ ឬយកអ្នកប្រែរបស់ខ្ញុំ។ បើខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែសំរាប់សវនាការ ខ្ញុំត្រូវតែទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសវនាការ យ៉ាងហោចបំផុតមួយអាទិត្យ មុនថ្ងៃធ្វើសវនាការ។

សេចក្តីថ្លែង ពីការមិនរើសអើង

ក្រសួងកសិកម្មរុក្ខាប្រមាញ់និងនេសាទ ហាមមិនឱ្យរើសអើង ប្រឆាំងនឹងអតិថិជន និងយោជិតរបស់ខ្លួន, និងអ្នកដាក់ពាក្យសុំ សំរាប់ការងារ ដោយយោងទៅលើជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, ដើមកំណើត, អាយុ, ភាពពិការ, ភេទ, ភិនភាគ, សាសនា, ការសងសឹកឡើយ, ហើយនៅទីណាអនុវត្តបាន, មិនត្រូវរើសអើងជំនឿនយោបាយ, លក្ខណៈអាពាហ៍ពិពាហ៍, លក្ខណៈគ្រួសារ ឬមាតាបិតា, បែបភេទការរួមដំណេក, ឬប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះរបស់បុគ្គលម្នាក់ ដែលបានមកពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈអ្វីមួយ ឡើយ, ឬព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានធ្វើ នៅក្នុងការងារ ឬនៅក្នុងកម្មវិធីអ្វីមួយ ឬសកម្មភាពដែលបានធ្វើ ឬបានផ្តល់ថវិកាដោយក្រសួង សោះឡើយ។ (មិនមែនមូលដ្ឋានទាំងអស់ដែលហាមឃាត់ នឹងអនុវត្តទៅលើកម្មវិធីទាំងអស់ និង/ឬ សកម្មភាពការងារទេ)។


បើសិនអ្នកចង់ប្តឹងបណ្តឹងនៃការរើសអើងកម្មវិធីសិទ្ធិស្មើគ្នា សូមបំពេញ ក្រដាសបំពេញបណ្តឹងកម្មវិធីការរើសអើង USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) ដែលអាចរកឃើញតាមអ៊ិនធឺណិតនៅ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.htm ឬនៅការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ (866) 632-9992 ដើម្បីស្នើសុំក្រដាសបំពេញ។ អ្នកក៏អាចសរសេរសំបុត្រមួយច្បាប់ ដែលមានព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលបានស្នើនៅក្នុងក្រដាសបំពេញ។ ធ្វើក្រដាសបំពេញបណ្តឹងរបស់អ្នកដែលបានបំពេញចប់ ឬធ្វើសំបុត្រមកយើងតាមប្រៃសណីយ៍ តាមអាសយដ្ឋាន U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 តាមទូរស័ព្ទលេខ (202) 690-7442 ឬផ្ញើអ៊ីម៉ែល តាមអាសយដ្ឋាន program.intake@usda.gov។

បុគ្គលដែលផ្តល់ ស្តាប់មិនសូវឮ ឬពិការសំដី អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ សេវាបណ្តាក់សាររដ្ឋបាលសហព័ន្ធ (Federal Relay Service) តាមលេខ (800) 877-8339; ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ៉ុល)។

សំរាប់ព័ត៌មានអ្វីៗផ្សេងទៀត ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងរឿងរ៉ាវ កម្មវិធីជំនួយបន្ថែមអាហារមានជីវជាតិ (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ជននោះគួរតែទាក់ទងតាមលេខពិសេសរបស់ USDA SNAP តាមលេខ (800) 221-5689 ដែលក៏មានជាភាសា អេស្ប៉ាញ៉ុលដែរ ឬទូរស័ព្ទទៅលេខពិសេសព័ត៌មានរដ្ឋ (ចុចទីតភ្ជាប់ សំរាប់បញ្ជីនៃលេខពិសេសតាមរដ្ឋ) ដែលអាចរកឃើញតាមអ៊ិនធឺណិតនៅ http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm។

USDA គឺជាអ្នកផ្តល់ និងជាមិនយោជកស្មើគ្នា។

ច្បាប់រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ក៏ហាមឃាត់ពីការរើសអើងដែរ រួមទាំងការរើសអើងយោងទៅលើពូជពង្ស។ ដើម្បីប្តឹងបណ្តឹងក្នុងរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត សូមទាក់ទង : Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; ទូរស័ព្ទ : (617) 994-6000; TTY: (617) 994-6196។



ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ : តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់នៅក្រោម ទោសព័រនៃការរក្សាភារ ថាខ្ញុំបានអាន (ឬត្រូវបានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់) ហើយខ្ញុំយល់ដឹង និងព្រមព្រៀងចំពោះ “សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ” និងចំឡើយនៅក្នុងក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ និងឯកសារបន្ថែមអ្វីមួយ ដែលខ្ញុំផ្តល់ទៅឱ្យក្រសួងក្នុងពេលអនាគត គឺពិតប្រាកដ និងសព្វគ្រប់ ទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំដ៏ល្អបំផុត។ ខ្ញុំបានអានបំរាមទោសព័រ SNAP ជាបឋមភាសារបស់ខ្ញុំ ឬត្រូវបានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់ ឬត្រូវបានបកប្រែសំរាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏បញ្ជាក់ផងដែរ ថាសមាជិកទាំងអស់ក្នុងក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ ដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ មានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ជាទីតាប់ចិត្ត។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____