



ការដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយបន្ថែម អាហារមានជីវជាតិ (SNAP)

សេចក្តីណែនាំសំរាប់ការបំពេញ ក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំ

- សូមព្យាយាមឆ្លើយសំណួរឲ្យបានច្រើនជាងបំផុត តាមតែអ្នកអាចឆ្លើយបាន។
- នៅទំព័រទី 1 នៃក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំ ត្រូវដាក់លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ដែលអាចទាក់ទងអ្នកបានក្នុងថ្ងៃធ្វើការ ឬកន្លែងដែលអាចទុកសារសំរាប់អ្នកបាន។
- នឹកចាំចុះហត្ថលេខាលេខារបស់អ្នក មុននឹងបញ្ជូនក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។
- ត្រូវអានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក និងទោសព័រ។
- អ្នកអាចប្តឹងការដាក់ពាក្យសុំដែលមិនចប់សព្វគ្រប់បាន ដោយបំពេញលេខៈ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក នៅទំព័រទី 1 និងហត្ថលេខារបស់អ្នក នៅទំព័រទី 5 និងបញ្ចប់ការដាក់ពាក្យសុំដែលនៅសល់ នៅពេលក្រោយទៀត។ ព័ត៌មានយ៉ាងតិចតួចនេះ នឹងស្ថាបនាខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចផ្ញើទៅ DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420 ឬផ្ញើតាមទូរសារ (617)-887-8765។
- អត្ថប្រយោជន៍ SNAP (កម្មវិធីជំនួយបន្ថែមអាហារមានជីវជាតិ) នឹងមានប្រសិទ្ធិភាពបកក្រោយ ទៅខែថ្ងៃឆ្នាំដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំ។

អ្នកត្រូវតែធ្វើសំភាសន៍: DTA នឹងពិនិត្យមើល ពាក្យសុំ របស់អ្នក នៅពេលយើងបានទទួលវា ហើយនឹងទាក់ទងមកអ្នក ដើម្បីពិភាក្សាអំពីព័ត៌មាន ដែលអ្នកបានផ្តល់ នៅលើក្រដាសដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។

ចំណាំ: បើ DTA មិនអាចទាក់ទងអ្នកបានទេ អ្នកនឹងទទួលសំបុត្រ មួយច្បាប់ សំរាប់ការសំភាសន៍តាមទូរស័ព្ទដែលបាន គ្រោងពេលទុក។

អ្នកត្រូវតែបញ្ជូនភស្តុតាង : នៅក្នុងពេលធ្វើសំភាសន៍អ្នក DTA នឹងពន្យល់នូវភស្តុតាង និងព័ត៌មានអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកនឹងត្រូវការ ដើម្បីផ្តល់មកទើបអាចទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP បាន។ DTA នឹងធ្វើបញ្ជីពិនិត្យ ការបញ្ជាក់ ដោយមានវត្តអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវផ្តល់មក។ អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃចាប់តាំងពីខែថ្ងៃឆ្នាំនៃការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក ដើម្បីផ្តល់ភស្តុតាង ដែលយើង ត្រូវការ មកឲ្យយើង។ ត្រូវអោយប្រាកដថាសុំ DTA ជួយបើសិនអ្នកមានការលំបាក ក្នុងការរកភស្តុតាងទាំងអស់នេះ។ អ្នកអាចផ្ញើភស្តុតាងនានាទៅ : DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420 ឬផ្ញើតាមទូរសារ (617)-887-8765។

ការសំរេច: អ្នកនឹងទទួលការសំរេច អំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃ។

អ្នកគួរតែហែកចេញ និងរក្សាទុកសន្លឹកក្រដាសនេះ សំរាប់ជាក់ណត់ត្រារបស់អ្នក។



តើខ្ញុំនឹងត្រូវការភស្តុតាងអ្វីខ្លះ?

ទាំងនេះគឺជាភស្តុតាងភាគច្រើន ដែលអ្នកនឹងត្រូវការ នៅពេលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP :

- **អត្តសញ្ញាណ ដែលបង្ហាញឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក :**
បើអ្នកគ្មានអាសយដ្ឋានទេ អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើង អំពីទីកន្លែងដែលអ្នកកំពុងស្នាក់នៅ។
- **ភស្តុតាងប្រាក់ចំណូល :**
សំបុត្ររង្វាន់ ឬរបាយការណ៍ការងារដាក់ប្រាក់ ចូលផ្ទាល់ នៃប្រាក់ចំណូលឥតការកាត់ រួមទាំងចំនួនប្រាក់ចំណូលនៃការប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់នៃការបើកប្រាក់។ បើអ្នកកំពុងធ្វើការ អ្នកអាចបញ្ជូនកន្ទុយប័ណ្ណប្រាក់ ឬនិយមន័យរបស់អ្នក របាយការណ៍ការងារដាក់ប្រាក់ចូលផ្ទាល់ ឬសំណេរនៃ ប័ណ្ណប្រាក់ ។
- **លេខសូស្យាវ៉ាល់ស៊ីឡូរីទី សំរាប់សមាជិកទាំងអស់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ។**
- **ភស្តុតាងស្ថានភាព មិនមែនជាពលរដ្ឋ :**
បើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋទេ ត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងស្ថានភាពស្របច្បាប់ មិនមែនជាពលរដ្ឋ។
- **ភស្តុតាងការចំណាយខ្លះៗ :** ទោះបីជាការជ្រើសរើសក៏ដោយ បើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងណាមួយនៅខាងក្រោម អត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នកអាចនឹងខ្ពស់ជាង :
 - **ការចំណាយថ្លៃពេទ្យ**
បើសិនរូបអ្នក ឬជនណាម្នាក់ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក មានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬមានភាពពិការបានបញ្ជាក់ នោះ *ការចំណាយលើហោប៉ៅ ថ្លៃពេទ្យ ត្រូវតែបានបញ្ជាក់* ដោយមានបង្កាន់ដៃ សំរាប់ការរួមបង់ ឬថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព, ឬបង្កាន់ដៃសំរាប់ធុញពាក់ជំនួស, ជីនតា, ប្រដាប់ជំនួយស្តាប់, ថ្មប្រដាប់ជំនួយស្តាប់, ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា, ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ វេជ្ជបណ្ឌិតបានចេញ វេជ្ជបញ្ជា ឬ ឱសថលក់ពុំមានវេជ្ជបញ្ជា, និងថ្លៃយានជំនិះ ដើម្បីទៅមក ទទួលសេវាពិពេទ្យ។
 - **ការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន**
ភស្តុតាងដូចជាឯកសារគុណការ ការបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន ដែលអ្នកបង់ទៅឲ្យមនុស្សម្នាក់ដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នក និងចំនួនបានបង់។ ក៏ត្រូវប្រាប់យើងដែរ បើអ្នកមានការចំណាយអ្វីនៅខាងក្រោម (នេះគឺស្រេចតែចិត្ត ប៉ុន្តែវាអាចធ្វើឲ្យអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នក ខ្ពស់ជាង):
 1. **តម្លៃទីលំនៅ :** ថ្លៃជួលផ្ទះ ឬការបង់ប្រាក់បុលទិញផ្ទះ, ពន្ធអចលនទ្រព្យ ឬការធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ
 2. **ទឹកភ្លើង :** ថ្លៃប្រេងដុតកំដៅ, ឧស្ម័ន, អគ្គិសនី, ទូរស័ព្ទ (រួមទាំងទូរស័ព្ទដៃ), ឬការចំណាយលើការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត ដូចជាការចោលសំរាម, អុស ឬធ្យូង
 3. **ការចំណាយថ្លៃថែទាំកូន ឬថែទាំមនុស្សពេញវ័យក្នុងបន្ទុក** នៅក្នុងផ្ទះ ឬការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ

សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីរបៀបអ្នកអាចទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP សូមទូរស័ព្ទទៅលេខពិសេស SNAP តាមលេខ 1-877-382-2363.



ក្រសួងនៃជំនួយបណ្តោះអាសន្ន រដ្ឋម៉ាស្សាជូសេត
SNAP បានស្នើសុំ (កម្មវិធីជំនួយបណ្តោះអាសន្នអាហាររមាំងជីវិត)
ការដាក់ពាក្យសុំ សំរាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំជាចាស់ទុំ
(បុគ្គលម្នាក់ និងគូស្នាមីភរិយា អាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង)

ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ

1. សូមបំពេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះរបស់អ្នក (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន, អក្សរកាត់នាមកណ្តាល)		SSN:
លេខទូរស័ព្ទ	តើយើងអាចទាក់ទងមកអ្នក ក្នុងពេលថ្ងៃ តាម	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត :
អាសយដ្ឋានផ្ទះ (ផ្លូវ, លេខផ្ទះល្វែង)		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខប្រចាំសង្កាត់(ស៊ីបកូដ)		
អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ (បើសិនខុសគ្នា)		តើអ្នកបច្ចុប្បន្ននេះ គ្មានលំនៅឋាន? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

2. ជាតិពន្ធដាតិសាសន៍ របស់អ្នក : យើងប្រមូលព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថាគ្រប់ៗគ្នា ត្រូវបានប្រព្រឹត្តិមកលើដោយសមគួរ។ ចំឡើយ របស់អ្នក គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួល ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឡើយ។

ជាតិពន្ធ : សាសនាហ៊ីស្ត្រីក ឬ ឡាទីណូ បាទ/ចាស ទេ

ជាតិសាសន៍ : (គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)

ជនជាតិអាមេរិក-ឥណ្ឌូន ឬ ជនជាតិដើមអាឡាស្កា ជនជាតិអាស៊ី ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬ ជនជាតិអាហ្វ្រិក-អាមេរិក

ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ ឬ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត ជនជាតិស្បែកស

ភាសានិយាយ : សូមប្រាប់ភាសាដែលអ្នកនិយាយ _____

3. តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

4. តើអ្នកជាអ្នកមូលដ្ឋាននៃរដ្ឋម៉ាស្សាជូសេត ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

5. តើអ្នកមានស្ថានភាពពិសេស ឬទេ? គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធដល់អ្នក។

ឱនថយរូបកាយ/ផ្លូវចិត្ត ឱនថយសោតវិស័យ ឱនថយចក្ខុវិស័យ

ត្រូវការអ្នកបកប្រែ ត្រូវការភាសាសញ្ញា ផ្សេងទៀត _____

6. តើមានអ្នកណាជួយអ្នក ក្នុងការបំពេញព័ត៌មាននេះ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះមនុស្សដែលជួយ _____ លេខទូរស័ព្ទរបស់មនុស្សដែលជួយ _____

ព័ត៌មានរបស់ក្រុមគ្រួសារ

7. តើអ្នកបានរៀបការ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
8. បើបាទ/ចាស តើប្តី ឬប្រពន្ធរបស់អ្នក រស់នៅជាមួយអ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
9. តើអ្នកមានកូនក្រោមអាយុ 22 ឆ្នាំ កំពុងរស់នៅជាមួយអ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
10. តើមានមនុស្សផ្សេងទៀត រស់នៅ និងបរិភោគអាហាររួមជាមួយអ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
11. កត់ឈ្មោះមនុស្សដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ បាទ/ចាស ទេ

នាមខ្លួន	នាមត្រកូល	SSN	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	ភេទ	ពលរដ្ឋអាមេរិក	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក
					<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	

ព័ត៌មានប្រាក់កាស

12. តើរូបអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ទទួលបានប្រាក់ចំណូលណាមួយនៅខាងក្រោម ឬទេ?

ប្រភេទប្រាក់ចំណូល	ចំនួនប្រាក់ចំណូល	ភាពញឹកញាប់នៃប្រាក់ចំណូល (រាល់អាទិត្យ, រៀងរាល់ពីរអាទិត្យ ឬរាល់ខែ)	ឈ្មោះមនុស្សដែលទទួល ប្រាក់ចំណូល
ប្រាក់សូស្យាល់ស៊ីគ្យូរីទី	\$	រាល់ខែ	
SSI	\$	រាល់ខែ	
ប្រាក់និរត្តន៍	\$		
អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន	\$		
ការសងប្រាក់ឱ្យកម្មករ	\$		
ប្រាក់ឈ្នួលពីការងារ	\$		
ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____	\$		
ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____	\$		

13. តើអ្នកបង់ថ្លៃការថែទាំមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃ ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
14. តើអ្នកបង់ថ្លៃពេទ្យផ្សេងទៀត ដូចជា ឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជា, ឱសថលក់ពុំមានវេជ្ជបញ្ជា, សំភារៈរោគទឹកនោមផ្អែម, ដីនតា, ធ្មេញពាក់ជំនួស, ប្រដាប់ជំនួយ ស្លាប់, ល. ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
15. តើថ្លៃជួលផ្ទះ ឬប្រាក់បុលទិញផ្ទះរបស់អ្នក ចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ? \$ _____
16. តើអ្នកបង់ថ្លៃអ្វីមួយនៅខាងក្រោម ឬទេ?
- ខ្ញុំបង់ថ្លៃកំដៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ (ប្រេង, ឧស្ម័ន, អគ្គិសនី ឬឧស្ម័ន ប្រូប៉េន ជាដើម) ឬបង់តម្លៃកំដៅផ្ទះចូលគ្នា ជាមួយអ្នក ឯទៀត។ បាទ/ចាស ទេ
 - ខ្ញុំមានម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ដែលខ្ញុំប្រើក្នុងរដូវក្តៅ ហើយខ្ញុំបង់ ថ្លៃ អគ្គិសនី ឬបង់តម្លៃចូលគ្នា ជាមួយអ្នក ឯទៀត។ បាទ/ចាស ទេ
 - ខ្ញុំមានម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ដែលខ្ញុំប្រើក្នុងរដូវក្តៅ ហើយខ្ញុំបង់ ថ្លៃឈ្នួល ដើម្បីប្រើវា។ បាទ/ចាស ទេ
 - ខ្ញុំបង់ថ្លៃអគ្គិសនី ឬឧស្ម័ន ឬបង់តម្លៃចូលគ្នា ជាមួយអ្នក ឯទៀត។ បាទ/ចាស ទេ
 - ខ្ញុំបង់ថ្លៃទូរស័ព្ទ រួមទាំងថ្លៃទូរស័ព្ទដៃ (មិនមែនទូរស័ព្ទ បានបង់ប្រាក់ជាមុន)។ បាទ/ចាស ទេ

អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត

17. តើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកណាម្នាក់ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួល ប័ណ្ណ SNAP ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារសំរាប់អ្នក ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

នាមត្រកូល :	នាមខ្លួន :	MI:	អាសយដ្ឋាន :	លេខទូរស័ព្ទ :

SNAP ដោយពន្លឺ

អ្នកអាចនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងពេលប្រាំពីរថ្ងៃ បើសិនលក្ខណៈណាមួយនៅខាងក្រោមពិតមែន :

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

សេចក្តីផ្តើមដំណឹង អំពីសិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងទោសព័រ (សូមអានដោយប្រិតប្រៀង)

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

ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់មកជាមួយនឹងការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានធ្វើការបញ្ជាក់ដោយអ្នករដ្ឋការនៃរដ្ឋបាលសហព័ន្ធ 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 ពីខែថ្ងៃផ្ទះនៃការដាក់ពាក្យសុំ 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 ដើម្បីរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្រោមវិន័យ របាយការណ៍ SNAP ប្រចាំឆ្នាំ (SNAP Annual Reporting) ឬវិន័យ អត្ថប្រយោជន៍បណ្តោះអាសន្នផ្សេងទៀត (Transitional Benefits Alternative, TBA)។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិនិយាយទៅកាន់មេការ ដើម្បីត្រូវបានសម្រេចថាគ្មានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយពន្លឺ ហើយខ្ញុំមិនយល់ស្រប ឬបើខ្ញុំត្រូវបាន សម្រេចថាមានសិទ្ធិទទួលសេវាដោយពន្លឺ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនបានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងពេលប្រាំពីរថ្ងៃប្រក្រតីទឹក បន្ទាប់ពីខែថ្ងៃខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំ 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 ដើម្បីទទួលកំណត់ត្រា ឬទិន្នន័យអ្វីៗ និងដើម្បីបញ្ជាក់នូវព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅលើក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ ជាមួយនឹងភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត រួមទាំងភ្នាក់ងាររដ្ឋបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ អាជ្ញាធរទីលំនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ក្រសួងជំនួយសាធារណៈ (ដីលឃ្មុំ) នៅក្រៅរដ្ឋ ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ និងពី Equifax Workforce Solutions ដែលផ្តល់ព័ត៌មានប្រាក់ឈ្នួលទៅឲ្យ DTA។ ខ្ញុំក៏ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យភ្នាក់ងារទាំងនេះ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានទៅឲ្យ DTA ស្តីអំពីក្រុម គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់ខ្ញុំផងដែរ។

ក្រសួងអាចនឹងបដិសេធ បញ្ឈប់ ឬបន្តបន្តប្រយោជន៍របស់អ្នក 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 (លេខឥតថ្លៃ)។

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 និងមនុស្សក្នុងបន្ទុកខ្ញុំ អាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ជាមួយនឹង ក្រសួងការអប់រំបឋមសិក្សា និងឧត្តមសិក្សា (Department of Elementary and Secondary Education, DESE) ប្រយោជន៍ឲ្យមនុស្សក្នុង បន្ទុកខ្ញុំ ត្រូវបានបញ្ជាក់ជាស្វ័យប្រវត្តិ សំរាប់កម្មវិធីអាហារពេលព្រឹក និងអាហារថ្ងៃត្រង់នៅសាលា។ ខ្ញុំក៏ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យ 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 អាហារមានជីវជាតិ។

ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម ខ្ញុំអនុញ្ញាត DTA និង ការិយាល័យប្រតិបត្តិការសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ សំរាប់អត្ថប្រយោជន៍ជំនួយសាធារណៈ ជាមួយនឹង ក្រុមហ៊ុនឧបត្ថម្ភអគ្គិសនី ក្រុមហ៊ុនឧបត្ថម្ភខ្សាច់ និងក្រុមហ៊ុនទូរគមនាគមន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួល ដោយអនុលោមទៅតាមកិច្ចព្រមព្រៀងភាពសំរាប់ ដែលបាន ប្រតិបត្តិដោយក្រុមហ៊ុនទាំងនេះ សំរាប់តែគោលបំណងនៃការបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ការចុះតម្លៃសេវាទឹកភ្លើង។ ខ្ញុំក៏អនុញ្ញាត 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 ឬត្រូវបានអាន ថ្ងៃ ខ្ញុំស្តាប់ ហើយថា ខ្ញុំត្រូវតែយល់ខ្លឹមសាររបស់វា និងយល់អំពីសិទ្ធិ និងការ ទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។ បើខ្ញុំមានសំណួរអ្វីអំពីខិត្តប័ណ្ណ ឬព័ត៌មាននេះ ឬបើខ្ញុំ មានបញ្ហាក្នុងការអាន ឬយល់ដឹងណាមួយពីព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំនឹងទាក់ទងទៅ DTA តាមលេខ 1-877-382-2363។

ខ្ញុំក៏សូមស្រឡាតម្លៃផងដែរ ថាសមាជិកទាំងអស់នៃក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ ដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ មានស្ថាន ភាពអន្តោប្រវេសន៍ជាទីគាប់ចិត្ត។

សិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

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

ខ្ញុំយល់ថាការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធនិមិត្តចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ចំនួនជំនួយ ដែលខ្ញុំទទួលបានពី DTA ឡើយ។

បំរាមទោសព័រ SNAP

ខ្ញុំយល់ថាបើប្រសិនបើ ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ បានប្រព្រឹត្តបំពានវិន័យទាំងប៉ុន្មាននៅខាងក្រោមដោយ ចេតនា ជននោះអាចនឹងបានឃាត់ឃាំងពីការទទួល SNAP ចំនួនមួយឆ្នាំ បន្ទាប់ពីការលើសលើកទីមួយ ឬពីរឆ្នាំ បន្ទាប់ពី ការលើសលើកទីពីរ និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ បន្ទាប់ពីការលើសលើកទីបី។ ជននោះអាចនឹងបានហាមឃាត់ពីការទទួល SNAP ចំនួនមួយឆ្នាំ រហូតដល់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ត្រូវបានដាក់ពិន័យដល់ទៅ \$250,000 ឬត្រូវបានជាប់ពន្ធនាគារដល់ទៅ 20 ឆ្នាំ ឬក៏ទាំងពីរមុខ។ ជននោះក៏អាចនឹងត្រូវបានផ្តោលទោសនៅក្រោមច្បាប់ជាធរមានផ្សេងទៀត នៃរដ្ឋជាលក្ខណ៍ និងរដ្ឋ ផងដែរ។ ជននោះក៏អាចនឹងត្រូវបានហាមឃាត់ ពីការទទួល SNAP ជាបន្ថែមចំនួន 18 ខែទៀត បើគុណការបានបញ្ជាក់។ វិន័យទាំងនេះគឺ :

- កុំផ្តល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬលាក់ព័ត៌មាន ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP។
- កុំជួញដូរ ឬលក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP។
- កុំកែប្តូរ EBT ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលអ្នកពុំមានសិទ្ធិទទួល។
- កុំប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញវត្ថុមិនមែនជាម្ហូបអាហារ ដូចជាសុភារ និងថ្នាំជក់។
- កុំប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬប័ណ្ណ EBT របស់អ្នកណាម្នាក់ លុះត្រាតែអ្នកជាអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹង អំពីទោសព័រទាំងប៉ុន្មាននៅខាងក្រោមដែរ :

- បុគ្គលដែលប្រព្រឹត្តលើការបំពានកម្មវិធីដោយចេតនា (Intentional Program Violation, IPV) នៃកម្មវិធីប្រាក់ ដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុង ស្តីទីសវនាការ លែងមានសិទ្ធិទទួល (Administrative Disqualification Hearing, ADH) នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួល SNAP សំរាប់រយៈពេលដូចគ្នានឹងបុគ្គលដែល បានឃាត់មិនឲ្យទទួលជំនួយប្រាក់។
- បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីថ្លែងដោយគែបន្ត ឬធ្វើការបង្ហាញមិនត្រឹមត្រូវ អំពីអត្តសញ្ញាណរបស់គេ ឬដាក់កន្លែងនៃលំនៅដ្ឋាន ដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាច្រើន នៅពេលព្រមៗគ្នា នឹងត្រូវបានឃាត់មិនឲ្យទទួល SNAP ចំនួន **ដប់ឆ្នាំ**។
- បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬ លក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់សារធាតុត្រួតត្រា/គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់ នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួល SNAP សំរាប់ រយៈពេល **ពីរឆ្នាំ** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីមួយ និងជា **អចិន្ត្រៃយ៍** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីពីរ។
- បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬ លក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់កំភ្លើង គ្រាប់កំភ្លើង ឬគ្រឿងផ្ទុះ នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួល SNAP ជា **អចិន្ត្រៃយ៍**។
- បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬ លក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលមានតម្លៃ \$500 ឬច្រើនជាង នឹងបានឃាត់មិនឲ្យទទួល SNAP ជា **អចិន្ត្រៃយ៍**។
- រដ្ឋអាចនឹងដេញដោលអំពី IPV ប្រឆាំងនឹងបុគ្គលដែលមានបំណងលក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬប័ណ្ណ EBT តាមអ៊ិនទ័រណិត ឬដោយផ្ទាល់មុខ។
- បុគ្គលដែលគេចរើស ដើម្បីជៀសវាងការផ្តោលទោស ការឃុំឃាំង ឬការជាប់ឃុំ បន្ទាប់ពីការជាប់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ ឬកំពុងបំពានលក្ខខណ្ឌនៃការល្បួងខ្លួន ឬលក្ខខណ្ឌការដោះលែង គឺ **គ្មានសិទ្ធិ** ដើម្បីចូលរួមក្នុង SNAP បានឡើយ។
- បុគ្គលដែលអាចខានប្រព្រឹត្តតាម ដោយគ្មានមូលហេតុល្អ ជាមួយនឹងសេចក្តីផ្តន្ទាទោស SNAP នឹងលែងមានសិទ្ធិទទួល SNAP សំរាប់រយៈពេល **បីខែ** សំរាប់ ការរកឃើញលើកទីមួយ **ប្រាំមួយខែ** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីពីរ និង **ដប់ពីរខែ** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីបី។ បើសិនបុគ្គលនោះត្រូវបានរកឃើញបានដាក់ ខានប្រតិបត្តិតាមលើកទីបី គឺជាមេក្រុមគ្រួសារនៃ SNAP នោះក្រុមគ្រួសារ **ទាំងមូល** នឹងត្រូវបានសិទ្ធិដើម្បីចូលរួមក្នុង SNAP សំរាប់រយៈពេល **ប្រាំមួយខែ**។
- ការទិញម្ហូបអាហារដោយជឿ គឺមិនអនុញ្ញាតឡើយ ហើយអាចបណ្តាលឲ្យលែងមានសិទ្ធិទទួល SNAP ទៀត។
- បុគ្គលមិនអាចនឹងទិញផលិតផល ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយមានបំណងត្រវាត់ចោលវត្ថុ និងយកប្រដាប់ដាក់មកវិញ សំរាប់ជាថ្នូរប្រាក់ឡើយ។

សិទ្ធិចំពោះអ្នកបកប្រែ

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

សេចក្តីថ្លែង ពីការមិនរើសអើង

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


បើសិនអ្នកចង់ប្តឹងបណ្តឹងនៃការរើសអើងកម្មវិធីសិទ្ធិស៊ីវិល 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។ ផ្ញើក្រដាសបំពេញបណ្តឹងរបស់អ្នកដែលបានបំពេញចប់ ឬផ្ញើសំបុត្រមួយយើងតាមប្រៃសណីយ៍ តាមអាសយដ្ឋាន U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 តាមទូរស័ព្ទលេខ (202) 690-7442 ឬផ្ញើអ៊ីម៉ែលតាមអាសយដ្ឋាន program.intake@usda.gov។

បុគ្គលដែលចង់ ស្តាប់មិនសូវឮ ឬពិការសំដី អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ សេវាបណ្តាក់សាររដ្ឋបាលសហព័ទ្ធ (Federal Relay Service) តាមលេខ (800) 877-8339; ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស៉្បាញ៉ូល)។

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

USDA គឺជាអ្នកផ្តល់ និងនិយោជកស្មើឱកាសគ្នា។

ច្បាប់រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ក៏ហាមឃាត់ពីការរើសអើងដែរ រួមទាំងការរើសអើងយោងទៅលើពូជពង្ស។ ដើម្បីប្តឹងបណ្តឹងក្នុងរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត សូមទាក់ទង : Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; ទូរស័ព្ទ :



ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ : តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់នៅក្រោម ទោសព័រនៃការរក្សាតរ ថាខ្ញុំបានអាន (ឬត្រូវបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់) ហើយខ្ញុំយល់ដឹង និងព្រមព្រៀងចំពោះ “សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ” និងចំឡើយនៅក្នុងក្រដាសដាក់ពាក្យសុំនេះ និងឯកសារបន្ថែមអ្វីមួយ ដែលខ្ញុំផ្តល់ទៅឲ្យក្រសួងក្នុងពេលអនាគត គឺពិតប្រាកដ និងសព្វគ្រប់ ទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំដល់បំផុត។ ខ្ញុំបានអានបំរាមទោសព័រ SNAP ជាបឋមភាសារបស់ខ្ញុំ ឬត្រូវបានអានឲ្យខ្ញុំស្តាប់ ឬត្រូវបានបកប្រែសំរាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏បញ្ជាក់ផងដែរ ថាសមាជិកទាំងអស់ក្នុងក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ ដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ មានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ជាទីតាប់ចិត្ត។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____