



Massachusetts
ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP
សម្រាប់មនុស្សចាស់
(សម្រាប់បុគ្គល និងប្តីប្រពន្ធដែលមានអាយុ 60 ឆ្នាំឡើងទៅ)



តើខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP យ៉ាងដូចម្តេច?

- ផ្ញើទៅ [DTAConnect](#)
- ផ្ញើតាមទូរសារទៅលេខ **617-887-8765**
- ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់ **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- ស្នើសុំ នៅការិយាល័យ **DTA** ក្នុងមូលដ្ឋាន

នាមត្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	នាមកណ្តាល៖
អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖	ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺបកូដ៖	
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (បើខុសគ្នា)៖	ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺបកូដ៖	
លេខទូរសព្ទ៖	តើអ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែងមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	
តើអ្នករស់នៅក្នុងលំនៅឋានប្រភេទណា? ☐ លំនៅឋានឯកជន ☐ មណ្ឌលស្នាក់នៅ ☐ ទីជម្រក ☐ លំនៅឋានបណ្តោះអាសន្ន ☐ ជំរំជនចំណាកស្រុក ☐ លំនៅឋានបណ្តោះអាសន្ន ☐ នគរ ☐ អគារស្នាក់នៅអាជីវកម្ម ☐ សន្ទ ផ្សេងៗ លំនៅឋានសាធារណៈ		
ដោយចុះហត្ថលេខា ខ្ញុំយល់ព្រមថា៖ • ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទទាំងមូលនេះ (ឬគេបានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់ជាភាសាដែលខ្ញុំយល់) រួមទាំងផ្នែកអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ ហើយយល់ថាខ្ញុំត្រូវតែអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងនេះ • ព័ត៌មានដែលខ្ញុំកំពុងផ្តល់ឱ្យគឺពិត និងពេញលេញតាមដែលខ្ញុំដឹង • ខ្ញុំអាចជាប់ពន្ធនាគារ ឬត្រូវបង់ប្រាក់ពិន័យប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុស ឬមិនពេញលេញដោយចេតនា • DTA និងមន្ត្រីសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងមូលដ្ឋានផ្សេងទៀតអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ (ពិនិត្យ) ព័ត៌មានណាមួយដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យ។		
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖	

- យើងនឹងទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកប្រសិនបើវាមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន (បើមាន) និងហត្ថលេខារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើទទួលបានការអនុម័ត អត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ត្រលប់ទៅកាលបរិច្ឆេទដែល DTA ទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នកវិញ។
- សូមទូរសព្ទមកយើងដើម្បីបំពេញការសម្ភាសន៍នៅពេលណាក៏បានរវាងម៉ោង 8:15 ព្រឹក និង 4:45 រសៀល ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ តាមលេខ 1-833-712-8027។

អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ប្រសិនបើ៖

- ប្រាក់ចំណូល និងប្រាក់សរុបរបស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារមានចំនួនតិចជាងការចំណាយលើថ្លៃផ្ទះប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬ
- ប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែរបស់អ្នកតិចជាង \$150 ហើយប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារមានចំនួន \$100 ឬតិចជាងនេះ ឬ
- អ្នកជាពលករចំណាកស្រុក ហើយប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារមានចំនួន \$100 ឬតិចជាងនេះ។

តើអ្នកមានកាតផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍អេឡិចត្រូនិក (EBT) រដ្ឋ Massachusetts ដែរឬទេ?
☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

កាត EBT នៅតែដំណើរការប្រសិនបើករណីមួយបើកឡើងវិញបន្ទាប់ពីត្រូវបានបិទ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកាត EBT ទេ យើងអាចផ្ញើជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ ឬបោះពុម្ពកាតមួយនៅការិយាល័យមូលដ្ឋាន។ អ្នកអាចទទួលបានកាត EBT មុនពេលយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើសិទ្ធិទទួលបាន ដូច្នេះអ្នកអាចប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកភ្លាមៗនៅពេលដែលមានកាត ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ នៅពេលអ្នកទទួលបានកាត EBT របស់អ្នក អ្នកក៏នឹងទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបប្រើប្រាស់កាតផងដែរ។



ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដោយសារតែពិការភាព
យើងអាចផ្តល់ការសម្របសម្រួលដើម្បីបង្កលក្ខណៈ
កាន់តែងាយស្រួលក្នុងការធ្វើការជាមួយយើង
។



សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-382-2363
ដើម្បីស្នើសុំការសម្របសម្រួល
ឬជំនួយជាមួយការដាក់ពាក្យ។

តើអ្នកជាជនពិការ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
មែនទេ?

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស ☐ មកជួបផ្ទាល់ ☐ ភាសាសញ្ញាអាមេរិក - មកជួបផ្ទាល់
តើវិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនងណាមួយដែលអ្នកចង់បាន?
☐ តាមទូរសព្ទ ☐ ភាសាសញ្ញាអាមេរិក - សេវាបញ្ជូនបន្តជារឿយៗ (VRS)
លេខទូរសព្ទ VRS របស់អ្នក: _____

តើរដ្ឋ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
Massachusetts
បានបញ្ជាក់ថាអ្នក
មានពិការភាពដែរ
ឬទេ?

DTA អាចធ្វើសារជាអក្សរអំពីថ្ងៃផុតកំណត់ ព័ត៌មានករណី
ការបិទការិយាល័យ និងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតជូនអ្នក។
សូមកត់សម្គាល់ថា ថ្លៃធ្វើសារ និងថ្លៃទិន្នន័យអាចនឹងត្រូវអនុវត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលសារជាអក្សរពី DTA ទេ
អ្នកអាចបដិសេធមិនទទួលនៅលើ DTA Connect បាន
សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-877-382-2363 ឬធ្វើសារអក្សរ OPT
OUT ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសារ។

ព័ត៌មានអំពីអ្នក		
លេខសន្តិសុខសង្គម:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:	ភេទ: ☐ ប្រុស ☐ ស្រី
តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិកមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ		តើអ្នកចង់និយាយភាសាអ្វី? _____
កំណត់សម្គាល់: អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលមិនកំពុងដាក់ពាក្យសុំ SNAP មិនចាំបាច់ផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម ឬឋានៈសញ្ជាតិរបស់ពួកគេទេ។		
តើអ្នកជាពូជសាសន៍អ្វី*		
☐ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ☐ ជនជាតិឥណ្ឌាដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមរដ្ឋអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិស្បែកស ☐ ជនជាតិអាស៊ី ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬជនជាតិកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត		
តើអ្នកជាជនជាតិអ្វី?*		
☐ ជនជាតិហ៊ីស្ប៉ានិក ឬឡាទីណូ ☐ មិនមែនជាជនជាតិហ៊ីស្ប៉ានិក ឬឡាទីណូ		
* ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកទេ។ យើងសួរសំណួរទាំងនេះដើម្បីធានាថាមនុស្សគ្រប់គ្នាត្រូវបានប្រព្រឹត្តដោយយុត្តិធម៌ ដោយមិនគិតពីពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឬដើមកំណើតជាតិ។ សូមទុកចន្លោះទទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ឆ្លើយ។		

សមាជិកគ្រួសារ					
តើមានអ្នកផ្សេងទៀតរស់នៅជាមួយអ្នកដែរទេ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។					
ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសន្តិសុខសង្គម	ទំនាក់ទំនង ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក?	តើបុគ្គលនេះ ជាពលរដ្ឋអា មេរិកមែន ទេ?	តើបុគ្គលនេះ កំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP មែនទេ?
				☐ បាទ/ចា ☐ ស ទេ	☐ បាទ/ចា ☐ ស ទេ
				☐ បាទ/ចា ☐ ស ទេ	☐ បាទ/ចា ☐ ស ទេ
				☐ បាទ/ចា ☐ ស ទេ	☐ បាទ/ចា ☐ ស ទេ

ប្រាក់ចំណូល				
តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានប្រាក់ចំណូល ដូចជាការងារ សំណងអត់ការងារធ្វើ ប្រាក់រូបត្ថម្ភ សន្តិសុខសង្គម SSI ប្រាក់សំណងកម្មករ អត្ថប្រយោជន៍អតិថយុទ្ធជន ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ឬប្រាក់ចំណូលពីការជួលផ្ទះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖				
អ្នកដែលមានចំណូល	ប្រភេទចំណូល	ភាពញឹកញាប់		ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប
		☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ពីរសប្តាហ៍	☐ រាល់ខែ ☐ ផ្សេងៗ៖	
		☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ពីរសប្តាហ៍	☐ រាល់ខែ ☐ ផ្សេងៗ៖	
		☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ពីរសប្តាហ៍	☐ រាល់ខែ ☐ ផ្សេងៗ៖	
ថ្លៃទិដ្ឋភាព				

តើគ្រួសារទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃទីជម្រកដែរ

ឬទេ? ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**

សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ប្រភេទ៖

ចំនួនទឹកប្រាក់៖
ភាពញឹកញាប់៖

☐ ប្រចាំត្រីមាស

☐ ប្រចាំឆ្នាំ

☐ ថ្លៃជួល

\$

☐ ប្រចាំខែ

☐ ផ្សេងៗ៖

☐ ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ

\$

☐ ប្រចាំខែ

☐ ប្រចាំត្រីមាស

☐ ប្រចាំឆ្នាំ

☐ ផ្សេងៗ៖

☐ ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ*

\$

☐ ប្រចាំខែ

☐ ប្រចាំត្រីមាស

☐ ប្រចាំឆ្នាំ

☐ ផ្សេងៗ៖

☐ ធានារ៉ាប់រងផ្ទះ*

\$

☐ ប្រចាំខែ

☐ ប្រចាំត្រីមាស

☐ ប្រចាំឆ្នាំ

☐ ផ្សេងៗ៖

☐ ថ្លៃខុនដូ

\$

☐ ប្រចាំខែ

☐ ប្រចាំត្រីមាស

☐ ប្រចាំឆ្នាំ

☐ ផ្សេងៗ៖

☐ ផ្សេងៗ

\$

☐ ប្រចាំខែ

☐ ប្រចាំត្រីមាស

☐ ប្រចាំឆ្នាំ

☐ ផ្សេងៗ៖

* សូមទុកចន្លោះពន្ធអចលនទ្រព្យ និងធានារ៉ាប់រងផ្ទះឲ្យនៅទទេ
ប្រសិនបើវាទាំងនេះត្រូវបានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងការបង់ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ។

ថ្លៃសេវាសាធារណៈ

តើគ្រួសារទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃសេវាសាធារណៈដាច់ដោយឡែកពីថ្លៃទីជម្រកដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស**

សូមជ្រើសរើសថ្លៃសេវាសាធារណៈទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក៖

☐ ថ្លៃប្រព័ន្ធកម្ដៅ (ប្រេង ហ្គាស អគ្គិសនី ឬហ្គាសប្រូប៉ាន។ល។)

☐ អគ្គិសនី និង/ឬហ្គាស

(ក្រៅពីការប្រើប្រព័ន្ធប្រាស់កម្ដៅ) ថ្លៃទឹក
ថ្លៃសេវាប្រព័ន្ធលូទឹកស្អុយ
និង/ឬថ្លៃប្រមូលសំរាម

☐ ថ្លៃអគ្គិសនីសម្រាប់ម៉ាស៊ីនត្រជាក់នៅរដូវក្ដៅ

☐ ថ្លៃសេវាប្រើប្រាស់ម៉ាស៊ីនត្រជាក់នៅរដូវក្ដៅ

☐ សេវាទូរសព្ទ ឬសេវាទូរសព្ទដៃ
(រួមទាំងការបង់ប្រាក់ជាមុន)

ថ្លៃសេវាថែទាំអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក

តើមានអ្នកណាទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃថែទាំមនុស្សពេញវ័យ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ដែរឬទេ?

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបាន ភាពញឹកញាប់
បង់

_____ \$ _____ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ
☐ ផ្សេងៗ៖

_____ \$ _____ ☐ រាល់សប្តាហ៍ ☐ រាល់ពីរសប្តាហ៍ ☐ រាល់ខែ
☐ ផ្សេងៗ៖

តើមានអ្នកណាធ្វើដំណើរទៅ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ និង/ឬមកពីជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែរឬទេ?

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

<u>ឈ្មោះ</u> <u>អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក</u>	<u>អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែ</u> <u>ទាំ</u>	<u>ចំនួនដងនៃការ</u> <u>ធ្វើដំណើរតាមរថយន្តក្នុងមួយ</u> <u>សប្តាហ៍</u>		<u>ប្រសិនបើមិនបើកបរ៖</u> <u>ថ្លៃសេវាដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ</u> <u>តាក់ស៊ី រថយន្តក្រុង។ល។</u>
		<u>ទៅ</u>	<u>ពី</u>	

ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ

តើមានអ្នកណាដែលមានអាយុយ៉ាងតិច 60 ឆ្នាំ និង/ឬពិការមានការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែរទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ

ប្រភេទចំណាយ

ចំណាយសរុបក្នុងមួយខែ

☐ ការថែទាំសុខភាព

☐ ការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ

☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ☐ ថ្នាំ

☐ ផ្សេងៗ (ថ្នាំមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា សម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ។ល។)

☐ ការថែទាំសុខភាព

☐ ការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ

☐ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ☐ ថ្នាំ

☐ ផ្សេងៗ (ថ្នាំមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា សម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ។ល។)

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកអាចទទួលបានឥណទានសម្រាប់ការចំណាយដែលអ្នកមានទំនួលខុសត្រូវបង់ ទោះបីជាអ្នកបង់យឹតយ៉ាវ ឬមិនមានលទ្ធភាពបង់សម្រាប់ការចំណាយទាំងនោះក៏ដោយ។ ចំណាយវេជ្ជសាស្ត្ររួមមាន សហទូទាត់ ថ្នាំត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា ថ្នាំមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា ធានារ៉ាប់រងសុខភាព វិក្កយបត្រពេទ្យ ការធ្វើដំណើរ និងជាច្រើនទៀត។

តើមាននរណាម្នាក់ធ្វើដំណើរទៅ និង/ឬត្រឡប់មកវិញពីកន្លែងថែទាំសុខភាព (ដូចជាឱសថស្ថាន គ្រូពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យឯកទេស។ល។) ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

<u>ឈ្មោះ</u>	<u>អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ</u>	<u>ចំនួនដងនៃការធ្វើដំណើរតាមរថយន្តក្នុងមួយសប្តាហ៍</u>		<u>ថ្លៃចំណាករថយន្តសេវាដឹកជញ្ជូនសាធារណៈតាមស៊ីវិលរថយន្តក្រុង។ល។</u>
		<u>ទៅ</u>	<u>ត្រឡប់</u>	

SNAP នៅក្នុងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀត

តើមាននរណាម្នាក់បានទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP នៅក្រៅរដ្ឋ
Massachusetts ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃកន្លងមកនេះដែរឬទេ?
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** តើអ្នកណា?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
☐

តើមាននរណាម្នាក់បានទទួលការតវ៉ានៅក្នុងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀតដោយសារតែមិនបំពេញតាមច្បាប់ការងារ SNAP ដែរឬទេ?
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** តើអ្នកណា?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
☐

ការជួយដាក់ពាក្យសុំ

តើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងទាក់ទងបុគ្គល
ឬទីភ្នាក់ងារណាមួយទេ
ប្រសិនបើយើងមិនអាចទាក់ទងអ្នកតាមទូរសព្ទបាន?
ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ឈ្មោះបុគ្គល ឬទីភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

* យើងហៅថាថា អ្នកជួយ/ទីភ្នាក់ងារជំនួយ។
តួនាទីនេះមានសុពលភាពតែក្នុងអំឡុងពេលដាក់ពាក្យប៉ុណ្ណោះ។

ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន

តើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គល
ឬទីភ្នាក់ងារណាមួយនិយាយជាមួយ
DTA

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ហើយទទួលបានព័ត៌មានសម្ងាត់ពាក់ព័ន្ធអំពីករណីរបស់អ្នកដែរឬ
ទេ?*

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះបុគ្គល ឬទីភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

* តួនាទីនេះមិនអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ ឬបំពេញការសម្ភាសន៍បានទេ។
លិខិតអនុញ្ញាតនេះផុតកំណត់បន្ទាប់ពីមួយឆ្នាំ។

អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់

តើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យទីភ្នាក់ងារ
ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទុកចិត្តចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ
រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ បំពេញការសម្ភាសន៍
និងនិយាយអំពីករណីរបស់អ្នកជាមួយយើងដែរឬទេ?*

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះបុគ្គល ឬទីភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____

លេខអត្តសញ្ញាណនិយោជកសហព័ន្ធ
(សម្រាប់ទីភ្នាក់ងារតែប៉ុណ្ណោះ)៖ _____

* លិខិតអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរហូតដល់មានការលុបចោល។

អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់ប្រតិបត្តិការ EBT

តើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ដែលអ្នកទុកចិត្តទទួលបានកាត ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

EBT សម្រាប់ទិញអាហារជូនអ្នកដោយប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នកដែរឬទេ?*

ប្រសិនបើឆ្លើយ **បាទ/ចាស** សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះបុគ្គល ឬទីភ្នាក់ងារ៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

*អត្ថសញ្ញាណត្រូវតែផ្ទៀងផ្ទាត់មុនពេលចេញកាត។

លិខិតអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរហូតដល់មានការលុបចោល។

- ប្រសិនបើអ្នកចង់លុបចោលកាត EBT សម្រាប់តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-997-2555។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់លុបចោលតួនាទីណាមួយខាងលើ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-382-2363។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?

សូមរក្សាទុកសម្រាប់ជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។



ការហៅទូរសព្ទ

យើងនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកសម្រាប់ការសម្ភាសន៍។
ប្រសិនបើយើងមិនអាចទាក់ទងអ្នកបានទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នកសម្រាប់ការសម្ភាសន៍តាមទូរសព្ទដែលបានកំណត់ពេល។
អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-833-712-8027 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:15-4:45 ដើម្បីធ្វើការសម្ភាសន៍។



ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់

ប្រសិនបើចាំបាច់ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបញ្ជីឯកសារដែលត្រូវធ្វើដើម្បីឱ្យយើងអាចផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។
អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីពេលដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំដើម្បីផ្ញើឯកសារមកយើង។
សូមប្រាប់យើងប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ!



ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP

យើងនឹងផ្ញើលិខិតសម្រេចចិត្តទៅអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។
ប្រសិនបើទទួលបានការអនុម័ត យើងនឹងបញ្ជូនអត្ថប្រយោជន៍ទៅក្នុងកាត EBT របស់អ្នក។
ប្រសិនបើត្រូវបានបដិសេធ យើងនឹងប្រាប់អ្នកពីមូលហេតុ។



ភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង

ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ DTAConnect.com ប្រើកម្មវិធីទូរសព្ទ DTA Connect ឬទូរសព្ទទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទជំនួយ DTA តាមលេខ 1-877-382-2363 ដើម្បីពិនិត្យមើលស្ថានភាពករណី ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានករណី ផ្អាកឡើងឯកសារ និងជាច្រើនទៀត!

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-712-8027** ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Mass.gov/DTA។

ធនធានបន្ថែម

កម្មវិធី SNAP Path to Work:

ស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាការងារ និងបណ្តុះបណ្តាលដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ SNAPpathtowork.org។
កំណត់សម្គាល់៖ នេះគឺសម្រាប់តែអតិថិជន SNAP ប៉ុណ្ណោះ។

កម្មវិធី SNAP-Ed:

ចូលទៅកាន់គេហទំព័រអប់រំអាហារូបត្ថម្ភ SNAP តាមរយៈគេហទំព័រ MAhealthyfoodsinasnap.org ដើម្បីស្វែងរករូបមន្តអាហារសុខភាព គន្លឹះចម្អិនអាហារ។

Massachusetts 2-1-1: ទូរសព្ទទៅលេខ 211
ដើម្បីស្វែងរកកម្មវិធីសុខភាព
និងសេវាមនុស្សនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

និងវិធីធ្វើឲ្យគ្រួសាររបស់អ្នកសកម្ម!

កម្មវិធី Project Bread:

ទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍នៃប្រភពអាហារ
របស់កម្មវិធី Project Bread តាមលេខ

1-800-645-8333

ដើម្បីស្វែងរកប្រភពអាហារក្នុងមូលដ្ឋាន។

ជម្រើសផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក

- អ្នកអាចប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះ ដើម្បីដាក់ស្នើការផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយពាក្យសុំនេះ។ នេះនឹងជួយយើងបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នកបានលឿនជាងមុន!
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់មានឯកសារភស្តុតាងទាំងអស់ទេ សូមកុំភ័យចង្អុលការដាក់ពាក្យសុំឱ្យសោះ!
អ្នកអាចដាក់ឯកសារភស្តុតាងទាំងនោះនៅពេលក្រោយបាន។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications)។

☐ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារដែលរកចំណូលបានពីការងារ

សូមផ្ញើមកយើងនូវភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលសរុប (មុនបង់ពន្ធ)
សម្រាប់រយៈពេលបួនសប្តាហ៍ចុងក្រោយ ដូចជា៖

- ☐ ចុងសន្លឹកប័ណ្ណបើកប្រាក់ខែ ឬកំណត់ត្រានៃប្រាក់ខែ
- ☐ ភស្តុតាងនៃប្រាក់ខែណាមួយដែលអ្នកទទួលបាន និងរយៈពេលម៉ោងដែលបានធ្វើការ
- ☐ ប្រសិនបើអ្នកជាស្វ័យនិយោជន៍ ឯកសារអាជីវកម្មដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូល និងប្រាក់ចំណាយអាជីវកម្ម ដូចជា៖
 - ☐ តារាងឧបសម្ព័ន្ធ C (ទម្រង់ 1040 IRS)
 - ☐ ទម្រង់ 1099 IRS ឬកំណត់ត្រាពន្ធផ្សេងទៀត
 - ☐ កំណត់ត្រាផ្សេងទៀតដូចជាវិក្កយបត្រ វិក្កយបត្រផ្តៃចំណាយ ឬបង្កាន់ដៃដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូល និង/ឬប្រាក់ចំណាយអាជីវកម្មរបស់អ្នក

☐ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានចំណូលពីប្រភពផ្សេងទៀត

សូមផ្ញើមកយើងនូវភស្តុតាងនៃចំនួនទឹកប្រាក់ប្រចាំខែ ដូចជា៖

- ☐ លិខិតផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ ឬលិខិតសម្រេចផ្តល់ជំនួយ
- ☐ លិខិតបញ្ជាក់ពីទីភ្នាក់ងារដែលធ្វើការទូទាត់

កំណត់សម្គាល់៖ ជាធម្មតា យើងអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម SSI ប្រាក់អាហារូបត្ថម្ភ DOR ឬប្រាក់សំណងអ្នកអត់ការងារធ្វើរដ្ឋ MA ដោយខ្លួនឯងបាន។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកថា តើអ្នកត្រូវការការផ្ទៀងផ្ទាត់ចំណុចណាមួយនៃចំណុចទាំងនេះដែរឬទេ។

☐ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការស្នាក់នៅរដ្ឋ Massachusetts

អ្នកអាចដាក់ស្នើឯកសារមួយក្នុងចំណោមឯកសារដូចខាងក្រោម៖

- ☐ បង្កាន់ដៃបង់ថ្លៃជួល កិច្ចសន្យាជួល ឬទម្រង់បែបទផ្សេងៗទៀតម្ចាស់ផ្ទះ
- ☐ លិខិតកម្មសិទ្ធិដីធ្លី/ផ្ទះ ឬរបាយការណ៍អំពីការបង់ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ វិក្កយបត្រថ្លៃសេវាធារណៈ ឬកាតចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត
- ☐ ទម្រង់បែបបទបញ្ជាក់អំពីការស្នាក់នៅរួមគ្នា

☐ ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារកំពុងធ្វើការទូទាត់សម្រាប់ប្រាក់អាហារូបត្ថម្ភ

សូមផ្ញើមកយើងនូវ៖

- ☐ ភស្តុតាងនៃកាតព្វកិច្ចផ្លូវច្បាប់ក្នុងការបង់ប្រាក់អាហារូបត្ថម្ភ (ដូចជាដីការបស់តុលាការ) និងភស្តុតាងនៃការទូទាត់ថ្មីៗ

☐ **ប្រសិនបើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ជាជនបរទេសដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍**

សូមដាក់ភស្តុតាងនៃឋានៈជនបរទេស ដូចជា៖

- ☐ កាតស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ (“កាតហៃតង់”)
- ☐ កាតអនុញ្ញាតការងារ កាតស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្ន
- ☐ អាសន្ន
- ☐ កំណត់ត្រានៃការចូល-ចេញប្រទេស (I-94)
- ☐ ត្រារាយលើលិខិតឆ្លងដែន
- ☐ ឯកសារផ្សេងទៀតដែលបង្ហាញពីឋានៈអន្តោប្រវេសន៍បច្ចុប្បន្ន ឬកំពុងរង់ចាំ
- ☐ លិខិតបញ្ជាក់ពីមេធាវីអន្តោប្រវេសន៍អំពីឋានៈបច្ចុប្បន្ន ឬកំពុងរង់ចាំ

☐ **ប្រសិនបើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់មានវ័យចំណាស់ និង/ឬមានពិការភាព**

ហើយមានការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ សូមដាក់ភស្តុតាងនៃការចំណាយ (ដូចជាវិក្កយបត្រថ្លៃសេវា វិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃ)។

ការចំណាយលើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមួយចំនួនសម្រាប់ហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រអាចប្រកាសដោយខ្លួនឯងបាន។

កំណត់សម្គាល់៖ ការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រសរុបសម្រាប់គ្រួសារត្រូវតែខ្ពស់ជាង \$35

ដុល្លារក្នុងមួយខែទើបអាចគិតបញ្ចូលបាន។

☐ **ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានការចំណាយលើទីជម្រក**

សូមផ្ញើភស្តុតាងមកយើងដូចជា៖

- ☐ បង្កាន់ដៃថ្លៃជួល
- ☐ កិច្ចសន្យាជួល
- ☐ លិខិតពីម្ចាស់ផ្ទះរបស់អ្នក
- ☐ មូលប្បទានប័ត្រដែលបានទូទាត់រួច ឬប័ណ្ណបញ្ជាទូទាត់ប្រាក់
- ☐ របាយការណ៍បង់ប្រាក់កម្ចីទីផ្ទះ
- ☐ ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ ឬវិក្កយបត្រធានារ៉ាប់រងផ្ទះ
- ☐ ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជួលដើម ឬជាម្ចាស់ផ្ទះទេ
សូមផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់ពីបុគ្គលដែលរស់នៅជាមួយអ្នក
ដោយបញ្ជាក់ពីចំណែកនៃការចំណាយលើទីជម្រក និងថ្លៃសេវាធារណៈផ្សេងៗរបស់អ្នក
- ☐ ឯកសារផ្សេងទៀតដែលបញ្ជាក់ពីការចំណាយ និងប្រភេទនៃការចំណាយដែលអ្នកត្រូវបង់

☐ **ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារមានថ្លៃសេវាធារណៈ** សូមផ្ញើភស្តុតាងមកយើងដូចជា៖

- ☐ វិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃប្រព័ន្ធកម្ដៅ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ អគ្គិសនី ហ្គាស ឬទូរសព្ទ
- ☐ វិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃសេវាធារណៈផ្សេងទៀត ដូចជាឆ្លៀងថ្ម អុសសម្រាប់កម្ដៅ ថ្លៃប្រមូលសំរាម ទឹក និងលូទឹកស្អុយ
- ☐ កិច្ចសន្យាជួលដែលបង្ហាញថាអ្នកបង់ថ្លៃសេវាធារណៈ
- ☐ លិខិតពីម្ចាស់ផ្ទះ ឬមិត្តរួមបន្ទប់

☐ **ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារមានថ្លៃថែទាំសុខភាពអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក**

សូមផ្ញើភស្តុតាងមកយើងដូចជា៖

- ☐ លិខិតបញ្ជាក់ ឬលិខិតពីអ្នកផ្តល់សេវា
- ☐ បង្កាន់ដៃ មូលប្បទានប័ត្រដែលបានទូទាត់រួច ឬប័ណ្ណបញ្ជាទូទាត់ប្រាក់

☐ **អតិថិជនកម្មវិធី SNAP ទាំងអស់ត្រូវតែអនុវត្តតាមវិធានការងារ ABAWD**

លើកលែងតែពួកគេទទួលបានការលើកលែងតាមលក្ខខណ្ឌកំណត់។

☐ សម្រាប់បញ្ជីករណីលើកលែង និងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់ការងារ SNAP
សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.mass.gov/snapworkrules ឬទូរសព្ទទៅលេខ 877-382-
2363

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិ ទំនួលខុសត្រូវ និងការពិន័យរបស់ក្រសួង Department of Transitional Assistance (DTA)

- សេចក្តីជូនដំណឹងនេះរាយការណ៍ពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវចំពោះកម្មវិធី DTA ទាំងអស់។ អ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមវិធាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ សម្រាប់កម្មវិធីដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
- សូមអានទំព័រទាំងនេះ ហើយរក្សាទុកសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- អនុញ្ញាតឱ្យ DTA ដឹង ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ណាមួយ។

ខ្ញុំស្ងៀមក្រោមទោសប្បញ្ញត្តិនៃការសម្ងាត់ព័ត៌មាន៖

- ខ្ញុំបានអានព័ត៌មានក្នុងទម្រង់នេះ ឬនរណាម្នាក់បានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់។
- ចម្លើយរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងទម្រង់នេះគឺពិត និងពេញលេញតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូន DTA នូវព័ត៌មានដែលពិត និងពេញលេញតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលសម្ភាសន៍របស់ខ្ញុំ និងនៅពេលអនាគត។

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ការផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬបំភាន់គឺជាការក្លែងបន្លំ
- ការបំភាន់ ឬការលាក់បាំងការពិត ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី DTA គឺជាការក្លែងបន្លំ
- ការក្លែងបន្លំត្រូវបានចាត់ទុកថាជា Intentional Program Violation (IPV) និង
- ប្រសិនបើ DTA គិតថាខ្ញុំបានប្រព្រឹត្តការក្លែងបន្លំ DTA អាចបន្តដាក់ពិន័យផ្នែករដ្ឋប្បវេណី និងព្រហ្មទណ្ឌលើខ្ញុំបាន។

ខ្ញុំក៏យល់ថា៖

- DTA នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យជាមួយពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយមិនពិត DTA អាចបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំបាន។
- ខ្ញុំក៏អាចនឹងត្រូវកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌពីបទផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត។
- ប្រសិនបើ DTA ទទួលបានព័ត៌មានពីប្រភពដែលអាចទុកចិត្តបានអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។
- តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ DTA ផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ រួមទាំង៖
 - ទទួលបានព័ត៌មានពីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬសហព័ន្ធផ្សេងទៀត អាជ្ញាធរលំនៅឋានមូលដ្ឋាន ក្រសួងសុខុមាលភាពនៃរដ្ឋផ្សេងទៀត ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ និងក្រុមហ៊ុន Equifax Workforce Solutions (the Work Number)។
ខ្ញុំក៏ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យភ្នាក់ងារទាំងនេះចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់គ្រួសារខ្ញុំជាមួយ DTA ផងដែរ។
 - ប្រសិនបើ DTA ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពី Equifax អំពីប្រាក់ចំណូលដែលគ្រួសារខ្ញុំរកបាន ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងឥតគិតថ្លៃនៃរបាយការណ៍ Equifax > របស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំស្នើសុំវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចេញសេចក្តីសម្រេចរបស់DTA។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិសាកសួរព័ត៌មាននៅក្នុងរបាយការណ៍។ ខ្ញុំអាចទាក់ទង Equifax តាម៖ Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566 (មិនគិតថ្លៃ)។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិចម្លងពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានដែល DTA ប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចអំពីសិទ្ធិទទួលបាន និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់គ្រួសារខ្ញុំ។ ខ្ញុំអាចស្នើសុំ DTA នូវច្បាប់ចម្លងអេឡិចត្រូនិកនៃពាក្យសុំដែលបានបំពេញ។

តើ DTA នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំដោយរបៀបណា?

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ DTA ទទួលបានព័ត៌មានពី និងចែករំលែកព័ត៌មានអំពីខ្ញុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំជាមួយ៖

- ធនាគារ សាលារៀន រដ្ឋាភិបាល និយោជក ម្ចាស់ផ្ទះ ក្រុមហ៊ុនសេវាសាធារណៈ និងភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែរឬទេ។
- ក្រុមហ៊ុនអគ្គិសនី ហ្គាស និងទូរសព្ទ ដូច្នេះខ្ញុំអាចទទួលបានការបញ្ចុះតម្លៃថ្លៃសេវាសាធារណៈ។ ក្រុមហ៊ុនមិនអាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ឬប្រើប្រាស់វាសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតបានទេ។
- Department of Housing and Livable Communities ដើម្បីចុះឈ្មោះខ្ញុំនៅក្នុង Heat & Eat Program។ កម្មវិធីនេះជួយមនុស្សឱ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតច្រើនពីកម្មវិធី SNAP តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។
- Department of Early and Secondary Education ដូច្នេះកូនរបស់ខ្ញុំអាចទទួលបានអាហារនៅសាលាដោយឥតគិតថ្លៃ។
- កម្មវិធី Woman, Infants and Children (WIC) ដូច្នេះកុមារដែលមានអាយុក្រោម 5 ឆ្នាំ ឬស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំអាចទទួលបាន WIC។
- United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានបានមកពី USCIS អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន និងចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍ DTA

របស់គ្រួសារខ្លី។

កំណត់សម្គាល់៖ ទោះបីជាអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដោយសារស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ក៏ដោយ DTA នឹងមិនរាយការណ៍អ្នកទៅអាជ្ញាធរអន្តោប្រវេសន៍ទេ លុះត្រាតែអ្នកបង្ហាញ DTA នូវដីកាចុងក្រោយនៃការនិរទេស។

• Department of Revenue (DOR) នឹងផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិទទួលបានឥណទានពន្ធរបស់ខ្ញុំផ្នែកលើប្រាក់ចំណូល ដូចជា Earned Income និង Limited Income ហើយដើម្បីមើលថាតើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន "គ្មានស្ថានភាពជាប់ពន្ធ"

ឬស្ថានភាពលំបាកដែរឬទេ។

• Department of Children and Families (DCF) នឹងសម្របសម្រួល សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនរួមគ្នាដោយ DTA និង DCF។

តើ DTA ប្រើប្រាស់លេខសន្តិសុខសង្គម (SSNs) យ៉ាងដូចម្តេច?

DTA ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យស្នើសុំ SSNs នៅក្រោម Food and Nutrition Act of 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) សម្រាប់កម្មវិធី SNAP និងក្រោម M.G.L. c. 18 ផ្នែកទី 33 សម្រាប់កម្មវិធី TAFDC និង EAEDC។ DTA ប្រើ SSNs ដើម្បី៖

- ឆែកមើលអត្តសញ្ញាណ និងការមានសិទ្ធិរបស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់ជូនទិន្នន័យ។
- តាមដានការអនុលោមតាមវិធានកម្មវិធី។
 - ទារប្រាក់ប្រសិនបើ DTA អះអាងថា ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។
 - ជួយទីភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់ចាប់មនុស្សកេចខ្លួនពីសំណុំរឿងច្បាប់។

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្តល់ឱ្យ DTA នូវលេខ SSN របស់អ្នក មិនមែនជាពលរដ្ឋណាមួយនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ រួមទាំងខ្លួនខ្ញុំផងដែរ ដែលមិនចង់បានអត្ថប្រយោជន៍។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាចមានសារៈសំខាន់ ទោះបីជាអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក៏ដោយ។

សិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់អាជីពដោយឥតគិតថ្លៃដែលផ្តល់ដោយ DTA ប្រសិនបើខ្ញុំចង់ប្រាស្រ័យទាក់ទងជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។
- ប្រសិនបើខ្ញុំមានសវនាការរបស់ DTA ខ្ញុំអាចស្នើសុំ DTA ផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់អាជីពដោយឥតគិតថ្លៃម្នាក់ ឬប្រសិនបើខ្ញុំពេញចិត្ត ខ្ញុំអាចនាំនរណាម្នាក់មកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សម្រាប់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការឱ្យ DTA ផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សម្រាប់សវនាការ ខ្ញុំត្រូវតែទូរសព្ទទៅផ្នែកសវនាការយ៉ាងហោចណាស់មួយសប្តាហ៍មុនកាលបរិច្ឆេទសវនាការ។

សិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

ខ្ញុំយល់ថា៖

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតតាមរយៈ DTA។
- DTA នឹងជួយខ្ញុំបំពេញទម្រង់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ប្រសិនបើខ្ញុំចង់បានជំនួយ។
- ខ្ញុំអាចបំពេញទម្រង់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាលក្ខណៈឯកជន។
- ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ អត្ថប្រយោជន៍ DTA របស់ខ្ញុំទេ។

ឱកាសការងារ

ខ្ញុំយល់ព្រមថា DTA អាចចែករំលែកឈ្មោះ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ខ្ញុំជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តុះបណ្តាល និងការងារ រួមទាំង៖

- អ្នកផ្តល់សេវាកម្មវិធី SNAP Path to Work ឬអ្នកឯកទេស DTA សម្រាប់អភិវឌ្ឍន៍ SNAP និង
- អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តុះបណ្តាល និងការងារដែលជាប់កិច្ចសន្យា ឬ Full Engagement Workers សម្រាប់អភិវឌ្ឍន៍ TAFDC។

អភិវឌ្ឍន៍កម្មវិធី SNAP អាចចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្តក្នុងសេវាអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលការងារតាមរយៈកម្មវិធី SNAP Path to Work។

ស្ថានភាពសញ្ជាតិ

ខ្ញុំសូមស្នើថា សមាជិកទាំងអស់នៃគ្រួសាររបស់ខ្ញុំដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ DTA គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋរស់នៅដោយស្របច្បាប់។

Supplemental Nutrition Assistance Program

ខ្ញុំយល់ថា៖

- DTA គ្រប់គ្រងកម្មវិធី SNAP នៅរដ្ឋ Massachusetts។
- នៅពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំទៅ DTA (តាមទូរសព្ទ អនឡាញ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ) DTA មានពេល 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលទទួលបានពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីសម្រេចថាតើខ្ញុំមានសិទ្ធិដែរឬទេ។

សូមរក្សាទុកសម្រាប់ជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានការពន្លឿន (អាសន្ន)សម្រាប់កម្មវិធី SNAP នោះ DTA ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវកម្មវិធី SNAP ហើយត្រូវប្រាកដថា ខ្ញុំមានកាត Electronic Benefit Transfer (EBT) ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលពួកគេបានទទួលពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិនិយាយទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រង DTA ប្រសិនបើ៖
 - DTA និយាយថា ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាសន្នពីកម្មវិធី SNAP ហើយខ្ញុំមិនយល់ស្រប។
 - ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាសន្នពីកម្មវិធី SNAP ប៉ុន្តែមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំត្រឹមថ្ងៃទី 7 បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។
 - ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាសន្នពីកម្មវិធី SNAP ប៉ុន្តែមិនទទួលបានកាត EBT របស់ខ្ញុំត្រឹមថ្ងៃទី 7 បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី SNAP។
- នៅពេលខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធី SNAP ខ្ញុំត្រូវតែបំពេញបានតាមវិធានមួយចំនួន។ នៅពេលដែលខ្ញុំត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់កម្មវិធី SNAP នោះ DTA នឹងផ្តល់ឱ្យខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃខិត្តប័ណ្ណ “សិទ្ធិដឹងរបស់អ្នក” និងខិត្តប័ណ្ណកម្មវិធី SNAP។ ខ្ញុំនឹងអានខិត្តប័ណ្ណ ឬឱ្យអ្នកណាម្នាក់អានឱ្យខ្ញុំស្តាប់។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានចម្ងល់ណាមួយ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន ឬស្វែងយល់ព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំអាចទូរសព្ទទៅ DTA តាមលេខ 877-382-2363។
- **ការប្រាប់ DTA អំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ៖**
 - ប្រសិនបើខ្ញុំជាគ្រួសារ SNAP Simplified Reporting ខ្ញុំមិនចាំបាច់រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើនជូន DTA រហូតដល់របាយការណ៍បណ្តោះអាសន្ន ឬការបញ្ជាក់ឡើងវិញក៏ដល់ពេលកំណត់នោះទេ។ រឿងតែមួយគត់ដែលខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍ឱ្យបានឆាប់គឺ៖
 - ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារខ្ញុំលើសពីកម្រិតនៃប្រាក់ចំណូលសរុប (បានរាយនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំ)។
 - ខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍រឿងនេះត្រឹមថ្ងៃទី 10 នៃខែបន្ទាប់ពីខែដែលប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំបានលើសពីកម្រិត។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងារ Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) និងម៉ោងធ្វើការរបស់ខ្ញុំផ្តាច់ចុះក្រោម 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។
 - ប្រសិនបើមនុស្សគ្រប់រូបក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានអាយុ 60 ឆ្នាំឡើងទៅ ពិការ ឬអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ហើយគ្មាននរណាម្នាក់មានប្រាក់ចំណូលពីការងារទេ រឿងតែមួយគត់ដែលខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍គឺ៖
 - ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ចាប់ផ្តើមធ្វើការ ឬ
 - មាននរណាម្នាក់ចូលនៅ ឬរើចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។
 - ខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះត្រឹមថ្ងៃទី 10 នៃខែបន្ទាប់ពីខែនៃការផ្លាស់ប្តូរ។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធី SNAP តាមរយៈ Transitional Benefits Alternative (TBA) ដោយសារតែកម្មវិធី TAFDC របស់ខ្ញុំបានឈប់ ខ្ញុំមិនចាំបាច់រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយទៅ DTA សម្រាប់រយៈពេល 5 ខែដែលខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធី TBA នោះទេ។
 - ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធី SNAP តាមរយៈ Bay State CAP ខ្ញុំមិនចាំបាច់រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយទៅ DTA នោះទេ។

ប្រសិនបើខ្ញុំ និងមនុស្សគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់ (TAFDC ឬ EAEDC) ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនទៅ DTA ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ។ សូមមើល **តើពេលណាដែលខ្ញុំត្រូវប្រាប់ DTA អំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ?** ក្រោមកម្មវិធី Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) និង Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC) ខាងក្រោម។ ខ្ញុំអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP បន្ថែមទៀត ប្រសិនបើខ្ញុំរាយការណ៍ និងផ្តល់ភស្តុតាងជូន DTA ដូចខាងក្រោម នៅពេលណាក៏បាន៖

- ការចំណាយលើសេវាថែទាំកូន ឬនៅក្នុងបន្ទុកផ្សេងទៀត ចំណាយលើជម្រក និង/ឬការចំណាយលើសេវាសាធារណៈ
- ប្រាក់អាហារូបត្ថម្ភដែលខ្ញុំ (ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ) តម្រូវឱ្យបង់ដោយស្របច្បាប់ជូនសមាជិកដែលមិនមែនជាគ្រួសារ និង
- ថ្លៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ រួមទាំងខ្លួនខ្ញុំផងដែរ ដែលមានអាយុចាប់ពី 60 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬមានពិការភាព។

លក្ខខណ្ឌការងារសម្រាប់អតិថិជន SNAP: ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ហើយមានអាយុចន្លោះពី 16 ទៅ 59 ឆ្នាំ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌការងាររបស់ ABAWD និង/ឬលក្ខខណ្ឌការងារទូទៅរបស់កម្មវិធី SNAP លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានលើកលែង។ DTA នឹងប្រាប់ខ្ញុំ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើ យើងត្រូវអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌការងារ ការលើកលែងអ្វីខ្លះ និងអ្វីដែលនឹងកើតឡើង ប្រសិនបើយើងមិនគោរពតាមលក្ខខណ្ឌ។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌការងារកម្មវិធី SNAP៖

- អ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះសម្រាប់ការងារនៅពេលដាក់ពាក្យសុំ ហើយនៅពេលអ្នកបញ្ជាក់ម្តងទៀតសម្រាប់កម្មវិធី SNAP។ អ្នកចុះឈ្មោះនៅពេលអ្នកចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ ឬទម្រង់បញ្ជាក់ឡើងវិញសម្រាប់កម្មវិធី SNAP។

- អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យ DTA អំពីស្ថានភាពការងាររបស់អ្នក នៅពេលដែល DTA សួរ។
- អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ទៅនិយោជក ប្រសិនបើបញ្ជូនដោយ DTA។
- អ្នកត្រូវតែទទួលយកការផ្តល់ជូនការងារ (លុះត្រាតែអ្នកមានហេតុផលត្រឹមត្រូវដែលមិនទទួលយក)។
- អ្នកមិនត្រូវឈប់ពីការងារលើសពី 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវឡើយ។
- អ្នកមិនត្រូវកាត់បន្ថយម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នកឱ្យតិចជាង 30 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវឡើយ។

លក្ខខណ្ឌ SNAP

- កុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ឬលាក់ព័ត៌មាន ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP។
- កុំផ្តល់ព័ត៌មាន ឬលាក់អត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី SNAP។
- កុំផ្លាស់ប្តូរកាត EBT ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដែលអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។
- កុំប្រើអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ដើម្បីទិញរបស់ដែលមិនមានសិទ្ធិទិញ ដូចជាភេសជ្ជៈមានជាតិអាល់កុល និងថ្នាំជក់។
- កុំប្រើអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ឬកាត EBT របស់អ្នកផ្សេង លុះត្រាតែអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ឬអ្នកទទួលបានផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើកាតរបស់ពួកគេជំនួសពួកគេ។

ការព្រមានអំពីការពិន័យរបស់កម្មវិធី SNAP

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសារកម្មវិធី SNAP របស់ខ្ញុំ បំពានលក្ខខណ្ឌណាមួយដែលបានរាយខាងលើដោយចេតនា (ដោយមានបំណង) នោះបុគ្គលនោះនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP សម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីការបំពានលើកទីមួយ រយៈពេលពីរឆ្នាំបន្ទាប់ពីការបំពានលើកទីពីរ ជាដើម។ បុគ្គលនោះក៏អាចនឹងត្រូវពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000 និងជាប់ពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ។ ពួកគេក៏អាចប្រឈមនឹងការកាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋផងដែរ។

ខ្ញុំក៏យល់ពីការពិន័យដូចខាងក្រោមផងដែរ។ ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬសមាជិកនៃគ្រួសារកម្មវិធី SNAP របស់ខ្ញុំ:

- ប្រព្រឹត្តបទល្មើសនៃ Intentional Program Violation (IPV) **កម្មវិធីសាច់ប្រាក់** ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP សម្រាប់រយៈពេលដូចគ្នាដែលពួកគេមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយជាសាច់ប្រាក់។
- ធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្លែងបន្លំអំពីអត្តសញ្ញាណ ឬនិវាសនរបស់ពួកគេ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ជាច្រើន **ក្នុងពេលតែមួយ** ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP រយៈពេល **ដប់ឆ្នាំ**។
- ផ្តល់ (ទិញ ឬលក់) អត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានសារធាតុញៀនគ្រប់គ្រង/ថ្នាំញៀនខុសច្បាប់ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP រយៈពេល **ពីរឆ្នាំ** ក្នុងករណីរកឃើញលើកដំបូង និង **ជាប់ពន្ធនាគារ** ក្នុងករណីរកឃើញលើកទីពីរ។
- ផ្តល់ (ទិញ ឬលក់) អត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី SNAP ដើម្បីទទួលបានអាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP **ជាប់ពន្ធនាគារ**។
- ធ្វើការផ្តល់ជូនដើម្បីលក់អត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី SNAP ឬកាត EBT តាមអនឡាញ ឬដោយផ្ទាល់ រដ្ឋអាចប្តឹងពួកគេពីបទល្មើសកម្មវិធី IPV បាន។
- បង់ថ្លៃអាហារដែលបានទិញជឿ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP។
- ទិញផលិតផលដែលមានអត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី SNAP ដោយមានចេតនាយករបស់ចេញពីក្នុងប្រអប់ទៅបោះចោល និងប្រគល់សំបកប្រអប់ ដើម្បីដូរយកសាច់ប្រាក់ នោះពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ទេ។
- រក់គេចខ្លួនដើម្បីចៀសវាងការកាត់ទោស ការឃុំឃាំង ឬការបង្ខាំងទុកបន្ទាប់ពីការកាត់ទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ទេ។
- បំពានលើការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ ដែលស្ថាប័នអនុវត្តច្បាប់កំពុងស្វែងរកយ៉ាងសកម្មដើម្បីបាញ់ខ្លួនពួកគេ ពួកគេនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី SNAP ទេ។

ជនណាម្នាក់ដែលក្លាយជាឧក្រិដ្ឋជនជាប់ទោសបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 7 ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ 2014 គឺមិនមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី SNAP ទេ ប្រសិនបើ ពួកគេគឺជាឧក្រិដ្ឋជនដែលកំពុងរត់គេចខ្លួន ឬកំពុងបំពានលើការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ - យោងតាមប្រការ

7 CFR §273.11(n) - **និង** ត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសជានិមិត្តជននៃ៖

1. ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទធ្ងន់ធ្ងរក្រោមផ្នែក 2241 នៃចំណងជើង 18 USC.;
2. ឃាតកម្មនៅក្រោមផ្នែក 1111 នៃចំណងជើង 18, USC.;
3. បទល្មើសណាមួយនៅក្រោមជំពូក 110 នៃចំណងជើង 18, USC.;
4. បទល្មើសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការរំលោភផ្លូវភេទ ដូចដែលបានកំណត់ចែងនៅក្នុងផ្នែក 40002(a) នៃ 1994 VAWA (42 USC 13925a) ឬ
5. បទល្មើសនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋកំណត់ដោយអគ្គរដ្ឋអាជ្ញាមានលក្ខណៈប្រហាក់ប្រហែលនឹងបទល្មើសដែលបានពិពណ៌នា នៅក្នុងបញ្ជីនេះ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីការមិនរើសអើង

អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោល នយោបាយសិទ្ធិស៊ីវិលនៃក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យរើសអើងដោយផ្អែកលើសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ភេទ (រួមទាំងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងទំនោរផ្លូវភេទ) ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការផ្លាស់ប្តូរ ឬការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុនឡើយ។

ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ជនពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងជំនួសដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧ. អក្សរស្នាម អក្សរពុម្ពធំ ខ្សែអាត់សំឡេង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ត្រចៀកធ្ងន់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយអាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ Federal Relay Service តាមលេខ (800) 877-8339។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីបទរើសអើងដោយកម្មវិធី អ្នកប្តឹងគួរតែបំពេញទម្រង់ AD-3027 ទម្រង់បណ្តឹងអំពីបទរើសអើងដោយកម្មវិធី USDA ដែលអាចទទួលបានតាមអនឡាញនៅលើវេបសាយ៖ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> ពិការិយាល័យ USDAណាមួយ ដោយទូរសព្ទទៅលេខ (866) 632-9992 ឬដោយសរសេរសំបុត្រផ្ញើទៅកាន់ USDA។ សំបុត្រនេះត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកដើមបណ្តឹង និងការពិពណ៌នាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយ៉ាងលម្អិតគ្រប់គ្រាន់ អំពីសកម្មភាពរើសអើងដែលបានចោទប្រកាន់ ដើម្បីជូនដំណឹងដល់ជំនួយការរដ្ឋមន្ត្រីទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល (ASCR) អំពីលក្ខណៈ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការរំលោភសិទ្ធិពលរដ្ឋដែលបានចោទប្រកាន់។ ទម្រង់ AD-3027 ដែលបានបំពេញត្រូវតែដាក់ជូន៖

1. **តាមសំបុត្រ៖**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314 ឬ
2. **តាមទូរសារ៖**
(833) 256-1665 ឬ (202) 690-7442 ឬ
3. **តាមអ៊ីមែល៖**
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា។

**Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) និង
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)**

TAFDC និង EAEDC គឺជាកម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម និងដើម្បីដាក់ពាក្យ សូមចូលទៅកាន់វេបសាយ
DTAConnect.com ឬទូរសព្ទទៅការិយាល័យ DTA ក្នុងតំបន់មូលដ្ឋានរបស់អ្នក។
ព័ត៌មាននេះអនុវត្តចំពោះតែគ្រួសារដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ឬទទួលបាន TAFDC ឬ EAEDC ប៉ុណ្ណោះ។

តើខ្ញុំត្រូវប្រាប់ DTA អំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំនៅពេលណា?
ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ DTA អំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ TAFDC ឬ EAEDC (អត្ថប្រយោជន៍សាច់ប្រាក់) របស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល
10 ថ្ងៃ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ អ្នកដែលខ្ញុំរស់នៅជាមួយ ទំហំគ្រួសារ ការចាប់ផ្តើម
និងការបញ្ឈប់ការងារ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំច្រើនជាង \$100
ក្នុងមួយខែ។ ខ្ញុំមិនចាំបាច់ត្រូវប្រាប់ DTA អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំតិចជាង \$100 ក្នុងមួយខែឡើយ។

តើខ្ញុំទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយរបៀបណា?

- ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបាន TAFDC ឬ EAEDC ខ្ញុំនឹងទទួលបានកម្មវិធី MassHealth ផងដែរ។
- ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានបដិសេធ TAFDC ឬ EAEDC ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំឈប់ នោះខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី MassHealth
ដោយឡែកពីគ្នា។ ដើម្បីស្នើសុំពាក្យសុំកម្មវិធី MassHealth សូមទូរសព្ទទៅលេខ 800-841-2900។

ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានកម្មវិធី MassHealth ខ្ញុំយល់ព្រមថា កម្មវិធី MassHealth អាចនឹងទារៈ

- លុយដែលជំពាក់ខ្ញុំពីប្រភពផ្សេងទៀតសម្រាប់សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ និង
- ប្រាក់ឧត្តមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីឪពុកម្តាយអតីតមានរបស់កូនណាដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ
ដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី MassHealth។

តើមានវិធានពិសេសទេ ប្រសិនបើខ្ញុំមានសិទ្ធិតែដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬរបួស?

ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី MassHealth ឬ DTA ដោយសារតែគ្រោះថ្នាក់
ឬរបួស ខ្ញុំត្រូវតែប្រើប្រាក់ណាដែលខ្ញុំទទួលបានសម្រាប់គ្រោះថ្នាក់ ឬរបួសដើម្បីសងពួកគេវិញ។
ប្រាក់អាចមកពីប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់ ឬប្រភពណាមួយផ្សេងទៀត។
នេះអនុវត្តបើទោះបីជាខ្ញុំមិនទាន់អាចដឹងពីប្រភព លុយនៅឡើយក៏ដោយ។

ខ្ញុំយល់ព្រមសហការជាមួយកម្មវិធី MassHealth និង DTA ដោយ៖

- ដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារប្រាក់ពីប្រភពផ្សេងទៀត។
- ប្រាប់កម្មវិធី MassHealth និង DTA ភ្លាមៗអំពីប័ណ្ណទាមទារធានារ៉ាប់រងណាមួយ បណ្តឹង ឬ
នីតិវិធីផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានប្រាក់។
- ផ្តល់ឲ្យកម្មវិធី MassHealth និង DTA នូវព័ត៌មានថ្មីនៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបានវា។

ប្រសិនបើខ្ញុំមិនសហការទេ កម្មវិធី MassHealth និង DTA អាចបញ្ឈប់ ឬបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ។
ខ្ញុំយល់ព្រមថា កម្មវិធី MassHealth និង DTA អាច៖

- ចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ដើម្បីទារប្រាក់ដើម្បីសងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះ។
- មើលកំណត់ត្រាទាំងអស់អំពីប្រាក់ដែលខ្ញុំអាចទទួលបានដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬរបួស
ដូចជាកំណត់ត្រានៅ Department of Industrial Accidents។

ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងទទួលបាន EAEDC ដោយសារខ្ញុំមានពិការភាព ឬខ្ញុំមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំ ខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍
Supplemental Security Income (SSI) របស់សហព័ន្ធ។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ SSI
ដែលធានារ៉ាប់រងលើរយៈពេលដូចគ្នាដែលខ្ញុំទទួលបាន EAEDC នោះ Social Security Administration នឹងធ្វើប្រាក់ចំណូលខ្លះនៃ SSI
របស់ខ្ញុំដែលមានអានុភាពប្រតិបត្តិទៅឲ្យ DTA ដើម្បីសង EAEDC។

សេចក្តីជូនដំណឹងសំខាន់អំពីច្បាប់ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក
Intentional Program Violation (IPV) គឺមានចែកនាផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត ឬបំភ័ន្ត ឬលាក់បាំង ឬបិទបាំងការពិត
ដោយផ្ទាល់មាត់ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីបង្កើត ឬរក្សាសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ TAFDC ឬ EAEDC
ឬដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានរកឃើញមានទោសពីបទ IPV ដោយតុលាការ ឬដោយសវនាការដកសិទ្ធិផ្នែករដ្ឋបាល

ខ្ញុំនឹងត្រូវបានដកសិទ្ធិពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ TAFDC ឬ EAEDC ក្នុងរយៈពេល៖

- 6 ខែសម្រាប់ការបំពានលើកទីមួយ
- 12 ខែសម្រាប់ការបំពានលើកទីពីរ
- ជារៀងរហូតសម្រាប់ការបំពានលើកទីបី

លើសពីនេះ ច្បាប់ផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានអនុវត្ត។

ការហាមឃាត់ការទិញកាត EBT

ខ្ញុំយល់ថា វាខុសច្បាប់ក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រាក់ TAFDC ឬ EAEDC ដែលរក្សាទុកនៅលើកាត electronic benefit transfer (EBT) ដើម្បីបង់ថ្លៃដូចខាងក្រោម៖ ភេសជ្ជៈមានជាតិអាល់កុល ផលិតផលថ្នាំជក់ សន្លឹកឆ្នោតផ្សេងៗ សម្ភារៈ ឬការសម្លែងដែលតម្រង់ទិសលើមនុស្សពេញវ័យ ល្បែងស៊ីសង អាវុធនិងគ្រាប់រំសេវ សេវាកម្មវិស្វកម្មកាល ការចាក់សាក់ ការបោះផ្ទេកនៃរាងកាយ(បោះត្រចៀក បោះច្រមុះជាដើម) គ្រឿងអលង្ការ ទូរទស្សន៍ ប្រព័ន្ធស្តេរ៉េអូ វីដេអូហ្គេម ឬទូរហ្គេមនៅហាងលក់ទំនិញបង់រម្ងស់ ផលិតផលកញ្ចប់ ថ្លៃសេវាដែលចេញដីកាបង្គាប់ដោយតុលាការ ប្រាក់ពិន័យ ប្រាក់ធានា ឬប័ណ្ណធានា។

ការហាមឃាត់ចំពោះកន្លែងដែលខ្ញុំអាចប្រើកាត EBT របស់ខ្ញុំ

ខ្ញុំយល់ថា វាខុសច្បាប់ក្នុងការប្រើប្រាស់កាត electronic benefit transfer (EBT) របស់ខ្ញុំនៅទីតាំងខាងក្រោម៖ បណ្ណការសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ហាងលក់សម្ភារៈផ្លូវភេទសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ឬទីតាំងអនុវត្តសកម្មភាពផ្លូវភេទសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ហាងលក់គ្រាប់រំសេវ កាស៊ីណូល្បែងស៊ីសង ឬគ្រឹះស្ថានល្បែងស៊ីសង នាវាទេសចរណ៍ ហាងលក់អាវុធ ហាងលក់គ្រឿងអលង្ការ ហាងលក់ស្រា ហាងធ្វើក្រចកឬហាងកែសម្ផស្ស ទីភ្នាក់ងារសេវាផ្ញើប្រាក់ទៅបរទេស ហាងលក់កញ្ចប់ ឬហាងចាក់សាក់។

ការពិន័យសម្រាប់ការហាមឃាត់ការទិញជាសាច់ប្រាក់តាមកាត EBT

- **ការល្មើសលើកទីមួយ៖** ខ្ញុំត្រូវតែសង DTA វិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ។
- **ការល្មើសលើកទីពីរ៖** ខ្ញុំត្រូវតែសង DTA វិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ ហើយនឹងបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់រយៈពេលពីរខែ។
- **ការល្មើសលើកទីបី៖** ខ្ញុំត្រូវតែសង DTA វិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយ ហើយនឹងបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ជាសាច់ប្រាក់ជាអចិន្ត្រៃយ៍។

ហត្ថលេខា៖

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមចំពោះ “សិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងការពិន័យ។”

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____