**កម្មវិធីជំនួយឤហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP)**

**ពាក្យសុំសំរាប់ព្រឹទ្ធាវ័យ**

(សំរាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ និងប្ដីប្រពន្ធ អាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង)



**តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របៀបណា?**

* ដោយផ្ញើពាក្យសុំនេះទៅ៖

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* ដោយផ្ញើពាក្យសុំនេះតាមទូរសារទៅ៖

(617) 887-8765

* ដោយទៅការិយាល័យ DTA ណាមួយតាមមូលដ្ឋាន

ធ្វើឲ្យប្រាកដថាអ្នក៖

* ផ្ដល់ឲ្យយើងនូវលេខទូរស័ព្ទ ដែលយើងអាចទាក់ទងអ្នកបាន ក្នុងអំឡុងថ្ងៃធ្វើការ។
* ឆ្លើយសំណួរឲ្យបានច្រើន ដែលអ្នកអាចឆ្លើយបាន។ បើសិនអ្នកមិនប្រាកដពីរបៀប ឆ្លើយសំណួរ សូមទុកវាឲ្យនៅទំនេរ ហើយយើងនឹងនិយាយគ្នាអំពីវា ក្នុងអំឡុងពេល ធ្វើសំភាសន៍អ្នក។ **យើងនឹងទទួលយកពាក្យសុំ បើសិនវាមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន (បើមាន) និងហត្ថលេខារបស់អ្នក។**
* អានសេចក្ដីប្រកាសពីសិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងពិន័យ។
* ចុះហត្ថលេខាឈ្មោះរបស់អ្នក នៅលើទំព័រចុងក្រោយបង្អស់។

បើសិនអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬត្រូវការជំនួយ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-833-712-8027** ឬមើលគេហ៍ទំព័ររបស់យើងនៅ www.mass.gov/dta។

**តើមានអ្វីកើតឡើង បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំ?**

យើងនឹងទូរស័ព្ទទៅអ្នក សំរាប់ការសំភាសន៍ ដើម្បីនិយាយអំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក។

* បើសិនយើងមិនអាចទាក់ទងអ្នកបានទេ យើងនឹងផ្ញើសំបុត្រទៅឲ្យអ្នក សំរាប់គ្រោងពេល ធ្វើសំភាសន៍តាមទូរស័ព្ទ។

**កំណត់សំគាល់ៈ** ត្រូវប្រាប់យើងឲ្យបានដឹង បើសិនអ្នកមិនអាចរក្សាការសំភាសន៍ដែលបាន គ្រោងពេល ឬបើសិនអ្នកចង់អញ្ជើញមក DTA សំរាប់ការសំភាសន៍។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទមក យើង សំរាប់ការសំភាសន៍ នៅពេលណាមួយក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការ។

* យើងនឹងផ្ដល់អ្នកបកប្រែ ផ្ទាល់មាត់ជូនអ្នក បើសិនអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។

*មើលទំព័របន្ទាប់ទៀត សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ រក្សាទុកសន្លឹកក្រដាសនេះ សំរាប់ជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។*

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) i

09-362-0918-05

យើងអាចនឹងត្រូវ**ការបញ្ជាក់ (ភស្ដុតាង)** នូវការមួយចំនួនដែលអ្នកប្រាប់យើង។ នៅក្នុងអំឡុងពេលធ្វើ សំភាសន៍ យើងនឹងប្រាប់អ្នកពីការបញ្ជាក់អ្វីខ្លះ ដែលយើងត្រូវការ។ យើងក៏នឹងផ្ញើបញ្ជីមួយទៅឲ្យអ្នក  
ដែរ។ អ្នកមានពេល 30 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលពាក្យសុំរបស់អ្នក ដើម្បីផ្ដល់  
ឲ្យយើង នូវការបញ្ជាក់ ដែលយើងត្រូវការ។ ត្រូវប្រាប់យើង បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ!

យើងអាចស្នើសុំ៖

* អត្ដសញ្ញាណ (អ្នកជានរណា)
* ការបញ្ជាក់ ថាអ្នកជាអ្នកមូលដ្ឋាននៃរដ្ឋម៉ាស្សាជូសេត្ដ
* ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក៖ ប្រាក់រកបាន ឬប្រាក់ការងារខ្លួនឯង, ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍អតីត យុទ្ធជន ឬប្រាក់និវត្ដន៍
* ស្ថានភាពមិនមែនពលរដ្ឋ បើសិនអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ កំពុងដាក់ពាក្យសុំ SNAP
* តម្លៃពេទ្យ (នេះមិនបានតម្រូវទេ ប៉ុន្ដែអាចនឹងធ្វើឲ្យអ្នកមានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ថែមទៀត បើសិនអ្នកផ្ដល់ការបញ្ជាក់មកឲ្យយើង)

បើសិនអ្នកប្រាប់យើង អំពីទីជំរករបស់អ្នក ឬតម្លៃ ថែទាំមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃ នៅលើពាក្យសុំនេះ យើងអាចនឹងមិនស្នើសុំការបញ្ជាក់ថែមទៀតពីអ្នកទេ។

យើងក៏នឹងផ្ញើទៅឲ្យអ្នកនូវប័ណ្ណ ផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍ជាអេឡិកត្រូនិក (Electronic Benefit Transfer, EBT) ដែរ បើសិនអ្នកត្រូវការវាមួយ។ អ្នកអាចនឹងបានប័ណ្ណ EBT មុនពេលយើងសំរេចបើសិនអ្នកមាន សិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកក៏នឹងទទួល អត្ដលេខផ្ទាល់ខ្លួន (Personal Identification Number, PIN) មួយដែរ សំរាប់ប្រើជាមួយប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក។ នេះគឺប្រយោជន៍ឲ្យអ្នកអាចប្រើ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក យ៉ាងឆាប់រហ័សក្នុងខណៈវាមាន បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។ នៅពេលអ្នក បានប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក អ្នកក៏នឹងបានព័ត៌មានថែមទៀត ស្ដីពីរបៀបប្រើវាដែរ។

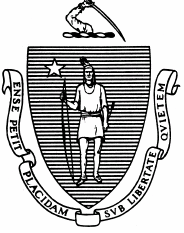
**យើងនឹងធ្វើការសំរេច អំពីការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក និងផ្ញើសំបុត្រទៅឲ្យអ្នក ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃ។** បើសិនយើងយល់ព្រមពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងពេលវេលាដែលអ្នកនឹងបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ បើសិនយើងបដិសេធពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នកពីមូលហេតុ។

*មើលទំព័របន្ទាប់ទៀត សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ រក្សាទុកសន្លឹកក្រដាសនេះ សំរាប់ជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។*

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) ii

09-362-0918-05

**ក្រសួងជំនួយបណ្តោះឤសន្ន រដ្ឋម៉ាស្សាជូសេត្ដ**



**ពាក្យសុំ SNAP សំរាប់ព្រឹទ្ធាវ័យ**

(សំរាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ និងប្ដីប្រពន្ធ អាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង)

**អ្នកអាចនឹងបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងពេល 7 ថ្ងៃ បើសិនការណាមួយនៅខាងក្រោមរៀបរាប់អំពីអ្នក៖**

* តើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក និងប្រាក់នៅក្នុងធនាគារ បូកចូលគ្នា តិចជាងការចំណាយប្រចាំខែរបស់អ្នក ទៅលើ ទីលំនៅ (រួមទាំងថ្លៃទឹកភ្លើង) ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
* តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក តិចជាង $150 និងប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារមាន $100 ឬតិចជាង ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
* តើអ្នកជាពលករចំណាត់ស្រុក និងប្រាក់របស់អ្នកនៅក្នុងធនាគារមាន $100 ឬតិចជាង ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**ព័ត៌មានអំពីរូបអ្នក**

|  |  |
| --- | --- |
| នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្ដាលសង្ខេប | លេខសូស្យ៉ាល់សឹគ្យួរិទី   * - |
| តើលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកប៉ុន្មាន សំរាប់ទាក់ទងអ្នក៖ | ប្រុស  ស្រី |
| ពេលល្អបំផុតនៃថ្ងៃ ដើម្បីទាក់ទងអ្នកតាមទូរស័ព្ទ៖  ម៉ោង៖  ព្រឹក  រសៀល  គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖  ច័ន្ទ  អង្គារ  ពុធ  ព្រហស្បត៍  សុក្រ | ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖ |
| អាសយដ្ឋានផ្ទះ | តើអ្នកជាជនអនាល័យឬ?  បាទ/ចាស  ទេ |
| ទីក្រុង, រដ្ឋ, ស៊ីបកូដ |  |
| អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (បើសិនខុសគ្នា)៖ |  |
| តើបឋមភាសារបស់អ្នក ជាអ្វី?  SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 1  09-362-0918-05 | |

1. ជាតិពន្ធ/ជាតិសាសន៍របស់អ្នក៖ យើងសួរព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដថាយើងប្រព្រឹត្ដទៅលើមនុស្សគ្រប់គ្នា ដោយសមគួរ។ ចំឡើយរបស់អ្នកគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ដ ហើយវានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួល ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នកឡើយ។

ជាតិពន្ធ៖ ហ៊ិស្ប៉ានិក ឬឡាទីណូ  បាទ/ចាស  ទេ

សាសន៍៖ *(គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)*   អាមេរិក-ឥណ្ឌៀន ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា  អាស៊ី

ស្បែកខ្មៅ ឬ អាមេរិក-អាហ្វ្រិក  ស្បែកស

ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេងទៀត

1. តើអ្នកជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬ?  បាទ/ចាស  ទេ
2. តើអ្នកជាអ្នកមូលដ្ឋាននៃរដ្ឋម៉ាស្សាជូសេត្ដ ឬ?  បាទ/ចាស  ទេ
3. តើអ្នកត្រូវការជំនួយ ពីព្រោះពិការភាព ឬ? យើងអាចឲ្យអ្នកនូវជំនួយបន្ថែម ហៅថា ការតម្រូវចិត្ដ។ ការតម្រូវចិត្ដ អាចធ្វើការជាមួយយើងងាយស្រួលជាង។  បាទ/ចាស  ទេ
4. តើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក មានបទពិសោធន៍ខាងយោធា ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**ព័ត៌មានអំពីក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក**

1. តើមានមនុស្សផ្សេងទៀត រស់នៅជាមួយអ្នក ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនបាទ/ចាស តើអ្នកបរិភោគចូលគ្នា លើសពីពាក់កណ្ដាលនៃពេល ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

1. កត់ឈ្មោះមនុស្សដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ **អ្នកមិនបាច់ផ្ដល់ឲ្យយើង នូវលេខសូស្យាល់សឹគ្យួរិទី ឬស្ថានភាពសញ្ជាតិ សំរាប់អ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលមិនដាក់ពាក្យសុំ SNAP ឡើយ សូម្បីតែបើគេរស់នៅជាមួយអ្នកក៏ដោយ។**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្ដាលសង្ខេប | | ប្រុស  ស្រី |
| តើទំនាក់ទំនងរបស់មនុស្សនេះ ជាមួយអ្នកជាអ្វី? | | ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖ |
| ពលរដ្ឋអាមេរិក?  បាទ/ចាស  ទេ | លេខសូស្យ៉ាល់សឹគ្យួរិទី  **- -** | |

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 2

09-362-0918-05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្ដាលសង្ខេប | | ប្រុស  ស្រី |
| តើទំនាក់ទំនងរបស់មនុស្សនេះ ជាមួយអ្នកជាអ្វី? | | ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖ |
| ពលរដ្ឋអាមេរិក?  បាទ/ចាស  ទេ | លេខសូស្យ៉ាល់សឹគ្យួរិទី | |

**ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ**

1. ប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក និងប្រាក់ចំណូលនៃជនណាម្នាក់ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ប្រភេទនៃប្រាក់ចំណូល** | **ចំនួន** | **ភាពញឹកញាប់នៃប្រាក់ចំណូល** (រាល់អាទិត្យ, ពីរអាទិត្យម្ដង, រាល់ខែ, ល.) | **តើប្រាក់ចំណូលនេះជារបស់អ្នកណា?** |
| សូស្យ៉ាល់សឹគ្យួរិទី | $ | រាល់ខែ |  |
| SSI | $ | រាល់ខែ |  |
| និវត្ដន៍ | $ |  |  |
| អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន | $ |  |  |
| ការសងប្រាក់ឲ្យកម្មករ | $ |  |  |
| ថ្លៃឈ្នួលពីការងារ | $ |  |  |
| អត់ការងារ | $ |  |  |
| ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) | $ |  |  |

1. តើអ្នកត្រូវបង់ សំរាប់តម្លៃថែទាំមនុស្សពេញវ័យក្នុងបន្ទុក ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនបាទ/ចាស តើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនប៉ុន្មាន សំរាប់? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយ\_\_\_\_\_\_\_ (អាទិត្យ, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 3

09-362-0918-05

1. តើអ្នកបើកបរទៅនិងមក ពីកន្លែងថែទាំមនុស្សពេញវ័យក្នុងបន្ទុក ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនបាទ/ចាស អាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្ដល់ការថែទាំ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ចំនួននៃពេល \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (អាទិត្យ, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

1. តើអ្នកត្រូវបង់ សំរាប់តម្លៃពេទ្យ ពីហោប៉ៅ ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ការនេះអាចបញ្ចូលនូវ ថ្លៃរួមបង់, ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជា,ថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា, វ៉ែនតា, ការថែទាំធ្មេញ, ថ្មឧបករណ៍ ជំនួយស្ដាប់, ល។

1. តើអ្នកបើកបរទៅនិងមក ពីកន្លែងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថាន ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនបាទ/ចាស អាសយដ្ឋាននៃកន្លែងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថាន \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ចំនួននៃពេល \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (អាទិត្យ, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

តើអ្នកត្រូវបង់ សំរាប់ការចតឡាន $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (អាទិត្យ, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

1. តើអ្នកត្រូវបង់ សំរាប់ថ្លៃជួលផ្ទះ ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនបាទ/ចាស តើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនប៉ុន្មាន៖

ថ្លៃជួលផ្ទះ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយ\_\_\_\_\_\_\_ (អាទិត្យ, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

1. តើអ្នកមានផ្ទះខ្លួនឯង ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនបាទ/ចាស តើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនប៉ុន្មាន៖

ប្រាក់បុលទិញផ្ទះ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

ធានារ៉ាប់រងភូមិលំនៅ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

ពន្ធភូមិលំនៅ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

ថ្លៃឈ្នួលកុនដូ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ក្នុងមួយ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (, ខែ, ឆ្នាំ, ល.)

1. តើអ្នកត្រូវបង់ សំរាប់តម្លៃអ្វីមួយនៅខាងក្រោម ឬទេ?

* កំដៅ (ប្រេង, ឧស្ម័ន, អគ្គិសនី ឬប្រូពេន, ល.)  បាទ/ចាស ទេ
* អគ្គិសនី សំរាប់ម៉ាស៊ីនត្រជាក់  បាទ/ចាស ទេ
* ថ្លៃឈ្នួល សំរាប់ប្រើម៉ាស៊ីនត្រជាក់  បាទ/ចាស ទេ
* អគ្គិសនី និង/ឬ ឧស្ម័ន  បាទ/ចាស ទេ
* សេវាទូរស័ព្ទ ឬសេវាទូរស័ព្ទដៃ  បាទ/ចាស ទេ

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 4

09-362-0918-05

**ការបញ្ចេញនូវព័ត៌មាន សំរាប់មនុស្ស ឬអង្គការដែលជួយ**

1. តើមានអ្នកណាម្នាក់ ជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬទេ? យើងហៅថានេះគឺជា មនុស្ស/អង្គការ ដែលជួយ។  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកចង់ឲ្យការអនុញ្ញាតទៅមនុស្ស ឬអង្គការនេះ ដើម្បីនិយាយជាមួយ DTA និងចែកចាយព័ត៌មានសំងាត់ជាប់​ទាក់ទង អំពីករណីរបស់អ្នក រហូតដល់ចំនួនមួយឆ្នាំ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទ បានចុះហត្ថលេខានៃពាក្យសុំនេះ ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើសិនបាទ/ចាស សូមកត់ព័ត៌មានរបស់គេនៅខាងក្រោម៖

ឈ្មោះរបស់មនុស្ស ឬអង្គការ៖ លេខទូរស័ព្ទរបស់មនុស្ស ឬអង្គការ៖

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានរបស់មនុស្ស ឬអង្គការ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**កំណត់សំគាល់៖ មនុស្សដែលជួយ មិនបាច់ត្រូវតែបំពេញការសំភាសន៍ដាក់ពាក្យសុំ ក្នុងនាមនៃក្រុមគ្រួសារ​របស់អ្នកទេ។**

**អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត**

1. តើអ្នកចង់ឲ្យការអនុញ្ញាត ទៅមនុស្សណាម្នាក់ ដើម្បី៖

* ចុះហត្ថលេខាពាក្យសុំ និងក្រដាសបំពេញផ្សេងទៀត ឬរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្ដូរ និងនិយាយអំពីករណី​របស់អ្នក ជាមួយយើង ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ
* ឲ្យបានប័ណ្ណ EBT ដែលអនុញ្ញាតឲ្យគាត់ទិញឥវ៉ាន់សំរាប់អ្នក ដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់អ្នក ឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

យើងហៅមនុស្សនេះថា អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត។ បើសិនអ្នកឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកត់ព័ត៌មានរបស់គេ នៅខាងក្រោម។

|  |  |
| --- | --- |
| នាមត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្ដាលសង្ខេប | ប្រុស  ស្រី |
| តើទំនាក់ទំនងរបស់មនុស្សនេះ ជាមួយអ្នកជាអ្វី?  SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 5  09-362-0918-05 | ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖ |
| លេខទូរស័ព្ទរបស់មនុស្សនេះ |  |
| អាសយដ្ឋានរបស់មនុស្សនេះ |  |
| ហត្ថលេខារបស់មនុស្សនេះ |  |

**សារៈសំខាន់៖** មនុស្សដែលអ្នកជ្រើសរើស ត្រូវតែផ្ដល់ភស្ដុតាងនៃអត្ដសញ្ញាណមកយើង។ អ្នកអាចលុប ឬ ផ្លាស់ប្ដូរសំណើនេះ នៅពេលណាក៏បានដែរ។ ប័ណ្ណ EBT នឹងនៅតែប្រើការបាន បើសិនករណីបើកម្ដងទៀត បន្ទាប់ពីបានបិទ។ បើសិនអ្នកមិនចង់ឲ្យមនុស្ស ដែលអ្នកជ្រើសរើសទទួល និងប្រើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកទេ ត្រូវប្រាប់យើងឲ្យលុបប័ណ្ណរបស់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-997-2555 ដើម្បីលុបប័ណ្ណ EBT របស់អ្នក   
ឬ 1-833-712-8027 ដើម្បីលុបអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត។

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 6

09-362-0918-05

**សេចក្ដីប្រកាសពីសិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងពិន័យ – សូមអានដោយប្រិតប្រៀង**

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ ថាខ្ញុំបានអាន ឬគេបានអានឲ្យខ្ញុំ នូវព័ត៌មាននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ។ ចំឡើយរបស់ខ្ញុំ ចំពោះសំណួរនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺពិតប្រាកដ និងសព្វគ្រប់ ទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏សូមបញ្ជាក់ ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្ដល់ទៅក្រសួង ក្នុងអំឡុងពេលធ្វើសំភាសន៍ការដាក់ ពាក្យសុំ និងនៅអនាគត ក៏នឹងពិតប្រាកដ និងសព្វគ្រប់ ទៅតាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំដែរ។ ខ្ញុំយល់ថា ការផ្ដល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬដោយ បំភាន់ គឺជាការគៃបន្លំ។ ខ្ញុំក៏យល់ថា ការបង្ហាញមិនត្រឹមត្រូវ ឬការលាក់បាំងការណ៍ពិត ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP គឺជាការគៃបន្លំដែរ។ យ៉ាងនេះបណ្ដាលឲ្យមាន ល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនា (Intentional Program Violation, IPV) និងអាចផ្ដន្ទាទោសបាន ដោយទោសពៃរ៍ ថ្នាក់ស៊ីវិល និងឧក្រឹដ្ឋ។

**ខ្ញុំយល់ថា ក្រសួងជំនួយបណ្តោះឤសន្ន (Department of Transitional Assistance, DTA) គ្រប់គ្រង SNAP។ ខ្ញុំយល់ថា DTA មានពេល 30 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់ពាក្យសុំ ដើម្បីគិតគូរការដាក់ពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ។ លើសពីនេះទៀត ខ្ញុំយល់ថា៖**

* ក្រឹត្យម្ហូបអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភ (Food and Nutrition Act) នៃឆ្នាំ 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) អនុញ្ញាតឲ្យ DTA ប្រើ លេខសូស្យ៉ាល់សឹគ្យួរិទី (Social Security Number, SSN) របស់ខ្ញុំ និង SSN របស់មនុស្សនិមួយៗ នៃសមាជិកក្រុមគ្រួសារ ដែល ខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំ។ DTA ប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសំរេចអំពីសិទ្ធិទទួល SNAP សំរាប់ក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។ DTA បញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះ តាមរយៈកុំព្យូទ័រផ្គូរផ្គងកម្មវិធី។ ខ្ញុំយល់ថា DTA ប្រើវា ដើម្បីត្រួតមើលការប្រតិបត្ដិតាមបញ្ញត្ដិនៃកម្មវិធី។
* ភាគច្រើននៃពេល ក្រុមគ្រួសារដែលនៅក្រោមវិន័យ រាយការណ៍ SNAP បានសំរួល (SNAP Simplified Reporting) ត្រូវតែប្រាប់ DTA ពីការផ្លាស់ប្ដូរនៅពេល រាយការណ៍បណ្ដោះអាសន្ន (Interim Report, IR) និងការបញ្ជាក់សាថ្មី ដោយមានការលើកលែងនូវ៖
  + បើសិនប្រាក់ចំណូលនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ហួសពីកំរិតប្រាក់ចំណូលរួមមុនកាត់ពន្ធ
  + បើសិនខ្ញុំនៅក្រោមការតម្រូវឲ្យធ្វើការនៃ មនុស្សពេញវ័យអាចធ្វើការបាន គ្មានមនុស្សក្នុងបន្ទុក (able-bodied adult without dependents, ABAWD) ហើយម៉ោងធ្វើការរបស់ខ្ញុំ ធ្លាក់ចុះក្រោម 20 ម៉ោង រាល់អាទិត្យ
* បើសិន DTA ទទួលព័ត៌មានដែលបានបញ្ជាក់ អំពីក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ នោះចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ អាចនឹងផ្លាស់ប្ដូរ
* បើសិនខ្ញុំមិននៅក្រោមវិន័យ រាយការណ៍ SNAP បានសំរួល ឬវិន័យ អត្ថប្រយោជន៍បណ្ដោះអាសន្នផ្សឹងទៀត (Transitional Benefits Alternative, TBA) ទេ ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ទៅ DTA ពីការផ្លាស់ប្ដូរនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់ សិទ្ធិទទួលរបស់យើង។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ ពីការផ្លាស់ប្ដូរទាំងនេះទៅ DTA ដោយផ្ទាល់មុខ ជាលាយល័ក្ខអក្សរ ឬតាម ទូរស័ព្ទ **ក្នុងពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្ដូរ។** ឧទាហរណ៍ អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ ពីការផ្លាស់ប្ដូរក្នុងប្រាក់ចំណូល ទំហំ ឬអាសយដ្ឋាន នៃក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក។
* ខ្ញុំមានសិទ្ធិ និយាយទៅកាន់មេការម្នាក់ បើសិន DTA រកឃើញថាខ្ញុំគ្មានសិទ្ធិទទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាអាសន្ន ហើយខ្ញុំ មិនយល់ស្រប។ ខ្ញុំអាចនឹងនិយាយទៅកាន់មេការម្នាក់ បើសិនខ្ញុំមានសិទ្ធិទទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាអាសន្ន ប៉ុន្ដែមិនបាន អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ នៅប្រាំពីរថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំ SNAP។ ខ្ញុំអាចនឹងនិយាយទៅកាន់មេការម្នាក់ បើសិនខ្ញុំ មានសិទ្ធិទទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាអាសន្ន ប៉ុន្ដែមិនបានប័ណ្ណ ផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍ជាអេឡិកត្រូនិក (Electronic Benefit Transfer, EBT) របស់ខ្ញុំ នៅប្រាំពីរថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីខ្ញុំបានដាក់ពាក្យសុំ SNAP។
* ខ្ញុំអាចនឹងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ច្រើន បើសិនខ្ញុំរាយការណ៍ និងឲ្យការបញ្ជាក់ទៅ DTA នូវ៖
  + តម្លៃថែទាំកូន ឬមនុស្សក្នុងបន្ទុកផ្សេងទៀត, តម្លៃទីជំរក, និង/ឬ តម្លៃទឹកភ្លើង
  + ការឧបត្ថម្ភកូនបានតម្រូវដោយច្បាប់ ទៅមនុស្សម្នាក់មិនមែនជាសមាជិកក្រុមគ្រួសារ

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 7

09-362-0918-05

* បើសិនខ្ញុំអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង ឬបើសិនខ្ញុំជាជនពិការ ហើយខ្ញុំបង់តម្លៃពេទ្យ ខ្ញុំអាចរាយការណ៍ និងឲ្យការបញ្ជាក់នូវតម្លៃទាំងនេះ ទៅ DTA។ ការនេះអាចនឹងធ្វើឲ្យខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលការកាត់បន្ថយ និងបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់ខ្ញុំ។
* អ្នកទទួល SNAP ទាំងអស់ មានអាយុរវាង 16 និង 59 ឆ្នាំ ដែលបានចុះឈ្មោះធ្វើការ និងត្រូវគោរពតាមការតម្រូវធ្វើការទូទៅ SNAP លុះត្រាតែគេស្របតាមការលើកលែងទាំងនេះ។ អ្នកទទួល SNAP មានអាយុរវាង 18 និង 49 ឆ្នាំ ក៏អាចនឹងត្រូវគោរពការតម្រូវនៃ កម្មវិធីធ្វើការ ABAWD ដែរ។ DTA និងជំរាបសមាជិក្រុមគ្រួសារឥតលើកលែង ពីការតម្រូវធ្វើការ។ DTA នឹងជំរាបសមាជិក្រុម គ្រួសារឥតលើកលែង ពីការតម្រូវធ្វើការ និងពិន័យ សំរាប់ការមិនប្រតិបត្ដិតាម។
* ភាគច្រើននៃអ្នកទទួល SNAP អាចនឹងចូលរួមក្នុងការអប់រំ និងសេវាហ្វឹកហ្វឺនការងារ ដោយស្ម័គ្រចិត្ដ តាមរយៈកម្មវិធី ផ្លូវ SNAP ដើម្បីធ្វើការ (SNAP Path to Work )។ DTA នឹងឲ្យការបញ្ជូនទៅ SNAP Path to Work បើសិនសមរម្យ។
* DTA ក៏អាចនឹងចែកចាយឈ្មោះ និងព័ត៌មានទាក់ទង នៃអ្នកទទួល SNAP ជាមួយនឹងអ្នកផ្ដល់សេវា SNAP Path to Work ដែរ សំរាប់គោលបំណងនៃការជ្រើសរើស។ ខ្ញុំយល់ថា សមាជិកនៃក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ អាចនឹងបានទាក់ទងដោយអ្នកឯកទេស DTA   
  SNAP Path to Work ឬអ្នកផ្ដល់សេវាដែលចុះកិច្ចសន្យា ដើម្បីរុករកជំរើសនៃការចូលរួម SNAP Path to Work។ សំរាប់ព័ត៌មាន  
  បន្ថែម អំពីកម្មវិធី SNAP Path to Work មើល www.snappathtowork.org។

**ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្ដល់ មកជាមួយពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវគោរពតាមការបញ្ជាក់ ដើម្បីសំរេចបើសិនវាពិតប្រាកដ។ បើសិនព័ត៌មាន អ្វីមួយគឺក្លែងក្លាយ DTA អាចនឹងបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏អាចនឹងត្រូវគោរពចំពោះ ការថ្កោលទោសបទឧក្រឹដ្ឋ សំរាប់ការ ផ្ដល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយដែរ។**

ខ្ញុំយល់ថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំឲ្យការអនុញ្ញាតទៅ DTA ដើម្បីបញ្ជាក់ និងស៊ើបអង្កេត នូវព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្ដល់ ដែលទាក់ទង ចំពោះសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់ខ្ញុំ រួមទាំងការអនុញ្ញាតចំពោះ៖

* ឲ្យបានឯកសារ ដើម្បីបញ្ជាក់ភស្ដុតាងនៅលើពាក្យសុំនេះ ជាមួយនឹងភ្នាក់ងាររដ្ឋផ្សេងៗ, ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ, អាជ្ញាធរទីលំនៅក្នុង មូលដ្ឋាន, ក្រសូងវ៉ែលហ្វែរនៅក្រៅរដ្ឋ, ស្ថាប័នហិរញ្ញវត្ថុ និងពី Equifax Workforce Solutions។ ខ្ញុំក៏ផ្ដល់ការអនុញ្ញាត ទៅភ្នាក់ងារទាំងនេះ ដើម្បីឲ្យព័ត៌មានទៅ DTA អំពីក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអត្ថប្រយោជន៍ SNAP របស់ខ្ញុំ។
* បើសិនពាក់ព័ន្ធ បញ្ជាក់ស្ថានភាពអន្ដោប្រវេសន៍របស់ខ្ញុំ តាមរយៈ សេវាសញ្ជាតិ និងអន្ដោប្រវេសន៍ សហរដ្ឋ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS)។ ខ្ញុំយល់ថា DTA អាចនឹងឆែកមើលព័ត៌មាន ចេញពីការដាក់ពាក្យសុំ SNAP របស់ខ្ញុំ ជាមួយនឹង USCIS។ ព័ត៌មានអ្វីមួយដែលបានទទួលពី USCIS អាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលនៃក្រុមគ្រួសារ   
  របស់ខ្ញុំ និងចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍ SNAP។
* ចែកចាយព័ត៌មានអំពីរូបខ្ញុំ និងមនុស្សក្នុងបន្ទុកខ្ញុំ អាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ជាមួយនឹង ក្រសួងការអប់រំបឋមសិក្សា និងមធ្យមសិក្សា (Department of Elementary and Secondary Education, DESE)។ DESE នឹងបញ្ជាក់មនុស្សក្នុងបន្ទុកខ្ញុំ សំរាប់ កម្មវិធីអាហារពេលព្រឹក និងថ្ងៃត្រង់។
* ចែកចាយព័ត៌មានអំពីរូបខ្ញុំ និងមនុស្សក្នុងបន្ទុកខ្ញុំ អាយុក្រោម 5 ឆ្នាំ និងស្រ្ដីមានគភ៌ណាមួយ ក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ជាមួយនឹង ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ (Department of Public Health, DPH)។ DPH បញ្ជូនបុគ្គលទាំងនេះ ទៅកម្មវិធីសំរាប់ ស្ត្រី   
  ទារក និងកុមារ (Women, Infants and Children, WIC) សំរាប់សេវាអាហារូបត្ថម្ភ។
* ចែកចាយព័ត៌មាន ជាមួយនឹង ការិយាល័យប្រតិបត្ដិនៃក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ (Executive Office of Health and Human Services) រដ្ឋម៉ាស្សាជូសេត្ដ អំពីសិទ្ធិទទួល SNAP របស់ខ្ញុំ ជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនអគ្គិសនី ក្រុមហ៊ុនឧស្ម័ន និងក្រុមហ៊ុន ទូរស័ព្ទ និងខ្សែកាប ដែលមានសិទ្ធិទទួល ដើម្បីបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ការចុះតម្លៃទឹកភ្លើង។
* ចែកចាយព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ជាមួយនឹង ក្រសួងទីលំនៅ និងវឌ្ឍនកម្មសហគមន៍ (Department of Housing and Community Development, DHCD) សំរាប់គោលបំណងនៃការចុះឈ្មោះខ្ញុំក្នុង កម្មវិធីកំដៅ និងបរិភោគ (Heat & Eat Program)។

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev.9/2018) 8

09-362-0918-05

DTA អាចនឹងបដិសេធ បញ្ឈប់ ឬបន្ទាប អត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ដោយយោងទៅលើព័ត៌មានមកពី Equifax Workforce Solutions។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលសំណៅនៃរបាយការណ៍មកពី Equifax Workforce Solutions ដោយឥតគិតថ្លៃ បើសិនខ្ញុំស្នើសុំវាក្នុងពេល 60 ថ្ងៃ នៃការសំរេចរបស់ DTA។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិសួរសំណួរ នូវភាពត្រឹមត្រូវ ឬសព្វគ្រប់ នៃព័ត៌មាននៅក្នុងរបាយការណ៍របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអាចនឹងទាក់ទង Equifax តាមអាសយដ្ឋាន៖ Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (ឥតចេញថ្លៃ)។

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលសំណៅនៃខិត្ដប័ណ្ណ “សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដឹង” (Your Right to Know) និងខិត្ដប័ណ្ណនៃកម្មវិធី SNAP។ ខ្ញុំនឹងអាន ឬគេបានអានខិត្ដប័ណ្ណឲ្យខ្ញុំ ហើយខ្ញុំត្រូវតែយល់សេចក្ដីរបស់វា ព្រមទាំងសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ។ បើសិនខ្ញុំមានសំណួរអ្វី អំពីខិត្ដ ប័ណ្ណនេះ ឬអ្វីមួយនៃព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំនឹងទាក់ទង DTA។ បើសិនខ្ញុំមានបញ្ហាក្នុងការអាន ឬការយល់ដឹងអ្វីមួយនៃព័ត៌មាននេះ ខ្ញុំនឹងទាក់ទង DTA។ អាចទាក់ទង DTA បានតាមលេខ​៖ 1-877-382-2363។

ខ្ញុំសូមស្បថ ថាសមាជិកទាំងអស់ នៃក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ ដែលស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមិនមែនជាពលរដ្ឋ ដែលរស់នៅដោយពេញច្បាប់។

**សិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត**

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅ DTA។ ខ្ញុំយល់ថា DTA នឹងជួយខ្ញុំ បំពេញក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត បើសិនខ្ញុំត្រូវការជួយ។ ខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាត ឲ្យបំពេញក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ជាសំងាត់។

ខ្ញុំយល់ថា ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍ ដែលខ្ញុំទទួលពី DTA ឡើយ។

**ហាមប្រាមនៃពិន័យ SNAP**

ខ្ញុំយល់ថា បើសិនរូបខ្ញុំ ឬសមាជិកណាមួយនៃក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ បំពានវិន័យអ្វីមួយដែលចុះរាយនៅខាងក្រោមដោយចេតនា មនុស្ស នេះនឹងគ្មានសិទ្ធិទទួល SNAP ចំនួន*មួយឆ្នាំ* បន្ទាប់ពីការប្រព្រឹត្ដិល្មើសលើកទីមួយ ចំនួន*ពីរឆ្នាំ* បន្ទាប់ពីការប្រព្រឹត្ដិល្មើសលើកទីពីរ និង*ជារហូត* បន្ទាប់ពីការប្រព្រឹត្ដិល្មើសលើកទីបី។ មនុស្សនោះក៏អាចនឹងត្រូវបានផាកពិន័យដល់ទៅ $250,000 ឬជាប់ពន្ធនាគារដល់ទៅ 20 ឆ្នាំ ឬទាំងពីរ  
មុខ។ គាត់ក៏អាចនឹងត្រូវបានថ្កោលទោស នៅក្រោមច្បាប់ជាធរមាននៃសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ផងដែរ។ វិន័យទាំងនេះគឺ៖

* មិនត្រូវផ្ដល់ព័ត៌មានក្លែងក្លាយ ឬលាក់បាំងព័ត៌មាន ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP។
* មិនត្រូវជួញដូរ ឬលក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP។
* មិនត្រូវប្រើប័ណ្ណ EBT ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលអ្នកគ្មានសិទ្ធិទទួល។
* មិនត្រូវប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញវត្ថុដែលគ្មានសិទ្ធិទទួល ដូចជា គ្រឿងស្រវឹង និងថ្នាំជក់។
* មិនត្រូវប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬប័ណ្ណ EBT របស់ជនណាម្នាក់ឡើយ លុះត្រាតែអ្នកជាអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹងអំពីពិន័យនៅខាងក្រោមដែរ៖

* បុគ្គលដែលប្រព្រឹត្ដ ល្មើសកម្មវិធីដោយចេតនា (Intentional Program Violation, IPV) នូវ**កម្មវិធីប្រាក់** នឹងគ្មានសិទ្ធិទទួល សំរាប់រយៈពេលដូចគ្នានឹងបុគ្គលដែលគ្មានសិទ្ធិទទួលជំនួយប្រាក់ដែរ។
* បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្ដីថ្លែងដោយគៃបន្លំ អំពីអត្ដសញ្ញាណ ឬលំនៅដ្ឋានរបស់គេ ដើម្បីឲ្យបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាច្រើន នៅពេលព្រមគ្នា នឹងគ្មានសិទ្ធិទទួល ចំនួន***ដប់ឆ្នាំ។***
* បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬលក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់សារធាតុញៀនដែលទប់ស្កាត់/គ្រឿងញៀនខុសច្បាប់ នឹងគ្មានសិទ្ធិទទួល SNAP ចំនួន***ពីរឆ្នាំ*** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីមួយ និង***ជារហូត*** សំរាប់ការរកឃើញលើកទីពីរ។
* បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬលក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP សំរាប់កាំភ្លើង គ្រាប់កំភ្លើង ឬគ្រឿងផ្ទុះ នឹងគ្មានសិទ្ធិទទួល SNAP ***ជារហូត។***
* បុគ្គលដែលជួញដូរ (ទិញ ឬលក់) អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដែលមានតម្លៃ $500 ឬច្រើនជាង នឹងគ្មានសិទ្ធិទទួល SNAP ***ជារហូត។***

SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 9

09-362-0918-05

* រដ្ឋអាចនឹងតាមរក IPV ប្រឆាំងនឹងបុគ្គលដែលធ្វើជំនូន ដើម្បីលក់អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ឬប័ណ្ណ EBT តាមបណ្ដាញ ឬដោយផ្ទាល់មុខ។
* បុគ្គលដែលគេចខ្លួន ដើម្បីជៀសវាងការថ្កោលទោស ការឃុំឃាំង ឬការដាក់គុក បន្ទាប់ពីការជាប់ទោស សំរាប់បទឧក្រឹដ្ឋ ឬការល្មើសនូវ ការព្យួរទោស ឬលក្ខខ័ណ្ឌការដោះលែង គឺ*គ្មានសិទ្ធិទទួល* SNAP ឡើយ។
* ការបង់ប្រាក់សំរាប់ម្ហូបអាហារដែលបានទិញដោយជឿ គឺមិនអនុញ្ញាតឡើយ និងក៏អាចបណ្ដាលឲ្យអស់លក្ខណសម្បត្តិទទួល SNAP។
* បុគ្គលមិនអាចនឹងទិញផលិតផល ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយមានបំណងបោះចោលអ្វីៗដែលនៅក្នុងនោះ និងយកប្រដាប់ ដាក់ទៅឲ្យវិញ សំរាប់ជាថ្នូរប្រាក់ឡើយ។

**សិទ្ធិចំពោះអ្នកបកប្រែ**

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិឲ្យមានអ្នកបកប្រែ បានផ្ដល់ដោយ DTA បើសិនពុំមានមនុស្សពេញវ័យនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ SNAP របស់ខ្ញុំ ដែលអាច និយាយ ឬយល់ភាសាអង់គ្លេស។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរ ថាខ្ញុំអាចបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ សំរាប់សវនាការយុត្ដិធម៌ DTA ឬយកអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយខ្លួនខ្ញុំ។ បើសិនខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែម្នាក់សំរាប់សវនាការ ខ្ញុំត្រូវតែទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសវនាការ យ៉ាងហោចបំផុតមួយអាទិត្យ មុនកាលបរិច្ឆេទនៃសវនាការ។

**សេចក្តីថ្លែងពីការមិនរើសអើង**

ដោយសមស្របទៅតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលនៃសហព័ន្ធ និងបញ្ញត្ដិសិទ្ធិស៊ីវិល និងក្រឹត្យក្រមនៃ ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋ (US Department of Agriculture, USDA) នោះ USDA, ភ្នាក់ងាររបស់វា, ការិយាល័យ, និងនិយោជិត, និងស្ថាប័នទាំងឡាយ ដែលចូលរួមក្នុងការគ្រប់គ្រងនៃ កម្មវិធី USDA គឺត្រូវបានហាមឃាត់ ពីការរើសអើង ដោយយោងទៅលើជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, ដើមកំណើត, ភេទ, គោលជំនឿសាសនា, ភាពពិការុ,​​ អាយុ, ជំនឿយោបាយ, ឬការផ្ចាញ់ផ្ចាល ឬការសងសឹក សំរាប់សកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុន នៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពអ្វីមួយ ដែលបានធ្វើ ឬបានផ្ដល់ថវិកាដោយ USDA។

មនុ0ស្សដែលពិការ ដែលត្រូវការនូវមធ្យោបាយផ្សឹងទៀត នៃការប្រាស្រ័យទាក់ទង សំរាប់ព័ត៌មាននៃកម្មវិធី (ដូចជា អក្សរប្រ៊ាល, អក្សរពុម្ពធំៗ, ថាសសំឡេង, ភាសាសញ្ញាអាមេរិក, ល.) គួរតែទាក់ទងភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) នៃទីកន្លែងដែលគេដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គល ដែលថ្លង់ ត្រចៀកធ្ងន់ ឬមានពិការសំដី អាចនឹងទាក់ទង USDA តាមរយៈ សេវាបណ្ដាក់សារសហព័ន្ធ (Federal Relay Service) តាម   
លេខ (800) 877-8339។ មិនតែប៉ុណ្ណោះសោត ព័ត៌មាននៃកម្មវិធី អាចនឹងមានជាភាសាផ្សេងៗ ក្រៅពីអង់គ្លេស។

ដើម្បីប្ដឹងបណ្ដឹងនៃកម្មវិធី ពីការរើសអើង ត្រូវបំពេញ ក្រដាសបំពេញបណ្ដឹងការរើសអើងនៃកម្មវិធី USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) (AD-3027) ដែលអាចរកឃើញតាមបណ្ដាញនៅ៖ [Http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) និងនៅតាមការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬសរសេរសំបុត្រដោយ  
ការខ្នង ទៅ USDA និងផ្ដល់ព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងសំបុត្រ ដែលបានស្នើនៅក្នុងក្រដាសបំពេញ។ ដើម្បីស្នើសុំសំណៅនៃក្រដាសបំពេញ  
បណ្ដឹង ទូរស័ព្ទទៅលេខ (866) 632-9992។ បញ្ជូនក្រដាសបំពេញដែលបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់ ឬសំបុត្រទៅ USDA តាមរយៈ៖

(1) ប្រៃណីយ៍ៈ U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) ទូសារ៖ (202) 690-7442; ឬ

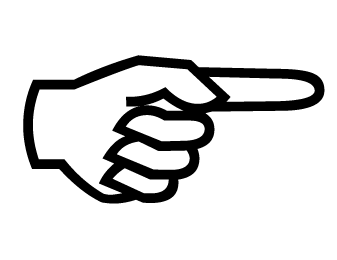
(3) អ៊ីមែល៖ program.intake@usda.gov។

ស្ថាប័ននេះ គឺជាអ្នកផ្ដល់ឱកាសស្មើៗគ្នា។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ **តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំយល់ដឹង និង យល់ស្របចំពោះ “សិទ្ធិ ការទទួលខុសត្រូវ និងពិន័យ”។**

**ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



SNAP-App-Seniors (Khmer)(Rev. 9/2018) 10

09-362-0918-05