

**កម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
នៅក្នុងការយល់ព្រម និងការទទួលយកគម្រោង BabySteps**

សំណុំបែបបទមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល

ភាសាខ្មែរ: បញ្ចូលការបកប្រែសូមសរសេរចម្លើយរបស់អ្នកចំពោះសំណួរខាងក្រោមជាភាសាអង់គ្លេសដោយប្រើអក្សរឡាតាំង។

សូមបំពេញសំណុំបែបបទនេះ ដើម្បីចុះឈ្មោះការដាក់ប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់គណនី MEFA U.Fund 529 របស់កូនអ្នកតាមរយៈគម្រោងសន្សំប្រាក់ (BabySteps Savings Plan)! ទារកដែលមានគណនី U.Fund 529 តាមរយៈគម្រោង BabySteps ហើយបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី SNAP មានសិទ្ធិទទួលបានការដាក់ប្រាក់ប្រចាំខែ \$10 ដុល្លារ ដែលមានរយៈពេលមួយឆ្នាំចូលទៅគណនី U.Fund 529 របស់ពួកគេ។ ការដាក់ប្រាក់នឹងមានចំនួនសរុប \$120 ដុល្លារ ដែលបានទទួល \$50 នៅពេលបើកគណនី។

សូមប្រើសំណុំបែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើលោកអ្នកជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់កុមារ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមែនជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់កុមារ សូមប្រើសំណុំបែបបទនេះ។ [this form](#) ជំនួសវិញ។

ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់កុមារចំពោះការដាក់ប្រាក់កម្មវិធីទៅក្នុងគម្រោង SNAP Into BabySteps យើងត្រូវការព័ត៌មានមួយចំនួនពីលោកអ្នក។ ហើយនេះជាអ្វីដែលយើងនឹងអនុវត្តដោយប្រើព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ជូនយើង៖

1. យើងនឹងបញ្ជូនឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ភេទពេលកើត និងអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់កុមារជូនទៅការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាលនិងសេវាពលរដ្ឋនៅ រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ដែលដំណើរការព័ត៌មាននេះតាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យសំខាន់ (EOHHS' Master Data Management System, MDM) ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថាបច្ចុប្បន្នកុមារនឹងចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) នៃក្រសួងជំនួយអន្តរកាល (Department of Transitional Assistance)
2. យើងនឹងបញ្ជូនលេខគណនី U.Fund 529 និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កុមារទៅអាជ្ញាធរហិរញ្ញវត្ថុអប់រំរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Education Financing Authority, MEFA) ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថាគណនី BabySteps។

នៅពេលយើងបានផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិទទួលបានរបស់កុមារក្នុងការទទួលបានការដាក់ប្រាក់នោះ យើងនឹងទាក់ទងលោកអ្នកដោយមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលវេលាដែលត្រូវរំពឹងថានឹងមានការដាក់ប្រាក់លើកដំបូង។ វាត្រូវចំណាយពេលចន្លោះពី 4-8 សប្តាហ៍សម្រាប់ការដាក់ប្រាក់លើកដំបូង ដើមបដិដំណើរការ។

របសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ សូម មេត្តាអ៊ីម៉ែល babysteps@tre.state.ma.us.

តើអ្នកជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់កុមារ?

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

តាមរយៈការគូសឬផឹក បាទ/ចាស ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំជាឪពុកម្តាយ
ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់កុមារដែលស្វែងរកការធានារ៉ាប់រងនេះ។

សូមបញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ព័ត៌មានអំពីកូន

ឈ្មោះកូន (នាមខ្លួន ឈ្មោះអក្សរដើមដំបូង (មានជម្រើស) នាមត្រកូល)៖

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតកូន៖

កាលបរិច្ឆេទនៃការសុំកូនចិញ្ចឹម (បើអាចមាន)៖

អាសយដ្ឋានផ្ទះកូន៖

ភេទកំណត់ក្រមួម្យូមពីឪពុក៖

☐ ប្រុស

☐ ស្រី

លេខគណនី MEFA U.Fund 529 (9 ខ្ទង់)៖

ព័ត៌មានអំពីមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ (នាមខ្លួន ឈ្មោះអក្សរដើមដំបូង (មានជម្រើស) នាមត្រកូល)៖

អ៊ីម៉ែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖

អាសយដ្ឋានផ្ទះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖

តើលោកអ្នកចង់ទទួលបានការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាភាសាមួយណា?

☐ អង់គ្លេស

☐ អេស្ប៉ាញ

☐ ភាសាចិន សាមញ្ញ

☐ ចិន បុរាណ

☐ ពីរទុយហ្គាល់ ប្រេស៊ីល

- ☐ រុស្ស៊ី
- ☐ វៀតណាម
- ☐ អាវ៉ាប់
- ☐ ខាប៉េ វីជៀន ក្រេអូល
- ☐ ហៃទី/ក្រេអូល
- ☐ ខ្មែរ
- ☐ ស្វាហ៊ីលី
- ☐ ផាសតូ
- ☐ ដាវី
- ☐ ផ្សេងទៀត (សូមរាយបញ្ជី)៖

តើមានចំណុចណាមួយខាងក្រោម ដែលពាណិជ្ជករអំពីជាតិសាសន៍ ឬជនជាតិភាគតិចរបស់អ្នកឬទេ?
 សូមមានអារម្មណ៍រីករាយដើម្បីជ្រើសរើសជម្រើសជាច្រើនតាមដែលលោកអ្នកត្រូវការ
 ឬបញ្ចូលចម្លើយរបស់អ្នកដូចខាងក្រោម។

- ☐ ជនជាតិអាស៊ី
- ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកអាហ្វ្រិក
- ☐ ជនជាតិដើមអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន
- ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក/អាឡាស្កា
- ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- ☐ ជនជាតិស្បែកស
- ☐ ខ្ញុំមិនចង់និយាយទេ
- ☐ ផ្សេងទៀត (សូមរាយបញ្ជី)៖

តើបច្ចុប្បន្នមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់កូនអ្នក ដែលកំពុងបម្រើការងារ
 ឬធ្លាប់បម្រើការងារពីមុន ចំពោះកាតព្វកិច្ចសកម្មនៅក្នុងកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S.
 Armed Forces), យោធាបម្រុង ឬឆ្លាំការពារជាតិឬទេ? សូមជ្រើសរើសយកចំណុចទាំងអស់
 ដែលត្រូវអនុវត្ត។

- ☐ បច្ចុប្បន្នសមាជិកគ្រួសារកំពុងបំពេញកាតព្វកិច្ចសកម្ម
- ☐ សមាជិកគ្រួសារបានបម្រើការងារកន្លងមក
- ☐ ទេ

☐ មិនច្បាស់

☐ ខ្ញុំមិនចង់និយាយទេ

លេខទូរស័ព្ទអ្នកដាក់ពាក្យសុំ៖

ការយល់ព្រមចំពោះការចែករំលែកទិន្នន័យ

ដោយគូសប្រុងក្នុងការអប់រំខាងក្រោម លោកអ្នកយល់ព្រម៖

- ការអនុញ្ញាតឱ្យព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ជូន ត្រូវបានចែករំលែកជាមួយការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាលនិងសេវាពលរដ្ឋនៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) និងអាជ្ញាធរហិរញ្ញវត្ថុអប់រំរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Education Financing Authority, MEFA) ដូចដែលបានពន្យល់ខាងលើ។
- ការអនុញ្ញាតឱ្យការិយាល័យប្រតិបត្តិផ្នែកសុខាភិបាលនិងសេវាពលរដ្ឋនៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) ផ្តល់ជូនយើងនូវការបញ្ជាក់ថាកូនរបស់អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី SNAP។

ការយល់ព្រមចំពោះការចែករំលែកទិន្នន័យ

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

ការយល់ព្រមចំពោះការទទួលបានអ៊ីម៉ែល និងសារបន្ថែមសម្រាប់ធនធាន ព្រឹត្តិការណ៍ និងឱកាសគម្រោង BabySteps

ដោយគូសប្រុងក្នុងការអប់រំខាងក្រោម លោកអ្នកយល់ព្រម៖

ការទទួលព័ត៌មានអំពីធនធាន ព្រឹត្តិការណ៍ និងឱកាសគម្រោង BabySteps តាមអ៊ីម៉ែល៖

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

ការទទួលព័ត៌មានអំពីធនធាន ព្រឹត្តិការណ៍ និងឱកាសគម្រោង BabySteps តាមសារអត្ថបទ៖

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ