

របាយការណ៍ស្ថានភាពសិទ្ធិទទួល SAR 7



ខែរាយការណ៍ _____

ដើម្បីឲ្យអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមកដល់ទាន់ពេល សូមចុះហត្ថលេខាទម្រង់នេះបន្ទាប់ពី _____

1st និងផ្ញើត្រឡប់មកវិញត្រឹមថ្ងៃ _____

5th

ខែដាក់ពាក្យ _____

ខែដាក់ពាក្យ _____

លេខសំណុំរឿងទីនេះ _____

ត្រូវការជួយ? (County Specific instructions w/county url)

ឈ្មោះបុគ្គលិក:

[DIST. ID HERE]

លេខទូរស័ព្ទបុគ្គលិក:

ខោនធី:

អាសយដ្ឋានផ្លូវ:

ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺបខ្ទង់

បា ខ្ទង់:

សូមគូសប្រអប់ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឈប់ទទួលបានដូចខាងក្រោម: ☐ បញ្ឈប់ CalWORKs របស់ខ្ញុំ ☐ បញ្ឈប់ CalFresh របស់ខ្ញុំ
☐ បញ្ឈប់ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ

1. តើមាននរណាម្នាក់បានផ្លាស់ចូល ឬផ្លាស់ចេញពីផ្ទះរបស់អ្នក (រួមទាំងកូនទើបកើត) ឬតើអ្នកបានផ្លាស់ចូលជាមួយនរណាផ្សេងទៀតចាប់តាំងពីអ្នកបានរាយការណ៍ចុងក្រោយឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម)

កាលបរិច្ឆេទផ្លាស់ទីលំនៅ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	ឈ្មោះ (នាមខ្លួន, ឈ្មោះកណ្តាល, នាមត្រកូល)	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នក	ទិញ និងរៀបចំជាមួយគ្នាជាប្រចាំ?
☐ ចូល ☐ ចេញ / /		/ /		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
☐ ចូល ☐ ចេញ / /		/ /		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
☐ ចូល ☐ ចេញ / /		/ /		☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

2. តើមានការផ្លាស់ប្តូរខាងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកចាប់តាំងពីអ្នកបានរាយការណ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម)

អាសយដ្ឋានថ្មី: _____ កាលបរិច្ឆេទផ្លាស់លំនៅ: _____

អាសយដ្ឋានថ្មីសំបុត្រ (ប្រសិនបើខុសពីខាងលើ) _____

3. ប្រសិនបើអ្នកបានប្តូរទីលំនៅចាប់តាំងពីអ្នកបានរាយការណ៍ចុងក្រោយ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម:

ថ្ងៃឈ្នួលផ្ទះ ឬសងថ្លៃផ្ទះក្នុងមួយខែរបស់អ្នក នាពេលបច្ចុប្បន្ន? ☐ ប្រសិនបើបង់ដោយឡែកពីគ្នា ពន្ធអចលនទ្រព្យ និងធានារ៉ាប់រងផ្ទះក្នុងមួយខែរបស់អ្នក នាពេលបច្ចុប្បន្ន?

តើអ្នកមានថ្លៃទឹកភ្លើងដែលមិនរួមបញ្ចូលនៅក្នុងថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ ឬការបង់ថ្លៃផ្ទះរបស់អ្នកដែរឬទេ? ប្រសិនបើដូច្នោះ សូមគូសមួយ:

☐ ទូរស័ព្ទ ☐ សំរាម ☐ ទឹក ☐ ភ្លើង/ហ្វាស ☐ ថ្លៃកំដៅ ឬត្រជាក់ផ្សេងទៀត

4. CalWORKs ប៉ុណ្ណោះ: តើនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក:

A. កំពុងរត់គេចពីជីវិតកំពុងរង់ចាំឬ?

B. ត្រូវបានរកឃើញដោយតុលាការពីការរំលោភលើការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ឬការដោះលែងមានលក្ខខណ្ឌ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម)

ឈ្មោះបុគ្គល	A ឬ B ពីខាងលើ	នៅក្នុងរដ្ឋណាដែលជីវិតត្រូវបានចេញ ឬការរំលោភបានកើតឡើង?	កាលបរិច្ឆេទនៃជីវិត ឬការរំលោភ

5. ចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ: ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ដែលទទួលបាន CalFresh ហើយមានអាយុ 60 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ ឬពិការ មានការកើនខាងការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ
សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ហើយភ្ជាប់ជាមួយកស្តតាង:

តើមាននរណាដែលមានការផ្លាស់ប្តូរ? ☐ ប្រសិនបើបង់ប្រាក់កើនឡើង: \$ _____

6. ការចិញ្ចឹមកូន: តើមាននរណាម្នាក់ដែលទទួលបាន CalFresh មានការផ្លាស់ប្តូរចំនួនទឹកប្រាក់ចិញ្ចឹមកូនដែលត្រូវតែបង់ចាប់តាំងពីអ្នកបានរាយការណ៍ចុងក្រោយ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ហើយ ភ្ជាប់ជាមួយកស្តតាង។)

តើចំនួនទឹកប្រាក់ប៉ុន្មានដែលបានបង់នៅក្នុង ខែរាយការណ៍? \$ _____

តើអ្នកណាបង់ថ្លៃចិញ្ចឹម?

7. ការថែទាំអ្នកក្នុងបន្ទុក: ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ដែលទទួលបាន CalFresh ហើយមិនថាធ្វើការ កំពុងរកការងារ ឬកំពុងចូលសាលារៀន មានកំណើនការចំណាយខាងការថែទាំអ្នកទីពឹងចេញពីហោប៉ៅ ចាប់តាំងពីអ្នកបានរាយការណ៍ចុងក្រោយ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ហើយភ្ជាប់ជាមួយកស្តតាង:

តើចំនួនទឹកប្រាក់ប៉ុន្មានដែលបានបង់ចេញពីហោប៉ៅនៅក្នុង ខែរាយការណ៍? \$ _____

អ្នកណាបង់: _____ សូមរាយអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក: _____

8. តើមាននរណាម្នាក់: ទទួល ទិញ លក់ ជួញដូរ ឬឲ្យទ្រព្យសម្បត្តិ ដី ផ្ទះសម្បែង រថយន្ត គណនីធនាគារ លុយ ការបង់ (ដូចជា ការឈ្នះឆ្នោត/កាស៊ីណូ អត្ថប្រយោជន៍មកវិញពីសុវត្ថិភាពសង្គម) ឬរបស់បេឡេសម្បត្តិផ្សេងទៀតចាប់តាំងពីអ្នកបានរាយការណ៍ចុងក្រោយឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ហើយ ភ្ជាប់ជាមួយកស្តតាង។ ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងបន្ថែមទៀត សូមភ្ជាប់ក្រដាសដាច់ដោយឡែក។)

អ្នកណា?	ប្រភេទទ្រព្យសម្បត្តិ?	ពេលណា?	ចំនួន/តម្លៃ?	☐ បានទិញ ☐ បានលក់ ☐ បានឲ្យទេ ☐ បានចំណាយ
				☐ បានទទួលជាអំណោយ ☐ បានជួញដូរ ☐ បានឈ្នះ ☐ ផ្សេងៗ

9. តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកក្នុងខែរយការណ៍ ២០១៩/២០១៩ (ប្រសិនបើ ២០១៩/២០១៩ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ហើយ ភ្ជាប់ជាមួយភស្តុតាង)។ ខែ រយការណ៍ ត្រូវបានដាក់នៅខាងលើនៃទំព័រនេះ។ សូមដាក់ការងារនីមួយៗសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលធ្វើការ។ ប្រសិនបើត្រូវការកន្លែងបន្ថែមទៀត សូមភ្ជាប់ក្រដាសដាច់ដោយឡែក។ ឧទាហរណ៍រួមមាន ការមើលថែទាំក្មេង ប្រាក់ខែ បេផ្លាវ៉ង់ខ្លួន ការឱ្យថ្លៃឈ្នួលពេលវេលា លុយទឹកត្រី។ ប្រសិនបើបាត់បង់ការងាររបស់អ្នក សូមភ្ជាប់ជាមួយភស្តុតាង។

	ការងារទី 1	ការងារទី 2	ការងារទី 3
ឈ្មោះបុគ្គលដែលបានទទួលប្រាក់ចំណូល:			
ប្រភពប្រាក់ចំណូល/ឈ្មោះនិយោជក:	ធ្វើការងារខ្លួនឯង គូសទឹកនេះ: ☐	ធ្វើការងារខ្លួនឯង គូសទឹកនេះ: ☐	ធ្វើការងារខ្លួនឯង គូសទឹកនេះ: ☐
តើបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ:	☐ រៀងរាល់អាទិត្យ ☐ ពីអាទិត្យម្តង ☐ ផ្សេងៗ ☐ រៀងរាល់ខែ ☐ ពីខែម្តង	☐ រៀងរាល់អាទិត្យ ☐ ពីអាទិត្យម្តង ☐ ផ្សេងៗ ☐ រៀងរាល់ខែ ☐ ពីខែម្តង	☐ រៀងរាល់អាទិត្យ ☐ ពីអាទិត្យម្តង ☐ ផ្សេងៗ ☐ រៀងរាល់ខែ ☐ ពីខែម្តង
ចំនួនប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួលនៅក្នុងខែរយការណ៍:	\$	\$	\$
ចំនួនម៉ោងធ្វើការក្នុងមួយខែ:	ថ្ងៃទទួល:	ថ្ងៃទទួល:	ថ្ងៃទទួល:

10. តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកពីការងារក្នុងប្រាំមួយខែទៀត (រួមមានប្រាក់ចំណូលដែលដាក់នៅក្នុង #9)? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមពន្យល់ទីនេះ ហើយ ភ្ជាប់ភស្តុតាង)។ ឧទាហរណ៍: ការឈប់ប្រចាំថ្ងៃដើមការងារ បង្កើនឬបន្ថយប្រាក់ចំណូល ផ្លាស់ប្តូរចំនួនម៉ោង ការលាឈប់ពីការងារ ឬធ្វើកូដិកម្ម ការផ្លាស់ប្តូរពីភាពញឹកញាប់បំណុលដែលត្រូវបង់ឱ្យអ្នក។

11. តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកក្នុងខែរយការណ៍ទេ: ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម ហើយ ភ្ជាប់ភស្តុតាង)។ ខែ រយការណ៍ ត្រូវបានដាក់នៅខាងលើនៃទំព័រនេះ។ ឧទាហរណ៍រួមមាន: សុវត្ថិភាពសង្គម ការទូទាត់សងភាពគ្មានការងារធ្វើ អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន ការធានារ៉ាប់រងពិការភាពរបស់រដ្ឋ (SDI) ការចិញ្ចឹមកូន/ប្តី(ប្រពន្ធ) ការទូទាត់សងរបស់បុគ្គលិក ប្រាក់កម្ចី/អំណោយ ទិស្វាភាពស្រីដែលរកបាន/មិនរកបាន ថ្លៃទឹកភ្លើង អាហារ ។ល។ ប្រសិនបើអ្នកលែងទទួលបានប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកបានរាយការណ៍ពីមុន សូមភ្ជាប់ភស្តុតាង។

ឈ្មោះ:	ប្រភពប្រាក់ចំណូល	ការបង់មួយពេល ឬប្រចាំខែ	ចំនួនប៉ុន្មាន
			\$
			\$
			\$

12. តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកក្នុងខែរយការណ៍ទេ: ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមពន្យល់ទីនេះ ហើយ ភ្ជាប់ភស្តុតាង)។ ឧទាហរណ៍នៃការផ្លាស់ប្តូរ: ការកើនឡើងឬថយចុះប្រាក់ចំណូលឬអត្ថប្រយោជន៍ ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងចាប់ផ្តើម ឬឈប់ទទួលបានប្រាក់ចំណូលឬអត្ថប្រយោជន៍។

13. CalWORKs តើប៉ុណ្ណោះ: តើមានអ្វីខុសគ្នាខាងក្រោមបានកើតឡើងចំពោះនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ចាប់តាំងពីអ្នកបានរាយការណ៍ចុងក្រោយ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើ បាទ/ចាស សូមពន្យល់ទីនេះ ហើយ ភ្ជាប់ភស្តុតាង)។

☐ ការផ្លាស់ប្តូរខាងគ្រួសារ (រៀបការ លែងលះ បែកគ្នា បានចូលក្នុងផ្ទះក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះនៃរដ្ឋ California (RDP) មាន ផែនការគ្រួសារដែលមិនមែនក្នុងរដ្ឋ California (DP) បានបញ្ចប់ DP ឬ RDP បានមានផ្ទៃពោះ ឬលែងមានផ្ទៃពោះហើយ?)

☐ កិច្ចការ/ការងារ (ចាប់ផ្តើម ឈប់ លាឈប់ពីការងារ បានចាប់ផ្តើមការរកស៊ី ឬធ្វើកូដិកម្ម?)

☐ ពិការភាព (បានក្លាយជាពិការ ឬជាសះស្បើយពីពិការភាព ឬជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរ?)

☐ អត្តសញ្ញាណសញ្ញា (ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពសញ្ញាតិ ឬអត្តសញ្ញាណសញ្ញា ឬបានទទួលប័ណ្ណថ្មី ទម្រង់ ឬសំបុត្រពី USCIS (INS)?)

☐ ការធានារ៉ាប់រង (បានចាប់ផ្តើម បានឈប់ ឬអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព ធុញ ឬធានារ៉ាប់រងជីវិតដែលបានផ្លាស់ប្តូរ រួមមាន MEDICARE?)

☐ ការផ្លាស់ប្តូរ (ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបរិមាណពេលវេលាដែលអ្នកមើលខុសត្រូវ/មើលថែរក្សាកូនៗរបស់អ្នក?)

☐ សេវាផ្គត់ផ្គង់នៅក្នុងផ្ទះ (បានចាប់ផ្តើម ឬបានឈប់ទទួលសេវា?)

☐ ការទៅសាលា

☐ សម្រាប់កូនសិស្សអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ- បានចាប់ផ្តើមឬបានឈប់សាលារៀន/មហាវិទ្យាល័យ? (អ្នកអាចមានលទ្ធភាពទាមទារការចំណាយសម្រាប់សៀវភៅការធ្វើដំណើរទៅសាលា ។ល។)

☐ អ្នកណាម្នាក់បានបង់ថ្លៃស្នាក់នៅ អាហារ សំលៀកបំពាក់ ឬទឹកភ្លើងទាំងអស់។ (សូមពន្យល់) _____

☐ ផ្សេងៗ _____

សូមអានដោយយកចិត្តទុកដាក់ ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ។

ដោយចុះហត្ថលេខាទម្រង់នេះ:

- ខ្ញុំយល់ និងបញ្ជាក់ នៅក្រោមការពិន័យនៃការកាត់កុហក ថាចម្លើយរបស់ខ្ញុំទាំងអស់នៅលើរបាយការណ៍នេះគឺត្រឹមត្រូវ និងពេញទាំងស្រុង តាមការយល់ដឹងល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ពីការពិន័យសម្រាប់ការក្លែងបន្លំ ដូចខាងក្រោម: ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅពន្ធនាគាររហូតដល់ 20 ឆ្នាំនិងដាក់ពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000។ ខ្ញុំអាចត្រូវបានបង់សងអត្ថប្រយោជន៍វិញ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកាត់ទាំងនោះ។ លើកទីមួយដែលខ្ញុំមិនគោរពច្បាប់ដោយចេតនា ខ្ញុំនឹងមិនអាចទទួលបាន CalFresh សម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំ លើកទីពីរពីរឆ្នាំ ហើយបន្ទាប់ពីលើកទីបី ខ្ញុំនឹងមិនអាចទទួលបាន CalFresh ម្តងទៀតទេ។
- ខ្ញុំយល់ដឹង និងយល់ព្រមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារទាំងអស់ដែលត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីបំពេញនូវរបាយការណ៍ពាក់កណ្តាលឆ្នាំរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា នៅក្នុងករណីខ្លះ ខ្ញុំអាចត្រូវបានសួរដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យខ្លួនខ្លួន ដើម្បីធ្វើឱ្យទំនាក់ទំនងណាមួយ ជាភាពចាំបាច់ដើម្បីកំណត់ភាពមានសិទ្ធិ។

ការបញ្ជាក់ - ការព្រមានការក្លែងបន្លំ

ខ្ញុំយល់ថា: ប្រសិនបើដោយចេតនា ខ្ញុំមិនរាយការណ៍ការពិតទាំងអស់ ឬផ្តល់ឱ្យការពិតខុសអំពីប្រាក់ចំណូល ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬស្ថានភាពគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាការទទួលបានជំនួយឬអត្ថប្រយោជន៍ ខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់ទោសតាមច្បាប់។ ហើយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានចោទប្រកាន់ពីការប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ ប្រសិនបើច្រើនជាង \$950 Cash Aid និង/ឬ CalFresh ត្រូវបានបង់ឱ្យខុសដោយមូលហេតុនៃវិធានការ។ ខ្ញុំបានទទួលច្បាប់ចម្លងការណែនាំ និងការដាក់ពិន័យសម្រាប់របាយការណ៍ស្ថានភាពសិទ្ធិទទួលបាន SAR 7 សម្រាប់ Cash Aid និង CalFresh។

អ្នកត្រូវចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទ: បន្ទាប់ពីចុះហត្ថលេខានៃខែរយការណ៍ បើមិនដូច្នោះទេនឹងត្រូវចាត់ទុកថាមិនពេញលេញទេ។

ខ្ញុំប្រកាស នៅក្រោមការដាក់ពិន័យនៃការកាត់កុហក នៅក្រោមច្បាប់សហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋ California ដែលការពិតមាននៅក្នុងរបាយការណ៍នេះ គឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ហើយគ្រប់គ្រាន់ទាំងស្រុង។

អ្នកដែលត្រូវតែ	សម្រាប់ Cash Aid: អ្នក និងប្តី/ប្រពន្ធដែលត្រូវការជំនួយរបស់អ្នក ដែលក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះ ឬឯកត្តម្ចាស់ផ្ទះទៀត (របស់កូនដែលជួយដោយលុយសុទ្ធ) ប្រសិនបើស្ថិតនៅក្នុង ផ្ទះ។
ចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម:	សម្រាប់ CalFresh: មេគ្រួសារ សមាជិកគ្រួសារដែលទទួលបានខុសត្រូវ ឬអ្នកកំណត់ដែលបានអនុញ្ញាតរបស់គ្រួសារ។
ហត្ថលេខា ឬ គំនូស	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខាប្រសិទ្ធភាព/ប្រពន្ធ ដែលក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះ ឬឯកត្តម្ចាស់ផ្ទះទៀតនៃកូនៗដែលបានជួយដោយលុយសុទ្ធ	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា
	ហត្ថលេខាសម្រាប់ Mark អ្នកបកប្រែ ឬអ្នកស្វ័យប្រវត្តិដែលបំពេញទម្រង់
	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា