



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ពាក្យស្នើសុំ ប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP) ក្នុងរដ្ឋធីនស៊ីលវេនីញ៉ា

រដ្ឋធីនស៊ីលវេនីញ៉ាទទួលបានពីការចំណាយថវិកា និងពីស្ថាប័នរដ្ឋសហព័ន្ធ ដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ។ បើសិនជាអ្នករាយការណ៍ខុស លាក់បាំង ឬមិនប្រាប់ការពិត ដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក គេអាចត្រូវបានដកស្រង់ឈ្មោះអ្នកបានទទួលវិញ ហើយគេអាចកាត់ទោសអ្នក និងជកសិទ្ធិពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អ្វីមួយនាពេលអនាគត។

This is an application for SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Перед вами заявление на получение льгот по программе SNAP. Если вам нужно получить данное заявление на другом языке или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки по вопросам социального обеспечения. Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

Đây là đơn xin trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc nhờ người nào đó thông dịch, xin liên lạc với văn phòng trợ giúp tại quận địa phương của quý vị. Sẽ có trợ giúp ngôn ngữ miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយការប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

这是一份营养补充援助计划 (SNAP) 福利的申请表。如果您需要其他语言的申请表或需要请人口译，请联系您所在郡的协助办事处 (County Assistance Office)。将免费提供语言协助。



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមអ៊ិនធឺណិត៖ www.compass.state.pa.us

មានការងាយស្រួលក្នុងការស្នើសុំ!

១. បំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ។
២. ចុះហត្ថលេខា និង សរសេរថ្ងៃខែ នៅលើទំព័រ១ និង ទំព័រ៥។
៣. យកលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះទៅឲ្យដោយផ្ទាល់ តាមទូរសារ ឬផ្ញើតាមប៊ុស្តិ៍សំបុត្រទៅ ការិយាល័យដែលហ្វែររបស់អ្នក។

បើសិនជាលោកអ្នកពិការ ឬត្រូវការការលិខិតជាពុម្ពអក្សរធំ ឬតាមទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរស័ព្ទតាមខ្សែផ្តល់ជំនួយរបស់យើងខ្ញុំ
លេខ ១-៨០០-៦៩២-៧៤៦២។
សេវាសម្រាប់អ្នកភ្លេង (TDD) មានតាមរយៈលេខ ៧១១។

CAO Use Only				
APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER
DATE STAMP				



ចាប់ផ្តើម



យើងខ្ញុំសុំឲ្យអ្នកឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ ដើម្បីសម្រេចសិទ្ធិរបស់អ្នក លើកលែងតែមានការណែនាំប្រាប់អ្នកថា អ្នកអាចជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។ **យើងអាចចាប់ផ្តើមលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក បើអ្នកសរសេរ ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ចុះហត្ថលេខា ហើយប្រគល់លិខិតនេះឲ្យមកវិញ។** បើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ប័ណ្ណទិញម្ហូបអាហារ SNAP ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដែលយើងទទួល លិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ យើងនឹងជម្រាបទៅអ្នកក្នុងកំឡុងពេល ៣០ ថ្ងៃ ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ឬអត់។ បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅ ការិយាល័យដែលហ្វែររបស់អ្នក ឬទូរស័ព្ទតាមខ្សែផ្តល់ជំនួយលេខ ១-៨០០-៦៩២-៧៤៦២។

តើអ្នកចេះ អាន សរសេរ និងយល់ភាសាអង់គ្លេស ដែរឬទេ? ចេះ មិនចេះ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសា ដែរឬទេ? ត្រូវការ មិនត្រូវការ បើត្រូវការ ភាសាអ្វី? _____

គោត្តនាម របស់អ្នក	នាម របស់អ្នក	នាមកណ្តាល សរសេរកាត់
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នក (រួមទាំង ទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខតំបន់)		
តំបន់/COUNTY	លេខទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ)	លេខទូរស័ព្ទ (ផ្សេងទៀត)
		ម៉ោងដែលអាចទូរស័ព្ទទៅជួបបាន

ទទួលប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ SNAP បានយ៉ាងណា? អ្នកអាចទទួលប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ SNAP ក្នុងកំឡុងពេលប្រាំថ្ងៃ បើសិនជាឆ្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយនៃសំណួរទាំងនេះថា តិចជាង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលប្រាក់ទិញ ម្ហូបអាហារ SNAP បានយ៉ាងណា? 18: មានន័យថា អ្នកអាចទទួលប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ SNAP ក្នុងកំឡុងពេលប្រាំថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមដោយទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលហ្វែរក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

តិចជាង 19 តើក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ក្នុងខ្លួន និងក្នុងធនាគារ ១០០\$ ឬតិចជាងនេះ ហើយនឹងទទួលប្រាក់ចំណូលតិចជាង ១៥០\$ នៅខែនេះ ឬ?

ធ្វើ 19 តើអ្នកជា អ្នកធ្វើការដូរពិភពលោកមួយទៅកន្លែងមួយទៀត ឬជាកសិករធ្វើការតាមរដូវ ឬ?

តិចជាង 19 តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែមុនដកពន្ធ និងប្រាក់ដែលមានក្នុងខ្លួន និងក្នុងធនាគាររបស់អ្នក តិចជាង ថ្លៃជួលផ្ទះ/ថ្លៃបង់ថ្លៃទិញផ្ទះ និងថ្លៃទឹកភ្លើង ឬទេ ខែនេះ?

សរសេរឈ្មោះអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទាំងអស់ នៅខាងនេះបន្ទាប់					សរសេរព័ត៌មានខាងនេះបន្ទាប់ បើសិនជាបុគ្គលនេះស្នើសុំតែ ប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ តែប៉ុណ្ណោះ។		
គោត្តនាម នាម	នាមកណ្តាលសរសេរកាត់	ភេទ	ជាសិស្ស?	ថ្ងៃកំណើត ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ	ជាប់សាច់ញាតិទៅអ្នកជា	លេខសូល្យសិទ្ធិរ៉េដឺ	សញ្ជាតិអាមេរិកាំង? * (បើ 19 ត្រូវការឯកសារ ជនបរទេស)
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19		ខ្លួនឯង		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	<input type="checkbox"/> សិស្ស <input type="checkbox"/> 19				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> 19

* ព័ត៌មានអំពីជនបរទេសអាចបញ្ជាក់តាមរយៈ នាយកដ្ឋានផ្នែកទូលសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ (United States Citizen and Immigration Services) ហើយព័ត៌មាននេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងកម្រិតនៃការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់គ្រួសារអ្នក។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងទៅព័រនេះគឺជាការពិតដូចខ្ញុំដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ ហើយនឹងមានការផ្តន្ទាទោស បើមិនប្រាប់ការពិតអំពីក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ និងខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់។ **សូមចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ ហើយបន្តទៅទំព័រក្រោយទៀត។**

_____ ហត្ថលេខារបស់សាមីខ្លួន _____ ថ្ងៃខែ

ប្រាក់ចំណូល

តើមានអ្នកណាម្នាក់មានប្រាក់ចំណូល ដែរឬទេ? មាន គ្មានទេ

បើមាន សូមប្រាប់ពីប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកបានទទួលក្នុងខែនេះ ឬនឹងទទួលនៅថ្ងៃក្រោយ។



ប្រាក់ចំណូលរួមមាន តែគ្មានកំណត់ទៅនឹង៖

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| ប្រាក់ខែ
អត្ថប្រយោជន៍ពេលឈឺ | ប្រាក់បានពីជួលផ្ទះ
មានរបរខ្លួនឯង | ប្រាក់ឲ្យទៅប្រពន្ធឬប្តីក្រោយពេលលែងគ្នា/ប្រាក់ជំនួយ
ប្រាក់សូស្យល់សិទ្ធិរ៉ឺឌី | ប្រាក់ពេលចូលនិវត្តន៍
ប្រាក់ពេលគ្មានការងារធ្វើ ឬពេលធ្វើការលែងកើត |
| ប្រាក់ភាគរយពីការងារ/ប្រាក់កម្រៃ | ប្រាក់ក្រោយឈប់ពីទាហាន | ប្រាក់អេសអេសអាយ/SSI | ប្រាក់សម្រាប់មហាវិទ្យាល័យ ឬការហ្វឹកហ្វឺន |
| ប្រាក់បានពីមើលក្មេង | អត្ថប្រយោជន៍ពេលធ្វើកូដកម្ម | ប្រាក់បានពីជួលបន្ទប់ | ប្រាក់ចំណេញ ឬប្រាក់ការ |
| ប្រាក់ជួយចិញ្ចឹមកូន | ប្រាក់ឈ្នះលៃប្បង | | |

ឈ្មោះអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល៖	ប្រភេទ/ប្រភព នៃប្រាក់ចំណូល៖	ចំនួនប៉ុន្មាន?	ហ្វឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?	ថ្ងៃខែដែលទទួល៖
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

ដាក់ភ្ជាប់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល ដែលក្រុមគ្រួសារអ្នកទទួលក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃកន្លងទៅនេះ។ ភស្តុតាងរួមមាន កន្ទុយសែក ឬលិខិតបញ្ជាក់ ឬសែកបានពីកន្លែងធ្វើការ។

កាចង់ដឹងពីប្រវត្តិបទឧក្រិដ្ឋ

រត់ ទេ

តើអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ជាជនរត់គេចពីបទឧក្រិដ្ឋ ឬរត់គេចពីការកាត់ទោស ចាប់ខ្លួន ឬឃុំឃាំងនៅក្នុងគុក ចំពោះការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ ឬល្មើសនឹងកិច្ចសន្យានៃ ការព្យួរទោសសាកល្បង (probation) ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole) ក្រោមច្បាប់រដ្ឋសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋ ដែរឬទេ?

បើរត់គេច សូមប្រាប់យើងថាជាអ្នកណា?

ឈ្មោះសមាជិកក្នុងផ្ទះ៖ _____

ថ្ងៃខែ៖ _____ រដ្ឋ៖ _____

ធ្លាប់ ទេ

តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ទទួលការកាត់ទោសដោយលួចបន្លំវិលវៀរ ដែរឬទេ?

បើមាន សូមប្រាប់យើងថាជាអ្នកណា?

ឈ្មោះសមាជិកក្នុងផ្ទះ៖ _____

ថ្ងៃខែ៖ _____ រដ្ឋ៖ _____

ធ្លាប់ ទេ

តើអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ធ្លាប់បានគេដកសិទ្ធិ ឬយល់ព្រមឲ្យគេដកសិទ្ធិ ពីការទទួលប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (food stamps) ឬ SNAP នៅរដ្ឋផ្សេងទៀត ដែរឬទេ?

បើធ្លាប់ សូមប្រាប់យើងថាជាអ្នកណា? _____

ការចំណាយរបស់គ្រួសារ

សូមប្រាប់យើងអំពីការចំណាយរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងអំពីការចំណាយរបស់អ្នក។

មាន គ្មាន តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក បង់ថ្លៃជួយចិញ្ចឹមក្មេងទៅឲ្យអ្នកដែលមិនរស់នៅជាមួយអ្នក ដែរឬទេ?
បើមាន ជាបញ្ហារបស់តុលាការ ឬ? បញ្ហា ទេ

រួម ទេ តើម្តងម្កាលរួមបញ្ចូលជាមួយថ្ងៃជួលផ្ទះ ដែរឬទេ?

បង់ ទេ តើអ្នកបង់ថ្លៃកំដៅ ដែរឬទេ?

ទទួល អត់ទេ តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលជំនួយខាងផ្ទះសំបែង ដែរឬទេ?
បើទទួល ប្រភេទណា? _____

បើទទួល តើអ្នកទទួលការឧបត្ថម្ភសម្រាប់ថ្លៃភ្លើង ទឹក ហ្គែស ដែរឬទេ? ទទួល អត់ទេ

មាន គ្មាន តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជួយចេញថ្លៃចំណាយអ្វីឲ្យអ្នក ដែរឬទេ?
បើជួយ ចំណាយទៅលើអ្វី? _____
ចំនួនប៉ុន្មាន? _____ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____
ទៅឲ្យអ្នកណា? _____

ទាំងមូល បន្ទប់ តើអ្នកបង់ថ្លៃម៉ាស៊ីនត្រជាក់ក្នុងផ្ទះទាំងមូល ឬតែមួយបន្ទប់?

គូសលើការចំណាយប្រចាំខែ ដែលអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកត្រូវចំណាយ។ សូមគូស ទោះជាអ្នកបង់មិនពេញចំនួនក៏ដោយ។

ទូរស័ព្ទ ទឹក សម្រាម តម្លើងគ្រឿងប្រើទឹក ភ្លើង អគ្គិសនី ប្រេង ធុង អុស ប្រេងកាត
 លូទឹកស្អុយ ហ្គែស ប្រេន/Propane ផ្សេងៗ _____

មាន គ្មាន តើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ថ្លៃមើលក្មេង ឬមើលថែមនុស្សចាស់ដែលពិការ ដែរឬទេ ដើម្បីគាត់អាចទៅធ្វើការ ទៅរៀន ឬហ្វឹកហ្វឺន?

បើមាន មួយខែប៉ុន្មាន? \$ _____ មួយខែ

តើអ្នកណាជាអ្នកទទួលការមើលថែ? _____

បើសិនជាអ្នកត្រូវចំណាយទៅលើអ្វីមួយ ក្នុងចំណោមអ្វីៗទាំងនេះ តើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនប៉ុន្មាន ក្នុងមួយខែ?

ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ៖ \$ _____ ថ្លៃឈ្នួលខុនដូ៖ \$ _____
បង់ថ្លៃទិញផ្ទះ៖ \$ _____ ពន្ធផ្ទះ៖ \$ _____ ការធានារ៉ាប់រងផ្ទះ៖ \$ _____

ការចំណាយទៅលើថ្លៃពេទ្យ

អ្នកអាចទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP កាន់តែច្រើន បើសិនជាអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក មានអាយុ ៦០ ឆ្នាំឡើងទៅ ឬពិការ ហើយបើអ្នកអាចផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយទៅលើថ្លៃពេទ្យ។ គូសលើការចំណាយដែលអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកត្រូវចំណាយ។

ថ្លៃពេទ្យធ្មេញ ថ្លៃវេជ្ជបណ្ឌិត ឧបករណ៍ពេទ្យ ថ្លៃបង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬសំបុត្រពេទ្យ មេឌីវែ (Medicare)
 ថ្លៃគេងពេទ្យ ថ្នាំដែលវេជ្ជបណ្ឌិតចេញសំបុត្រឲ្យ អ្នកជំនួយក្នុងការមើលថែ (អ្នកដែលមកផ្ទះរបស់អ្នកដើម្បីជួយផ្តល់ការព្យាបាល)។
 សម្ភារៈដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព (ដូចជា វ៉ែនតា ប្រដាប់ពាក់ត្រចៀកស្តាប់ កន្ទបសម្រាប់មនុស្សចាស់)។
 ថ្លៃធ្វើដំណើរទៅពេទ្យ ទៅព្យាបាល ឬទៅយកថ្នាំ។ ទាំងនេះអាចមាន ថ្លៃជិះតាក់ស៊ី និងរថយន្តក្រុង។
 ផ្សេងៗ៖ _____

បើសិនជាអ្នកមិនរាយការណ៍ថ្លៃចំណាយក្នុងផ្ទះ និងមិនផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយទាំងនោះ (បើសិនជាគេតម្រូវ) យើងនឹងគិតថាអ្នកមិនចង់បានការកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយទាំងនេះទេ។

(ក្រសួងកសិកម្មនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ក្រសួងមូលហោរ និងអាហារដែលមានជីវជាតិ តំបន់អាត្លង់ទិច (Mid-Atlantic Region) លិខិតជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ និងនីតិវិធី ៦-៩៩ (Administrative Notice 6-99) បានចេញនៅថ្ងៃទី៤ ខែមករា ឆ្នាំ១៩៩៩)។

ព័ត៌មានអំពីពូជសាសន៍ និងជាតិពន្ធ (ស្រេចចិត្ត)

គេមិនត្រូវឲ្យអ្នកត្រូវតែបំពេញជំពូកនេះទេ។ សូមផ្តល់ព័ត៌មានពីពូជសាសន៍ និងជាតិពន្ធ អំពីអ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ ចាប់ផ្តើមដោយប្រាប់ពីខ្លួនអ្នកមុន។



ឈ្មោះ (ខ្លួនអ្នក)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ៉ុល <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី២)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ៉ុល <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៣)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ៉ុល <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៤)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ៉ុល <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៥)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ៉ុល <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៦)	<input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> អេស្ប៉ាញ៉ុល <input type="checkbox"/> មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល

ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត (ស្រេចចិត្ត)

បើសិនជាអ្នកមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះថ្ងៃនេះ ដែរឬទេ? ចង់ មិនចង់

បើសិនជាអ្នកមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត គេនឹងគិតថាអ្នកសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតក្នុងរយៈពេលនេះ។

ដើម្បីចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវ៖ ១) មានអាយុយ៉ាងតិច ១៨ ឆ្នាំនៅថ្ងៃបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។ ២) ចូលសញ្ជាតិអាមេរិកាំង យ៉ាងហោចណាស់មួយខែមុនថ្ងៃបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។ ៣) រស់នៅក្នុងរដ្ឋប៊ិនស៊ីលវ៉ានី និងតំបន់ដែលត្រូវទៅបោះឆ្នោតយ៉ាងហោចណាស់ ៣០ ថ្ងៃ មុនថ្ងៃបោះឆ្នោតលើកក្រោយ។

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬបដិសេធមិនចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់អ្វីដល់ចំនួននៃជំនួយដែលស្រុកនេះនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកទេ។

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញ លិខិតដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើស្វែងរកជំនួយ ឬទទួលយកជំនួយឬអត់ គឺនៅលើអ្នក។ អ្នកអាចបំពេញ លិខិតដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនេះដោយផ្ទាល់។ សូមទាក់ទងមកការិយាល័យវ៉ែលហ្វ្រែ (county assistance office) បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ។ បើសិនជាអ្នកជឿថា មានអ្នកណាម្នាក់ជ្រៀតជ្រាបលើសិទ្ធិចុះឈ្មោះរបស់អ្នក ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តចុះឈ្មោះ ឬដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិជ្រើសរើសគណបក្សផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬការចង់បានគណបក្សផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយលេខាធិការរដ្ឋ PA Department of State, Harrisburg, PA 17120។ (លេខទូរស័ព្ទដែលតិចតិច 1-877-VOTESPA ។)

បុគ្គលិកនៅការិយាល័យវ៉ែលហ្វ្រែនឹងបំពេញប្រអប់នេះយោងទៅលើចម្លើយរបស់អ្នកខាងលើ / COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

សម្រាប់តែការិយាល័យវ៉ែលហ្វ្រែ / CAO USE ONLY

1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?	EXPEDITED REVIEW	Initials:	Date:
2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?		<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - CLIENT NOTIFIED Reason for denial:	
3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are the household liquid resources equal to or less than \$100?			
4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the countable monthly gross income less than \$150?			
5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this a migrant or seasonal farm worker household?			
6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the household destitute?			
7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?	REGISTERED FOR CATEGORIES	▶	

អានអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ របស់អ្នក បន្ទាប់មកចុះហត្ថលេខា។



- ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតនេះនឹងត្រូវរក្សាទុកជាសម្ងាត់។
- ខ្ញុំដឹងថា រដ្ឋធីនស៊ីលវេនញ៉ាទទួលព័ត៌មានពី ប្រព័ន្ធបញ្ជាក់មើលសិទ្ធិតាមប្រាក់ចំណូល/ Income Eligibility Verification System (IEVS) និង ភ្នាក់ងារ រដ្ឋ និងរដ្ឋសហព័ន្ធ ផ្សេងទៀត ដើម្បីបញ្ជាក់មើល ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឲ្យពួកគេ។ ព័ត៌មានដែលមានតាមរយៈប្រព័ន្ធបញ្ជាក់មើលសិទ្ធិតាមប្រាក់ចំណូល នឹងត្រូវគេ ស្នើសុំ ប្រើ ហើយអាចបញ្ជាក់តាមរយៈ នៃការទាក់ទងរួមគ្នា នៅពេលឃើញសេចក្តី លម្អិតដែលមិនស្របគ្នា ដោយភ្នាក់ងាររដ្ឋ ហើយព័ត៌មាននេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់ក្រុមគ្រួសារ និងកម្រិតនៃអត្ថប្រយោជន៍ គេអាចតម្រូវឲ្យខ្ញុំសងអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំ ហើយគេអាចកាត់ទោសខ្ញុំ និងដកសិទ្ធិពីការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អ្វីមួយនាពេលអនាគត។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ជាក់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន អំពីលុយកាក់ និងសុខភាព ទៅឲ្យ និងមកពី ក្រសួងនៃសេវាមនុស្ស ក្នុងគោលបំណងនៃការសម្រេចសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP)។
- ខ្ញុំដឹងថា ការផ្លាស់ប្តូរដែលគេតម្រូវឲ្យខ្ញុំឲ្យយកមក ត្រូវតែរាយការណ៍ក្នុងកំឡុងពេល ១០ ថ្ងៃដំបូង នៃខែនោះ ក្រោយខែដែលមានការផ្លាស់ប្តូរ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្នើសុំឲ្យមានសវនាការ បើសិនជាខ្ញុំមិនយល់ស្របតាមការសម្រេចដែលបានធ្វើឡើងនៅលើលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំដឹងថា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំគឺស្ថិតនៅលើការបញ្ជាក់ព័ត៌មាននៃការងារ ប្រភពលុយកាក់ និងភាគីទីបីផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំដឹងថា ច្បាប់របស់រដ្ឋសហព័ន្ធ តម្រូវឲ្យអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំប្រាក់សម្រាប់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP) ផ្តល់លេខសូស្យល់សិខ្សវីធី។ បើសិនជាមិនផ្តល់លេខសូស្យល់សិខ្សវីធី ឬដាក់ពាក្យស្នើសុំលេខសូស្យល់សិខ្សវីធី បុគ្គលនោះគ្មានសិទ្ធិទទួល SNAP ទេ។ គេអាចប្រើលេខទាំងនេះដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ (7CFR273.6) គេនឹងពិនិត្យមើលលេខទាំងនេះជាមួយបញ្ជីរបស់ប៉ូលីសរដ្ឋ ធីនស៊ីលវេនញ៉ា (PA State Police records) បញ្ជីរបស់តុលាការរដ្ឋធីនស៊ីលវេនញ៉ា និងបញ្ជីផ្សេងៗទៀតដែលមាន។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិសុំជំនួយបកប្រែភាសា បើសិនជាខ្ញុំមិនចេះនិយាយ ឬមានភាសាអង់គ្លេស។ ជំនួយនេះនឹងផ្តល់ឲ្យក្នុងកំឡុងពេលដែលត្រូវការសម្រាប់ការចាត់ចែងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់អំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ តាមសមត្ថភាពយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងនេះគឺជាការពិត ក្រោមការពិន័យនៃការភូតករ (បទឧក្រិដ្ឋ)។
- ការមិនរាយការណ៍ ឬមិនផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចំណាយក្នុងគ្រួសារ នឹងចាត់ទុកថាជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់ខ្ញុំ ថាមិនចង់ទទួលបានការកាត់បន្ថយចំពោះការចំណាយដែលមិនបានរាយការណ៍ ឬគ្មានភស្តុតាង។ (អាជ្ញាធរ៖ ក្រសួងកសិកម្មនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ក្រសួងម្ហូបអាហារ និងអាហារដែលមានជីវជាតិ តំបន់អាត្លង់ទិច (Mid-Atlantic Region) លិខិតជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ និងនីតិវិធី ៦-៩៩ (Administrative Notice 6-99) បានចេញនៅថ្ងៃទី៤ ខែមករា ឆ្នាំ១៩៩៩)។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ការចំណាយឲ្យក្រុមគ្រួសារ នៅពេលខ្ញុំរាយការណ៍ ហើយគេអាចសុំឲ្យខ្ញុំផ្តល់ភស្តុតាងអំពី ការចំណាយទាំង នោះ នៅពេលណាក៏បាន ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើការបញ្ជាក់របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចជ្រើសរើសអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិផ្ទាល់ ដោយបំពេញជំពូកផ្តល់អំណាចដល់អ្នកតំណាងខាងក្រោមនេះ។

ដោយចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា អ្នកដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យស្នើសុំ ជាសញ្ជាតិអាមេរិកាំង ឬមិនទាន់ចូលសញ្ជាតិ តែជាជនអន្តោប្រវេសន៍ស្របច្បាប់។ ខ្ញុំត្រូវតែចុះ ហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំនេះ ទើបមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់សម្រាប់ទិញម្ហូបអាហារ តាមច្បាប់។

ហត្ថលេខារបស់អ្នក	ថ្ងៃខែ	ហត្ថលេខារបស់ អ្នកផ្តល់ការបម្រើ/អ្នកធ្វើការ/សាក្សី
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ	ថ្ងៃខែ	

សារៈសំខាន់៖ បើសិនជាក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP) អ្នកអាចទទួលបាន លិខិតយល់ព្រមជាប់រហ័សតាមប៉ុស្តិ៍ស័កបុត្រ ដែលអនុញ្ញាតឲ្យអ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក ត្រូវតែចុះ ឈ្មោះឲ្យដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងកម្មវិធីសំបុត្រពេទ្យរដ្ឋ (Medical Assistance) ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ	អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ	លេខទូរស័ព្ទ

មានសំណួរ?

ទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យវីលហ្វរដ៍របស់អ្នក ឬ មជ្ឈមណ្ឌលចំនួនបួនរដ្ឋ លេខ **១-៨៧៧-៣៩៥-៨៩៣០**។

ក្នុងទីក្រុងហ្សឺណាដែលហ្ស៊ា សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **១-២១៥-៥៦០-៧២២៦**។

យើងខ្ញុំនៅទីនេះចាំជួយអ្នក។ ទូរស័ព្ទពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង ៨:៣០ ព្រឹក ដល់ ៥ ល្ងាច

ទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកគរ ឬផ្លូវ (TTY/TDD) **៧១១**។

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ របស់លោកអ្នក៖



សិទ្ធិចំពោះឆាតទិន្នន័យសំខាន់ៗ

យោងទៅលើ ច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋសហព័ន្ធ (Federal civil rights law) និង ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង (U.S. Department of Agriculture (USDA)) ច្បាប់ និងបញ្ញត្តិ សិទ្ធិស៊ីវិល ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង ភ្នាក់ងាររបស់ក្រសួង ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួម ឬចាត់ចែងកម្មវិធីក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង ត្រូវហាមឃាត់ពីការរើសអើងដែលយោងទៅលើ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ភេទ ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការផ្តាច់រូប ឬការសងសឹក ចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលកាលពីមុន ក្នុងកម្មវិធីអ្វីមួយ ឬសកម្មភាពដែលបានធ្វើ ឬបានឧបត្ថម្ភ ដោយក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង។

ជនពិការដែលត្រូវការជំនាញចំពោះការងារ ដើម្បីព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ឧ. អក្សរសម្រាប់មនុស្សឆ្មារ ឬអក្សរធំៗ កាសែតសម្លេង ភាសាធ្វើតាមសញ្ញាដៃសម្រាប់អ្នកឆ្លងភាសា ។ល។) ត្រូវទាក់ទងទៅភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬ តំបន់) នៅកន្លែងដែលពួកគេដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលឆ្លង ភ្នាក់ងារមិនច្បាស់ ឬនិយាយមិនច្បាស់ អាចទាក់ទងទៅ USDA តាមរយៈ ទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកឆ្លង (Federal Relay Service) លេខ (៨០០) ៨៧៧-៨៣៣៩។ ជាបន្ថែមទៀត ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានតាមរយៈនៃកាសែតភ្លេងទៀត ក្រៅពីកាសែតអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងនៃកម្មវិធី សូមបំពេញលិខិតដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង និងកម្មវិធីរបស់ USDA, (AD-3027), ឬមាននៅក្នុងវិបសៃ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html និងនៅការិយាល័យ USDA ឬសរសេរលិខិតទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់ព័ត៌មានដែលចង់ស្នើសុំទាំងអស់ នៅក្នុងលិខិតនោះ។ ដើម្បីស្នើសុំលិខិតដាក់ពាក្យបណ្តឹងមួយច្បាប់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (៨៦៦) ៦៣២-៩៩៩២។ ធ្វើលិខិតដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬលិខិតរបស់អ្នក ទៅ USDA តាមរយៈ៖

- (1) ប៊ុស្តិ៍ស័ប្យត្រេ ៖ U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) ទូរស័ព្ទ ៖ (202) 690-7442; ឬ
- (3) អ៊ីមែល ៖ program.intake@usda.gov.

ស្ថាប័ននេះជាស្ថាប័នដែលផ្តល់ឱកាសស្នើសុំភាព។

សេចក្តីផ្តើមការអំពីច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់

- (i) ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រួមទាំង លេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋ (SSN) របស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ បានអនុញ្ញាតក្រោម ច្បាប់ហ្វុតស្តេមនៃឆ្នាំ១៩៧៧ (Food Stamp Act of 1977) ដូចបានកែប្រែ 7 U.S.C. 2011-2036។ គេនឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីសម្រេចចាំអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី SNAP ឬអត់។ យើងខ្ញុំនឹងបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈនៃកម្មវិធី ផ្ទះផ្តល់ដោយកុំល្អទ័រ។ គេក៏នឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីតាមដានការប្រើប្រាស់កម្មវិធី និងសម្រាប់ការចាត់ចែងកម្មវិធី។
- (ii) គេអាចបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះទៅឲ្យភ្នាក់ងាររដ្ឋសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋ សម្រាប់ការពិនិត្យមើលជាផ្លូវការ និងទៅឲ្យភ្នាក់ងារមានសមត្ថកិច្ច ក្នុងគោលបំណងចាប់ខ្លួនអ្នករត់គេចពីច្បាប់។
- (iii) បើសិនជាមានការទាមទារពីកម្មវិធី SNAP ប្រឆាំងនឹងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក គេអាចបញ្ជូនព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ រួមទាំងលេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋទាំងអស់ ទៅឲ្យភ្នាក់ងាររដ្ឋសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ រួមទាំងភ្នាក់ងារទាមទារឯកជន ដើម្បីធ្វើការទាមទារឲ្យសងវិញ។
- (iv) ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលស្នើសុំ រួមទាំងលេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋរបស់សមាជិកគ្រួសារគ្រប់រូប គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាដូច្នោះក៏ដោយ ការមិនផ្តល់លេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋ នឹងបណ្តាលឲ្យគេបដិសេធមិនឲ្យអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ទៅបុគ្គលណាដែលមិនផ្តល់លេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋ។ គេនឹងប្រើ និងបញ្ជាក់ លេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋដែលបានផ្តល់ឲ្យ ដូចគ្នានឹងលេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋរបស់សមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិទទួល។

សិទ្ធិរក្សាការសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកទុកជាសម្ងាត់។ គេនឹងប្រើសម្រាប់តែការសម្រេចឲ្យដឹងថាតើលោកអ្នកមានសិទ្ធិលើកម្មវិធីអ្វីមួយ។ នៅពេលស្នើសុំ ការិយាល័យវិបសៃត្រូវផ្តល់ឲ្យភ្នាក់ងារមានសមត្ថកិច្ច រដ្ឋសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងតំបន់នូវអាស័យដ្ឋាន លេខសូស្យល់សិទ្ធិរដ្ឋ និងរូបថត (បើសិនជាមាន) របស់បុគ្គលដែលរត់គេចពី ការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ចំពោះបទឧក្រិដ្ឋ ឬការដោះលែងសាកល្បង (probation) ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ (parole)។ ជនណាម្នាក់ដែលល្មើសនឹងវិន័យ ឬបញ្ញត្តិ របស់ក្រសួងនេះដោយចេតនា នឹងត្រូវកាត់ទោសឲ្យបង់ថ្លៃពិន័យមិនលើសពីមួយរយ (១០០\$) ដុល្លារ ឬជាប់គុកមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទាំងពីរមុខ (62 P.S. section 483) ។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរជាច្បាប់អក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ បើសិនជាយើង បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ពន្យារពេល ឬបញ្ឈប់ អត្ថប្រយោជន៍ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុនោះ។ អ្នកមានពេល ៩០ ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃធ្វើលិខិតជូនដំណឹងនេះ ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក/លិខិតជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិទទួល ដើម្បីសុំឲ្យមានសវនាការសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP) របស់អ្នក។

សិទ្ធិតវ៉ា

អ្នកមានសិទ្ធិសុំឲ្យក្រសួងសេវាមនុស្ស (Department of Human Services (DHS)) ធ្វើសវនាការដើម្បីតវ៉ានូវការសម្រេច បើសិនជាអ្នកជឿថាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬបើសិនជា DHS មិនពិនិត្យមើលលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យតវ៉ានៅ ការិយាល័យវិបសៃ (CAO)។ បើសិនជាអ្នកតវ៉ា អ្នកអាចស្នើសុំការជួបប្រជុំជាបន្ទាន់មុនថ្ងៃសវនាការ។ បើសិនជាអ្នកតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការសម្រេចនៃប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារឲ្យបានឆាប់រហ័ស អ្នកមានសិទ្ធិមានអង្គប្រជុំបែបនេះជាមួយអ្នកមើលខុសត្រូវក្នុងកំឡុងពេលពីរថ្ងៃធ្វើការ។ នៅទីសវនាការ អ្នកអាចដំណាងឲ្យខ្លួនឯង ឬអ្នកណាម្នាក់ដូចជា មេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចតំណាងឲ្យអ្នក។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដែល ពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវជួយផ្តល់ភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យ។ គេអាចបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ បើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ភស្តុតាងអ្វីមួយ។ បើសិនជាអ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបាន អ្នកត្រូវសុំការិយាល័យវិបសៃឲ្យជួយអ្នកយកភស្តុតាងនោះ។ បើសិនជា DHS ឬការិយាល័យវិបសៃចាត់អំពើពុករលួយ (Office of Inspector General) ទាក់ទងទៅអ្នក អ្នកត្រូវសហការយ៉ាងពេញទំហឹងជាមួយអ្នកទាំងនោះ ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតទាំងនោះ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការអោយការអំពីការផ្លាស់ប្តូរ

បើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ គេត្រូវឲ្យអ្នករាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក ទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬ មណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ (Customer Service Center)។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍រួមមាន អ្នកចាកចេញពីផ្ទះ ឬអ្នកមករស់នៅក្នុងផ្ទះ អាស័យដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់អ្នកណាម្នាក់ បើអ្នកណាម្នាក់ចាត់បង់ការងារ ឆ្លងទន្លេ មានប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល។ អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងលិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួល និងរៀបរាប់សេចក្តីលម្អិតចំ យោងទៅលើកម្មវិធី និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។ ការមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការដែលមាននៅក្នុងការណែនាំរបស់កម្មវិធី អាចបណ្តាលឲ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ មានផលវិបាក ឬការចោទប្រកាន់តាមច្បាប់ស៊ីវិល ឬបទឧក្រិដ្ឋ។ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យវិបសៃដោយផ្ទាល់ តាមទូរស័ព្ទ តាមទូរសារ តាមប៊ុស្តិ៍ស័ប្យត ឬតាមរយៈ គណនេយ្យ COMPASS ឬតាមទូរស័ព្ទទៅ មណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ លេខ ១-៨៧៧-៣៩៥-៨៩៣០ ឬសម្រាប់ទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សឺ ១-២១៥-៥៦០-៧២២៦។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យវិបសៃតាមទូរស័ព្ទ តាមទូរសារ តាមប៊ុស្តិ៍ស័ប្យត បានដែរ។

ការហាមឃាត់ និងពិន័យ អានអំពីការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖



បើសិនជារឿងនេះកើតឡើងដោយគ្មានមូលហេតុ		អាចផ្តល់ឲ្យមាន (ពិន័យ)
ការប្រើប័ណ្ណ EBT និង PA ACCESS មិនត្រឹមត្រូវ។		ពិន័យ ជាប់គុក ឬទាំងពីរមុខ។
មិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមការតម្រូវ។		បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ អត្ថប្រយោជន៍។
ផ្តល់ព័ត៌មានខុស មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ដោយចេតនា។		ពិន័យ ដកសិទ្ធិ និង/ឬ ជាប់គុកចំពោះការលួចបន្លំវិលវៀរ ការដកសិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងសវនាការ។ គ្មានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP៖ • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។
ដូរ លក់ ឬចង់ដូរ ចង់លក់ ចង់ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ ACCESS របស់អ្នកដទៃ។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • គ្រប់ការកាត់ទោសទាំងអស់ ដោយឡែកការ - ១២ ខែ
ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ខុស, ឧទាហរណ៍ ដូរ លក់ ឬទិញ ប័ណ្ណ EBT ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយចេតនា។ បំប្លែងអត្ថប្រយោជន៍ ឬទិញផ្សេងសម្រាប់ដោយប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់កក់ - ឬទិញអ្វីៗដែលមិនចេញថ្លៃឲ្យដោយ SNAP ដូចជា ស្រា ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារដែលបានទទួលហើយ ឬទិញម្ហូបអាហាររៀង។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។ • ទទួលបានការកាត់ទោសពីតុលាការលើកទីមួយ លើសពី៥០០\$ – រហូត។
ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងគោលបំណងចង់បានប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ ដោយលក់អ្វីៗទាំងនោះគិតជាប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ។		
ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាមុន ក្នុងគោលបំណងជួយកលុយ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ ដោយចេតនា។		
ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងដែលត្រូវហាមឃាត់។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទី១ – ២៤ ខែ។ • លើកទី២ – រហូត។
ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីលក់កាំភ្លើង គ្រាប់រំសេវ ឬ រំសេវផ្ទុះ។		លើកទី១ – គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូត។
ទទួលបានការកាត់ទោសចំពោះ ការទិញ លក់ ឬដូរ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ចំនួន ៥០០\$ ឡើងទៅ។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូត។
ភូតភរបន្តអំពីរូបអ្នក ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP លើសពីមួយកន្លែង។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល១០ឆ្នាំ។
រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារ បទឧក្រិដ្ឋ/ប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ - ឬរត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាម ការព្យួរទោសសាកល្បង (probation) ឬ ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole)។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។
បើសិនជាអ្នកមានទោសចំពោះ ការលួចបន្លំ ឬមិនធ្វើតាមវិន័យខាងលើនេះ៖		<ul style="list-style-type: none"> • ពិន័យរហូតដល់ទៅ \$250,000 សម្រាប់ SNAP • ជាប់គុករហូតដល់ទៅ២០ឆ្នាំ សម្រាប់ SNAP និង/ឬ • សងវិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានទទួល។ • ដកសិទ្ធិពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ សម្រាប់រយៈពេលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះ ដោយកម្មវិធី។
<p>បទបញ្ជាផ្ទៃក្នុង</p> <p>ការងារ សម្រាប់ភិម្មវិធី SNAP</p>	<p>សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ដែលមានសមត្ថភាពទាំងរាងកាយ និងផ្លូវចិត្ត - ដែលមានអាយុ ១៥ ឆ្នាំឡើងទៅ និងក្រោមអាយុ ៦០ ឆ្នាំ - ដែលគ្មានការលើកលែង ឬមានមូលហេតុ។</p> <p>បដិសេធន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • មិនចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ការងារ/ហ្វឹកហ្វឺន ដែលបានលំប្រម។ • មិនយល់ព្រមធ្វើការ • មិនប្រាប់ CAO អំពីស្ថានភាពការងារ និងការងារដែលមាន។ 	<p>ដោយចេតនា សម្រេចថា៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ឈប់ធ្វើការ។ • បន្ថយម៉ោងធ្វើការឲ្យនៅតិចជាង ៣០ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារផ្សេងទៀតត្រូវតាមតម្រូវការនៃការងារនោះរួចទៅហើយ)។ <p>គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • លើកទីមួយ – មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • លើកទីពីរ – បីខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • បីដងឡើងទៅ - ប្រាំមួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។



សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ របស់អ្នក៖

សិទ្ធិចំពោះភាពមិនរើសអើង

យោងទៅលើ ច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋសហព័ន្ធ (Federal civil rights law) និង ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង (U.S. Department of Agriculture (USDA)) ច្បាប់ និងបញ្ញត្តិ សិទ្ធិស៊ីវិល ក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង ភ្នាក់ងាររបស់ក្រសួង ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួម ឬចាត់ចែងកម្មវិធីក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង ត្រូវហាមឃាត់ពីការរើសអើងដែលយោងទៅលើ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ភេទ ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការផ្ទេរធន ឬការសងសឹក ចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលកាលពីមុន ក្នុងកម្មវិធីអ្វីមួយ ឬសកម្មភាពដែលបានធ្វើ ឬបានខបត្ត ដោយក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង។

ជនពិការដែលត្រូវការព័ត៌មានទាក់ទងនឹងកម្មវិធី (ឧ. អក្សរសម្រាប់មនុស្សភ្នែក ឬអក្សរធំៗ កាសែតសម្លេង តារាងតម្លៃសម្រាប់អ្នកភ្នែកអាមេរិកាំង ។ល។) ត្រូវទាក់ទងទៅភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬ តំបន់) នៅកន្លែងដែលពួកគេដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលត្រូវ ឬស្ថាប័នមិនសូវ ឬនិយាយមិនច្បាស់ អាចទាក់ទងទៅ USDA តាមរយៈទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកភ្នែក (Federal Relay Service) លេខ (800) 678-6203។ ជាបន្ថែមទៀត ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានតាមរយៈនៃភាសាផ្សេងទៀត ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងនៃកម្មវិធី សូមបំពេញពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង និងកម្មវិធីរបស់ USDA, (AD-3027), ឬមាននៅក្នុងរូបស្តី http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html និងនៅការិយាល័យ USDA ឬសរសេរលិខិតទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់ព័ត៌មានដែលចង់ស្នើសុំទាំងអស់ នៅក្នុងលិខិតនេះ។ ដើម្បីស្នើសុំលិខិតដាក់ពាក្យបណ្តឹងមួយច្បាប់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (800) 678-6203 ឬលិខិតដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬលិខិតរបស់អ្នក ទៅ USDA តាមរយៈ៖

- (1) ប៉ុស្តិ៍ស៊ីវិល៖ U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) ទូរស័ព្ទ៖ (202) 690-7442; ឬ
- (3) អ៊ីមែល៖ program.intake@usda.gov.

ស្ថាប័ននេះជាស្ថាប័នដែលផ្តល់ឱកាសស្នើសុំ។

សេចក្តីផ្តើមការអំពីច្បាប់ស្តីពីការសម្របសម្រួល

- (i) (ការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រួមទាំង លេខសូស្យល់សិខ្យវិធី (SSN) របស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ បានអនុញ្ញាតក្រោម ច្បាប់ហ្វុតស្តេមនៃឆ្នាំ១៩៧៧ (Food Stamp Act of 1977) ដូចបានកែប្រែ 7 U.S.C. 2011-2036។ គេនឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី SNAP ឬអត់។ យើងខ្ញុំនឹងបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះតាមរយៈកម្មវិធី ផ្លូវផ្តងដោយកុំល្អទេ។ គេក៏នឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីតាមដានការគ្រប់គ្រងឱ្យត្រឹមត្រូវ ជាមួយបទបញ្ជារបស់កម្មវិធី និងសម្រាប់ការចាត់ចែងកម្មវិធី។
- (ii) គេអាចបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះទៅឲ្យភ្នាក់ងាររដ្ឋសហព័ន្ធ រដ្ឋ សម្រាប់ការពិនិត្យមើលជាផ្លូវការ និងទៅឲ្យភ្នាក់ងាររដ្ឋសមត្ថកិច្ច ក្នុងគោលបំណងចាប់ខ្លួនអ្នករត់គេចពីច្បាប់។
- (iii) បើសិនជាមានការទាមទារពីកម្មវិធី SNAP ប្រឆាំងនឹងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក គេអាចបញ្ជូនព័ត៌មាននៅក្នុងលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ រួមទាំងលេខសូស្យល់សិខ្យវិធីទាំងអស់ ទៅឲ្យភ្នាក់ងាររដ្ឋសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ព្រមទាំងភ្នាក់ងារទាមទារករណី ដើម្បីធ្វើការទាមទារឲ្យសងវិញ។
- (iv) ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលស្នើសុំ រួមទាំងលេខសូស្យល់សិខ្យវិធីរបស់សមាជិកគ្រួសារគ្រប់រូប គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាដូច្នោះក៏ដោយ ការមិនផ្តល់លេខសូស្យល់សិខ្យវិធី នឹងបណ្តាលឲ្យគេបដិសេធនិមន្តឲ្យអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ទៅបុគ្គលណាដែលមិនផ្តល់លេខសូស្យល់សិខ្យវិធី។ គេនឹងប្រើ និងបញ្ជាក់ លេខសូស្យល់សិខ្យវិធីដែលបានផ្តល់ឲ្យ ដូចគ្នានឹងលេខសូស្យល់សិខ្យវិធីរបស់សមាជិកគ្រួសារដែលមានសិទ្ធិទទួល។

សិទ្ធិរក្សាការសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកទុកជាសម្ងាត់។ គេនឹងប្រើសម្រាប់តែការសម្រេចឲ្យដឹងថាតើអ្នកមានសិទ្ធិលើកម្មវិធីអ្វីមួយ។ នៅពេលស្នើសុំ ការិយាល័យដែលប្រើប្រាស់ឲ្យភ្នាក់ងារមានសមត្ថកិច្ច រដ្ឋសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងតំបន់ រដ្ឋសម្របសម្រួល លេខសូស្យល់សិខ្យវិធី និងរូបថត (បើសិនជាមាន) របស់បុគ្គលដែលរត់គេចពី ការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការបញ្ឈប់ប្រតិបត្តិ ឬការដោះលែងសាកល្បង (probation) ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមិនកំណត់ (parole)។ ជនណាម្នាក់ដែលស្នើសុំនឹងរើស ឬបញ្ញត្តិ របស់ក្រសួងនេះដោយចេតនា នឹងមានទោសកម្រិតមធ្យម បើមានទោស និងត្រូវកាត់ទោសឲ្យបង់ថ្លៃពីនិយមន័យលើសពីមួយរយ (១០០\$) ដុល្លារ ឬជាប់គុកមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទាំងពីរមុខ (62 P.S. section 483)។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរដោយលក្ខណៈអក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរដោយលក្ខណៈអក្សរ ដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ បើសិនជាយើង បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ពន្យល់ ឬបញ្ឈប់ អត្ថប្រយោជន៍ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរដោយលក្ខណៈអក្សរ ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុនោះ។ អ្នកមានពេល៩០ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃធ្វើលិខិតជូនដំណឹងនៃ ការពន្យល់ដោយលក្ខណៈអក្សររបស់អ្នកលើលិខិតជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិទទួល ដើម្បីសុំឲ្យមានសវនាការសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP) របស់អ្នក។

សិទ្ធិគាំ

អ្នកមានសិទ្ធិសុំឲ្យក្រសួងសេវាមនុស្ស (Department of Human Services (DHS)) ធ្វើសវនាការដើម្បីត្រួតពិនិត្យការសម្រេច បើសិនជាអ្នកជឿថាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬបើសិនជា DHS មិនពិនិត្យមើលលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំនៅ ការិយាល័យដែលប្រើ (CAO)។ បើសិនជាអ្នកតវ៉ា អ្នកអាចស្នើសុំការជួបប្រជុំជាបន្ទាន់មុនថ្ងៃសវនាការ។ បើសិនជាការតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការសម្រេចនៃប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារឲ្យបានឆាប់រហ័ស អ្នកមានសិទ្ធិមានអង្គប្រជុំបែបនេះជាមួយអ្នកមើលខុសត្រូវក្នុងកំឡុងពេលពីរថ្ងៃធ្វើការ។ នៅទីសវនាការ អ្នកអាចនិយាយឲ្យខ្លួនឯង ឬអ្នកណាម្នាក់ដូចជា មេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចតំណាងឲ្យអ្នក។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដែល ពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវជួយផ្តល់ភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យ។ គេអាចបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ បើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ភស្តុតាងអ្វីមួយ។ បើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ភស្តុតាងបាន អ្នកត្រូវសុំការិយាល័យដែលប្រើឲ្យជួយអ្នកយកភស្តុតាងនោះ។ បើសិនជា DHS ឬការិយាល័យផ្នែកកំចាត់អំពីពុករលួយ (Office of Inspector General) ទាក់ទងទៅអ្នក អ្នកត្រូវសហការយ៉ាងពេញទំហឹងជាមួយអ្នកទាំងនោះ ឬអ្នកស្នើបង្គោលទាំងនោះ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការយកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ

បើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ គេត្រូវឲ្យអ្នករាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក ទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬមណ្ឌលបម្រើដល់ភ្ញៀវ (Customer Service Center)។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍រួមមាន អ្នកចាកចេញពីផ្ទះ ឬអ្នកមករស់នៅក្នុងផ្ទះ អាស័យដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់អ្នកណាម្នាក់ បើអ្នកណាម្នាក់ចាត់បង់ការងារ ឆ្លងទន្លេ មានប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល។ អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងលិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួល នឹងរៀបរាប់សេចក្តីលម្អិតចំពោះ យោងទៅលើកម្មវិធី និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។ ការមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមត្រូវការដែលមាននៅក្នុងការណែនាំរបស់កម្មវិធី អាចបណ្តាលឲ្យចាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ មានផលវិបាក ឬការចោទប្រកាន់តាមច្បាប់ស៊ីវិល ឬបទឧក្រិដ្ឋ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យដែលប្រើដោយផ្ទាល់ តាមទូរស័ព្ទ តាមទូរសារ តាមប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ ឬតាមរយៈគណនេយ្យ COMPASS ឬតាមទូរស័ព្ទទៅមណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ លេខ ១-៨៧៧-៣៩៥-៨៩៣០ ឬសម្រាប់ទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សឺ ១-២១៥-៥៦០-៧២២៦។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យដែលប្រើតាមទូរស័ព្ទ តាមទូរសារ តាមប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ បានដែរ។

ការហាមឃាត់ និងពិន័យ អានអំពីការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖



ប្រើសិទ្ធិជាម្យ៉ាងនេះកើតឡើងដោយគ្មានមូលហេតុ		អាចផ្តល់ឲ្យមាន (ពិន័យ)
ការប្រើប័ណ្ណ EBT និង PA ACCESS មិនត្រឹមត្រូវ។		ពិន័យ ជាប់គុក ឬទាញពីរមុខ។
មិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរតាមការតម្រូវ។		បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ អត្ថប្រយោជន៍។
ផ្តល់ព័ត៌មានខុស មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ ដោយចេតនា។		<p>ពិន័យ ដកសិទ្ធិ និង/ឬ ជាប់គុកចំពោះការលួចបន្លំវិលវៀរ ការដកសិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងសវនាការ។</p> <p>គ្មានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។
ដូរ លក់ ឬចង់ដូរ ចង់លក់ ចង់ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ ACCESS របស់អ្នកដទៃ។		<p>គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • គ្រប់ការកាត់ទោសទាំងអស់ ដោយឡែក ១២ ខែ
ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ខុស, ឧទាហរណ៍ ដូរ លក់ ឬទិញ ប័ណ្ណ EBT ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយចេតនា។ បំប្លែងអត្ថប្រយោជន៍។ ឬទិញផ្សេងៗទៀតដោយប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់កក់ - ឬទិញអ្វីៗដែលមិនចេញថ្លៃឲ្យដោយ SNAP ដូចជា ស្រា ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារដែលបានទទួលហើយ ឬទិញម្ហូបអាហារទៀត។		<p>គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។ • ទទួលបានការកាត់ទោសពីតុលាការលើកទីមួយ លើសពី ៥០០\$ – រហូត។
ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងគោលបំណងចង់បានប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ ដោយលក់អ្វីៗទាំងនោះគិតជាប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ។		<ul style="list-style-type: none"> • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។ • ទទួលបានការកាត់ទោសពីតុលាការលើកទីមួយ លើសពី ៥០០\$ – រហូត។
ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាមុន ក្នុងគោលបំណងជួយកលុយ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ ដោយចេតនា។		
ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងដែលត្រូវហាមឃាត់។		<p>គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • លើកទី១ – ២៤ ខែ។ • លើកទី២ – រហូត។
ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីលក់កាត់ក្តី គ្រាប់រំសេវ ឬ រំសេវផ្ទះ។		លើកទី១ – គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូត។
ទទួលបានការកាត់ទោសចំពោះ ការទិញ លក់ ឬដូរ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ចំនួន ៥០០\$ ឡើងទៅ។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូត។
ភូតភរបន្តអំពីរូបអ្នក ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP លើសពីមួយកន្លែង។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល១០ឆ្នាំ។
រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារ បទឧក្រិដ្ឋ/ប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ - ឬរត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាម ការព្យួរទោសសាកល្បង (probation) ឬ ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole) ។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។
		<ul style="list-style-type: none"> • ពិន័យរហូតដល់ទៅ \$250,000 សម្រាប់ SNAP • ជាប់គុករហូតដល់ទៅ២០ឆ្នាំ សម្រាប់ SNAP និង/ឬ • សងវិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានទទួល។ • ដកសិទ្ធិពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ សម្រាប់រយៈពេលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះ ដោយកម្មវិធី។
<p>បទបញ្ជាវិន័យការងារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP</p>	<p>សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ដែលមានសមត្ថភាពទាំងរាងកាយ និងផ្លូវចិត្ត - ដែលមានអាយុ ១៥ ឆ្នាំឡើងទៅ និងក្រោមអាយុ ៦០ ឆ្នាំ - ដែលគ្មានការលើកលែង ឬមានមូលហេតុ។</p> <p>បដិសេធ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • មិនចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ការងារ/ហ្វឹកហ្វឺន ដែលបានយល់ព្រម។ • មិនយល់ព្រមធ្វើការ • មិនប្រាប់ CAO អំពីស្ថានភាពការងារ និងការងារដែលមាន។ 	<p>ដោយចេតនា សម្រេចថា៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ឈប់ធ្វើការ។ • បន្ថយម៉ោងធ្វើការ ឲ្យនៅតិចជាង ៣០ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារផ្សេងទៀតត្រូវតាមតម្រូវការនៃការងារនោះរួចទៅហើយ)។
		<p>គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • លើកទីមួយ – មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • លើកទីពីរ – បីខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • បីដងឡើងទៅ - ប្រាំមួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES