

ការបញ្ជាក់ឡើងវិញសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយលើការជួលបន្ទាន់ (ERAP)

តើនរណាជាអ្នកបញ្ជាក់ឡើងវិញ? អ្នកជួល ម្ចាស់ផ្ទះ (ក្នុងនាមអ្នកជួល)

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជួល			
នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	SSN# (ដែលមានជម្រើស)	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	ហ្សឺប	ខោនធី
ទូរសព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (បើមាន)		កាលបរិច្ឆេទ
ត្រូវសារ ៖ ចំនួនមនុស្សធំ _____ ចំនួនកុមារក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ _____			
តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងត្រូវសាររបស់អ្នកជួបការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានលើសពី រយៈពេលនៃ ការគ្មានការងារធ្វើ ធ្លាក់ចុះប្រាក់ចំណូលត្រូវសារ ឬកើនបន្តកម្រិតចំណាយក្នុងត្រូវសារទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
ប្រសិនបើមាន តើការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនេះបណ្តាលមកពី COVID-19 ដោយផ្ទាល់ ឬប្រយោល? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងត្រូវសាររបស់អ្នកអាចប្រឈមនឹងការគ្មានផ្ទះស្នាក់នៅ ឬអស្ថិរភាពផ្ទះសំបែងទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងត្រូវសារបានទទួលជំនួយលើការជួល/សេវាប្រើប្រាស់ក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
បើមាន តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានជំនួយលើការជួលបន្ទាន់នៅរដ្ឋ Pennsylvania ក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
បើមិនមានទេ សូមបញ្ឈប់រូបចំពេញពាក្យស្នើសុំ ERAP ។			
តើអ្នកបានផ្សេងទៅខោនធីផ្សេងតាំងពីអ្នកបានទទួល ERAP ចុងក្រោយឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
បើបាន តើខោនធីណាដែលអ្នកទទួលបាន ERAP? _____			

ព័ត៌មានអំពីម្ចាស់ផ្ទះ ឬអ្នកគ្រប់គ្រងអចលនទ្រព្យ			
ក្រុមហ៊ុនគ្រប់គ្រងអចលនទ្រព្យ (បើពាក់ព័ន្ធ)			
នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	លេខបង់ពន្ធ# ឬ SSN#	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	ហ្សឺប	
ទូរសព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារអ្នកជួលផ្ទះ
សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើស នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ។

តើអ្នកបានផ្តល់ការបង់ពន្ធភាពពីឆ្នាំមុនដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់នៅលើកម្មវិធី ERAP របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយដែរឬទេ?

មាន មិនមាន

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើស នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ។

តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលដែរទេ? មាន មិនមាន

បើមាន សូមបន្តទៅការចំណាយប្រចាំគ្រួសារអ្នកជួលផ្ទះ ។ បើមិនមានទេសូមផ្អាកចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ រួចរាយបញ្ជីប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ។

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់កម្រៃជើងសារ
<input type="checkbox"/> ភាគលាភ
<input type="checkbox"/> ការលេងល្បែង/ឆ្នោត
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ឈ្នួលដែលអាណាព្យាបាលបង់ឲ្យ
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ទទួលបានមកពីមើលថែកូនគេ
<input type="checkbox"/> ប្រាក់សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកជាប្រាក់កម្ចី | <input type="checkbox"/> ប្រាក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកសម្រាប់ថ្លៃជួលផ្ទះ
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកសម្រាប់ជួលបន្ទប់ឬថ្លៃអាហារ
<input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធនវិគ្គន៍
<input type="checkbox"/> ការងារសម្រាប់ខ្លួនឯង
<input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ពើលមានជំងឺ
<input type="checkbox"/> ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សន្តិសុខបន្ថែម (SSI) | <input type="checkbox"/> ការឧបត្ថម្ភ
<input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ
<input type="checkbox"/> សហជីពបង់
<input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អតីតយុទ្ធជន
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ឈ្នួលបានមកពីការងារ
<input type="checkbox"/> ប្រាក់សំណងបុគ្គលិក
<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ៖ _____ |
|--|---|---|

ឈ្មោះអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល	ប្រភេទ/ប្រភពប្រាក់ចំណូល/ឈ្មោះនិយោជក	ប្រាក់ចំណូល/ចំណាយប៉ុន្មាន?	ចំណាយ ញឹកញាប់ ប៉ុន្មានណា	កាលបរិច្ឆេទនៃការចំណាយថ្មីៗបំផុត

ការចំណាយប្រចាំគ្រួសារអ្នកជួលផ្ទះ

ថ្លៃជួលផ្ទះ	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃអគ្គិសនី	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃហ្គាស	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃប្រេងសាំង	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃឧស្ម័នប្រូប៉ាន	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃអុស/ធ្យូង/ផ្សេងៗ	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃសំរាម	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ថ្លៃទឹក/ទឹកស្អុយ	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____
ផ្សេងៗ (ពន្យល់ខាងក្រោម)	អ្នកផ្តល់សេវា _____	រាល់ខែ \$ _____	ប្រាក់បង់យឺត \$ _____

កំណត់សម្គាល់ ៖

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ

សិទ្ធិទទួលបានការមិនរើសអើង

ស្ថានប័ននេះមិនមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាន ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ជនជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងក្នុងទិដ្ឋភាពមួយចំនួននៃជំនឿសាសនា និង នយោបាយឡើយ ។

ជនពិការ ដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងសម្រាប់ ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទា. អក្សរស្នាមសម្រាប់ជនពិការ អក្សរខ្នាត ធំ ខ្សែអាត់សំឡេង ភាសាសញ្ញាអាមេរិកកាំង ។ល ។) គួរទាក់ទង ទីភ្នាក់ងារនេះ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថ ប្រយោជន៍ ។ លើសពីនេះទៀត ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចមានជាភាសា ផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាក់ទងនឹងការរើសអើងលើកម្មវិធីទទួល ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសហព័ន្ធតាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវា ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ៖

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់ ៖

U.S. Department of the Treasury,
Director, Office of Civil Rights and Diversity,
1500 Pennsylvania Avenue, N.W.,
Washington, DC 20220;
ទូរស័ព្ទលេខ (202) 622-1160
ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ ៖
crcomplaints@treasury.gov ។

ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្នើភាពគួរ ។

សិទ្ធិទទួលបានការរក្សាភាពសម្ងាត់

យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសម្ងាត់ ។ គេនឹងប្រើប្រាស់ វាដើម្បីសម្រេចថា តើអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិបែបណាមួយ ប៉ុណ្ណោះ ។ អ្នកដែលដឹងថាបានរំលោភច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិ របស់ក្រសួងនេះ នឹងមានទោសបទមជ្ឈម និងត្រូវទទួលការវិន័យ ជាប្រាក់ក្រោមមួយរយ (100\$) ដុល្លារ ឬជាប់ពន្ធនាគារក្រោម ប្រាំមួយខែ ឬទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483) ។

ទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ ។ អ្នកត្រូវតែជួយបកស្រាយព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ ។ គេអាចបដិសេធ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកខកខានក្នុងការផ្តល់ភស្តុតាង ជាក់លាក់ ។ ប្រសិនបើក្រសួងសេវាពលរដ្ឋ (DHS) ឬការិយាល័យ អគ្គិការណ៍រដ្ឋទាក់ទងអ្នក អ្នកត្រូវតែសហការជាមួយពួកគេឲ្យបាន ពេញលេញ ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព

សំណុំព័ត៌មានទាំងនេះ ដែលរួមមានលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ ត្រូវអនុញ្ញាតតាមមាត្រា 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i-iv) និង 62 P.S. § 432.2(b)(3) ។

គេប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់ថា គ្រួសាររបស់អ្នកមានលក្ខណៈ សម្បូរស្រប ឬបន្តមានលក្ខណៈសម្បូរស្របក្នុងការចូលរួមក្នុង កម្មវិធីជំនួយថ្លៃជួលផ្ទះគ្រាអាសន្នដែរ ឬអត់ ។ យើងនឹង ផ្ទេរព័ត៌មាននេះតាមកម្មវិធីកុំព្យូទ័រ ។ ព័ត៌មាននេះនឹង ប្រើដើម្បីតាមដានការប្រព្រឹត្តិកិច្ចសម្របសម្រួល និងសម្រាប់ ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផងដែរ ។

គេអាចបង្ហាញព័ត៌មាននេះដល់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដទៃទៀត សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្លូវការ និងបង្ហាញដល់មន្ត្រី អនុវត្តច្បាប់ដើម្បីបង្ក្រាបជនដែលគេចេះពីច្បាប់ ។ ការខកខាន ក្នុងការផ្តល់ SSN អាចបណ្តាលឲ្យអ្នកបាត់បង់ជំនួយថ្លៃជួលផ្ទះ ក្នុងគ្រាអាសន្ន ។ គេនឹងប្រើនិងបង្ហាញ SSN ដែលបានផ្តល់ ជូនតាមរបៀបដូចគ្នានឹង SSN របស់សមាជិកគ្រួសារដែលមាន លក្ខណៈសម្បូរស្រប ។ ប្រសិនបើមានណាម្នាក់ត្រូវការ ជំនួយក្នុងការទទួលបាន SSN ៖

- (1) ទូរស័ព្ទ ៖ 1-800-772-1213 ឬ 1-800-325-0778 (TTY); ឬ
- (2) ចូលមើល ៖ www.ssa.gov.

សិទ្ធិក្នុងការប្តឹងសារទុក

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការ ដើម្បីប្តឹងសារទុកអំពី ការសម្រេច នេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា វាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាខកខានចាត់វិធានការលើសំណើសុំអត្ថ ប្រយោជន៍របស់អ្នក ។

ទីភ្នាក់ងារខោនធីដោយអនុវត្ត តាមព័ត៌មានដែលមាននៅលើ សេចក្តី ជូនដំណឹងកំណត់ពិលក្ខណៈសម្បត្តិពីទីភ្នាក់ងារ ERAP សម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នក ។

ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា អ្នកក៏អាចស្នើសុំការប្រជុំជាមួយ ទីភ្នាក់ងារ ERAP បានដែរនៅមុនសវនាការ ។

សាក្សីកម្ម/ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំយល់ដឹង និងយល់ព្រមហើយថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីថ្លែងការណ៍ក្លែងបន្លំណាមួយដែលធ្វើឡើងនៅលើការបញ្ជាក់ឡើងវិញនេះ ទោះបីជាការបញ្ជាក់ឡើងវិញក៏ពុំត្រូវបានដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំក៏ដោយ ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា រាល់ព័ត៌មាន ដែលបានបញ្ជូនគឺពិតក្រោមទណ្ឌកម្មនៃការផ្តល់សក្ខីភាពក្លែងកាយ ។ ខ្ញុំយល់ហើយថា ព័ត៌មានដែលបានបញ្ជូនក្នុងការបញ្ជាក់ឡើងវិញនេះ នឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសម្ងាត់ និងប្រើប្រាស់សម្រាប់តែការគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ ។ ខ្ញុំយល់ហើយថា ខ្ញុំប្រហែលជាតម្រូវឱ្យធ្វើការ ជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតជាលក្ខខណ្ឌនៃការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ។ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់ឯកសារបន្ថែមណាមួយតាមការ ស្នើសុំដែលត្រូវការ (ឧ. បង់ថ្លៃដើម ជួល រឹកយបត្រថ្មីៗ ឯកសារបញ្ជាក់ភាពអត់ការងារធ្វើ ។ល។) ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់សិទ្ធិទទួល បាន ។

ហត្ថលេខា - អ្នកជួល

ឈ្មោះ - អ្នកជួល

ហត្ថលេខា - ម្ចាស់ផ្ទះ (ក្នុងករណីទម្រង់បំពេញដោយម្ចាស់ផ្ទះប៉ុណ្ណោះ)

ឈ្មោះ - ម្ចាស់ផ្ទះ (ក្នុងករណីទម្រង់បំពេញដោយម្ចាស់ផ្ទះប៉ុណ្ណោះ)

ការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន (អ្នកជួលប៉ុណ្ណោះ)

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាត និងស្នើសុំឲ្យបង្ហាញដល់ការិយាល័យខោនធីនូវព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាយុ ការស្នាក់នៅ ភាពជាពលរដ្ឋ ការងារ ប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ដែលទាក់ទងនឹងលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះកម្មវិធីជំនួយជួលផ្ទះ និងថ្លៃទឹកភ្លើងសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលទទួលបាននឹងប្រើសម្រាប់កំណត់ពីជំនួយជួលផ្ទះ/ថ្លៃទឹកភ្លើង ឬកម្មវិធីជំនួយផ្ទះសំបែងដទៃទៀតប៉ុណ្ណោះ ។

ហត្ថលេខាអ្នកជួល

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះ - អ្នកជួល

ERAP Agency Use Only

Authorization Information: Approved Denied Date: _____

Type(s) of Assistance Provided:
 Rental Assistance Rental Arrears Housing Stability Services Utility Assistance Utility Arrears

Amount of Assistance:
 Rental Assistance \$ _____ Rental Arrears \$ _____ Housing Stability \$ _____
 Utility Assistance \$ _____ Utility Arrears \$ _____ Total \$ _____
 Number of months covered with: Rental Assistance _____ Utility Assistance _____

Household Income Level:
 Does not exceed 30 percent of the area median income for the household
 Exceeds 30 percent but does not exceed 50 percent of the area median income for the household
 Exceeds 50 percent but does not exceed 80 percent of area median income for the household

Notes: Used 2020 annual calculation for eligibility Used monthly income at time of application