



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

ពាក្យស្នើសុំ ប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP) ក្នុងរដ្ឋឥណ្ឌីស៊ីលវេនីញ៉ា

រដ្ឋឥណ្ឌីស៊ីលវេនីញ៉ាទទួលព័ត៌មានពីរដ្ឋផ្សេងៗ និងពីស្ថាប័នរដ្ឋសហព័ន្ធ ដើម្បីបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ។ បើសិនជាអ្នករាយការណ៍ខុស លាក់បាំង ឬមិនប្រាប់ការពិត ដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក គេអាចតម្រូវឲ្យអ្នកសងជំនួយដែលអ្នកបានទទួលវិញ ហើយគេអាចកាត់ទោសអ្នក និងដកសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អ្វីមួយនាពេលអនាគត។

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.

هذا طلب للحصول على منافع برنامج "المعونة الغذائية التكميلية" (SNAP). إذا كنت بحاجة إلى نسخة من هذا الطلب بلغة أخرى أو إلى شخص ليقوم بالترجمة الفورية بلغتك، فيرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي في مقاطعتك. سيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.

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.

អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមអ៊ិនធើណែត៖ www.compass.state.pa.us

មានការងាយស្រួលក្នុងការស្នើសុំ!

១. បំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ។
២. ចុះហត្ថលេខា និង សារសេរីថ្ងៃខែ នៅលើទំព័រ១ និង ទំព័រ៥។
៣. យកលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះទៅឲ្យដោយផ្ទាល់ តាមទូរសារ ឬផ្ញើតាមប៊ុស្តិ៍សំបុត្រទៅ ការិយាល័យដែលរៀបរាប់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការសំណុំបែបបទនេះជាអក្សរពុម្ពធំ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-692-7462 ។
បុគ្គលនានាដែលចង់ ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពខាងការនិយាយ នឹងមានបំណងចង់
ទំនាក់ទំនងជាមួយបណ្តាញជំនួយនេះ អាចហៅទូរស័ព្ទភ្ជាប់បន្ត PA ដោយចុចលេខ 711 ។



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 ការិយាល័យដែលហ្វេរីរបស់អ្នក ឬទូរស័ព្ទតាមខ្សែផ្តល់ជំនួយលេខ ១-៨០០-៦៩២-៧៤៦២។



តើអ្នកចង់បានភាសាអ្វី? ☐ អង់គ្លេស ☐ អេស៉្បាញ ☐ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់) _____

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 បើសិនជាចម្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយនៃសំណួរទាំងនេះថា តិចជាង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ SNAP បានយ៉ាងណា? នេះមានន័យថា អ្នកអាចទទួលប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ SNAP ក្នុងកំឡុងពេលប្រាំថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ ស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមដោយទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលហ្វេរីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

☐ តិចជាង ☐ ១៩

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

☐ ធ្វើ ☐ ១៩

តើអ្នកជា អ្នកធ្វើការផ្ទេរព័ត៌មានមួយទៅកន្លែងមួយទៀត ឬជាកសិករធ្វើការតាមផ្លូវ ឬ?

☐ តិចជាង ☐ ១៩

តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែមុនដកពន្ធ និងប្រាក់ដែលមានក្នុងខ្លួន និងក្នុងធនាគាររបស់អ្នក តិចជាង ថ្លៃជួលផ្ទះ/ថ្លៃបង់ថ្លៃទិញផ្ទះ និងថ្លៃទឹកភ្លើង ឬទេ ខែនេះ?

សរសេរឈ្មោះអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទាំងអស់ នៅខាងនេះបន្ទាប់						សរសេរព័ត៌មានខាងនេះបន្ទាប់ បើសិនជាបុគ្គលនេះស្នើសុំតែ ប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ តែប៉ុណ្ណោះ។	
គោត្តនាម នាម នាមកណ្តាលសរសេរកាត់	ភេទ	ជាសិស្ស?	ថ្ងៃកំណើត ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ	ជាប់សាច់ញាតិជាមួយអ្នកជា	លេខសូល្យស័ព្ទរ៉ឺម៉ក	សញ្ជាតិអាយរ៉ាំង? *	(បើ ១៩ ត្រូវការឯកសារ ជនបរទេស)
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩		ខ្លួនឯង		☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩				☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩				☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩				☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩				☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩				☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩				☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	
	☐ ប្រុស ☐ ស្រី	☐ សិស្ស ☐ ១៩				☐ បាទ/ចាស ☐ ១៩	

* ព័ត៌មានអំពីជនបរទេសអាចបញ្ជាក់តាមរយៈ នាយកដ្ឋានផ្នែកចូលសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ (United States Citizen and Immigration Services) ហើយព័ត៌មាននេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងកម្រិតនៃការទទួលបានប្រាក់បៀវត្សរបស់គ្រួសារអ្នក។

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

ហត្ថលេខារបស់សាមីខ្លួន

ថ្ងៃខែ

ប្រាក់ចំណូល

តើមានអ្នកណាម្នាក់មានប្រាក់ចំណូល ដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ គ្មានទេ

បើមាន សូមប្រាប់ពីប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកបានទទួលក្នុងខែនេះ ឬនឹងទទួលនៅថ្ងៃក្រោយ។

ប្រាក់ចំណូលរួមមាន តែគ្មានកំណត់ទៅនឹង៖

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

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

ដាក់ភ្ជាប់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល ដែលក្រុមគ្រួសារអ្នកទទួលក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃកន្លងទៅនេះ។ ភស្តុតាងរួមមាន កន្ទុយសែក ឬលិខិតបញ្ជាក់ ឬសែកបានពីកន្លែងធ្វើការ។

កាចង់ដឹងពីប្រវត្តបទឧក្រិដ្ឋ

☐ រត់ ☐ ទេ តើអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ជាជនរត់គេចពីបទឧក្រិដ្ឋ ឬរត់គេចពីការកាត់ទោស ចាប់ខ្លួន ឬឃុំឃាំងនៅក្នុងគុក ចំពោះការប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ ឬល្មើសនឹងកិច្ចសន្យានៃ ការព្យួរទោសសាកល្បង (probation) ឬការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole) ក្រោមច្បាប់រដ្ឋសហព័ន្ធ ឬរដ្ឋ ដែរឬទេ?

បើរត់គេច សូមប្រាប់យើងថាជាអ្នកណា?

ឈ្មោះសមាជិកក្នុងផ្ទះ៖ _____

ថ្ងៃខែ៖ _____ រដ្ឋ៖ _____

☐ ធ្លាប់ ☐ ទេ តើមានអ្នកណាម្នាក់ធ្លាប់ទទួលការកាត់ទោសដោយលួចបន្លំវិលវិល 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

តើម្ហូបអាហាររួមបញ្ចូលជាមួយថ្លៃជួលផ្ទះ ដែរឬទេ?

☐ បង់ ☐ ទេ

តើអ្នកបង់ថ្លៃកំដៅ ដែរឬទេ?

☐ ទទួល ☐ អត់ទេ

តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកទទួលជំនួយខាងផ្ទះសម្បែង 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 ☐ តម្លើងត្រឡឹងប្រើទឹក ភ្លើង ☐ អគ្គីសនី ☐ ប្រេង ធុរុង អុស ប្រេងកាត

☐ លូទឹកស្អុយ ☐ ហ្គែស ☐ ប្រូផេន/Propane ☐ ផ្សេងៗ _____

☐ មាន ☐ គ្មាន

តើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ថ្លៃមើលក្មេង ឬមើលថែមនុស្សចាស់ដែលពិការ ដែរឬទេ ដើម្បីគាត់អាចទៅធ្វើការ ទៅរៀន ឬហ្វឹកហ្វឺន?
បើមាន មួយខែប៉ុន្មាន? \$ _____ មួយខែ
តើអ្នកណាជាអ្នកទទួលការមើលថែ? _____

បើសិនជាអ្នកត្រូវចំណាយទៅលើអ្វីមួយ ក្នុងចំណោមអ្វីៗទាំងនេះ តើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនប៉ុន្មាន ក្នុងមួយខែៗ?

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

ការចំណាយទៅលើថ្លៃពេទ្យ

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

ព័ត៌មានអំពីពូជសាសន៍ និងជាតិពន្ធ (ស្រេចចិត្ត)

គេមិនត្រូវឲ្យអ្នកត្រូវតែបំពេញព័ត៌មាននេះទេ។ សូមផ្តល់ព័ត៌មានពីពូជសាសន៍ និងជាតិពន្ធ អំពីអ្នកដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ ចាប់ផ្តើមដោយប្រាប់ពីខ្លួនអ្នកមុន។



ឈ្មោះ (ខ្លួនអ្នក)	☐ ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	☐ ស្បែកស ☐ អាស៊ី	☐ អេស្ប៉ាញ៉ុល ☐ មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី២)	☐ ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	☐ ស្បែកស ☐ អាស៊ី	☐ អេស្ប៉ាញ៉ុល ☐ មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៣)	☐ ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	☐ ស្បែកស ☐ អាស៊ី	☐ អេស្ប៉ាញ៉ុល ☐ មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៤)	☐ ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	☐ ស្បែកស ☐ អាស៊ី	☐ អេស្ប៉ាញ៉ុល ☐ មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៥)	☐ ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	☐ ស្បែកស ☐ អាស៊ី	☐ អេស្ប៉ាញ៉ុល ☐ មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល
ឈ្មោះ (អ្នកទី៦)	☐ ស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក អាមេរិកាំង ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	☐ ស្បែកស ☐ អាស៊ី	☐ អេស្ប៉ាញ៉ុល ☐ មិនមែនអេស្ប៉ាញ៉ុល

ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត (ស្រេចចិត្ត)

បើសិនជាអ្នកមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ តើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅទីនេះដែរឬទេ? ☐ ចង់ ☐ មិនចង់

បើសិនជាអ្នកមិនចូលរួមប្រកបអាជីព គេនឹងគិតថាអ្នកសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតក្នុងពេលនេះ។

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

ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬបដិសេធមិនចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត នឹងមិនប៉ះពាល់អ្វីដល់ចំនួននៃជំនួយដែលក្រសួងនេះនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកទេ។

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញ លិខិតដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើស្វែងរកជំនួយ ឬទទួលយកជំនួយឬអត់ គឺនៅលើអ្នក។ អ្នកអាចបំពេញ លិខិតដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនេះដោយផ្ទាល់។ សូមទាក់ទងមកការិយាល័យអ៊ីលវ៉ៃ (county assistance office) បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ។ បើសិនជាអ្នកជឿថា មានអ្នកណាម្នាក់ជ្រៀតជ្រែកលើសិទ្ធិចុះឈ្មោះរបស់អ្នក ឬបដិសេធមិនឲ្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិជ្រើសរើសគណបក្សផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬការចង់បានគណបក្សផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយលេខាធិការរដ្ឋ PA Department of State, Harrisburg, PA 17120។ (លេខទូរស័ព្ទដែលតភ្ជាប់ត្រូវ 1-877-VOTESPA ។)

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

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

សម្រាប់តែការិយាល័យអ៊ីលវ៉ៃប្រើ / CAO USE ONLY

1. ☐ Yes ☐ 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. ☐ Yes ☐ No	Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?		☐ Eligible ☐ Denied - CLIENT NOTIFIED	Reason for denial:
3. ☐ Yes ☐ No	Are the household liquid resources equal to or less than \$100?	REGISTERED FOR CATEGORIES ▶		
4. ☐ Yes ☐ No	Is the countable monthly gross income less than \$150?			
5. ☐ Yes ☐ No	Is this a migrant or seasonal farm worker household?			
6. ☐ Yes ☐ No	Is the household destitute?			
7. ☐ Yes ☐ No	Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?			

យោងទៅលើ ច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក (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 ឬការផ្លាស់ប្តូរ ឬការសងសឹក ចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលកាលពីមុន ក្នុងកម្មវិធីអ្វីមួយ ឬសកម្មភាពដែលបានធ្វើ ឬបានឧបត្ថម្ភ ដោយក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង។

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

- (1) ប៉ុស្តិ៍ស្តីបម្រុង៖ 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) អ៊ីម៉ែល៖ program.intake@usda.gov.

នៃទូរស័ព្ទក្នុងការងារការណ៍ពិការផ្លាស់ប្តូរ

បើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ គេតម្រូវឱ្យអ្នករាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរបស់អ្នក ទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬ មណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ (Customer Service Center)។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍មាន អ្នកចាកចេញពីផ្ទះ អ្នកកាត់សំនៅដ្ឋានផ្ទះ រាល់យ៉ាងនិង ការបោះឆ្នោតសម្រាប់អ្នកណាម្នាក់ បើអ្នកណាម្នាក់បាត់បង់ការងារ ឆ្លងទ្រូង មានប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល។ អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងលើទិព្វនិងដំណឹងដែលអ្នកទទួល និងរៀបរាប់សេចក្តីសន្និដ្ឋានចំ យោងទៅលើអ្នកនិង អត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។ ការមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការដែលមាននៅក្នុងការណែនាំរបស់កម្មវិធី អាចបណ្តាលឱ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ មានផលវិបាក ឬការចោទប្រកាន់ការចាប់បំប្លិច ឬ បទឧក្រិដ្ឋ។ អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យវិស័យប្រៃសណីយ៍ជាមួយ តាមទូរស័ព្ទ តាមម៉ត្រីស៊ីសប្រកាស ឬតាមរយៈគណនេយ្យ COMPASS ឬតាមរយៈសមាគមស្នាក់នៅ មណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ លេខ ១-៨៧៧-៥៥៤-៨៣០ ឬ បទឧក្រិដ្ឋ វិទ្យុនៃសេចក្តី ១-២១៥-៥២០-៧២២៦។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យវិស័យប្រៃសណីយ៍ជាមួយ តាមទូរស័ព្ទ តាមម៉ត្រីស៊ីសប្រកាស ឬតាមរយៈគណនេយ្យ តាមម៉ត្រីស៊ីសប្រកាស ឬតាមរយៈសមាគមស្នាក់នៅ មណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់ភ្ញៀវ លេខ ១-៨៧៧-៥៥៤-៨៣០ ឬ បទឧក្រិដ្ឋ វិទ្យុនៃសេចក្តី ១-២១៥-៥២០-៧២២៦។

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 ជាប់គុកចំពោះការលួចបន្លំវិលវិល ការដកសិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងសវនាការ។ គ្មានសិទ្ធិទទួលបអត្ថប្រយោជន៍ SNAP៖ • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។	
ដូរ លក់ ឬចង់ដូរ ចង់លក់ ចង់ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ ACCESS របស់អ្នកដទៃ។		គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • គ្រប់ការកាត់ទោសទាំងអស់ ដោយឡែកៗ - ១២ ខែ	
ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ខុស, ឧទាហរណ៍ ដូរ លក់ ឬទិញ ប័ណ្ណ EBT ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយចេតនា។ បំប្លែងអត្ថប្រយោជន៍ ឬទិញផ្ទុកសម្រាប់ដោយប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទទួលប្រាក់កក់ - ឬទិញអ្វីៗដែលមិនចេញថ្លៃឲ្យដោយ SNAP ដូចជា ស្រា ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារដែលបានទទួលហើយ ឬទិញម្ហូបអាហារផ្សេងៗ។		គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។ • ទទួលការកាត់ទោសពីតុលាការលើកទីមួយ លើសពី៥០០\$ – រហូត។	
ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ក្នុងគោលបំណងចង់បានប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ ដោយលក់អ្វីៗទាំងនោះគិតជាប្រាក់ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ។			
ទិញអ្វីៗដោយប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ជាមុន ក្នុងគោលបំណងជួយកលុយ ឬអ្វីៗក្រៅពីសិទ្ធិទិញម្ហូបអាហារ ដោយចេតនា។			
ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងដែលត្រូវហាមឃាត់។		គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • លើកទី១ – ២៤ ខែ។ • លើកទី២ – រហូត។	
ប្រើ/ទទួល អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីលក់កាំភ្លើង គ្រាប់រំសេវ ឬ រំសេវផ្ទុះ។		លើកទី១ – គ្មានសិទ្ធិទទួលរហូត។	
ទទួលការកាត់ទោសចំពោះ ការទិញ លក់ ឬដូរ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ចំនួន ៥០០\$ ឡើងទៅ។		គ្មានសិទ្ធិទទួលរហូត។	
ភូតភរឬបន្លំអំពីរូបអ្នក ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលអត្ថប្រយោជន៍ SNAP លើសពីមួយកន្លែង។		គ្មានសិទ្ធិទទួលរយៈពេល១០ឆ្នាំ។	
រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារ បទឧក្រិដ្ឋ/ប៉ុនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ - ឬរត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាម ការព្យួរទោសសាកល្បង (probation) ឬ ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole)។		គ្មានសិទ្ធិទទួលរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។	
បើសិនជាអ្នកមានទោសចំពោះ ការលួចបន្លំ ឬមិនធ្វើតាមវិន័យខាងលើនេះ៖		• ពិន័យរហូតដល់ទៅ \$250,000 សម្រាប់ SNAP • ជាប់គុករហូតដល់ទៅ២០ឆ្នាំ សម្រាប់ SNAP និង/ឬ • សងវិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានទទួល។ • ដកសិទ្ធិពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ សម្រាប់រយៈពេលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះ ដោយកម្មវិធី។	
បទបញ្ជាផ្ទៃក្នុងការងារ សម្រាប់កម្មវិធី SNAP	សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ដែលមានសមត្ថភាពទាំងរាងកាយ និងផ្លូវចិត្ត - ដែលមានអាយុ ១៥ ឆ្នាំឡើងទៅ និងក្រោមអាយុ ៦០ ឆ្នាំ - ដែលគ្មានការលើកលែង ឬមានមូលហេតុ។ បដិសេធ៖ • និន្នាការបង្កើត • និន្នាបច្ចេកវិទ្យា CAQ ពីស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធនឹងការបង្កើត។	ដោយចេតនា សម្រេចថា៖ • ឈប់ធ្វើការ។ • បន្ថយម៉ោងធ្វើការឲ្យនៅតិចជាង ៣០ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារផ្សេងទៀតត្រូវតាមតម្រូវការនៃការងារនោះរួចទៅហើយ)។	គ្មានសិទ្ធិទទួល៖ • លើកទីមួយ – មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • លើកទីពីរ – បីខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • បីដងឡើងទៅ - ប្រាំមួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។

សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ របស់អ្នក៖



សិទ្ធិចំពោះការពិនិត្យឯកសារ

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

ជនពិការដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន ឬដើរ ឬដើម្បីព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ឧ. អក្សរសម្រាប់មនុស្សភ្នែក ឬអក្សរធំៗ កាសែតសម្លេង ភាសាអូឌីយ៉ូ ឬសម្រាប់អ្នកច្រើនភាសា ។ល។) ត្រូវទាក់ទងទៅភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬ តំបន់) នៅកន្លែងដែលពួកគេដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលចង់ ស្តាប់មិនសូវឮ ឬនិយាយមិនច្បាស់ អាចទាក់ទងទៅ USDA តាមរយៈទូរស័ព្ទសម្រាប់អ្នកច្រើន (Federal Relay Service) លេខ (800) 674-6828។ ជាបន្ថែមទៀត ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចមានតាមរយៈនៃភាសាផ្សេងទៀត ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងនៃកម្មវិធី សូមបំពេញពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង និងកម្មវិធីរបស់ USDA, (AD-3027), ឬមាននៅក្នុងវិបសៃ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html និងនៅការិយាល័យ USDA ឬសរសេរលិខិតទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់ព័ត៌មានដែលចង់ស្នើសុំទាំងអស់ នៅក្នុងលិខិតនេះ។ ដើម្បីស្នើសុំលិខិតដាក់ពាក្យបណ្តឹងមួយច្បាប់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (800) 674-6828។ ធ្វើលិខិតដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬលិខិតរបស់អ្នក ទៅ USDA តាមរយៈ៖

- (1) ប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ៖ 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.

ស្ថាប័ននេះជាស្ថាប័នដែលផ្តល់ឱកាសស្នើការ។

សេចក្តីផ្តើមការដាក់ពាក្យបណ្តឹង

- (i) ក្រុមបុគ្គលិកនេះ រួមមាន លេខស្នើសុំសិទ្ធិ (SSN) របស់ស្ថាប័នកសិកម្មអាមេរិកាំង ក្នុង ធានាស្តីពី អាហារូបត្ថម្ភ និង ជីវិត (Food and Nutrition Act of 2008) បានចែករំលែក 7 U.S.C. 2011-2036។ គេនឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ក្រុមបុគ្គលិកនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ក្រុមបុគ្គលិកនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។
- (ii) គេចម្រើន ឬ ថ្លៃថ្នូរនេះទៅឲ្យ ក្រុមបុគ្គលិកនៃក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង និងទៅឲ្យ ក្រុមបុគ្គលិកនៃក្រសួងកសិកម្មអាមេរិកាំង ក្នុងគោលបំណងដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។
- (iii) បើសិនជាអ្នកបានប្រើប្រាស់ SNAP ឬប្រាក់បៀវត្សសម្រាប់ស្នាក់នៅ គេចម្រើន ឬ ថ្លៃថ្នូរនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ក្រុមបុគ្គលិកនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ក្រុមបុគ្គលិកនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។
- (iv) ក្រុមបុគ្គលិកនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ក្រុមបុគ្គលិកនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ក្រុមបុគ្គលិកនេះ នឹងរក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ដើម្បីសម្រេចចិត្តលើការស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក។

សិទ្ធិរក្សាការសម្ងាត់

យើងខ្ញុំនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកទុកជាសម្ងាត់។ គេនឹងប្រើសម្រាប់តែការសម្រេចចិត្តដឹងថាអ្នកមានសិទ្ធិលើកម្មវិធីអ្វីមួយ។ នៅពេលស្នើសុំ ការិយាល័យដែលប្រើប្រាស់ស្នើសុំសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬ រដ្ឋ និងតំបន់ នូវអាស័យដ្ឋាន លេខស្នើសុំសិទ្ធិ និងរូបថត (បើសិនជាមាន) របស់បុគ្គលដែលរក្សាទុក ការចាប់ខ្លួន ឬការប្រើប្រាស់ប្រាក់បៀវត្សសម្រាប់ស្នាក់នៅ (parole)។ ជនណាម្នាក់ដែលស្នើសុំសិទ្ធិនេះ ឬបញ្ញត្តិ របស់ក្រសួងនេះដោយចេតនា នឹងមានទោសកម្មតាមច្បាប់ បើមានទោស និងត្រូវកាត់ទោសឲ្យបង់ថ្លៃពីនិយមន័យលើសពីមួយរយ (១០០\$) ដុល្លារ ឬជាប់គុកមិនលើសពីប្រាំមួយខែ ឬទាំងពីរមុខ (62 P.S. section 483)។

សិទ្ធិចំពោះលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរដោយលក្ខណ៍អក្សរ

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរដោយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ បើសិនជាយើង បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ អត្ថប្រយោជន៍ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមការសរសេរដោយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុនោះ។ អ្នកមានពេល ៩០ ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃធ្វើលិខិតជូនដំណឹងនៃ ការពន្យល់ដោយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក/លិខិតជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិទទួល ដើម្បីស្នើសុំឲ្យមានសវនាការសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារ (SNAP) របស់អ្នក។

សិទ្ធិគាំ

អ្នកមានសិទ្ធិសុំឲ្យក្រសួងសេវាមនុស្ស (Department of Human Services (DHS)) ធ្វើសវនាការដើម្បីត្រួតពិនិត្យការសម្រេច បើសិនជាអ្នកជឿថាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិនត្រឹមត្រូវ ឬបើសិនជា DHS មិនពិនិត្យមើលលិខិតដាក់ពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំតវ៉ានៅ ការិយាល័យដែលប្រើប្រាស់ (CAO)។ បើសិនជាអ្នកតវ៉ា អ្នកអាចស្នើសុំការជួយប្រជុំជាបន្ទាន់មុនថ្ងៃសវនាការ។ បើសិនជាអ្នកតវ៉ាអ្នកទាក់ទងនឹងការសម្រេចនៃប្រាក់ទិញម្ហូបអាហារឲ្យបានឆាប់រហ័ស អ្នកមានសិទ្ធិមានអង្គប្រជុំបែបនេះជាមួយអ្នកមើលខុសត្រូវក្នុងកំឡុងពេលពីរថ្ងៃធ្វើការ។ នៅទីសវនាការ អ្នកអាចតំណាងឲ្យខ្លួនឯង ឬអ្នកណាម្នាក់ដូចជា មេធាវី មិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ អាចតំណាងឲ្យអ្នក។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មាន

អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដែល ពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងនៃព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យ។ គេអាចបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ បើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ភស្តុតាងអ្វីមួយ។ បើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ភស្តុតាងបាន អ្នកត្រូវសុំការិយាល័យដែលប្រើប្រាស់អ្នកយកភស្តុតាងនោះ។ បើសិនជា DHS ឬការិយាល័យផ្នែកកំចាត់អំពីពុករលួយ (Office of Inspector General) ទាក់ទងទៅអ្នក អ្នកត្រូវសហការយ៉ាងពេញទំហឹងជាមួយអ្នកតំណាងនោះ ឬអ្នកស៊ើបអង្កេតទាំងនោះ។

ការទទួលខុសត្រូវក្នុងការយកការសម្ភាសន៍

បើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ គេត្រូវឲ្យអ្នករាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក ទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬមណ្ឌលបម្រើដល់អតិថិជន (Customer Service Center)។ ប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរដែលត្រូវរាយការណ៍រួមមាន អ្នកចាកចេញពីផ្ទះ ឬអ្នកមករស់នៅក្នុងផ្ទះ អាស័យដ្ឋានថ្មី ការងារថ្មីសម្រាប់អ្នកណាម្នាក់ បើអ្នកណាម្នាក់ចាប់បង់ការងារ ឆ្លងមុខ មានប្រាក់ចំណូលថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល។ អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក និងលិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួល នឹងរៀបរាប់សេចក្តីលម្អិតចំពោះ យោងទៅលើកម្មវិធី និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។ ការមិនរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរតាមតម្រូវការដែលមាននៅក្នុងការណែនាំរបស់កម្មវិធី អាចបណ្តាលឲ្យបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ មានផលវិបាក ឬការចោទប្រកាន់តាមច្បាប់ស៊ីវិល ឬបទឧក្រិដ្ឋ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យដែលប្រើប្រាស់ដោយផ្ទាល់ តាមទូរស័ព្ទ តាមទូរសារ តាមប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ ឬតាមរយៈគណនេយ្យ COMPASS ឬតាមទូរស័ព្ទទៅមណ្ឌលផ្តល់ការបម្រើដល់អតិថិជន លេខ ១-៨៧៧-៣៩៥-៨៩៣០ ឬសម្រាប់ទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្សឺ ១-២១៥-៥៦០-៧២២៦។ អ្នកក៏អាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅការិយាល័យដែលប្រើប្រាស់តាមទូរស័ព្ទ តាមទូរសារ តាមប៉ុស្តិ៍សំបុត្រ បានដែរ។

ការហាមឃាត់ និងពិន័យ អានអំពីការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖



បើសិនជាជ្រៀងនេះកើតឡើងដោយគ្មានមូលហេតុ		អាចផ្តល់ឲ្យមាន (ពិន័យ)
ការប្រើប័ណ្ណ EBT និង PA ACCESS មិនត្រឹមត្រូវ។		ពិន័យ ជាប់គុក ឬទាំងពីរមុខ។
មិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរតាមការតម្រូវ។		បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ អត្ថប្រយោជន៍។
ផ្តល់ព័ត៌មានខុស មិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ឬមិនរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ ដោយចេតនា។		ពិន័យ ដកសិទ្ធិ និង/ឬ ជាប់គុកចំពោះការលួចបន្លំវិលវិល ការដកសិទ្ធិចំពោះបណ្តឹងសវនាការ។ គ្មានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP៖ • លើកទី១ – ១២ ខែ។ • លើកទី២ – ២៤ ខែ។ • លើកទី៣ – រហូត។
ដូរ លក់ ឬចង់ដូរ ចង់លក់ ចង់ទិញ ឬប្រើប័ណ្ណ ACCESS របស់អ្នកដទៃ។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • គ្រប់ការកាត់ទោសទាំងអស់ ដោយឡែកៗ - ១២ ខែ
ប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ខុស, ឧទាហរណ៍ ដូរ លក់ ឬទិញ ប័ណ្ណ EBT ឬ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដោយចេតនា។ បំប្លែងអត្ថប្រយោជន៍។ ឬទិញផលិតផលមិនអនុញ្ញាតដោយប្រើ អត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទទួលបានប្រាក់កក់ - ឬទិញអ្វីៗដែលមិនចេញថ្លៃឲ្យដោយ SNAP ដូចជា ស្រា ឬថ្នាំជក់ - ឬប្រើអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ដើម្បីទិញម្ហូបអាហារដែលបានទទួលហើយ ឬទិញម្ហូបអាហារផ្សេងៗ។		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។
ភូតភរឬបន្លំអំពីរូបអ្នក ឬកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SNAP លើសពីមួយកន្លែង។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេល១០ឆ្នាំ។
រត់គេច ដើម្បីជៀសវាងការកាត់ទោស ការចាប់ខ្លួន ឬការឃុំឃាំង ដោយសារ បទឧក្រិដ្ឋ/ប៉ិនប៉ងប្រព្រឹត្តបទឧក្រិដ្ឋ - ឬរត់គេចដោយសារការមិនធ្វើតាម ការព្យួរទោសសាកល្បង (probation) ឬ ការដោះលែងដោយមានលក្ខខណ្ឌមុនកំណត់ដោះលែង (parole)។		គ្មានសិទ្ធិទទួលបានរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមច្បាប់ដែលបានចែង។
		• ពិន័យរហូតដល់ទៅ \$250,000 សម្រាប់ SNAP • ជាប់គុករហូតដល់ទៅ២០ឆ្នាំ សម្រាប់ SNAP និង/ឬ • សងវិញនូវអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានទទួល។ • ដកសិទ្ធិពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ សម្រាប់រយៈពេលដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនេះ ដោយកម្មវិធី។
បទបញ្ជាផ្ទៃក្នុងការងារសម្រាប់កម្មវិធី SNAP	សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារ - ដែលមានសមត្ថភាពទាំងរាងកាយ និងផ្លូវចិត្ត - ដែលមានអាយុ ១៥ ឆ្នាំឡើងទៅ និងក្រោមអាយុ ៦០ ឆ្នាំ - ដែលគ្មានការលើកលែង ឬមានមូលហេតុ។	គ្មានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • លើកទីមួយ – មួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • លើកទីពីរ – បីខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។ • បីដងឡើងទៅ - ប្រាំមួយខែ និងរហូតដល់អ្នកធ្វើតាមតម្រូវការ។
	បដិសេធ៖ • និន្នា លំអបបញ្ជីកូរ • និន្នាបបាប់ CAQ កំពស់ ស្គម ខ្ពស់ និងក្នុងរង្វង់ផ្សេងៗផ្សេងៗ	
	ដោយចេតនា សម្រេចថា៖ • ឈប់ធ្វើការ។ • បន្ថយម៉ោងធ្វើការ ឲ្យនៅតិចជាង ៣០ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែការងារផ្សេងទៀតត្រូវតាមតម្រូវការនៃការងារនោះរួចទៅហើយ)។	



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES