

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយទូទៅ

បំរាម

សេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំជំនួយទូទៅ

ចាប់អនុវត្តនៅថ្ងៃទី 1 ខែ ឧសភា ឆ្នាំ 1994, បើសិនជាគេបានសម្រេចថាអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយទូទៅ (GR) ចំនួន ពីរដង នៅក្នុងឡសអិសយ៉ាងឡេស (Los Angeles) ខោនធី ឬ នៅទីក្រុង ឬខោនធីណាមួយផ្សេងទៀត ដោយមានបំណង ទទួលជំនួយ ពីរដងនោះ អ្នកនឹងត្រូវទទួលទោសពិន័យដូចតទៅនេះ ៖

- បទល្មើសលើកទីមួយ - អ្នកនឹងមិនមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយសំរាប់រយៈពេល ប្រាំមួយខែ ។
- បទល្មើសលើកទីពីរ - អ្នកនឹងមិនមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយសំរាប់រយៈពេល ដប់ពីរ (12) ខែ ។
- បទល្មើសលើកទីបី - អ្នកនឹងមិនមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយ ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយ ចំនួនពីរដង អាចរកឃើញបានដោយវិធីច្រើនយ៉ាង ។ វិធីទីមួយ គឺដំណើរការនៃការផ្តិតម្រាមដៃ ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ដែលរកឃើញសំណុំរឿងទទួលជំនួយចំនួន ពីរដង ។ បើសិនជា ការផ្តិតម្រាមដៃតាមប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ ឬ វិធីណាមួយផ្សេងទៀតបង្ហាញ ភាពដូចគ្នា អ្នកប្រហែលជាត្រូវទទួលទោសពិន័យតាមទោសបញ្ញត្តិ ដែលបានចែងនៅ ខាងលើនេះ ។

សិទ្ធិរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិតវ៉ាជំទាស់ទៅនឹងការបដិសេធនេះជាមួយនឹងអ្នកទាក់ទងផ្នែកតវ៉ាជំទាស់លើការបដិសេធនេះ ។ អ្នកមានសិទ្ធិ ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យមើលសារឡើងវិញអំពីការមិនធ្វើតាមសេចក្តីតម្រូវ ហើយ ស្នើសុំឱ្យមាន សវនាការតវ៉ាបំភ្លឺមួយ មុន ពេលប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR របស់អ្នកត្រូវគេបញ្ឈប់ និង ការពិន័យដកប្រាក់ជំនួយត្រូវបានអនុវត្ត ទៅលើសំណុំរឿង របស់អ្នក ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក សូមសួរទៅបុគ្គលិកបំភ្លឺការអតិថិជន ឬ អ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នកសម្រាប់ ក្រដាសជូនដំណឹងស្តីអំពីជំនួយទូទៅ (ABP 392) ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ហត្ថលេខាអ្នកកាន់សំណុំរឿង

ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយទូទៅ

ឈ្មោះត្រកូលក្នុងសំណុំរឿង	ឈ្មោះខ្លួន	លេខសំណុំរឿង	ថ្ងៃដាក់ពាក្យសុំ ជំនួយ	<input type="checkbox"/> មិនអាចអាន និង/ឬ មិនអាចសរសេរ <input type="checkbox"/> ត្រូវការជំនួយ ពិសេស
លេខសូស្យាល់ស័ក្វីទី		លេខទូរស័ព្ទ/លេខទទួលសារ		កាលបរិច្ឆេទកំណើត
តើការិយាល័យជំនួយទូទៅ (GR) មូលដ្ឋាន ដែលអ្នកចង់ឱ្យសំណុំរឿង GR របស់អ្នក នឹងត្រូវបានផ្ញើទៅឱ្យ?			COUNTY USE ONLY	
<p>សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមទាំងអស់ សម្រាប់រូបអ្នក និងសមាជិកនៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកទាំងអស់ដែល ដាក់ពាក្យសុំជំនួយជាមួយអ្នក ។ សម្រាប់សំណួរនីមួយៗ សូមគូសនៅក្នុងប្រអប់ បាទ/ចាះ ឬ ទេ ។ សម្រាប់ សំណួរមួយចំនួនទៀត អ្នកនឹងត្រូវសរសេររៀបរាប់ជាព័ត៌មាន ។</p>				
<p>1. ខ្ញុំមានសេចក្តីត្រូវការជាបន្ទាន់សំរាប់ប្រាក់ជំនួយ..... [] បាទ/ចាះ [] ទេ</p> <p>បើសិនជា បាទ/ចាះ សូមគូសប្រភេទនៃសេចក្តីត្រូវការនៅផ្នែកខាងក្រោម:</p> <p>[] គ្មានទីជំរក [] គ្មានម្ហូបអាហារ [] ការបណ្តេញចេញពីម្ចាស់ផ្ទះ [] ទឹកភ្លើង ឬស្រូវគេផ្តាច់</p>			<p>[] This is an immediate need case.</p>	
<p>2. មុនពេលដែលខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំជំនួយ ខ្ញុំបានផ្គត់ផ្គង់ខ្លួនខ្ញុំដោយ (សូមពន្យល់):</p>				
<p>3. ខ្ញុំមានប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួន..... [] បាទ/ចាះ [] ទេ</p> <p>បើសិនជា បាទ/ចាះ ប្រភេទដែលខ្ញុំមាននោះ គឺ:</p> <p>[] សំបុត្រកំណើត [] លិខិតឆ្លងដែន</p> <p>[] ប័ណ្ណបើកបររថយន្ត [] ប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនដែលមានរូបថត</p> <p>[] ក្រដាសបំពេញការចុះឈ្មោះជនអន្តោប្រវេសន៍ [] ដទៃទៀត: _____</p> <p>សូមចុះឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារណាមួយជាបន្ថែម ដែលគេមិនមានប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួន:</p> <p>_____</p>			<p>[] Identification copied.</p> <p>[] Needs PA 230.</p>	
<p>4. ខ្ញុំមានប័ណ្ណសូស្យាល់ស័ក្វីទី..... [] បាទ/ចាះ [] ទេ</p>			<p>[] Copy/copies on file.</p> <p>[] MC 194.</p>	
<p>5. ខ្ញុំមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ..... [] បាទ/ចាះ [] ទេ</p> <p>បើសិនជា បាទ/ចាះ សូមផ្តល់ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និង លេខទូរស័ព្ទនៃឪពុកម្តាយរបស់អ្នក:</p> <p>_____</p>			<p>[] PA 853 & 1325 Verification of minor applying without adult head of household/responsible relative status/CalWORKs linkage.</p>	
<p>6. ខ្ញុំបានចាកចេញពីឡសអិសយីឡេសខោនធីនៅអំឡុងពេលឆ្នាំមុន ហើយមានបំណងចង់ត្រឡប់មករស់នៅទីលំនៅ មុនរបស់ខ្ញុំវិញ..... [] បាទ/ចាះ [] ទេ</p> <p>បើសិនជា បាទ/ចាះ, សូមផ្តល់ឈ្មោះខោនធី ឬរដ្ឋរបស់អ្នក: _____</p>			<p>[] Complete the PA 898-15 Non-Resident Application.</p>	
<p>7. ខ្ញុំរស់នៅក្នុងឡសអិសយីឡេសខោនធី និង គ្រោងថានឹងរស់នៅទីនេះ តទៅទៀត..... [] បាទ/ចាះ [] ទេ</p> <p>សូមផ្តល់ថ្ងៃដែលអ្នកបានចាប់ផ្តើម រស់នៅក្នុងឡសអិសយីឡេសខោនធី: _____</p>				

8. ខ្ញុំជាជនគ្មានទីជំរក..... បាទ/ចា: ទេ

បើសិនជា ទេ:

A. សូមគូសក្នុងប្រអប់ទាំងនេះណាមួយដែលទាក់ទង:

ខ្ញុំរស់នៅក្នុងទីលំនៅដោយឥតបង់ថ្លៃ ខ្ញុំមានផ្ទះ/ខ្ញុំបានទិញផ្ទះ ខ្ញុំជួលផ្ទះ

B. ប្រភេទនៃទីលំនៅដែលខ្ញុំស្នាក់នៅនោះគឺ:

- បន្ទប់ ផ្ទះល្វែង សណ្ឋាគារ/ម៉ូតែល ផ្ទះ ផ្ទះសណ្ឋាគារ
- មន្ទីរសំណាក់ដែលមានអាហារបត្តិម្ហូ និងការមើលថែទាំ មន្ទីរសំណាក់ក្នុងសាលា
- បន្ទប់សំណាក់មានផ្តល់អាហារស្រេច មន្ទីរសំណាក់ក្នុងវិហារគ្រិស្តសាសនា
- ថយន្ត/ថយន្តវែន ដទៃទៀត

9. ខ្ញុំរស់នៅតែម្នាក់ឯងទេ..... បាទ/ចា: ទេ

បើសិនជា ទេ សូមផ្តល់ព័ត៌មាន:

A. បើសិនជាអ្នករស់នៅជាមួយនឹងប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬ អ្នកចុះបញ្ជីជាដៃគូរស់នៅជាមួយអ្នក សូមបញ្ជាក់:

ឈ្មោះ:

ទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក

B. ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយនឹងខ្ញុំ គាត់បានទទួល ឬបានដាក់ពាក្យសុំជំនួយ GR 1 បាទ/ចា: ទេ

C. ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយនឹងខ្ញុំ ទទួលបានជំនួយសាធារណៈ..... បាទ/ចា: ទេ

បើសិនជា បាទ/ចា: សូមពន្យល់អំពីប្រភេទនៃជំនួយសាធារណៈដែលគេបានទទួល:

10. អាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ/របស់យើង គឺ:

អាសយដ្ឋានទីលំនៅ	លេខបន្ទប់/ផ្ទះល្វែង	ក្រុង	ស៊ីតកូដ
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍	លេខបន្ទប់/ផ្ទះល្វែង	ក្រុង	ស៊ីតកូដ
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល			

A. ថ្លៃបង់សរុបនៃ ថ្លៃល្បួលផ្ទះ ឬ ថ្លៃផ្ទះ គឺ..... \$ _____

B. ចំណែកនៃថ្លៃល្បួលផ្ទះ/ថ្លៃផ្ទះ ដែលអ្នកបង់ គឺ.....\$ _____

C. ថ្លៃបង់សរុប លើថ្លៃទឹកភ្លើងប្តូស សម្រាប់ផ្ទះរបស់អ្នក គឺ..... \$ _____

D. ចំណែកនៃថ្លៃទឹកភ្លើងប្តូស ដែលអ្នកត្រូវបង់គឺ.....\$ _____

E. តើមានអ្នកណាម្នាក់បង់ចំណែកនៃថ្លៃទឹកភ្លើងប្តូស ឬ ថ្លៃល្បួលផ្ទះ/ថ្លៃផ្ទះ ដែរឬទេ? បាទ/ចា: ទេ

បើសិនជា បាទ/ចា: សូមពន្យល់នៅផ្នែកខាងក្រោម អ្នកដែលបង់ និង ចំនួនដែលគេបង់ ។

Household size is determined to be:_____.

- Rent receipt or rental agreement
- Landlord statement
- Utility bill(s)
- Other_____

11. ខ្ញុំបានបម្រើនៅក្នុងកងទ័ព..... បាទ/ចា: ទេ

បើសិនជា បាទ/ចា: សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម:

ប្រភេទនៃកងយោធព៌:

លេខអតីតយុទ្ធជន:

ថ្ងៃដែលចូលបម្រើក្នុងកងទ័ព:

- Veteran, CA 5 on file.
- No VA income.
- VA income:_____.

12. ខ្ញុំធ្លាប់បានទទួលគ្រោះថ្នាក់ ឬ មានរបួសរាងកាយ នៅអំឡុងពេលឆ្នាំមុននេះ..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	If yes, potential exists for income from lawsuit or accident. <input type="checkbox"/> PA 971 and ABCDM 228 initiated.
13. ខ្ញុំមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ហើយ ខ្ញុំមានចំណូលចិត្តចង់ឱ្យមានការពិនិត្យរាងកាយរបស់ខ្ញុំដែលមិនគិតថ្លៃ តាមរយៈកម្មវិធីការពារសុខភាព និង ភាពពិការរបស់ក្មេង (CHDP)..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> CHDP referral made. <input type="checkbox"/> CHDP referral refused.
14. ខ្ញុំមានផ្ទះសណ្តែក, ផ្ទះចល័ត, ផ្ទះកាណូត (ទូកធ្វើជាផ្ទះ) ឬ ផ្ទះសំរាប់ដាក់កាណូត..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជា បាទ/ចាះ សូមបញ្ជាក់ប្រភេទណា: _____ និង តម្លៃជាទឹកប្រាក់: \$ _____	
15. ខ្ញុំមានកម្មសិទ្ធិលើដី ផ្ទះ ផ្ទះល្វែង ឬ អាគារដទៃទៀត..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជា បាទ/ចាះ សូមផ្តល់ព័ត៌មាន A. សូមផ្តល់ថ្លៃប៉ាន់ប្រមាណ: \$ _____ B. ខ្ញុំសុខចិត្តឱ្យស្រុកអ៊ិនឃីរឿសខោនធីមានសិទ្ធិឃាត់ទ្រព្យទុក (lien) ដាក់លើអចលនទ្រព្យដែលខ្ញុំមានកម្មសិទ្ធិ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
16. ខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យគេទទេនូវប្រាក់កាស បានលក់ បានផ្តល់ឱ្យគេទទេនូវអចលនទ្រព្យ ដី ឬ អាគារនៅអំឡុងពេលពីរឆ្នាំកន្លងទៅនេះ ។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជា បាទ/ចាះ តើរបស់អ្វីដែលបានផ្តល់ឱ្យគេទទេ: _____ និង តម្លៃជាទឹកប្រាក់: \$ _____	
17. ខ្ញុំអាចធ្វើការបាន..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជា ទេ មូលហេតុដែលខ្ញុំមិនអាចធ្វើការបាន គឺ: _____	<input type="checkbox"/> Employment Specialist referral made.
18. ខ្ញុំបានធ្វើការក្នុងអំឡុងពេល 5 ឆ្នាំកន្លងមកនេះ..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជា បាទ/ចាះ សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ ចាប់ផ្តើមពីការងារចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក: A. ឈ្មោះនិយោជក: _____ មូលហេតុនៃការឈប់: _____ អាសយដ្ឋាន: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____ ជំនាញការពិសេសក្នុងការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺនបានប្រើប្រាស់: _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម: _____ ថ្ងៃចាកចេញ: _____ បៀវត្សប្រចាំខែ: \$ _____ B. ឈ្មោះនិយោជក: _____ មូលហេតុនៃការឈប់: _____ អាសយដ្ឋាន: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____ ជំនាញការពិសេសក្នុងការងារ ឬ ការហ្វឹកហ្វឺនបានប្រើប្រាស់: _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម: _____ ថ្ងៃចាកចេញ: _____ បៀវត្សប្រចាំខែ: \$ _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម: _____ ថ្ងៃចាកចេញ: _____ បៀវត្សប្រចាំខែ: \$ _____ ខ្ញុំមានការងារជាច្រើនទៀតដែលត្រូវចុះ..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
19. តើអ្នកបានរត់គេចពីច្បាប់ដើម្បីជៀសវាង ការកាត់ទោស ឬ ការឃុំឃាំង/ការជាប់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
20. តើអ្នកមានបំពានលើការដោះលែងមុនកំណត់/ការព្យួរទោសមានលក្ខខណ្ឌ ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
21. តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពដែលត្រូវការអាហារពិសេស (ឧទាហរណ៍ ដូចជា រោគទឹកនោមផ្អែម) ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជា បាទ/ចាះ សូមរៀបរាប់អំពីលក្ខណៈសុខភាព: _____	<input type="checkbox"/> Needs PA 596

ព័ត៌មានបំប៉ន

ផ្នែក A - សេចក្តីតម្រូវលើការងារ

ខ្ញុំយល់ថា បើ ខ្ញុំ នៅពេលនេះ អាចធ្វើការបាន ឬបើ ខ្ញុំអាចធ្វើការបាននៅពេលអនាគត:

1. ខ្ញុំត្រូវតែទៅចូលរួមជាចាំបាច់នៅក្នុងកម្មវិធីឱកាសសម្រាប់ការងារសម្រាប់អ្នកទទួលជំនួយទូទៅ (GROW), ដែលរៀបចំឡើងដើម្បីជួយខ្ញុំស្វែងរកការងារធ្វើ ។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលជំនួយទូទៅ (GR) សម្រាប់រយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬក៏បន្ថែម បីខែ សំរាប់កំឡុងពេលដប់ពីរ (12) ខែ និងមួយៗ បើសិនជា ខ្ញុំបន្តទៅចូលរួមក្នុងកម្មវិធី GROW តទៅទៀត ។ ខ្ញុំនឹងបានទទួលជំនួយផ្នែកយានជំនិះ នៅពេលដែលខ្ញុំទៅចូលរួមក្នុងកម្មវិធី GROW ។
2. ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនអាចឈប់ធ្វើការងារ ឬ មិនត្រូវឱ្យគេបញ្ឈប់ពីការងារបានទេ ។
3. ខ្ញុំត្រូវតែចុះឈ្មោះរកការងារធ្វើជាមួយនឹងក្រសួងកិច្ចការអភិវឌ្ឍន៍ការងារ (EDD) ។
4. ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនអាចផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត នៅលើសំណៅ ABP 85-1 "ទំនាក់ទំនងការងារ" បានទេ ។
5. ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើការស្វែងរកការងារមួយចំនួនដូចដែលមានបង្ហាញនៅលើសំណៅ ABP 85-1 "ទំនាក់ទំនងការងារ" ហើយ ធ្វើបញ្ជូនមកវិញឱ្យបានទាន់ថ្ងៃដែលកំណត់ប្រគល់ឱ្យគេ ។ ខ្ញុំដឹងថាក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) នឹងបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនងការងារដែលបានចុះនៅលើសំណៅនោះ ដើម្បីឱ្យបានប្រាកដថាខ្ញុំបានស្នើសុំការងារធ្វើនៅកន្លែងទាំងនោះមែន ។
6. ខ្ញុំត្រូវតែព្រមទទួលនូវកិច្ចការងារផ្តល់ឱ្យតាមគំរោងរៀបចំអនុញ្ញាតដោយ DPSS ហើយ ទៅចូលរួមក្នុងការសម្ភាសន៍ការងារ ការណាត់ជួបផ្ទាល់មាត់រៀបចំទៅរកការងារ និង សកម្មភាពដទៃទៀត ដែលគេបានគ្រោងទុកទាំងអស់ ។
7. ខ្ញុំត្រូវតែទទួលយកការណែនាំបញ្ជូនទៅរកការងារ ទៅចូលរួមក្នុងការសម្ភាសន៍ការងារ និង ទទួលយកការណាមួយ ឬ កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺនការងារដែលគេផ្តល់ឱ្យ ។
8. បើសិនជា ខ្ញុំមិនធ្វើតាមសកម្មភាពការងារនៃកម្មវិធី GR និង GROW, ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវគេពិន័យ និងបាត់បង់ប្រាក់ជំនួយរបស់ខ្ញុំ ។
9. ខ្ញុំនឹងទទួលបានសេចក្តីប្រកាសជូនដំណឹងមួយច្បាប់ដែលនឹងពន្យល់ប្រាប់អំពីច្បាប់ និងសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ បើ ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈសម្រេចថាបញ្ឈប់ប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR របស់ខ្ញុំ និង ដាក់ពិន័យខ្ញុំ ។

អ្នកប្រហែលជាត្រូវគេពិន័យដកប្រាក់ជំនួយ បើសិនជា អ្នកមិនធ្វើតាមសេចក្តីតម្រូវណាមួយដែលមានចុះខាងលើនេះ។ ការពិន័យដកប្រាក់ជំនួយមានន័យថា អ្នកបាត់បង់ប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR របស់អ្នក ហើយ អ្នកត្រូវតែរង់ចាំដើម្បីឱ្យបានប្រាក់ជំនួយនោះមកវិញ។ រយៈពេលនៃការរង់ចាំអាចជា 0 ថ្ងៃ 30 ថ្ងៃ ឬក៏ 60 ថ្ងៃ ។ បើសិនជាអ្នកត្រូវទទួលបានការពិន័យដកប្រាក់ជំនួយ យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងអំពីអំឡុងពេលរង់ចាំទាក់ទងនឹងការពិន័យដកប្រាក់ជំនួយតាមសេចក្តីជូនដំណឹងមួយផ្សេងទៀត ។ ជំនួយ GR របស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបញ្ឈប់ទេ បើសិនជា:

1. អ្នកមិនបានទទួលប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR ចំនួនបីខែកាលពីឆ្នាំមុនកន្លងទៅនេះ; ឬ
2. អ្នកបានធ្វើខុស (ដោយចេតនាឬប្រហែស); ឬ
3. អ្នកមានមូលហេតុដ៏ល្អសមរម្យសម្រាប់ការមិនធ្វើតាមសេចក្តីតម្រូវណាមួយដែលមានចុះនៅខាងលើនេះ ។

ផ្នែក B - សេចក្តីតម្រូវសម្រាប់វិបត្តិក្នុងការប្រើសារធាតុញៀន (SUD)

ដើម្បីឱ្យមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយ GR, អ្នកត្រូវតែទទួលបានការវិនិច្ឆ័យមើលជាមុន ដើម្បីរកមើលថា តើមានការរំលោភលើគ្រឿងញៀន/គ្រឿងស្រវឹង ដែរឬទេ ហើយបើ ត្រូវគេសន្មតថាមានបញ្ហា អ្នកត្រូវតែទៅចូលរួមក្នុងកម្មវិធីដំណើរការជាសះស្បើយឡើងវិញពីវិបត្តិក្នុងការប្រើសារធាតុញៀន (Mandatory Substance Use Disorder Recovery Program ឬ MSUDRP) យល់ព្រមដោយខោនធី ដែលតម្រូវជាចាំបាច់ ។ ប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR របស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវបដិសេធ បើសិនជាអ្នកមិនធ្វើតាមសេចក្តីតម្រូវលើកម្មវិធីដំណើរការជាសះស្បើយឡើងវិញពី SUD ដែលតម្រូវជាចាំបាច់នេះទេ ។ បើសិនជា អ្នកបានទទួលប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR រួចហើយ ហើយអ្នកមិនធ្វើតាមសេចក្តីតម្រូវលើកម្មវិធីដំណើរការជាសះស្បើយឡើងវិញពី SUD នេះទេ ជំនួយ GR របស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវបញ្ឈប់ និង ទទួលបានការពិន័យ នៅគ្រប់ពេល ។

កំណត់ចំណាំ: ការមិនធ្វើតាមដោយចេតនា ឬ ដោយចេតនាប្រហែស ដោយគ្មានមូលហេតុដ៏ល្អសមរម្យ ប្រហែលជាបណ្តាលឱ្យជំនួយ GR របស់អ្នកត្រូវបញ្ឈប់ ហើយ អ្នកប្រហែលជាមិនមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយសម្រាប់រយៈពេល 0 ថ្ងៃ 30 ថ្ងៃ ឬក៏ 60 ថ្ងៃ ។ ខ្ញុំបានអាន (ឬត្រូវបានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់) នូវក្បួនច្បាប់ទាំងអស់ដែលមានចែងខាងលើនេះ ។ ខ្ញុំយល់ថា បើ ខ្ញុំមិនធ្វើតាមខនិមួយៗនៃក្បួនច្បាប់ទាំងនេះដោយពុំមានមូលហេតុដ៏ល្អសមរម្យទេ ប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR របស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបញ្ឈប់ ។ បើ ប្តីប្រពន្ធរបស់ខ្ញុំ កូនដែលជាអនីតិជន និងកូនដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំដែលទៅរៀនសាលាមធ្យមសិក្សា/កម្មវិធីហ្វឹកហ្វឺន ត្រូវបានទទួលជំនួយក្នុងសំណុំរៀងរបស់ខ្ញុំផងនោះ ជំនួយរបស់គេក៏នឹងត្រូវបញ្ឈប់ដែរ ។ ប្រាក់ជំនួយនៃកម្មវិធី GR របស់ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវបន្ថយទេ បើសិនជា ស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវផ្លាស់ប្តូរ (ដូចជា ខ្ញុំធ្លាក់ខ្លួនឈឺជាដើម) ហើយ ខ្ញុំមានមូលហេតុដ៏ល្អសមរម្យលើសកម្មភាពរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកកិច្ចការអតិថិជន បើសិនជា ខ្ញុំមានសំណួរណាមួយស្តីអំពីក្បួនច្បាប់ទាំងនេះ ។

ផ្នែក C - សេចក្តីព្រមព្រៀងជាទូទៅ

ខ្ញុំយល់ និង យល់ស្របតាមលក្ខខណ្ឌខាងក្រោមនេះ:

1. សិទ្ធិឃាត់ទ្រព្យទុក (lien) នឹងយកមកដាក់លើអចលនទ្រព្យដែលខ្ញុំមានកម្មសិទ្ធិ ឬ ដែលខ្ញុំនឹងទិញនៅពេលអនាគត ដូចជាផ្ទះ ឬ ដីធ្លីជាដើម ។ ការចុះហត្ថលេខាលើសិទ្ធិឃាត់ទ្រព្យទុកនឹងអនុញ្ញាតឱ្យខោនធីដកប្រាក់ជំនួយទូទៅ (GR) ណាមួយដែលបានចេញឱ្យខ្ញុំ ចេញពីការលក់អចលនទ្រព្យ ។
2. ច្បាប់រដ្ឋតម្រូវឱ្យខោនធីផ្តល់ទៅភ្នាក់ងារក្រសួងមានសមត្ថកិច្ចនូវព័ត៌មានមួយចំនួនអំពីមនុស្សដែលបានស្លាប់ទៅហើយ ឬក៏ អ្នកដែលត្រូវគេចេញដីការចាប់ខ្លួនលើទោសបទឧក្រិដ្ឋ ។ ព័ត៌មាននេះគឺ: ឈ្មោះ អាយុ ជួន ថ្ងៃកំណើត លេខសូស្យាល់សិក្សា និង កិច្ចការរូបរាងកាយ ។

3. មនុស្សទាំងអស់ដែលទទួល GR ត្រូវតែផ្តល់នូវលេខសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSN) របស់គេ ហើយនិង ត្រូវផ្តិតប្រមាណដៃដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលជំនួយ ។ លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSN), ស្នាមម្រាមដៃរបស់គេ និង ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ឱ្យដទៃទៀតណាមួយ អាចនឹងត្រូវយកមកប្រើសម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយកុំព្យូទ័រ ការពិនិត្យឡើងវិញ និង ការជម្រះបញ្ជីជាផ្លូវការ ។
4. ខ្ញុំត្រូវតែបង់សងទៅខោនធីឡូសអិសយីឡេសវិញនូវប្រាក់ទាំងអស់ដែលបានចំណាយដោយខោនធី ក្នុងនាមខ្ញុំដែលជាចំណែកមួយនៃកម្មវិធីជំនួយទូទៅ (GR) ។ បើសិនជា ខ្ញុំស្លាប់មុនពេលដែលប្រាក់ជំនួយត្រូវបានបង់សងវិញ ខោនធីឡូសអិសយីឡេសអាចប្តឹងទាមទារយកប្រាក់ជំពាក់ពីទ្រព្យសម្បត្តិ (estate) របស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំតាមរយៈនេះសូមបោះបង់ចោលនូវការកំណត់ច្បាប់ (របស់នីតិបញ្ញត្តិ) សម្រាប់ពាក្យសុំទាមទារណាមួយ សម្រាប់ការសងជំនួយដែលបាននិយាយនេះ ការថែទាំ និង ការថែរក្សា និង/ឬ ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ។
5. បើសិនជា ខ្ញុំទទួលប្រាក់ជំនួយទាំងដុំតែម្តង មានរួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹមតែ ប្រាក់បានមកពីការទូទាត់សម្របសម្រួលក្តីក្តា ការមានសិទ្ធិទទួលប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធីដទៃទៀត រួមមាន (ប្រាក់ចំណូលបន្ថែមសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី ប្រាក់ជំនួយសម្រាប់អតីតយុទ្ធជន និង ប្រាក់ធានាសម្រាប់ពេលពិការ) ប្រាក់ឈ្នះឆ្នោត ប្រាក់ឈ្នះល្បែង ប្រាក់បានមកពីការទូទាត់សម្របសម្រួលជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬ ប្រាក់មរតក ខ្ញុំត្រូវតែបង់សងទៅខោនធីឡូសអិសយីឡេសវិញនូវប្រាក់ដែលបានចេញឱ្យខ្ញុំ ។ បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់សងទៅខោនធីឡូសអិសយីឡេសវិញនោះទេ ខ្ញុំនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលជំនួយទូទៅ (GR) សម្រាប់រយៈពេលជាច្រើនខែ រហូតដល់ប្រាក់ជំនួយទាំងដុំនោះ បានបំពេញតាមតម្រូវការចាំបាច់នៃតារាងថវិការបស់ខ្ញុំ ។
6. ខ្ញុំត្រូវតែ ទូរស័ព្ទ ឬ សរសេរ ទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ នៅពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ នៃអាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ ផ្លែឈ្នួលផ្ទះ ប្រាក់ចំណូលទ្រព្យសម្បត្តិ ឬ ចំនួនមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ក្នុងអំឡុងពេលប្រាំថ្ងៃ ប្រក្រតិទិននៃការផ្លាស់ប្តូរ ។
7. បើសិនជា ខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានដែលមិនពិត ឬបើ ខ្ញុំមិនបានរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ ដែលនាំឱ្យប៉ះពាល់ដល់សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ ឬ ចំនួនជំនួយដែលខ្ញុំទទួល ទេនោះ ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវគេយកមកកាត់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ និង ត្រូវបង់ពិន័យ ឬ យកទៅដាក់ពន្ធនាគារ ។
8. ខ្ញុំរស់នៅក្នុងឡូសអិសយីឡេសខោនធី (Los Angeles County) ហើយ គ្រោងថានឹងរស់នៅទីនេះតទៅទៀត ។
9. ខ្ញុំយល់ថា ជាលក្ខខណ្ឌនៃការទទួលជំនួយទូទៅ (GR), ខ្ញុំត្រូវតែទទួលការរែកពិនិត្យមើលជាមុន ដើម្បីរកមើលថាមានការរំលោភលើសារធាតុញៀន/គ្រឿងស្រវឹង ដែរឬទេ ហើយបើ ត្រូវគេសន្មតថាមានបញ្ហា ខ្ញុំត្រូវតែទៅចូលរួមក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលយល់ព្រមដោយខោនធី ដើម្បីបន្តទទួលជំនួយ (GR) ។

ផ្នែក D - ការដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូលបន្ថែមសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSI)

- ខ្ញុំយល់ថា ករណីខាងក្រោមនេះយកមកអនុវត្តសម្រាប់តែ បើសិនជាគ្រូសងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) សន្មតថា ខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលជំនួយ SSI:
1. បើស្នើសុំដោយ DPSS, ខ្ញុំនឹងដាក់ពាក្យសុំជំនួយ SSI នៅការិយាល័យសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទីក្នុងតំបន់ ឬការិយាល័យដែលគេជ្រើសរើសទុកជាមុន ។
 2. នៅពេលដែល DPSS សន្មតថា ខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលជំនួយ SSI, ឬនៅពេលណាមួយបន្ទាប់ពីពេលនោះ ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSN) របស់ខ្ញុំ និង ព័ត៌មាននៃបញ្ជីសំណុំរឿងជាអចិន្ត្រៃយ៍នឹងត្រូវផ្តល់ឱ្យទៅអ្នកការពារកម្មវិធីផ្នែក SSI ដែលនឹងផ្តល់ជំនួយបច្ចេកទេសដើម្បីឱ្យខ្ញុំបានទទួលការយល់ព្រមលើជំនួយ SSI ។ ខ្ញុំនឹងធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយនឹងអ្នកការពារកម្មវិធីផ្នែក SSI ។
 3. ខ្ញុំនឹងប្រាប់ទៅ DPSS (ក្នុងអំឡុងពេលប្រាំថ្ងៃប្រក្រតិទិន) នៅពេលដែលនាយកដ្ឋានសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី យល់ព្រម ឬបដិសេធលើពាក្យសុំជំនួយ SSI របស់ខ្ញុំ ។
 4. ខ្ញុំនឹងប្តឹងតវ៉ាលើការបដិសេធនាមួយ (ក្នុងអំឡុងពេល 60 ថ្ងៃប្រក្រតិទិននៃថ្ងៃនៅលើសំបុត្របដិសេធន) ដោយបំពេញសំណេរ "ការស្នើសុំឱ្យសម្រេចសាជាថ្មី" នៅការិយាល័យសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី ។
 5. ខ្ញុំនឹងផ្តល់ DPSS នូវភស្តុតាង (នៅពេលដែលគេសូមរក) ដែលថា ខ្ញុំបានបំពេញសំណេរ "ការស្នើសុំឱ្យសម្រេចសាជាថ្មី" រួចហើយ ។
 6. ខ្ញុំនឹងបំពេញសំណេរ "ការស្នើសុំឱ្យមានសវនាការតវ៉ា" (ប្តឹងតវ៉ា) បើ ការស្នើសុំឱ្យសម្រេចសាជាថ្មីរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានបដិសេធផងដែរនោះ ។
 7. ខ្ញុំនឹងផ្តល់ DPSS នូវភស្តុតាង (បើគេសូមរក) ដែលថា ខ្ញុំបានបំពេញសំណេរ "ការស្នើសុំឱ្យមានសវនាការតវ៉ា" រួចហើយ ។
 8. បើសិនជា ខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំជំនួយ SSI, ហើយ ពាក្យសុំជំនួយ SSI របស់ខ្ញុំត្រូវបានបដិសេធអើយ ខ្ញុំប្តឹងតវ៉ាលើការបដិសេធនោះ ខោនធីអាចផ្តល់ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ និងលេខសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSN) របស់ខ្ញុំ ទៅឱ្យអ្នកទទួលការរកជំនួយដែលអាចជាតំណាងខ្ញុំនៅទីសវនាការប្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ ។
 9. សម្រាប់ជំនួយការខាងផ្លូវច្បាប់ផ្នែកសវនាការតវ៉ាលើករណីជំនួយ SSI របស់ខ្ញុំ ខ្ញុំនឹងទទួលយកអ្នកទទួលការរកជំនួយដែលផ្តល់ឱ្យដោយ DPSS (ដែលមិនគិតថ្លៃចំពោះខ្ញុំ) ជ្រើសរើសជួយយកអ្នកតំណាងដោយខ្លួនខ្ញុំ (ដែលខ្ញុំទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃ) ឬ តំណាងដោយខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់ ។
 10. ខ្ញុំនឹងរក្សាទុកនូវសំបុត្រ និង សេចក្តីប្រកាសទាំងអស់ដែលខ្ញុំទទួលបានពីនាយកដ្ឋានសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSA) និង ផ្តល់ឱ្យគ្រូសងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) នូវទំព័រចម្លងទាំងអស់ នៅពេលដែលគេសូមរក ។
 11. ខ្ញុំនឹងឆ្លើយតបទៅនឹងសំបុត្រទាំងអស់ពីគ្រូសងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS), នាយកដ្ឋានសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSA) និង អ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំដែលស្នើសុំឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានស្តីអំពីពាក្យសុំជំនួយ SSI ឬ ការប្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ ។
 12. ខ្ញុំនឹងធ្វើសហប្រតិបត្តិការយ៉ាងពេញទំហឹងជាមួយនឹង DPSS, នាយកដ្ឋានសូស្យាល់ស៊ីគ្រីទី (SSA) និង អ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំនៅលើគ្រប់ករណីទាំងអស់ដែលទាក់ទងទៅនឹងពាក្យសុំជំនួយ SSI ឬ ការប្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ ។
 13. ខ្ញុំយល់ថា ការខកខានមិនបានធ្វើតាមសេចក្តីតម្រូវទាំងអស់នេះអាចនឹងបណ្តាលឱ្យជំនួយទូទៅ (GR) របស់ខ្ញុំ ត្រូវបានគេបដិសេធបញ្ឈប់បាន ។ បើ ខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ខ្ញុំនឹងទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលផ្នែកកិច្ចការអតិថិជន ។

ផ្នែក E - ការអនុញ្ញាតឱ្យសងប្រាក់ជំនួយជាបណ្តោះអាសន្ននៃការសុំលើដំបូង ឬ ក្រោយពេលមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយ

**AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF INTERIM ASSISTANCE
INITIAL CLAIM OR POSTELIGIBILITY CASE**

NAME		SOCIAL SECURITY NUMBER
ADDRESS	CITY/TOWN	ZIP CODE
COUNTY IA AGENCY Los Angeles County		GR CODE 05200

For the purpose of this Authorization Form:

The term "State" means the California county interim assistance (IA) agency (s) that the California Department of Social Services has an interim assistance reimbursement agreement with and that paid you public assistance.

The term "SSI/SSP benefits" means "Supplemental Security Income/State Supplementary Payment" benefits under Title XVI of the Social Security Act.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Initial Claim Only" block?

Initial Claim Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if you are eligible to receive SSI/SSP benefits. If you become eligible, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the first month you are eligible to receive SSI/SSP benefits through the first month your monthly SSI/SSP benefit begins.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Posteligibility Case Only" block?

Posteligibility Case Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if your SSI/SSP benefits can be reinstated after being terminated or suspended. If your SSI/SSP benefits resume, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the day of the month the reinstatement is effective through the first month your monthly SSI/SSP benefit resumes.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

How can the State use this form when blocks for initial claims and posteligibility cases are part of the form?

The State can use this form for one case situation at a time, either an initial claim or a posteligibility case. If both blocks are checked the form is not valid. You and the State must sign and date a new form with only one block checked.

What kind of State payment qualifies for reimbursement by SSA?

SSA can reimburse a State for a payment that is paid only from State or local funds. The State cannot be reimbursed for payments made wholly or partially from Federal funds.

How does SSA determine how much of my SSI/SSP money to pay the State?

SSA decides the amount of payment based on two considerations. First, SSA looks at the amount of money claimed by the State, and second, SSA looks at the amount of your retroactive SSI/SSP money available to pay the State. SSA can reimburse the State for a payment made in a month only when you receive a State payment and an SSI/SSP payment for the same month. SSA will not pay the State more money than you have for the SSI/SSP retroactive period.

How long is this authorization effective for the State and me if I checked the "Initial Claims Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For the State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the state matching your SSI record with your state record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay effective longer than the 12-month period, if you

- apply for SSI/SSP benefits before the State has the authorization form, or
- apply within the 12-month period the authorization is effective, or
- file a valid appeal of SSA's determination on your initial claim.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your initial claim; or
- SSA makes a final determination on your claim; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

How long is this authorization effective for the State and me if I check the "Posteligibility Case Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For a State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the State matching your SSI record with your State record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay in effect longer than the 12-month period if you file a valid appeal. You must file your appeal within the time frame SSA requires.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or can end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your posteligibility case after a period of suspension or termination; or
- SSA makes a final determination on your appeal; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

Can SSA use this authorization form to protect my filing date for SSI/SSP benefits?

SSA can use this form to protect your filing date if you checked the "Initial Claims Only" block. When you sign this form, you are saying that you have the intention of filing for SSI/SSP benefits if you have not already applied for benefits.

You have sixty (60) days from the date the State receives this form to file for SSI/SSP benefits. Your eligibility to receive SSI/SSP benefits can be as early as the date you sign this authorization if you file within the 60-day time period. If you file for SSI/SSP benefits after the 60-day time period, this form will not protect your filing date. Your filing date will be later than the date you sign this form.

How do I appeal the State's decision if I do not agree with the decision?

You can disagree with a decision the State made during the reimbursement process. You will receive the State notice telling you how to appeal the decision. You cannot appeal to SSA if you disagree with any State decision.

Within 10 working days after the State receives the reimbursement money from SSA, the State must send you a notice. The notice will tell you three things: (1) the amount of the payments the State paid you; (2) that SSA will send you a letter explaining how SSA will pay the remaining SSI/SSP money (if any) due you, and (3) about your right to a hearing with the State, including how to request the State hearing.

SIGNATURE OF INDIVIDUAL RECEIVING INTERIM ASSISTANCE	DATE
SIGNATURE OF STATE REPRESENTATIVE	DATE

If the applicant signs this application with a mark, the signature must have two witnesses who provide their signatures, addresses, and the dates they signed below.

WITNESSED BY:			WITNESSED BY:		
ADDRESS (#, STREET):			ADDRESS (#, STREET):		
CITY	STATE	ZIP	CITY	STATE	ZIP

ផ្នែក F - ការលុបចោលពាក្យសុំជំនួយទូទៅ (GR)

ខ្ញុំយល់ថា ទោះបីជាអ្នកដែលធ្វើសម្ភាសន៍ដល់ខ្ញុំ ប្រាប់ខ្ញុំថា ខ្ញុំមិនមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានជំនួយ GR ក៏ដោយ ខ្ញុំនៅតែមានសិទ្ធិបំពេញពាក្យសុំជំនួយនៅឡើយ ហើយ សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំនេះ មិនអាចដកចេញពីខ្ញុំបានទេ ។

ខ្ញុំយល់ថា បើខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចណាមួយដែលបានធ្វើឡើងមកលើពាក្យសុំជំនួយ GR របស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចទទួលបានការពន្យល់យ៉ាងច្បាស់លាស់ អំពីនីតិវិធីបណ្តឹងដែលខ្ញុំអាចប្រើ ពីអ្នកដែលជួយខ្ញុំបំពេញសំណៅនេះ ។

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបាននូវសេចក្តីប្រកាសជូនដំណឹងនូវការបដិសេធជំនួយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ ។

ខ្ញុំយល់ថា បើខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចណាមួយដែលបានធ្វើឡើងមកលើពាក្យសុំជំនួយ GR របស់ខ្ញុំ ខ្ញុំមានសិទ្ធិតវ៉ាជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចនេះ ហើយ ស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺលើសេចក្តីសម្រេចនោះ ឬ ស្នើសុំការពិនិត្យមើលពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំសាជាថ្មីឡើងវិញដោយ អ្នកទាក់ទងផ្នែកតវ៉ាជំទាស់លើការបដិសេធ ។

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានជំនួយទូទៅទេ ប៉ុន្តែ ខ្ញុំចង់បន្តពាក្យសុំជំនួយរបស់ខ្ញុំ តទៅទៀត ។

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានជំនួយទូទៅទេ, ហើយ ខ្ញុំចង់លុបចោលពាក្យសុំជំនួយ GR ។

ហត្ថលេខានៃអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	ហត្ថលេខានៃអ្នកកាន់សំណុំរឿង	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
----------------------------	---------------	----------------------------	---------------

ផ្នែក G - សេចក្តីប្រកាស និង ការចុះហត្ថលេខា

មនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ (អាយុ 18 ឆ្នាំ ឬ អាយុច្រើនជាងហ្នឹង) និង ក្មេងអនីតិជន (កំពុងដាក់ពាក្យសុំតែម្នាក់ឯង) ដែលដាក់ពាក្យសុំជំនួយទូទៅ (GR) ត្រូវតែអានសេចក្តីប្រកាស ហើយ ចុះហត្ថលេខានៅផ្នែកខាងក្រោម:

សេចក្តីប្រកាស: ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្ដន្ទាទោសនៃបទភូតកុហកថាព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងក្រដាសដាក់ពាក្យសុំជំនួយរបស់ខ្ញុំ គឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ តាមការយល់ដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខានៃមនុស្សពេញវ័យ #1	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	ហត្ថលេខានៃមនុស្សពេញវ័យ #2	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	ហត្ថលេខានៃមនុស្សពេញវ័យ #3	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
---------------------------	---------------	---------------------------	---------------	---------------------------	---------------

បើសិនជា នរណាម្នាក់ចុះហត្ថលេខាដោយមានគំនូសខ្វែង សាក្សីពីរនាក់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងផ្តល់នូវ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ និង អាសយដ្ឋានរបស់គេនៅផ្នែកខាងក្រោម:

ហត្ថលេខានៃសាក្សី	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	ហត្ថលេខានៃសាក្សី	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ
អាសយដ្ឋាន	អាសយដ្ឋាន		

CERTIFICATION OF ELIGIBILITY

KEY ELIGIBILITY ITEMS

**SHOW
RESPONSE
BELOW**

IDENTIFICATION: (ABP 898-1, Question 3)
Does each client have acceptable identification or PA 230 initiated?

YES NO

UNDER 18: (ABP 898-1, Question 5)
Is the client over age 18? If no, verification of minor applying alone has been completed.

YES NO

RESIDENCE: (ABP 898-1, Questions 6 and 7)
Has the client lived in Los Angeles County 15 days and plans to remain here? If the client wants to return to place of residence, the PA 898-15 Non-Resident application must be on file.

YES NO

CITIZENSHIP:
Is the client a United States citizen? If no:
 acceptable alien verification is on file, or
 a PA 696 is on file.

YES NO

PERSONAL PROPERTY: (ABP 898-1, Question 14)
Does the client meet all personal property limits, as shown below:
 Yes No None Declared: Cash
 Yes No None Declared: Checking savings, credit union, other
 Yes No None Declared: Exempt \$500 life if for burial, otherwise include in \$500 limit.
 Yes No None Declared: Each adult may own interest in one motor vehicle with value of \$4,500 or less. For couple cases, only one vehicle is allowed.
 Yes No None Declared: House trailer, houseboat or boat home used as residence worth no more than \$11,500.
 Yes No None Declared: Mobile home used as residence worth no more than \$15,000.

YES NO

REAL PROPERTY: (ABP 898-1, Question 15)
Does the client meet all real property limits, as shown below:
 Yes No None Declared: Home with assessed value of \$34,000 or less

YES NO

ASSETS GIVEN AWAY: (ABP 898-1, Question 16)
Does the client declare that no property was given away in the last two years?

YES NO

INCOME:
Is the client's total non-exempt income below the GR level?

YES NO

EMPLOYMENT: (ABP 898-1, Question 18)
A potential UIB application has been filed, if appropriate, and the client's employment history does not qualify the client for CalWORKs (if this is a family case).

YES NO

HOUSEHOLD COMPOSITION AND HOUSING COST: (ABP 898-1, Question 9)
Is the household size correctly determined and housing cost below the GR level?

YES NO

Housing cost is over the GR level? Yes No If yes, PA 908 is initiated and follow-up control set.

FLEEING FELONS: (ABP 898-1, Questions 19-20)
Is the client fleeing to avoid prosecution or custody/conviction of a felony or is in violation of parole/probation. IF YES, DENY AID.

YES NO

ANNUAL AGREEMENT/CALFRESH RECONCILIATION: The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.

YES NO

CASH AID FOR IMMIGRANTS PROGRAM (CAPI): The Annual Agreement and CalFresh Recertification dates have been aligned and are the same date.

YES NO

PRESCREENING QUESTIONNAIRE FOR SUBSTANCE USE DISORDER

Did client complete pre-screening?
If positive or in treatment was client referred for assessment?

YES NO
 YES NO

DETERMINATION:

Eligible for General Relief. Not Eligible for General Relief. Denial Code: _____

Eligibility Worker's Signature Date Eligibility Supervisor's Signature Date