របាយការណ៍ប្រចាំត្រីមាស
សំរាប់ប្រាក់ជំនួយ និង Food Stamps

STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

របាយការណ៍នេះសំរាប់ខែ

សូមបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងផ្ញើបញ្ជូនរបាយការណ៍នេះត្រឡប់មកវិញកុំឲហួសថ្ងៃទី 5TH នៃខែបន្ទាប់ពី**ខែដែលរាយការណ៍** ។

(ក្ងដផលិតផល)

ឈ្មោះសំណុំរឿង:
លេខសំណុំរឿង:
លេខបណ្ណ/ក្រុម:
លេខទូរស័ព្ទបុគ្គលិក:

ត្រូវការជំនួយ? សូមទូរស័ព្ទទៅអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក

សូមផ្ញើត្រឡប់ទៅអាសយដ្ឋាន:

អាសយដ្ឋានអ្នកទទួលសំបុត្រ:

- ✓ **អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលបានទទួល នៅក្នុងរបាយការណ៍ខែ _____ ។**
- ✓ បើអ្នកមិនផ្ញើមកនូវរបាយការណ៍ QR 7 ដែលបំពេញសព្វគ្រប់ រួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកំរិតត្រឹមតែ ឆ្លើយនូវសំណួរទាំងអស់ និងភ្ជាប់នូវកស្តុតាងដែលសំណួរសួررកចង្ហាប់នូវកស្តុតាងទេនោះ ជំនួយរបស់អ្នកប្រហែលជាអាចពន្យារផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់បាន ។ **សូមភ្ជាប់នូវទំព័របន្ថែម បើសិនជាត្រូវការ** ។ ព័ត៌មានក្នុងរបាយការណ៍របស់អ្នក ប្រហែលជាអាចបណ្តាលឲជំនួយរបស់អ្នក កើនឡើងជយចុះ ឬត្រូវបញ្ឈប់បាន ។
- ✓ សំរាប់ជំនួយ CalWORKs និង Food Stamps អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ទៅខោនធីក្នុងកំឡុងពេល **10 ថ្ងៃ** នូវការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយរបស់អ្នក ឬចំនួនជំនួយលុយសុទ្ធរបស់អ្នក ។ **នេះរួមទាំងទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកកាន់សំណុំរឿងរបស់អ្នក នៅពេលដែលប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកមានលើសចំនួននេះ $_____ សំរាប់ AU ទំហំ _____ នាក់ ។ សំរាប់ជំនួយ GR អ្នកត្រូវរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកក្នុងកំឡុងពេល 5 ថ្ងៃ ។**
- ✓ បើអ្នកទទួលជំនួយ food stamps សូមឆ្លើយសំណួរសំរាប់មនុស្សគ្រប់រូបក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ។ បើអ្នកមិនទទួលជំនួយ food stamps ទេ សូមឆ្លើយសំណួរសំរាប់មនុស្សគ្រប់រូបដែលទទួលជំនួយលុយសុទ្ធ រួមទាំង ក្ងន ឪពុកម្តាយ ឪពុកម្តាយចុង ប្តីប្រពន្ធរបស់អ្នក និងអ្នកណាដែលអវត្តមានពីផ្ទះបណ្តោះអាសន្ន ។

សេចក្តីស្នើសុំឲបញ្ឈប់ជំនួយ (បើអ្នកបំពេញផ្នែកនេះ សូមចុះហត្ថលេខា និងចុះថ្ងៃនៅផ្នែកខាងខ្នងនៃសំណៅនេះ ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំសាជាថ្មីឡើងវិញបានគ្រប់ពេល។)
ខ្ញុំស្នើសុំឲជំនួយ: ☐ លុយសុទ្ធ ☐ ហ្វូដស្តែម (Food Stamps) ☐ មេឌីខាល់ (Medi-Cal) ☐ CMSP រដ្ឋ របស់ខ្ញុំបញ្ឈប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ: _____ (ខែ/ឆ្នាំ)

ផ្នែកទី 1: សូមប្រាប់មកយើងនូវអ្វីៗដែលបានកើតឡើងនៅ _____ _____
ខែរាយការណ៍ ឆ្នាំ

1. តើអ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ទទួលប្រាក់ចំណូល ឬលុយសុទ្ធពីប្រភពណាមួយទេក្នុងខែនេះ? បើ "បាទ/ចាះ" សូមចុះរាយនៅខាងក្រោម និងភ្ជាប់នូវកស្តុតាង ☐ **បាទ/ចាះ** ☐ **ទេ**

ប្រាក់រកបាន: ប្រាក់មើលថែទាំកូន ការប្រាក់ ឬចំណែកភាគហ៊ុន ប្រាក់បានពីជួលផ្ទះ ប្រាក់ខែ ប្រាក់រកបានពីជំនួញដោយខ្លួនឯង ប្រាក់ទទួលបានពេលឈឺ ប្រាក់ទឹកតែ ប្រាក់សំរាប់ពេលវិស្សមកាល។ល។ **ប្រយោជន៍ជំនួយរដ្ឋាភិបាល:** ការធានារ៉ាប់រងពិការភាពរដ្ឋ (SDI) ជំនួយសូស្យាល់សឹ្គរីទី ប្រាក់ជំនួយបន្ថែមសូស្យាល់សឹ្គរីទី/ប្រាក់ជំនួយបន្ថែមរដ្ឋ (SSI/SSP) ប្រាក់សំរាប់ពិការភាព ឬសំរាប់ពេលរ៉ុវ៉ែត្រគដទៃ១ទៀតបានមកពីរដ្ឋាភិបាល ជំនួយលើការជួលផ្ទះ: ការធានារ៉ាប់រងពេលគ្មានការងារធ្វើ (UIB)ប្រាក់រ៉ុវ៉ែត្រគផ្តល់ជូនអតីតយុទ្ធជន ប្រាក់បំណាច់ពេលមានរបួសនៅកន្លែងធ្វើការ ។ល។ **ប្រយោជន៍ជំនួយដទៃ១ទៀត:** ប្រាក់ជួយឧបត្ថម្ភកូន/ប្តីប្រពន្ធ ប្រាក់ការធានារ៉ាប់រង ឬប្រាក់ទទួលបានក្រោយការសម្រុះសម្រួលតាមផ្លូវច្បាប់ ប្រាក់សំរាប់ពិការភាព ឬ ប្រាក់រ៉ុវ៉ែត្រគដទៃ១ទៀតបានមកពីក្រុមហ៊ុនឯកជន ។ ប្រាក់រ៉ុវ៉ែត្រគសំរាប់អតីតអ្នកធ្វើការរថភ្លើង ផលប្រយោជន៍ទទួលបានពេលធ្វើកូដកម្ម ។ល។ ដទៃ១ទៀត: ដូចជា លុយសុទ្ធ អំណោយ ប្រាក់កម្ចី ប្រាក់អាហារូបករណ៍ ។ល។ ជំនួយផ្តល់ឲដោយអ្នកដទៃមិនមែនជាលុយសុទ្ធ: ដូចជា ផ្ទះរស់នៅ/ទឹក ភ្លើង ហ្គាស.../ខោអាវ/ម្ហូបអាហារ ទេ ។ល។

អ្នកណាបានទទួលប្រាក់ចំណូល?	ប្រភព?	ចំនួនសរុប (មិនទាន់កាត់ពន្ធ)	$	$	$	$	$
		ថ្ងៃទទួល					
អ្នកណាបានទទួលប្រាក់ចំណូល?	ប្រភព?	ចំនួនសរុប (មិនទាន់កាត់ពន្ធ)	$	$	$	$	$
		ថ្ងៃទទួល					

1a. ចំនួនម៉ោងធ្វើការ ឬ ហ្វឹកហ្វឹនសំរាប់ខែនេះ:

អ្នកធ្វើការ?	នៅទីណា?	ចំនួនម៉ោងសរុប	អ្នកធ្វើការ?	នៅទីណា?	ចំនួនម៉ោងសរុប
អ្នកទទួលការហ្វឹកហ្វឹន?	នៅទីណា?	ចំនួនម៉ោងសរុប	អ្នកទទួលការហ្វឹកហ្វឹន?	នៅទីណា?	ចំនួនម៉ោងសរុប

1b. បើសិនជាប្រាក់ចំណូល ឬលុយសុទ្ធដែលរាយការណ៍នៅខាងលើនេះ នឹងផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងកំឡុងពេលបីខែខាងមុខនេះ ក្រោយខែដែលរាយការណ៍ សូមពន្យល់ និង ភ្ជាប់នូវកស្តុតាង ។

ឈ្មោះ	ប្រភពប្រាក់ចំណូល ឬលុយសុទ្ធ	ដោយសារអ្វីបានជាវាផ្លាស់ប្តូរ?	ចំនួនប៉ុន្មានដែលអ្នកនឹងបានទទួល?		
			ខែទីមួយ	ខែទីពីរ	ខែទីបី

សំណួរទី 2, 3, 4, និងទី 5 ប្រហែលជាអាចជួយអ្នកឲបានទទួល Food Stamps ច្រើនថែមទៀត

2. ប្រាក់ចំណាយថ្លៃពេទ្យ: តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលទទួលជំនួយ Food Stamps និងជាជនពិការ ឬមានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង បង់ថ្លៃពេទ្យដែរ ឬទេ? ☐ **បាទ/ចាះ** ☐ **ទេ**
បើ "បាទ/ចាះ" សូមចុះរាយចំនួនដែលបានបង់ និង ភ្ជាប់នូវកស្តុតាងនៃការបង់ ។

អ្នកណាជាអ្នកបង់?	អ្នកណាទទួលការព្យាបាលជម្ងឺ?	ចំនួន $

3. ប្រាក់ចំណាយលើការមើលថែទាំកូន: តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលទទួលជំនួយ Food Stamps បង់ថ្លៃការមើលថែទាំ កូន មនុស្សពិការ ឬ មនុស្សដទៃទៀតនៅក្នុងបន្ទុក នៅពេលដែល ធ្វើការ ស្វែងរកការងារ ឬ ទៅរៀន ឬទៅទទួលការហ្វឹកហ្វឹន ដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាះ** ☐ **ទេ**
បើ "បាទ/ចាះ" សូមចុះរាយចំនួនដែលបានបង់ និង ភ្ជាប់នូវកស្តុតាង ។

អ្នកណាជាអ្នកបង់?	អ្នកណាទទួលការមើលថែទាំ?	ចំនួន $

COUNTY USE ONLY (សំរាប់តែខោនធីប្រើតែប៉ុណ្ណោះ) EW Initials: CHANGE ( ) NO CHANGE ( ) Date:

រាយការណ៍អំពីការបន្លំលើជំនួយវ៉ែលហ្វែ
សូមទូរស័ព្ទទៅលេខពិសេស (800) 349-9970

4. ប្រាក់បង់ជួយឧបត្ថម្ភកូន: តើមានអ្នកណាម្នាក់ដែលទទួលជំនួយ Food Stamps បង់ប្រាក់ជួយឧបត្ថម្ភកូន <u>តាមបញ្ជាតុលាការ</u> ដែរ ឬទេ? ☐ **បាទ/ចាំ:** ☐ **ទេ**

បើ "បាទ/ចាំ:" សូមចុះរាយចំនួនដែលបានបង់ និង ភ្ជាប់នូវភស្តតាងនៃការបង់ ។

អ្នកណាជាអ្នកបង់?	ចំនួន $	អ្នកណាជាអ្នកបង់?	ចំនួន $

5. បើសិនជាព័ត៌មានក្នុងស័ណ្ឌរទី 2, 3, ឬទី 4 និងផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងក់ឡុងពេលបីខែខាងមុខនេះ ក្រោយខែដែលរាយការណ៍ សូមគូសប្រអប់ខាងក្រោម ពន្យល់ និង ភ្ជាប់នូវភស្តតាង ។

ប្រាក់ចំណាយថ្លៃពេទ្យ	អ្នកណាជាអ្នកបង់?	ចំនួន $	អ្នកណាទទួលការព្យាបាលជម្ងឺ?	អ្វីខ្លះដែលបានផ្លាស់ប្តូរ?	នៅពេលណាដែលវានឹងផ្លាស់ប្តូរ?
ប្រាក់ចំណាយលើការមើលថែទាំកូន	អ្នកណាជាអ្នកបង់?	ចំនួន $	អ្នកណាទទួលការមើលថែទាំ?	អ្វីខ្លះដែលបានផ្លាស់ប្តូរ?	នៅពេលណាដែលវានឹងផ្លាស់ប្តូរ?
ប្រាក់បង់ជួយឧបត្ថម្ភកូន តាមបញ្ជាតុលាការ	អ្នកណាជាអ្នកបង់?	ចំនួន $	សំរាប់អ្នកណា?	សូមភ្ជាប់ដីការថ្មីរបស់តុលាការ	នៅពេលណាដែលវានឹងផ្លាស់ប្តូរ?

ផ្នែកទី 2: តើមានអ្វីខ្លះបានកើតឡើង *ចាប់តាំងពី* របាយការណ៍ ចុងក្រោយបង្អស់របស់អ្នក?

6. តើមានអ្នកណាម្នាក់ ទទួល ទិញ លក់ ប្តូរ ឬ ធ្វើអំណោយ ទ្រព្យសម្បត្តិប្រភេទណាមួយ [ដី ផ្ទះ រថយន្ត ប្រាក់ក្នុងគណនីធនាគារ ប្រាក់ទទួលបាន (ដូចជាប្រាក់បានមកពីការឈ្នះឆ្នោត ឈ្នះល្បែងក្នុងកាស៊ីណូ ប្រាក់សូស្យាល់សឹគូរីទី ប្រាក់ពន្ធដារផ្តល់ទវិញ)] ដែរឬទេ? បើ "បាទ/ចាំ:" សូមចុះរាយអ្វីទាំងអស់នៅខាងក្រោមនេះ និង ភ្ជាប់នូវភស្តតាង ។ ☐ **បាទ/ចាំ:** ☐ **ទេ**

អ្នកណាជាអ្នកមានកម្មសិទ្ធិ លក់ ប្តូរ ឬ ធ្វើអំណោយ?	ប្រភេទនៃទ្រព្យសម្បត្តិ	នៅពេលណា?	តំលៃជាទឹកប្រាក់ $	☐ លក់	☐ ទិញ	☐ ឈ្នះ
				☐ អំណោយទទួល	☐ ដោះដូរ	☐ ធ្វើអំណោយ

គណនីសែក ☐ បើក ☐ បិទ ប្រាក់នៅសល់ $	គណនីសន្សំ ☐ បើក ☐ បិទ ប្រាក់នៅសល់ $

7. តើមានអ្នកណាម្នាក់បានរើចូលមកនៅ ឬចាកចេញពីផ្ទះអ្នក ឬអ្នកបានរើចូលទៅនៅជាមួយអ្នកណាម្នាក់ ឬទេ? ☐ **បាទ/ចាំ:** ☐ **ទេ**

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកនោះ	ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក	**រើចេញ ឬក៏ រើចូល?**	**នៅពេលណា?**

8. តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកត្រូវបានជាប់ទោសបទឧក្រិដ្ឋទាក់ទងនឹងគ្រឿងញៀន ដោយសាមានជាប់នៅនឹងខ្លួន ប្រើ ឬចែកចាយគ្រឿងញៀន ឬ មានអ្នកណាម្នាក់បានជៀសវាង ឬរត់គេចពីការកាត់ទោសបទឧក្រិដ្ឋ ការឃុំឃាំង ឬការដាក់គុក ឬ មានអ្នកណាម្នាក់បំពានលើទោសអប់រំ ឬបំពានលើការដោះលែងមុនពេលកំណត់ ដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាំ:** ☐ **ទេ**

បើ "បាទ/ចាំ:" ឈ្មោះ: ជាប់ទោសនៅទីណា? ថ្ងៃជាប់ទោស:

9. តើមានអ្វីមួយនៅខាងក្រោមនេះ ឬការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ បានកើតឡើង ទៅលើអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ឬទេ? ☐ **បាទ/ចាំ:** ☐ **ទេ**

បើ "បាទ/ចាំ:" សូមចុះរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមនេះ និង **ភ្ជាប់នូវភស្តតាងផង។** ភ្ជាប់នូវទំព័រប់ន្ថែម៉ បើសិនជាត្រូវការ ។

- ☐ **ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងគ្រួសារ** [រៀបការ លែងលះគ្នា ឬរស់នៅផ្សេងពីគ្នា ចុះឈ្មោះជា ដៃគូក្នុងការរស់នៅជាមួយគ្នាក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (DP) ដៃគូក្នុងការរស់នៅជាមួយគ្នាមិនមែនចេញដោយរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (non-California DP) បញ្ចប់ DP មានផ្ទៃពោះ មានកូនតូច ឬ លែងមានផ្ទៃពោះ ឬទេ?]
- ☐ **ពិការភាព** (ក្លាយជាជនពិការ ឬបានសះស្បើយពីពិការភាព ឬបានសះស្បើយពីការឈឺស្តាត់ដំធំមួយ?)
- ☐ **ការងារ** (ចាប់ផ្តើម ឬឈប់ធ្វើការ មិនព្រមទទួលការងារ ឬការហ្វឹកហ្វឹន ចំនួនម៉ោងធ្វើការ ឬការហ្វឹកហ្វឹនកើនឡើង ឬថយចុះ ឬទៅធ្វើកូដកម្ម?)
- ☐ **អន្តោប្រវេសន៍** (ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពសញ្ជាតិ ឬ អន្តោប្រវេសន៍ ឬបានទទួល កាតមួយថ្មី សំណៅ ឬសំបុត្រពីក្រសួង USCIS/INS?)
- ☐ **ការធានារ៉ាប់រង** (ចាប់ផ្តើម ឈប់ ឬដូរ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ពេទ្យធ្មេញ ឬជិវិត រួមទាំង ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមេឌីយែរ (MEDICARE) ផង?)
- ☐ **សិទ្ធិថែរក្សាកូន** (ការផ្លាស់ប្តូរលើចំនួនពេលដែលអ្នកមើលថែរក្សាកូន/សូរសុខទុក្ខកូន?)
- ☐ **សេវាជំនួយថែទាំតាមផ្ទះ** (In-Home Supportive Services) (ចាប់ផ្តើម ឈប់ទទួលសេវា សេវាជំនួយថែទាំតាមផ្ទះ?)
- ☐ **ការទៅសាលារៀនជាប្រក្រតី**
  - **សំរាប់តែ ជំនួយលុយសុទ្ធទេ – សិស្សអាយុ 6-18** ឈប់ ឬចាប់ផ្តើម ទៅសាលារៀនជាប្រក្រតី?
  - **សិស្សអាយុ 16 ឆ្នាំឬច្រើនជាងហ្នឹង** ឈប់ ឬចាប់ផ្តើម ទៅសាលារៀន/មហាវិទ្យាល័យ (អ្នកប្រហែលជាអាចទាមទារសុំ ថ្លៃសៀវភៅ ថ្លៃសាលា ថ្លៃយានជំនិះ ។ល។)
- ☐ **ដទៃៗទៀត:**

ឈ្មោះ	ត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក	មានអ្វីខ្លះបានកើតឡើង?	ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ?

ការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ

បំពេញផ្នែកនេះ **<u>សំរាប់តែ</u>** ប្រសិនបើ អ្នកបានដូរទីលំនៅ ឬមានអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ថ្មី តែប៉ុណ្ណោះ ។ បើសិនជាអ្នកទទួលជំនួយ Food Stamps អ្នកប្រហែលជាត្រូវគេស្នើសុំចផ្តល់នូវភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណាយថ្មីទាក់ទងនឹងថ្លៃទីលំនៅរបស់អ្នក ។

អាសយដ្ឋានទីលំនៅថ្មី (លេខ ឈ្មោះ ផ្លូវ វីថី មហាវីថី ។ល។) លេខផ្ទះល្វែង	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខស៊ុបកូដ	New Phone Number ( )

ថ្ងៃរើចូលមកនៅ	អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ថ្មី (បើខុសពីអាសយដ្ឋានទីលំនៅ)	ក្រុង	រដ្ឋ	លេខស៊ុបកូដ

តើអ្នកមានថ្លៃទីលំនៅ នៅអាសយដ្ឋានថ្មីនេះ ដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាំ:** ☐ **ទេ** បើ "បាទ/ចាំ:" ថ្លៃប៉ុន្មាន $	តើអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃកំដៅ/ថ្លៃម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ផ្សេងពី ថ្លៃទីលំនៅរបស់អ្នក ដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាំ:** ☐ **ទេ** បើ "បាទ/ចាំ:" ថ្លៃប៉ុន្មាន $

សេចក្តីបញ្ជាក់ – បំរាមអំពីការបន្លំជំនួយ

ខ្ញុំយល់ថា: បើដោយចេតនា ខ្ញុំមិនរាយការណ៍ព័ត៌មានទាំងអស់ឬផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតអំពីប្រាក់ចំណូល ទ្រព្យសម្បត្តិ ឬស្ថានភាពគ្រសាររបស់ខ្ញុំ ដើម្បីទទួល ឬទទួលបន្តទៀតនូវជំនួយ ឬផលប្រយោជន៍ផ្សេងៗនោះ ខ្ញុំនឹងអាចត្រូវផ្ទន្តាទោសតាមច្បាប់ ។ ខ្ញុំក៏ប្រហែលជាអាចត្រូវ គេចោទថា បានប្រព្រឹត្តិបទឧក្រិដ្ឋ បើជំនួយច្រើនជាង $400 នៃជំនួយលុយសុទ្ធ និង/ឬជំនួយ Food Stamps គឺត្រូវបានផ្តល់ឲដោយច្រឡឹ ដែលជាលទ្ធផលនៃទង្វើនេះ ។ ខ្ញុំបានទទួលទំព័រចំលងនៃសេចក្តីណែនាំបង្ហាញនឹងទោសបញ្ញត្តិនៃរបាយការណ៍លក្ខណសម្បត្តិ/ស្ថានភាពទទួលជំនួយលុយសុទ្ធនិង៉ជំនួយ Food Stamps ។

អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះថ្ងៃលើសេចក្តីរាយការណ៍នេះ ក្រោយ ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលបានរាយការណ៍ បើមិនដូច្នេះទេ វានឹងត្រូវចាត់ទុកថា មិនបំពេញសព្វគ្រប់ទេ ។ ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្ទន្តាទោសនៃបទភូតភរកុហកក្រោមច្បាប់សហរដ្ឋអាមេរិក និងច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាថា ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសេចក្តីរាយការណ៍នេះគឺជាពាក្យពិត និងត្រឹមត្រូវ នឹងសព្វគ្រប់ ។

អ្នកណាត្រូវចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម:	**សំរាប់ជំនួយលុយសុទ្ធ:** អ្នក ប្តីប្រពន្ធ ដៃគូក្នុងការរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នក និងឪពុកម្តាយ (របស់កូនដែលទទួលជំនួយលុយសុទ្ធ) បើរស់នៅក្នុងផ្ទះ ។ **សំរាប់ជំនួយ Food Stamps:** មេគ្រួសារ សមាជិកពេញវ័យនៃគ្រួសារ តំណាងពេញច្បាប់នៃគ្រួសារ ។

ហត្ថលេខា ឬគំនូស ☛	ថ្ងៃចុះហត្ថលេខា	លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ ( )	លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង/ចល័ត ( )
ហត្ថលេខារបស់ ប្តីប្រពន្ធ ដៃគូក្នុងការរស់នៅជាមួយគ្នា ឬឪពុកម្តាយ របស់កូនដែលទទួលជំនួយលុយសុទ្ធ	ថ្ងៃចុះហត្ថលេខា	ហត្ថលេខារបស់សាក្សីលើគំនូស អ្នកបកប្រែភាសា ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលបំពេញសំណៅនេះ	ថ្ងៃចុះហត្ថលេខា