

# ការដាក់ពាក្យសុំជំនួយថ្លៃជួលផ្ទះក្នុងគ្រាអាសន្ន

តើនរណាត្រូវដាក់ពាក្យសុំ?  អ្នកជួល  ម្ចាស់ផ្ទះ (ក្នុងនាមអ្នកជួល)

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជួល			
នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	SSN#	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	ហ្សឺប	ខោនធី
ទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		កាលបរិច្ឆេទ
គ្រួសារ៖ ចំនួនមនុស្សធំ _____ ចំនួនកុមារក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ _____			
តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកជួបការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដែលរួមមានលើសពី រយៈពេលនៃ ការគ្មានការងារធ្វើ ធ្លាក់ចុះ ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ឬកើនបន្ទុកចំណាយក្នុងគ្រួសារទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
ប្រសិនបើមាន តើការលំបាកផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុនេះបណ្តាលមកពី COVID-19 ដោយផ្ទាល់ ឬប្រយោល? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
តើមាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកអាចប្រឈមនឹងការគ្មានផ្ទះស្នាក់នៅ ឬអស្ថិរភាពផ្ទះសំបែងទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារអ្នកបានទទួលជំនួយថ្លៃជួលផ្ទះពីសហព័ន្ធនៅក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
តើអ្នកជាអតីតយុទ្ធជនឬ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន		តើមាននរណាម្នាក់ទទួលរងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន	
ភាពជាពលរដ្ឋ៖ <input type="checkbox"/> ពលរដ្ឋអាមេរិក <input type="checkbox"/> អ្នកមានសិទ្ធិរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ <input type="checkbox"/> អ្នករស់នៅបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> ជនភៀសខ្លួន <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ			
ជនជាតិ (គូសផឹកចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖ <input type="checkbox"/> ជនជាតិពណ៌ស ឬអាឡាស្កាអាមេរិកាំង <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> អាមេរិកាំងស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ			
ជាតិពន្ធ៖ <input type="checkbox"/> ហ៊ីស្ប៉ានិក <input type="checkbox"/> មិនមែនហ៊ីស្ប៉ានិក		ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	

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

ព័ត៌មានអំពីយូធីលីធីរបស់អ្នកជួល			
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន	អាសយដ្ឋាន (ផ្លូវ ក្រុង ហ្សឺប)	ទូរស័ព្ទ	គណនី#

**ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារអ្នកជួលផ្ទះ**

សូមប្រាប់យើងអំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗដែលមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ឬលើស នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។  
 តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទេ?  មាន  មិនមាន  
 បើមាន ចូរគូសធាក់ចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ និងរៀបរាប់ពីប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកបានទទួលកន្លងមក។

<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"/> ប្រាក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកសម្រាប់ជួលបន្ទប់ <input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធនវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ការងារសម្រាប់ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ពិលមានជំងឺ <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/ ចំណាយ ប៉ុន្មាន?	ចំណាយ ញឹកញាប់ប៉ុន្មាន	កាលបរិច្ឆេទនៃ ការចំណាយថ្មីបំផុត

**ការចំណាយប្រចាំគ្រួសារអ្នកជួលផ្ទះ**

ថ្លៃថ្នាលផ្ទះ	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____
ថ្លៃថែអគ្គិសនី	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____
ថ្លៃហ្វឹកកាស	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____
ថ្លៃប្រើរងសាំង	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____
ថ្លៃខ្សែស៊ុមនិយូរ៉ាន	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____
ថ្លៃថែអុស/ធុយូង/ផ្តល់ដេងៗ	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____
ថ្លៃស្រែវាម	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____
ថ្លៃទឹក/ទឹកស្អុយ	រាល់ខែ \$ _____	បូកបង់យឺត \$ _____

**កំណត់សម្គាល់:**

**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

**សិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវ**

**សិទ្ធិទទួលបានការមិនរើសអើង**

ស៊ីវិលសេរីភាពមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាន ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជីវភាព ជនជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងកូនក្រីក្រជាដើម។

ជួនពិការ ដំលែត្រូវការធានាថាមានទំនាក់ទំនងសមរម្យ ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទា. អកុសលសមាសម្រាប់ជនពិការ អកុសល ខ្លាចខ្លាច ខ្លាចអាក្រក់ស្រឡាញ់ ភាសាសញ្ញាអារម្ភិកកាង។ល។) គួរទាក់ទងទីកន្លែងនេះ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដំលែពួកគេមាន ជាក់ព័ន្ធនឹងសុខុមាលភាព។ លើសពីនេះទៀត ព័ត៌មានកម្មវិធី អាចមានជាភាសាផ្សេងៗទៀត។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាក់ទងនឹងការរើសអើងលើកម្មវិធីទទួល ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់សេវាពន្ធុតាមរយៈកូរ៉េស្ទង់សុខាភិបាល និង សេវាពេទ្យសម្រាប់សហគមន៍អារម្ភិក (HHS) ៖

- (1) អ៊ីម៉ែល៖ U.S. Department of Health and Human Services (HHS)  
HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201; ឬ
- (2) ទូរស័ព្ទ៖ (202) 619-0403 (សំឡេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY)។  
សុំថាបំណងនេះគឺជាអ្នកជំនួយសេវាសម្រាប់ពិការភាព។

**សិទ្ធិទទួលបានការកុសលភាពសមរម្យ**

យើងនឹងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសម្ងាត់។ គំនិតប្រើប្រាស់ វាដើម្បីសម្រេចចិត្តអ្នកអាចមានលក្ខខណៈសម្របត្រឹមត្រូវ ណាមួយបណ្តោះអាសន្ន។ អ្នកដំលែដឹងថាមានលក្ខខណៈ និង បទប្បញ្ញត្តិរបស់កូរ៉េស្ទង់សុខាភិបាល និងមានទាសបទប្បញ្ញត្តិ និង ត្រូវទទួលបានការពិន័យជាប្រាក់កម្រៃមួយរយ (100\$) ដុល្លារ ឬ ជាប្រាក់បញ្ញើការពិន័យប្រាក់កម្រៃមួយខែ ឬទាំងពីរ (62 P.S. ផ្នែក 483)។

**ទំនួលខុសត្រូវក្នុងការដល់ព័ត៌មាន**

អ្នកត្រូវតែដំលែព័ត៌មានពិតប្រាកដ ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។ អ្នកត្រូវតែជួយបកស្រាយព័ត៌មានដល់អ្នកជំនួយ។ គម្រោងដំលែ សំណើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬស្ថិតិអ្នកខកខានក្នុងការ ជំនួយស្នើសុំជាដាច់ខាត។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេវាពេទ្យ (DHS) ឬការយល់យកគ្រោះថ្នាក់ដល់ទាក់ទងអ្នក អ្នកត្រូវតែសហការ ជាមួយពួកគេឲ្យបានពេញលេញ។

**សុចរិតភាពក្នុងការដំលែការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព**

សំណុំព័ត៌មានទាំងនេះ ដំលែមានលក្ខខណៈសុខសុខសង្គម (SSN) របស់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ ត្រូវអនុញ្ញាតតាមមតិ 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i-iv) និង 62 P.S. § 432.2(b)(3)។ គម្រោងព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់ថាគ្រួសាររបស់អ្នកមានលក្ខខណៈ សមស្រប ឬបន្តមានលក្ខខណៈសមស្របក្នុងការចូលរួមក្នុង កម្មវិធីជំនួយដល់ជនជំនួយដទៃគ្រួសារស្រុកដំលែ ឬអ្នក។ យើងនឹង ផ្តល់ព័ត៌មាននេះតាមកម្មវិធីកុំឲ្យដឹង។ ព័ត៌មាននេះនឹង ប្តូរដើម្បីតាមដានការប្រព្រឹត្តិការណ៍បទប្បញ្ញត្តិកម្មវិធី និង សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផងដែរ។

គម្រោងច្បាប់ហិរញ្ញវត្ថុព័ត៌មាននេះដល់ទីកន្លែងរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដទៃទៀត សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផលប្រយោជន៍ និងបង្កើតដល់ មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ដើម្បីបង្កក្របដំលែគម្រោងច្បាប់។ ការ ខកខានក្នុងការដំលែ SSN អាចបណ្តាលឲ្យអ្នកបាត់បង់ ជំនួយដល់ជនជំនួយដទៃគ្រួសារស្រុកដំលែ គម្រោងប្រើប្រាស់ហិរញ្ញវត្ថុ SSN ដំលែមានផ្តល់ជូនតាមរបៀបដូចគ្នានឹង SSN របស់ សមាជិកគ្រួសារដំលែមានលក្ខខណៈសមស្របសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នកមានការជំនួយក្នុងការទទួលបាន SSN ៖

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

**សិទ្ធិក្នុងការបដិសេធសារទុកខ**

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំការ DHS ដើម្បីបដិសេធសារទុកខ អំពី ការសម្រេចនេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា វាមិនយុត្តិធម៌ ឬមិន ត្រឹមត្រូវ ឬប្រសិនបើអ្នកជំនួយសេវាពេទ្យខកខានចាត់វិធានការលើ សំណើអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹង សារទុកខនេះ។

DHS Office of Hearings and Appeals  
PO Box 2675  
Harrisburg, PA 17105.

ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងសារទុកខ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឲ្យ មានការជួយប្តូរជំនួយសេវាពេទ្យផងដែរ ដោយទាក់ទងនាយកកម្មវិធី រូស្តកម្មវិធីជំនួយដទៃគ្រួសារស្រុកដំលែ (ERAP) តាម អ៊ីម៉ែល៖ [RA-PWERAPOIM@pa.gov](mailto:RA-PWERAPOIM@pa.gov).

នៅពេលសវនាការ អ្នកអាចចូលរួមផ្តល់ ឬអត់ចូល អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងដោយផ្ទាល់ មត្តភក្តី ឬសាច់ញាតិ ចូលរួម។

**សាក្សីកម្ម/ការបញ្ជាក់**

ខ្ញុំបានយល់ និងព្រមព្រៀងថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះសេចក្តីថ្លែងភូតកុហកនៅលើពាក្យសុំនេះ ទោះជាពាក្យសុំនេះត្រូវដាក់ជូនដោយនរណាម្នាក់ដែលធ្វើឡើងក្នុងនាមខ្ញុំក៏ដោយ។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានបំពេញគឺជាការពិត និងសូមទទួលការពិន័យ ប្រសិនបើបំពានសម្បទានេះ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបំពេញនៅក្នុងពាក្យសុំនេះនឹងត្រូវគេរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ និងប្រើសម្រាប់តែគ្រប់គ្រងអត្តប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំយល់ថា គេអាចតម្រូវឱ្យធ្វើការងារជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងជាលក្ខខណ្ឌនៃការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ជំនួយ។ ខ្ញុំព្រមព្រៀងផ្តល់ជីកសារចាំបាច់បន្ថែមតាមការស្នើសុំ ( ដូចជាគ្រឿងបរិក្ខារបត្រ កិច្ចសន្យាផ្តល់ វិក្កយបត្រថ្មីៗ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ភាពគ្មានការងារ ។ល។ ) ដើម្បីជាជំនួយក្នុងការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា - អ្នកជួល

ឈ្មោះ - អ្នកជួល

ហត្ថលេខា - ម្ចាស់ផ្ទះ ( ក្នុងករណីទម្រង់បំពេញដោយម្ចាស់ផ្ទះប៉ុណ្ណោះ )

ឈ្មោះ - ម្ចាស់ផ្ទះ ( ក្នុងករណីទម្រង់បំពេញដោយម្ចាស់ផ្ទះប៉ុណ្ណោះ )

**ការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន ( អ្នកជួលប៉ុណ្ណោះ )**

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាត និងស្នើសុំឱ្យបញ្ជាក់ដល់ការិយាល័យខោនធីនូវព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាយុ ការស្នាក់នៅ ភាពជាពលរដ្ឋ ការងារ ប្រាក់ចំណូល និងព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ដែលទាក់ទងនឹងលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះកម្មវិធីជំនួយជួលផ្ទះ និងយុវជនសម្រាប់ខ្លួនខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលទទួលបាននឹងប្រើសម្រាប់កំណត់ព័ត៌មានជួលផ្ទះ/យុវជន ឬកម្មវិធីជំនួយផ្ទះសម្បែងដទៃទៀតប៉ុណ្ណោះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជួល	កាលបរិច្ឆេទ
-----------------	-------------

ឈ្មោះ - អ្នកជួល