CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM

MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY FORM
[ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ]

សេចក្តីណែនាំសំរាប់ Child and Adult Care Food Program Centers, Sponsoring Organizations និង Family Day Care Home Providers

កញ្ចប់នេះមានទម្រង់គំរូដើម:

ព័ត៌មាន**តម្រូវឱ្យមាន** ដែល*ត្រូវតែ*បានផ្តល់ឱ្យដល់គ្រួសារមាន និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំគ្រួសារតាមផ្ទះពេលថ្ងៃ :

- លិខិតជូនដល់គ្រួសារ: អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំពេលថ្ងៃសំរាប់កុមារ និង Tier II និង អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំពេលថ្ងៃសំរាប់ជនពេញវ័យ
- លិខិតជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម Tier I និងថែទាំគ្រួសារតាមផ្ទះពេលថ្ងៃ
- ទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form: Child Day Care និង Adult Day Care (ជាមួយសេចក្តីណែនាំ)

ចំណាំ: រដ្ឋទាំងឡាយមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់គំរូដើមដែលភ្ជាប់នេះ ប៉ុន្តែត្រូវធានាថាព័ត៌មានត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់នូវឯកសារព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈសម្បត្តិ:

- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការជ្រើសរើសសំរាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់លក្ខណៈសម្បត្តិ (កម្មវិធីកំណត់ថ្លៃតែប៉ុណ្ណោះ): Child Day Care និង Adult Day Care
- លិខិតនៃការផ្ទៀងផ្ទាត់លទ្ធផល (កម្មវិធីកំណត់ថ្លៃតែប៉ុណ្ណោះ): Child Day Care និង Adult Day Care

ឯកសារទាក់ទងនឹងពាក្យសុំបន្ទាប់បន្សំដែល*អាច* ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដល់គ្រួសារ:

- ការចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយ Medicaid និង SCHIP

សន្លឹកទំព័រត្រូវបានរៀបចំឱ្យបោះពុម្ពលើក្រដាស់ទំហំ 8½" គុណ 11"។ សន្លឹកទំព័រមួយចំនួន អាចត្រូវបានបោះពុម្ពខាងមុខ និងខាងក្រោយ។ **[bold bracketed fields]** បញ្ជាក់ប្រាប់ពីកន្លែងដែលអ្នកត្រូវបញ្ចូលព័ត៌មានជាក់លាក់របស់អ្នក អំពីអ្នកដែលត្រូវទំនាក់ទំនងសំរាប់ជំនួយ និងកន្លែងដែលត្រូវដាក់ទម្រង់ដែលបានបំពេញរួចរាល់។ អ្នកត្រូវបញ្ចូលឈ្មោះរដ្ឋរបស់អ្នកសំរាប់កម្មវិធី Temporary Assistance to Needy Families (TANF) ឬកម្មវិធី State Children's Health Insurance Program (SCHIP) និង/ឬ ប្រសិនជាអាចអនុវត្តបាន សំរាប់កម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)។

កញ្ចប់គំរូដើមនេះ ក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការដកចេញនូវប្រាក់ឧបត្ថម្ភស្នាក់នៅ សំរាប់អ្នកទាំងឡាយដែលនៅក្នុងកម្មវិធី Military Housing Privatization Initiative និងកម្មវិធីកំណត់ថ្លៃ។ ប្រសិនបើផ្នែកទាំងនេះគឺមិនពាក់ព័ន្ធ អ្នកអាចដកវាចេញ។

ភ្នាក់ងាររដ្ឋរបស់អ្នក អាចតម្រូវឱ្យអ្នកដាក់កញ្ចប់ឯកសាររបស់អ្នកសំរាប់ការយល់ព្រម។ បើសិនជាអ្នកមានចម្ងល់ សូមទំនាក់ទំនង:

[State agency address]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាទីរាប់អាន:

លិខិតនេះមានបំណងសំរាប់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំកុមារ។ **[Name of Center]** ផ្តល់ជូនឆ្លូវចំណីអាហារប្រកបដោយសុខភាពល្អដល់កុមារដែលបានចុះឈ្មោះ ដែលជាផ្នែកនៃការចូលរួមរបស់យើងខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធី Child and Adult Care Food Program (CACFP) របស់ក្រសួងកសិកម្ម សហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) ។ CACFP ផ្តល់ឆ្លូវការទូទាត់សំរាប់ចំណីអាហារ និងចំណីអាហារសម្រន់ប្រកបដោយសុខភាពល្អ ដែលបានផ្តល់ឱ្យដល់កុមារដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការថែទាំកុមារ។ សូមជួយយើងខ្ញុំឱ្យអនុវត្តតាមសេចក្តីតម្រូវរបស់ CACFP ដោយការបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form ដែលបានភ្ជាប់ជាមួយ។ លើសពីនេះ តាមរយៈការបំពេញទម្រង់នេះ យើងខ្ញុំនឹងអាចកំណត់ថាតើកូនៗរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃឬទេ។

1. តើខ្ញុំត្រូវបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Form សំរាប់កូនម្នាក់ៗរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃឬទេ? អ្នកអាចបំពេញ និងដាក់ទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form របស់ CACFP សំរាប់កូនទាំងអស់ដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការថែទាំកុមារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក **លឺ្លកណាតែ**ប្រសិនបើកូនដែលនៅក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលដូចគ្នា។ យើងខ្ញុំមិនអាចយល់ព្រមលើទម្រង់មួយដែលមិនពេញលេញនោះទេ អាស្រ័យហេតុនេះត្រូវប្រាកដថាអានសេចក្តីណែនាំដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងបំពេញរាល់ព័ត៌មានតម្រូវឱ្យមានទាំងអស់។ **បញ្ជូនទម្រង់ដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅកាន់: [(Name of Center, address, phone number]**។

2. តើនរណាដែលអាចទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ដោយមិនផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល? កុមារនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (កម្មវិធី Food Stamps ពីមុន) កម្មវិធី Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ឬកម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) អាចទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ។ សំរាប់កូនចិញ្ចឹម និងកុមារដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង Head Start ក៏មានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃដែរ។ កុមារនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី WIC អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ។

3. តើនរណាអាចទទួលបានចំណីអាហារបញ្ចុះថ្លៃ? កូនៗរបស់អ្នកអាចទទួលចំណីអាហារមានតម្លៃថោក ប្រសិនបើចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកគឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតបញ្ចុះថ្លៃនៅលើតារាង Federal Income Chart ដូចដែលបានបង្ហាញនៅលើពាក្យសុំនេះ។ កុមារនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី WIC អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអាហារបញ្ចុះថ្លៃ។

4. តើខ្ញុំអាចបំពេញទម្រង់ឬទេ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក? បាទ/ចាស។ អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកមិនចាំបាច់ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ដែលបានផ្តល់នៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំកុមារឡើយ។

5. តើខ្ញុំគួរបញ្ចូលនរណាខ្លះជាសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ? អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលមនុស្សគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (ដូចជា ជីដូនជីតា សាច់ញាតិផ្សេងទៀត ឬមិត្តភ័ក្ត្រ ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នក) ដែលរួមចំណែកក្នុងប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលខ្លួនឯង និងគ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ អ្នកក៏អាចបញ្ចូលកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយអ្នកផងដែរ។

6. តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពការងារឬទេ? ប្រាក់ចំណូលដែលអ្នករាយការណ៍ ត្រូវតែជាប្រាក់ចំណូលដុល ដែលបានរាយបញ្ជីតាមប្រភព សំរាប់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលបានទទួលកាលពីខែមុន។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលខែមុនមិនបង្ហាញត្រឹមត្រូវពីស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្តល់ឆ្លូវការធ្វើគម្រោងនៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់បានកើតឡើងទេ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលខែមុនជាមូលដ្ឋានដើម្បីបង្កើតគម្រោងនេះ។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក គឺស្មើ ឬតិចជាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង្ហាញសំរាប់ទំហំរបស់គ្រួសាររបស់អ្នកនៅលើតារាងប្រាក់ចំណូលដែលបានភ្ជាប់ នោះមជ្ឈមណ្ឌល នឹងទទួលកិរិតសំណងកាន់តែខ្ពស់។ នៅពេលត្រូវបានយល់ព្រមដោយត្រឹមត្រូវសំរាប់អត្ថប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ទោះបីជាតាមរយៈប្រាក់ចំណូល ឬតាមរយៈការផ្តល់ឆ្លូវលេខសំណុំរឿងរបស់ SNAP, TANF, FDPIR បច្ចុប្បន្ន នោះអ្នកនឹងនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះសំរាប់រយៈពេល 12 ខែ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ក្លាយទៅជាគ្មានការងារធ្វើ និងបាត់បង់ប្រាក់ចំណូល អ្នកគួរជូនដំណឹងយើងខ្ញុំ អំពីមូលហេតុដែលប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក ស្ថិតនៅក្នុងបទដ្ឋាននៃលក្ខណៈសម្បត្តិទទួល។

7. តើយ៉ាងដូចម្តេចដែរ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមិនតែងតែមានចំនួនដូចគ្នា? ត្រូវរាយបញ្ជីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបានជាធម្មតា។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នករកចំណូលបានជាធម្មតា $1000 រៀងរាល់ខែ ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានបំពេញការងារមួយចំនួនកាលពីខែមុន និងរកចំណូលបានត្រឹមតែ $900 ប៉ុណ្ណោះ ត្រូវសរសេរថា អ្នកបានចំណូល $1000 ក្នុងមួយខែ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជាធម្មតានូវប្រាក់បន្ថែមម៉ោង ត្រូវបញ្ចូលវា ប៉ុន្តែមិនត្រូវបញ្ចូលវាប្រសិនបើអ្នកធ្វើតែការងារថែមម៉ោងពេលខ្លះតែប៉ុណ្ណោះ។

8. តើយ៉ាងដូចម្តេចដែរ បើសិនជាខ្ញុំមានកូនចិញ្ចឹម? កូនចិញ្ចឹមដែលស្ថិតនៅក្រោមការទទួលខុសត្រូវតាមច្បាប់របស់ភ្នាក់ងារថែទាំកូនចិញ្ចឹម ឬតុលាការ គឺមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ។ កូនចិញ្ចឹមណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ គឺមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃដោយមិនគិតពីប្រាក់ចំណូល។ គ្រួសារអាចបញ្ចូលកូនចិញ្ចឹមនៅក្នុងទម្រង់ Meal Benefit Form ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ចូលការបង់ប្រាក់ដែលបានទទួលសំរាប់កូនចិញ្ចឹមជាប្រាក់ចំណូលទេ។ គ្រួសារដែលចង់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍បែបនេះសំរាប់កូនចិញ្ចឹម ត្រូវទំនាក់ទំនងមកកាន់: **[name, address, phone number]** ។

9. យើងខ្ញុំកំពុងបំរើកងទ័ព តើយើងខ្ញុំត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីការស្នាក់នៅ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែមជាប្រាក់ចំណូលឬទេ? ប្រសិនបើការស្នាក់នៅរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធី Military Housing Privatization Initiative ហើយអ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ Family Subsistence Supplemental Allowance ដូច្នេះ មិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភទាំងនេះជាប្រាក់ចំណូលទេ។ ពាក់ព័ន្ធនឹងសមាជិកបម្រើកងទ័ពដែលបានរំសាយ មានតែចំណែកនៃប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកដែលកំពុងបម្រើកងទ័ព ដែលអាចទទួលបានដល់ពួកគេ ឬជំនួសឱ្យគ្រួសាររបស់ពួកគេប៉ុណ្ណោះ នឹងត្រូវបានរាប់ជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារនេះ។ ថ្លៃប្រយុទ្ធ រួមទាំងប្រាក់ Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ក៏ត្រូវបានដកចេញ និងមិនត្រូវបានរាប់ចូលជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្សេងទៀតទាំងអស់ ត្រូវបានបញ្ចូលនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលដុលរបស់អ្នក។

10. *(Pricing program only)* តើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យ ត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ឬទេ? ប្រហែលត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់។ យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្ញើរអំណះអំណាងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលអ្នកបានដាក់ជូននៅលើទម្រង់នេះ។ **តើយ៉ាងដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីព័ត៌មានដែលខ្ញុំបំពេញនៅលើទម្រង់នេះ?** អ្នកគួរនិយាយទៅកាន់ **[Center or Sponsoring Organization]** របស់អ្នក។

នៅក្នុងដំណើរការនៃបណ្តាកម្មវិធីផ្តត់ផ្គង់ចំណីអាហារដល់កុមារ មិនមានជនណានឹងត្រូវបានរើសអើងដោយសារតែសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ផ្សេងទៀត ឬត្រូវការជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ **[phone number]** ។

ដោយក្តីគោរពរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ។

[signature]

[Insert Sponsoring Organization Letterhead]

ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាទីរាប់អាន:

លិខិតនេះមានបំណងសំរាប់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលរបស់កុមារដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំគ្រួសារពេលថ្ងៃ។ **[Name of day care home]** ផ្តល់ជូនទូវចំណីអាហារប្រកបដោយសុខភាពល្អដល់កុមារដែលបានចុះឈ្មោះ ដែលជាផ្នែកនៃការចូលរួមរបស់យើងខ្ញុំនៅក្នុងកម្មវិធី Child and Adult Care Food Program (CACFP) របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA)។ CACFP ផ្តល់នូវការទូទាត់សំរាប់ចំណីអាហារ និងចំណីអាហារសម្រន់ប្រកបដោយសុខភាពល្អ ដែលបានផ្តល់ឱ្យដល់កុមារដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការថែទាំកុមារ។ សូមជួយយើងខ្ញុំឱ្យអនុវត្តតាមសេចក្តីតម្រូវរបស់ CACFP ដោយការបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form ដែលបានភ្ជាប់ជាមួយ។

1. តើខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form ដើម្បីឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី CACFP ឬទេ? ទេ ប៉ុន្តែ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសធ្វើដូច្នេះ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកអាចទទួលនូវសំណងកាន់តែខ្ពស់សំរាប់ចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់កុមារ។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទម្រង់នេះ អ្នកមានជម្រើសនៃការបញ្ជូនវាដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬអ្នកឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម **[Sponsor's Name]** ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្តល់ ទម្រង់របស់អ្នកដោយផ្ទាល់ទៅឱ្យអ្នកឧបត្ថម្ភ សូមបញ្ជូនទម្រង់ដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅកាន់: **[(Sponsor) at name, address, phone number]** ។

___ ចុះហត្ថលេខាសញ្ញាបំព្រញនៅទីនេះ បើសិនជាអ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតិឱ្យ **[Provider's Name]** ប្រមូលទម្រង់របស់អ្នក និងផ្តល់ទៅឱ្យអ្នកឧបត្ថម្ភ។ **[Provider's Name]** នឹងមិនពិនិត្យមើលទម្រង់របស់អ្នកទេ។

2. តើខ្ញុំត្រូវបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Form សំរាប់កូនម្នាក់ៗរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃឬទេ? អ្នកអាចបំពេញ និងដាក់ទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form របស់ CACFP សំរាប់កូនទាំងអស់ដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការថែទាំកុមារនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក **លឺ្មកណាតែ**ប្រសិនបើកូនដែលនៅក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលដូចគ្នា។ យើងខ្ញុំមិនអាចយល់ព្រមលើទម្រង់មួយដែលមិនពេញលេញនោះទេ អាស្រ័យហេតុនេះត្រូវប្រាកដថាអានសេចក្តីណែនាំដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងបំពេញរាល់ព័ត៌មានតម្រូវឱ្យមានទាំងអស់។

3. តើនរណាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសំណងកាន់តែខ្ពស់ ដោយមិនផ្តល់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល? អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក នឹងទទួលសំណងកាន់តែខ្ពស់ សំរាប់ចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់ដល់កូនតូចនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (កម្មវិធី Food Stamps ពីមុន) កម្មវិធី Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ឬកម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)។ កុមារនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី WIC អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសំណងកាន់តែខ្ពស់ផងដែរ។

4. តើនរណាមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានសំណងផ្ទែកតាមប្រាក់ចំណូល? អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក អាចទទួលបានសំណងកាន់តែខ្ពស់ សំរាប់ចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់ដល់កូនតូចរបស់អ្នក ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសាររបស់អ្នក គឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតបញ្ចុះថ្លៃនៅលើតារាង Federal Income Chart ដូចដែលបានបង្ហាញនៅលើពាក្យសុំនេះ។ កុមារនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី WIC អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសំណងកាន់តែខ្ពស់នេះ។

5. តើខ្ញុំអាចបំពេញទម្រង់ឬទេ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក? បាទ/ចាស។ អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកមិនចាំបាច់ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ដែលបានផ្តល់នៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំនៅផ្ទះពេលថ្ងៃឡើយ។

6. តើខ្ញុំគួរបញ្ជូលនរណាខ្លះជាសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ? អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលមនុស្សគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (ដូចជា ជីដូនជីតា សាច់ញាតិផ្សេងទៀត ឬមិត្តភ័ក្ត្រ ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នក) ដែលរួមចំណែកក្នុងប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលខ្លួនឯង និងគ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក។ អ្នកក៏អាចបញ្ចូលកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយអ្នកផងដែរ។

7. តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពការងារឬទេ? ប្រាក់ចំណូលដែលអ្នករាយការណ៍ ត្រូវតែជាប្រាក់ចំណូលដុល ដែលបានរាយបញ្ជីតាមប្រភព សំរាប់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលបានទទួលកាលពីខែមុន។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលខែមុននមិនបង្ហាញត្រឹមត្រូវពីស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្តល់នូវការធ្វើគម្រោងនៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់បានកើតឡើងទេ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលខែមុនជាមូលដ្ឋានដើម្បីបង្កើតគម្រោងនេះ។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក គឺស្មើ ឬតិចជាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង្ហាញសំរាប់ទំហំរបស់គ្រួសាររបស់អ្នកនៅលើតារាងប្រាក់ចំណូលដែលបានភ្ជាប់ នោះមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំគ្រួសារនៅផ្ទះពេលថ្ងៃ នឹងទទួលកិតសំណងកាន់តែខ្ពស់។ នៅពេលត្រូវបានយល់ព្រមដោយត្រឹមត្រូវសំរាប់អត្រាសំណងកាន់តែខ្ពស់ ទោះបីជាតាមរយៈប្រាក់ចំណូល ឬតាមរយៈការផ្តល់នូវលេខសំណុំរឿងរបស់ SNAP, TANF, FDPIR បច្ចុប្បន្ន នោះអ្នកនឹងនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះសំរាប់រយៈពេល 12 ខែ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ក្លាយទៅជាគ្មានការងារធ្វើ និងបាត់បង់ប្រាក់ចំណូល អ្នកគួរជូនដំណឹងយើងខ្ញុំ អំពីមូលហេតុដែលប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក ស្ថិតនៅក្នុងបទដ្ឋាននៃលក្ខណៈសម្បត្តិទទួល។

8. តើយ៉ាងដូចម្តេចដែរ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមិនតែងតែមានចំនួនដូចគ្នា? ត្រូវរាយបញ្ជីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបានជាធម្មតា។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នករកចំណូលបានជាធម្មតា $1000 រៀងរាល់ខែ ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានបំពេញការងារមួយចំនួនកាលពីខែមុន និងរកចំណូលបានត្រឹមតែ $900 ប៉ុណ្ណោះ ត្រូវសរសេរថា អ្នកបានចំណូល $1000 ក្នុងមួយខែ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជាធម្មតានូវប្រាក់បន្ថែមម៉ោង ត្រូវបញ្ចូលវា ប៉ុន្តែមិនត្រូវបញ្ចូលវាប្រសិនបើអ្នកធ្វើតែការងារថែមម៉ោងពេលខ្លះតែប៉ុណ្ណោះ។

9. តើយ៉ាងដូចម្តេចដែរ បើសិនជាខ្ញុំមានកូនចិញ្ចឹម? កូនចិញ្ចឹមដែលស្ថិតនៅក្រោមការទទួលខុសត្រូវតាមច្បាប់របស់ភ្នាក់ងារថែទាំកូនចិញ្ចឹម ឬតុលាការ គឺមានលក្ខណៈសម្បត្តិស្វ័យប្រវត្តិទទួលសំណងកាន់តែខ្ពស់។ កូនចិញ្ចឹមណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារ មានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលដោយមិនគិតពីប្រាក់ចំណូល។ គ្រួសារអាចបញ្ចូលកូនចិញ្ចឹមនៅក្នុងទម្រង់ Meal Benefit Form ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ចូលការបង់ប្រាក់ដែលបានទទួលសំរាប់កូនចិញ្ចឹមជាប្រាក់ចំណូលទេ។ គ្រួសារដែលចង់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍បែបនេះសំរាប់កូនចិញ្ចឹម ត្រូវទំនាក់ទំនងមកកាន់: **[name, address, phone number]** ។

10. យើងខ្ញុំកំពុងបំរើកងទ័ព តើយើងខ្ញុំត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីការស្នាក់នៅ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែមជាប្រាក់ចំណូលឬទេ? ប្រសិនបើការស្នាក់នៅរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធី Military Housing Privatization Initiative ហើយអ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ Family Subsistence Supplemental Allowance ដូច្នេះ មិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភទាំងនេះជាប្រាក់ចំណូលទេ។ ពាក់ព័ន្ធនឹងសមាជិកបម្រើកងទ័ពដែលបានរំសាយ មានតែចំណែកនៃប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកដែលកំពុងបម្រើកងទ័ព ដែលអាចទទួលបានដល់ពួកគេ ឬជំនួសឱ្យគ្រួសាររបស់ពួកគេប៉ុណ្ណោះ នឹងត្រូវបានរាប់ជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារនេះ។ ថ្លៃប្រយុទ្ធ រួមទាំងប្រាក់ Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ក៏ត្រូវបានដកចេញ និងមិនត្រូវបានរាប់ចូលជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្សេងទៀតទាំងអស់ ត្រូវបានបញ្ចូលនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលដុលរបស់អ្នក។

នៅក្នុងដំណើរការនៃបណ្ណាកម្មវិធីផ្តត់ផ្គង់ចំណីអាហារដល់កុមារ មិនមានជនណានឹងត្រូវបានរើសអើងដោយសារតែសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ផ្សេងទៀត ឬត្រូវការជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ **[phone number]** ។

ដោយក្តីគោរពរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ។

[signature]

[Insert Center or Sponsoring Organization Letterhead]

ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាទីរាប់អាន:

CACFP ផ្តល់សំណងចំណីអាហារដល់មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃសំរាប់ជនពេញវ័យ ដែលផ្តល់នូវសេវាកម្មពេញលេញតាមរចនាសម្ព័ន្ធ ដល់ជនពេញវ័យជាអនិវាសជនដែលខ្សោយមុខងាររាងកាយ ឬមានអាយុ 60 និងចាស់ជាងនេះ។ តាមរយៈការបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form ដែលបានភ្ជាប់ជាមួយ មជ្ឈមណ្ឌលនឹងអាចទទួលសំណង ដែលផ្អែកទៅលើចំនួនអ្នកចូលរួមដែលបានចុះឈ្មោះ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ។

1. តើខ្ញុំត្រូវបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Form សំរាប់ជនពេញវ័យម្នាក់ៗរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃឬទេ? អ្នកអាចបំពេញ និងដាក់ទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form របស់ CACFP សំរាប់ជនពេញវ័យដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក **ល្អ្អីកណាតែ**ពួកគេត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលដូចគ្នា។ យើងខ្ញុំមិនអាចយល់ព្រមលើទម្រង់មួយដែលមិនពេញលេញនោះទេ អាស្រ័យហេតុនេះត្រូវប្រាកដថាអានសេចក្តីណែនាំដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងបំពេញរាល់ព័ត៌មានតម្រូវឱ្យមានទាំងអស់។ **បញ្ជូនទម្រង់ដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅកាន់: [(Center) at name, address, phone number]**។

2. តើនរណាដែលអាចទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ? ជនពេញវ័យនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (កម្មវិធី Food Stamps ពីមុន) ឬកម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) កម្មវិធី Supplemental Security Income (SSI) ឬ Medicaid អាចទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ។ ជនពេញវ័យនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី WIC អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ។

3. តើនរណាអាចទទួលបានចំណីអាហារបញ្ចុះថ្លៃ? ជនពេញវ័យអាចទទួលចំណីអាហារមានតម្លៃថោក ប្រសិនបើចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកគឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតបញ្ចុះថ្លៃនៅលើតារាង Federal Income Chart ដូចដែលបានបង្ហាញនៅលើពាក្យសុំនេះ។ ជនពេញវ័យនៅក្នុងគ្រួសារដែលកំពុងចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី WIC អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអាហារបញ្ចុះថ្លៃ។

4. តើខ្ញុំអាចបំពេញទម្រង់ឬទេ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក? បាទ/ចាស។ អ្នក ឬជនពេញវ័យនៅក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក មិនចាំបាច់ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ដែលបានផ្តល់នៅមជ្ឈមណ្ឌលឡើយ។

5. តើខ្ញុំគួរបញ្ជូលនរណាខ្លះជាសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ? អ្នកត្រូវតែបញ្ជូលជនពេញវ័យនៅក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក ប្តី/ប្រពន្ធ និងជនក្នុងបន្ទុករបស់គាត់ដែលរួមចំណែកក្នុងប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ។

6. តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពការងារឬទេ? ប្រាក់ចំណូលដែលអ្នករាយការណ៍ ត្រូវតែជាប្រាក់ចំណូលដុល ដែលបានរាយបញ្ជីតាមប្រភព សំរាប់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលបានទទួលកាលពីខែមុន។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលខែមុនមិនបង្ហាញត្រឹមត្រូវពីស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្តល់នូវការធ្វើគណនាមានប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់បានកើតឡើងទេ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលខែមុនជាមូលដ្ឋានដើម្បីបង្កើតគម្រោងនេះ។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក គឺស្មើ ឬតិចជាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង្ហាញសំរាប់ទំហំរបស់គ្រួសាររបស់អ្នកនៅលើតារាងប្រាក់ចំណូលដែលបានភ្ជាប់ នោះមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃ នឹងទទួលកំរិតសំណងកាន់តែខ្ពស់។ នៅពេលត្រូវបានយល់ព្រមដោយត្រឹមត្រូវសំរាប់អត្ថប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ទោះបីជាតាមរយៈប្រាក់ចំណូល ឬតាមរយៈការផ្តល់នូវលេខសំណុំរឿងរបស់ SNAP, FDPIR បច្ចុប្បន្ន ឬលេខផ្តល់ជំនួយ SSI ឬ Medicaid នោះអ្នកនឹងនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះសំរាប់រយៈពេលមិនលើសពី 12 ខែ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកក្លាយទៅជាគ្មានការងារធ្វើ និងបាត់បង់ប្រាក់ចំណូលនៅក្នុងអំឡុងពេលនៃការមិនមានការងារធ្វើ អ្នកគួរជូនដំណឹងយើងខ្ញុំ អំពីមូលហេតុដែលប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នកស្ថិតនៅក្នុងបទដ្ឋាននៃលក្ខណៈសម្បត្តិទទួល។

7. តើយ៉ាងដូចម្តេចដែរ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំមិនតែងតែមានចំនួនដូចគ្នា? ត្រូវរាយបញ្ជីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកទទួលបានជាធម្មតា។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នករកចំណូលបានជាធម្មតា $1000 រៀងរាល់ខែ ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានបំពេញការងារមួយចំនួនកាលពីខែមុន និងរកចំណូលបានត្រឹមតែ $900 ប៉ុណ្ណោះ ត្រូវសរសេរថា អ្នកបានចំណូល $1000 ក្នុងមួយខែ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជាធម្មតានូវប្រាក់បន្ថែមម៉ោង ត្រូវបញ្ចូលវា ប៉ុន្តែមិនត្រូវបញ្ចូលវាប្រសិនបើអ្នកធ្វើតែការងារថែមម៉ោងពេលខ្លះតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបាត់បង់ការងារ ឬម៉ោងធ្វើការ ឬប្រាក់ខែរបស់ត្រូវបានកាត់បន្ថយ សូមប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

8. យើងខ្ញុំកំពុងបំរើកងទ័ព តើយើងខ្ញុំត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីការស្នាក់នៅ ជាប្រាក់ចំណូលឬទេ? ប្រសិនបើការស្នាក់នៅរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធី Military Housing Privatization Initiative ហើយអ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ Family Subsistence Supplemental Allowance ដូច្នេះ មិនត្រូវបញ្ចូល ប្រាក់ឧបត្ថម្ភទាំងនេះជាប្រាក់ចំណូលទេ។ ពាក់ព័ន្ធនឹងសមាជិកបម្រើកងទ័ពដែលបានរំសាយ មានតែចំណែកនៃប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកដែលកំពុងបម្រើកងទ័ព ដែលអាចទទួលបានដល់ពួកគេ ឬជំនួសឱ្យគ្រួសាររបស់ពួកគេប៉ុណ្ណោះ នឹងត្រូវបានរាប់ជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារនេះ។ ថ្លៃប្រយុទ្ធ រួមទាំងប្រាក់ Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ក៏ត្រូវបានដកចេញ និងមិនត្រូវបានរាប់ចូលជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្សេងទៀតទាំងអស់ ត្រូវបានបញ្ចូលនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលដុលរបស់អ្នក។

9. *(Pricing program only)* តើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យ ត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ឬទេ? ប្រហែលត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់។ យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្ញើរអំណះអំណាងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលអ្នកបានដាក់ជូននៅលើទម្រង់នេះ។ **តើយ៉ាងដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីព័ត៌មានដែលខ្ញុំបំពេញនៅលើទម្រង់នេះ?** អ្នកគួរនិយាយទៅកាន់ **[Center or Sponsoring Organization]** របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយដោយការហៅទូរស័ព្ទ ឬការសរសេរទៅកាន់ **[name, address, phone number]** ។

នៅក្នុងដំណើរការនៃ CACFP មិនមានជនណានឹងត្រូវបានរើសអើងដោយសារតែសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ផ្សេងទៀត ឬត្រូវការជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ **[phone number]** ។

ដោយក្តីគោរពរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ។

[signature]

[Insert Sponsor Letterhead]

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មជាទីរាប់អាន:

ដើម្បីឱ្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសំណង Tier I ឬ ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលសំណងសំរាប់ចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់ក្មេងៗរបស់អ្នកផ្ទាល់ ស្ថិតនៅក្រោមកម្មវិធី Child and Adult Care Food Program (CACFP) របស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក អ្នកត្រូវតែបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងបញ្ជូនមកយើងខ្ញុំនូវទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form ដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ ។

1. តើខ្ញុំអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលសំណង Tier I នេះសំរាប់ចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់កុមារដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដោយរបៀបណា? អ្នកត្រូវតែ (a) រស់នៅក្នុងតំបន់ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ ដោយផ្អែកទៅលើតម្រូវការសេដ្ឋកិច្ចដូចដែលបានកំណត់ដោយការចុះឈ្មោះចូលរៀន ឬមិន្ទន័យជំរឿន ឬ (b) បង្កើតតម្រូវការសេដ្ឋកិច្ចតាមរយៈព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅលើទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form ដែលបានភ្ជាប់ជាមួយ ។

2. តើអ្នកណាកំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំជាអ្នកថែទាំនៅផ្ទះពេលថ្ងៃរបស់ Tier I ? ការិយាល័យរបស់យើងខ្ញុំ នឹងកំណត់ពីស្ថានភាពលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យនៅលើទម្រង់ Meal Benefit Form នេះ ។ ត្រូវប្រាកដថាអ្នកបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ រាយការណ៍ ពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារទាំងអស់ (មិនមែនត្រឹមតែប្រាក់ចំណូលពីអាជីវកម្មថែទាំនៅផ្ទះពេលថ្ងៃសំរាប់គ្រួសាររបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះទេ) និងផ្តល់នូវកំណត់ត្រាប្រាក់ចំណូលត្រឹមត្រូវ ។ **បញ្ជូនទម្រង់ដែលបានបំពេញរួចរាល់ និងឯកសារផ្សេងទៀតមកកាន់ [at name, address, phone number]** ។

3. តើកំណត់ត្រាអ្វីដែលខ្ញុំគួរដាក់ជូនជាមួយទម្រង់ Meal Benefit Form របស់ខ្ញុំ? ប្រសិនបើអ្នកដំណើរការអាជីវកម្មមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃសំរាប់គ្រួសារកាលពីឆ្នាំមុន ត្រូវភ្ជាប់ឯកសារប្រកាសពន្ធចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក ដោយបញ្ចូលទាំង Schedule C ។ ប្រសិនបើឯកសារប្រកាសពន្ធចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក និង Schedule C មិនបង្ហាញប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ឯកសារប្រាក់ចំណូល និងចំណាយបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ។ ដើម្បីធ្វើដូចនេះ ត្រូវបញ្ជូលរបាយការណ៍បង់ប្រាក់សំរាប់ការងារ និងទម្រង់ផ្សេងទៀតនៃប្រាក់ចំណូល ។ ឯកសារដែលអ្នកផ្ញើរត្រូវបង្ហាញពីឈ្មោះជនដែលបានទទួលប្រាក់ចំណូល កាលបរិច្ឆេទដែលប្រាក់នេះត្រូវបានទទួល ចំនួនប៉ុន្មានដែលត្រូវបានទទួល និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់នេះត្រូវបានទទួល ។

4. តើខ្ញុំទទួលសំណងសំរាប់ចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់ក្មេងៗរបស់ខ្ញុំផ្ទាល់ដោយរបៀបណា? អ្នកត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ឱ្យបំបេញទម្រង់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្តឹងទាមទារចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់ក្មេងៗរបស់អ្នក ។ ទោះបីជាអ្នករស់នៅក្នុងតំបន់មួយដែលបានកំណត់ថាមានតម្រូវការសេដ្ឋកិច្ច ឬត្រូវបានចាត់ថ្នាក់រួចហើយថាជា tier I home ក៏អ្នកត្រូវតែបំពេញទម្រង់នេះដែរ ។ ការិយាល័យរបស់យើងខ្ញុំ អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលដែលអ្នកបានដាក់ជូន ។

5. ប្រសិនបើខ្ញុំមិនរស់នៅក្នុងតំបន់មានតម្រូវការសេដ្ឋកិច្ច ឬមិនចង់ដាក់ជូនឯកសារទម្រង់ Meal Benefit Form តើអ្វីខ្លះជាជម្រើសរបស់ខ្ញុំសំរាប់សំណង? អ្នកនឹងទទួលបាននូវអត្រាកាន់តែទាបនៃសំណងសំរាប់ចំណីអាហារដែលបានផ្តល់ដល់កុមារ ដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃសំរាប់គ្រួសាររបស់អ្នក ។

6. តើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យ ត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ឬទេ? ប្រហែលត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ ។ យើងខ្ញុំអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្ញើរអំណះអំណាងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលអ្នកបានដាក់ជូននៅលើទម្រង់នេះ ។ **តើយ៉ាងដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីព័ត៌មានដែលខ្ញុំបំពេញនៅលើទម្រង់នេះ?** អ្នកគួរនិយាយទៅកាន់អង្គការឧបត្ថម្ភរបស់អ្នក ។

7. តើខ្ញុំគួរបញ្ចូលនរណាខ្លះជាសមាជិកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ? អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលមនុស្សគ្រប់គ្នានៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (ដូចជា ជីដូនជីតា សាច់ញាតិផ្សេងទៀត ឬមិត្តភ័ក្ត្រ ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នក) ដែលរួមចំណែកក្នុងប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលខ្លួនឯង និងគ្រប់កុមារទាំងអស់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ។

8. តើខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល និងការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពការងារឬទេ? ប្រាក់ចំណូលដែលអ្នករាយការណ៍ ត្រូវតែជាប្រាក់ចំណូលដុល ដែលបានរាយបញ្ជីតាមប្រភព សំរាប់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលបានទទួលកាលពីខែមុន ។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលខែមុននិងបង្ហាញត្រឹមត្រូវពីស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្តល់នូវការធ្វើគម្រោងនៃប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើមិនមានការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់បានកើតឡើងទេ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ចំណូលខែមុនជាមូលដ្ឋានដើម្បីបង្កើតគម្រោងនេះ ។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក គឺស្មើ ឬតិចជាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង្ហាញសំរាប់ទំហំរបស់គ្រួសាររបស់អ្នកនៅលើតារាងប្រាក់ចំណូលដែលបានភ្ជាប់ នោះអ្នកនឹងទទួលកិរិតសំណងកាន់តែខ្ពស់ ។ នៅពេលត្រូវបានយល់ព្រមដោយត្រឹមត្រូវសំរាប់អត្ថប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ទោះបីជាតាមរយៈប្រាក់ចំណូល ឬតាមរយៈភស្តុតាងនៃអត្ថប្រយោជន៍ដូចដែលបានគាំទ្រដោយលេខសំណុំរឿងរបស់កម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (កម្មវិធី Food Stamps ពីមុន) កម្មវិធី Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ឬកម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) បច្ចុប្បន្ន នោះអ្នកនឹងនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះសំរាប់រយៈពេលមិនលើស 12 ខែ ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ក្លាយទៅជាគ្មានការងារធ្វើ និងបាត់បង់ប្រាក់ចំណូលក្នុងអំឡុងពេលនៃការមិនមានការងារធ្វើ អ្នកគួរជូនដំណឹងយើងខ្ញុំ អំពីមូលហេតុដែលប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារអ្នក ស្ថិតនៅក្នុងបទដ្ឋាននៃលក្ខណៈសម្បត្តិទទួល ។

9. តើខ្ញុំអាចបំពេញទម្រង់ឬទេ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក? បាទ/ចាស ។ អ្នក ឬកូនរបស់អ្នកមិនចាំបាច់ជាពលរដ្ឋអាមេរិកឡើយ ។

10. តើយ៉ាងដូចម្តេចដែរ បើសិនជាខ្ញុំមានកូនចិញ្ចឹម? កូនចិញ្ចឹមមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃដោយមិនគិតពីប្រាក់ចំណូល ឬគ្រួសារផ្ទាល់ដែលគេរស់នៅជាមួយឡើយ ។ គ្រួសារដែលចង់ដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍បែបនេះសំរាប់កូនចិញ្ចឹម ត្រូវទំនាក់ទំនងមកកាន់: **[name, address, phone number]** ។ ជាងនេះទៀត កូនចិញ្ចឹមអាចត្រូវបានបញ្ជូលជាសមាជិកគ្រួសារសំរាប់ការកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិកូនផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសារ សំរាប់ចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ និងបញ្ចុះថ្លៃ ។

11. យើងខ្ញុំកំពុងបំរើកងទ័ព តើយើងខ្ញុំត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីការស្នាក់នៅ ជាប្រាក់ចំណូលឬទេ? ប្រសិនបើការស្នាក់នៅរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធី Military Housing Privatization Initiative ហើយអ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ Family Subsistence Supplemental Allowance ដូច្នេះ មិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភទាំងនេះជាប្រាក់ចំណូលទេ ។ ពាក់ព័ន្ធនឹងសមាជិកបម្រើកងទ័ពដែលបានរំសាយ មានតំថៃណែកនៃប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកដែលកំពុងបម្រើកងទ័ព ដែលអាចទទួលបានដល់ពួកគេ ឬជំនួសឱ្យគ្រួសាររបស់ពួកគេប៉ុណ្ណោះ នឹងត្រូវបានរាប់ជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារនេះ ។ ថ្លៃប្រយុទ្ធ រួមទាំងប្រាក់ Deployment Extension Incentive Pay (DEIP) ក៏ត្រូវបានដកចេញ និងមិនត្រូវបានរាប់ចូលជាប្រាក់ចំណូលចំពោះគ្រួសារ ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្សេងទៀតទាំងអស់ ត្រូវបានបញ្ចូលនៅក្នុងប្រាក់ចំណូលដុលរបស់អ្នក ។

នៅក្នុងដំណើរការនៃ CACFP មិនមានជនណានឹងត្រូវបានរើសអើងដោយសារតែសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនោះទេ ។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ផ្សេងទៀត ឬត្រូវការជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ **[phone number]** ។

ដោយក្តីគោរពរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ ។

[signature]

សេចក្តីណែនាំសំរាប់ការបំពេញទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់ CACFP (ការថែទាំកុមារ)

សូមធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានកម្មវិធី SNAP, TANF ឬ FDPIR:

ផ្នែកទី 1: រាយបញ្ជីគ្រប់កុមារ និងសមាជិកគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះ
ផ្នែកទី 2: រាយបញ្ជីលេខសំណុំរឿងសំរាប់សមាជិកគ្រួសារណាមួយ (បញ្ចូលទាំងជនពេញវ័យ) ដែលកំពុងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី [State SNAP] ឬ [State TANF] ឬ [FDPIR] ។
ផ្នែកទី 3: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។
ផ្នែកទី 4: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។
ផ្នែកទី 5: សូមចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ។ លេខសន្តិសុខសង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយគឺ **មិន** ចាំបាច់ ។
ផ្នែកទី 6: ឆ្លើយសំណួរនេះ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស ។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យជំនួសឱ្យ កូនចិញ្ចឹម សូមធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ:

ប្រសិនបើកូន១**ទាំងអស់** ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំគឺជាកូនចិញ្ចឹម ឬប្រសិនបើអ្នកគ្រាន់តែកំពុងដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ឱ្យកូនចិញ្ចឹម:

ផ្នែកទី 1: រាយបញ្ជីគ្រប់កូនចិញ្ចឹមទាំងអស់ ។ គួសយកប្រអប់ដែលបង្ហាញថាកុមារនេះ គឺជាកូនចិញ្ចឹម ។
ផ្នែកទី 2: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។
ផ្នែកទី 3: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។
ផ្នែកទី 4: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។
ផ្នែកទី 5: សូមចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ។ លេខសន្តិសុខសង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយគឺ **មិន** ចាំបាច់ ។
ផ្នែកទី 6: ឆ្លើយសំណួរនេះ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស ។

ប្រសិនបើកុមារមួយចំនួននៅក្នុងគ្រួសារគឺជាកូនចិញ្ចឹម ។

ផ្នែកទី 1: រាយបញ្ជីកុមារ និងសមាជិកគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះ ។ សំរាប់ជនណាម្នាក់ រួមទាំងកុមារ ដែលមិនមានប្រាក់ចំណូល អ្នកត្រូវតែគួសយកប្រអប់ "មិនមានប្រាក់ចំណូល" ។ គួសប្រអប់នេះ ប្រសិនបើកុមារនេះគឺជាកូនចិញ្ចឹម ។
ផ្នែកទី 2: ប្រសិនបើគ្រួសារនេះមិនមានលេខសំណុំរឿងទេ សូមរំលងផ្នែកនេះ ។
ផ្នែកទី 3: ប្រសិនបើកុមារណាម្នាក់ ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំគឺគ្មានផ្ទះសម្បែង ចំណាកស្រុក ឬរត់ចោលផ្ទះសម្បែង សូមគួសយកប្រអប់ត្រឹមត្រូវ និងសូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ [your school, homeless liaison, migrant coordinator] ។ ប្រសិនបើមិនមែនទេ សូមរំលងផ្នែកនេះ ។
ផ្នែកទី 4: ធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ ដើម្បីរាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបពីខែនេះ ឬខែមុន ។

កូឡោន A – ឈ្មោះ: សូមរាយបញ្ជីនាមខ្លួន និងនាមត្រកូលរបស់ជន**ម្នាក់ៗ** ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមចំណែកប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ សាច់ញាតិ ឬមិនមែនសាច់ញាតិ (ដូចជា ជីដូនជីតា សាច់ញាតិផ្សេងទៀត ឬមិត្តភ័ក្ត្រដែលរស់នៅជាមួយអ្នក) ដែលមានប្រាក់ចំណូល ។ បញ្ចូលខ្លួនអ្នក និងកុមារ ទាំងអស់ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នក ។ ភ្ជាប់សន្លឹកឯកសារផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ។

កូឡោន B – ប្រាក់ចំណូលដុល និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់ចំណូលនេះត្រូវបានទទួល: សំរាប់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ សូមរាយបញ្ជីប្រភេទប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ ដែលបានទទួលមួយខែ ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំពីភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់នេះត្រូវបានទទួល - ប្រចាំសប្តាហ៍ ជារៀងពីរសប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ ឬ ប្រចាំខែ ។

ប្រអប់ទី 1: រាយបញ្ជី **ប្រាក់ចំណូលដុល** មិនមែនប្រាក់បង់យកទៅផ្ទះនោះទេ ។ ប្រាក់ចំណូលដុលគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលរកបានមុនពេលកាត់ពន្ធ និងការកាត់ទុកផ្សេងទៀត ។ អ្នកគួរអាចស្វែងរកវានៅលើកន្ទុយប័ណ្ណប្រាក់ឈ្នៀវត្សន៍របស់អ្នក ឬចៅហ្វាយរបស់អ្នកអាចប្រាប់អ្នក ។

ប្រអប់ទី 2: រាយបញ្ជីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជនម្នាក់ៗទទួលបានសំរាប់មួយខែ ពីប្រាក់សុខុមាលភាព ប្រាក់ជំនួយសំរាប់កុមារ ប្រាក់បង់ក្រោយការលែងលះ ។

ប្រអប់ទី 3: រាយបញ្ជីការចូលនិវត្តន៍ លេខសន្តិសុខសង្គម ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ទាហានចាស់ (VA) អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ពិការភាព ។

ប្រអប់ទី 4: រាយបញ្ជីគ្រប់ប្រភពប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតទាំងអស់ រួមមានទាំងសំណងនិយោជិក អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ភាពគ្មានការងារ ឬកូដកម្ម ការបរិច្ចាគទៀងទាត់ពីជនដែលមិនរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និងប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតណាមួយ ។ សំរាប់អ្នកមានអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួនតែប៉ុណ្ណោះ ត្រូវរាយការណ៍ប្រាក់ចំណូលក្រោយការចំណាយនៅក្នុងប្រអប់ទី 1 ។ ប្រអប់ទី 4 គឺសំរាប់អាជីវកម្ម កសិដ្ឋាន ឬទ្រព្យសម្បត្តិជួលរបស់អ្នក ។ កុំបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលពីកម្មវិធី SNAP, FDPIR, WIC ឬអត្ថប្រយោជន៍អប់រំប្រចាំសហព័ន្ធ ។ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធី Military Privatized Housing Initiative ឬទទួលថ្លៃប្រយុទ្ធ មិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់ការស្នាក់នៅ ជាប្រាក់ចំណូលនោះទេ ។

ផ្នែកទី 5: សមាជិកគ្រួសារជាជនពេញវ័យ ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ និងរាយបញ្ជីលេខសន្តិសុខបួនខ្ទង់ចុងក្រោយ ឬគួសយកប្រអប់នេះប្រសិនបើគាត់មិនមាន ។
ផ្នែកទី 6: ឆ្លើយសំណួរនេះ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស ។

សេចក្តីណែនាំសំរាប់ការបំពេញទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់ CACFP (ការថែទាំកុមារ)

បណ្តាគ្រួសារផ្សេងទៀតទាំងអស់ រួមទាំងគ្រួសាររបស់កម្មវិធី WIC សូមធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ :

ផ្នែកទី 1: រាយបញ្ជីកុមារ និងសមាជិកគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះ ។ សំរាប់ជនណាម្នាក់ រួមទាំងកុមារ ដែលមិនមានប្រាក់ចំណូល អ្នកត្រូវគួសយក "ប្រអប់មិនមានប្រាក់ចំណូល" ។

ផ្នែកទី 2: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។

ផ្នែកទី 3: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។

ផ្នែកទី 4: សូមធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះដើម្បីរាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបពីខែនេះ ឬខែមុន ។

កូឡោន A – ឈ្មោះ: សូមរាយបញ្ជីតែនាមខ្លួន និងនាមត្រកូលរបស់ជន**ម្នាក់ៗ** ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមចំណែកប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ សាច់ញាតិ ឬមិនមែនសាច់ញាតិ (ដូចជា ជីដូនជីតា សាច់ញាតិផ្សេងទៀត ឬមិត្តភ័ក្ត្រដែលរស់នៅជាមួយអ្នក) ជាមួយប្រាក់ចំណូល ។ បញ្ចូលខ្លួនអ្នក និងកុមារ ទាំងអស់ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នក ។ ភ្ជាប់សន្លឹកឯកសារផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ។

កូឡោន B – ប្រាក់ចំណូលដុល និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់ចំណូលនេះត្រូវបានទទួល: សំរាប់សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗ សូមរាយបញ្ជីប្រភេទប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ ដែលបានទទួលមួយខែ ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំពីភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់នេះត្រូវបានទទួល ប្រចាំសប្តាហ៍ រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ ពីរដងក្នុងមួយខែ ឬ ប្រចាំខែ ។

ប្រអប់ទី 1: រាយបញ្ជី **ប្រាក់ចំណូលដុល** មិនមែនប្រាក់បង់យកទៅផ្ទះនោះទេ ។ ប្រាក់ចំណូលដុលគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលរកបានមុនពេលកាត់ពន្ធ និងការកាត់ទុកផ្សេងទៀត ។ អ្នកគួរអាចស្វែងរកវានៅលើកន្ទុយប័ណ្ណប្រាក់ឈ្នៀវត្សន៍របស់អ្នក ឬចៅហ្វាយរបស់អ្នកអាចប្រាប់អ្នក ។

ប្រអប់ទី 2: រាយបញ្ជីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជនម្នាក់ៗទទួលបានសំរាប់មួយខែ ពីប្រាក់សុខុមាលភាព ប្រាក់ជំនួយសំរាប់កុមារ ប្រាក់បង់ក្រោយការលែងលះ ។

ប្រអប់ទី 3: រាយបញ្ជីការចូលនិវត្តន៍ លេខសន្តិសុខសង្គម ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ទាហានចាស់ (VA) អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ពិការភាព ។

ប្រអប់ទី 4: រាយបញ្ជីគ្រប់ប្រភពប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតទាំងអស់ រួមមានទាំងសំណងនិយោជិក អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ភាពគ្មានការងារ ឬកូដកម្ម ការបរិច្ចាគទៀងទាត់ពីជនដែលមិនរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និងប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតណាមួយ ។ សំរាប់អ្នកមានអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួនតែប៉ុណ្ណោះ ត្រូវរាយការណ៍ប្រាក់ចំណូលក្រោយការចំណាយនៅក្នុងប្រអប់ទី 1 ។ ប្រអប់ទី 4 គឺសំរាប់អាជីវកម្ម កសិដ្ឋាន ឬទ្រព្យសម្បត្តិជួលរបស់អ្នក ។ កុំបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលពីកម្មវិធី SNAP, FDPIR, WIC ឬអត្ថប្រយោជន៍អប់រំប្រចាំសហព័ន្ធ ។ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធី Military Privatized Housing Initiative ឬទទួលថ្លៃប្រយុទ្ធ មិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់ការស្នាក់នៅ ជាប្រាក់ចំណូលនោះទេ ។

ផ្នែកទី 5: សមាជិកគ្រួសារជាជនពេញវ័យ ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ និងរាយបញ្ជីលេខសន្តិសុខបួនខ្ទង់ចុងក្រោយ ឬគួសយកប្រអប់នេះប្រសិនបើគាត់មិនមាន ។

ផ្នែកទី 6: ផ្លើយសំណួរនេះ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស ។

សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់ពីរបៀបដែលយើងនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ ។

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា អ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព ។

សេចក្តីណែនាំសំរាប់ការបំពេញទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់ CACFP

(ការថែទាំជនពេញវ័យ)

ធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានកម្មវិធី SNAP, FDPIR, SSI ឬ Medicaid:

ផ្នែកទី 1: រាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកចូលរួមពេញវ័យតែប៉ុណ្ណោះ ។

ផ្នែកទី 2: រាយបញ្ជីលេខសំណុំរឿងសំរាប់សមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលកំពុងទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី [State SNAP] ឬ [FDPIR] ឬ [SSI] ឬ [Medicaid] ។

ផ្នែកទី 3: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។

ផ្នែកទី 4: ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ។ លេខសន្តិសុខសង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយគឺ**មិន**ចាំបាច់ ។

ផ្នែកទី 5: ឆ្លើយសំណួរនេះប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស ។

បណ្តាគ្រួសារផ្សេងទៀតទាំងអស់ សូមធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ:

ផ្នែកទី 1: រាយបញ្ជីឈ្មោះអ្នកចូលរួមពេញវ័យតែប៉ុណ្ណោះ ។ សំរាប់អ្នកចូលរួមណាម្នាក់ដែលមិនមានប្រាក់ចំណូល អ្នកត្រូវគួសយកប្រអប់ "មិនមានប្រាក់ចំណូល" ។

ផ្នែកទី 2: សូមរំលងផ្នែកនេះ ។

ផ្នែកទី 3: សូមធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំទាំងនេះ ដើម្បីរាយការណ៍ពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបពីខែនេះ ឬខែមុន ។

កូឡោន A – ឈ្មោះ: សូមរាយបញ្ជីនាមខ្លួន និងនាមត្រកូលរបស់អ្នកចូលរួមពេញវ័យ ប្តី/ប្រពន្ធរបស់គាត់ និងជនក្នុងបន្ទុករបស់គាត់ ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលរួមចំណែកប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយ ។

កូឡោន B – ប្រាក់ចំណូលដុល និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់ចំណូលនេះត្រូវបានទទួល: សំរាប់**សមាជិកគ្រួសារម្នាក់ៗដែលជាអ្នកចូលរួម ប្តី/ប្រពន្ធរបស់គាត់ ឬជនក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកចូលរួម** សូមរាយបញ្ជីប្រភេទប្រាក់ចំណូលនីមួយៗដែលបានទទួលសំរាប់មួយខែ ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំពីភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់នេះត្រូវបានទទួល - ប្រចាំសប្តាហ៍ រៀងរាល់សប្តាហ៍ពីរ ពីរដងក្នុងមួយខែ ឬ ប្រចាំខែ ។

ប្រអប់ទី 1: រាយបញ្ជី **ប្រាក់ចំណូលដុល** មិនមែនប្រាក់បង់យកទៅផ្ទះនោះទេ ។ ប្រាក់ចំណូលដុលគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលរកបានមុនពេលកាត់ពន្ធ និងការកាត់ទុកផ្សេងទៀត ។ អ្នកគួរអាចស្វែងរកវានៅលើកន្ទុយប័ណ្ណប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នក ឬចៅហ្វាយរបស់អ្នកអាចប្រាប់អ្នក ។

ប្រអប់ទី 2: រាយបញ្ជីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជនម្នាក់ៗទទួលបានសំរាប់មួយខែ ពីប្រាក់សុខុមាលភាព ប្រាក់ជំនួយសំរាប់កុមារ ប្រាក់បង់ក្រោយការលែងលះ ។

ប្រអប់ទី 3: រាយបញ្ជីការចូលនិវត្តន៍ លេខសន្តិសុខសង្គម ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ទាហានចាស់ (VA) អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ពិការភាព ។

ប្រអប់ទី 4: រាយបញ្ជីគ្រប់ប្រភពប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតទាំងអស់ រួមមានទាំងសំណងនិយោជិក អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់ភាពគ្មានការងារ ឬកូដកម្ម ការបរិច្ចាគទៀងទាត់ពីជនដែលមិនរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក និងប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតណាមួយ ។ សំរាប់អ្នកមានអាជីវកម្មផ្ទាល់ខ្លួនតែប៉ុណ្ណោះ ត្រូវរាយការណ៍ប្រាក់ចំណូលក្រោយការចំណាយនៅក្នុងប្រអប់ទី 1 ។ ប្រអប់ទី 4 គឺសំរាប់អាជីវកម្ម កសិដ្ឋាន ឬទ្រព្យសម្បត្តិជួលរបស់អ្នក ។ កុំបញ្ចូលប្រាក់ចំណូលពីកម្មវិធី SNAP, FDPIR, WIC ឬអត្ថប្រយោជន៍អប់រំប្រចាំសហព័ន្ធ ។ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធី Military Privatized Housing Initiative ឬទទួលថ្លៃប្រយុទ្ធ មិនត្រូវបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភសំរាប់ការស្នាក់នៅ ជាប្រាក់ចំណូលនោះទេ ។

ផ្នែកទី 4: សមាជិកគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យ ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ និងរាយបញ្ជីលេខសន្តិសុខបួនខ្ទង់ចុងក្រោយ ឬគួសយកប្រអប់នេះប្រសិនបើគាត់មិនមាន ។

ផ្នែកទី 5: ឆ្លើយសំណួរនេះ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស ។

សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់ពីរបៀបដែលយើងនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ ។

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា អ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព ។

ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់ CACFP (ការថែទាំកុមារ)

ផ្នែកទី 1. គ្រប់សាមាជិកគ្រួសារទាំងអស់

ឈ្មោះកុមារដែលបានចុះឈ្មោះ:

ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	សូមគូសយកប្រសិនបើកូនចិញ្ចឹម (ការទទួលខុសត្រូវតាម ច្បាប់របស់ភ្នាក់ងារសុខុមាលភាព ឬតុលាការ) * ប្រសិនបើកុមារគ្រប់រូបបានចុះញ្ជីខាងក្រោមជាកូនចិញ្ចឹម សូមរំលងទៅកាន់ផ្នែកទី 5 ដើម្បីចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ នេះ។	សូមគូស ប្រសិនបើ គ្មានប្រាក់ចំណូល
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑
	❑	❑

ផ្នែកទី 2. អត្ថប្រយោជន៍នានា: ប្រសិនបើសមាជិកណាម្នាក់ ឬគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបាន , , ឬ
សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងលេខសំណុំរឿងសំរាប់ជនដែលទទួលអត្ថប្រយោជន៍ ។ **ប្រសិនបើមិនមានណាម្នាក់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ សូមរំលងទៅកាន់ផ្នែកទី 3 ។**

ឈ្មោះ:_____ លេខសំណុំរឿង: _____

ផ្នែកទី 3. ប្រសិនបើកុមារណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំគឺគ្មានផ្ទះសម្បែង ចំណាកស្រុក ឬរត់ចោលផ្ទះសម្បែង សូមគូសយកប្រអប់ឱ្យត្រឹមត្រូវ និងសូមហៅទូរស័ព្ទ មកកាន់

គ្មានផ្ទះសម្បែង ❑ ចំណាកស្រុក ❑ រត់ចោលផ្ទះសម្បែង ❑

ផ្នែកទី 4. ប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ប្រចាំគ្រួសារសរុប — អ្នកត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់

A. ឈ្មោះ (រាយបញ្ជីតែសមាជិកគ្រួសារដែលមានប្រាក់ ចំណូល**ប៉ុណ្ណោះ**)	**B. ប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់នេះត្រូវបានទទួល**			
	1. ចំណូលពីការងារមុនការកាត់ទុកផ្សេងៗ	2. ប្រាក់សុខុមាលភាព ប្រាក់ជំនួយ សំរាប់កុមារ ប្រាក់បង់ក្រោយការ លែងលះ	3. ប្រាក់សោធន ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម SSI, អត្ថប្រយោជន៍ VA	4. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ទាំងអស់
(ឧទាហរណ៍) Jane Smith	$200/ ប្រចាំសប្តាហ៍_____	$150/ ពីរដងក្នុងមួយខែ__	$100/ ប្រចាំខែ_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

ផ្នែកទី 5. ហត្ថលេខា និងលេខសន្តិសុខសង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយ (ជនពេញវ័យត្រូវចុះហត្ថលេខា)

សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យមួយរូប ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ។ **បើសិនជាផ្នែកទី 3 ត្រូវបានបំពេញ នោះជនពេញវ័យដែលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ក៏ត្រូវតែរាយបញ្ជីលេខសន្តិសុខ សង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយរបស់ខ្លួន ឬគូសយកប្រអប់ "ខ្ញុំមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម" ។** (សូមមើលសេចក្តីប្រកាស នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃទំព័រ ។)

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា រាល់ព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំនេះគឺពិតប្រាកដ និងថារាល់ប្រាក់ចំណូលគឺត្រូវបានរាយការណ៍ ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា មជ្ឈមណ្ឌល ឬមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃ នឹងទទួលបានមូលនិធិ សហព័ន្ធ ដោយផ្អែកទៅលើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យ ។ ខ្ញុំដឹងថា មន្ត្រីរបស់ CACFP អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះ ។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុសដោយចេតនា នោះអ្នកចូលរួមដែល កំពុងទទួលចំណីអាហារ អាចបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានផ្តន្ទាទោស ។

ចុះហត្ថលេខត្រង់នេះ: _____ ព្រឹនឈ្មោះ: _____

កាលបរិច្ឆេទ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ ហ្ស៊ីបកូដ: _____

លេខសន្តិសុខសង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយ: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ ខ្ញុំមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ

ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់ CACFP (ការថែទាំកុមារ)

ផ្នែកទី 6. អត្តសញ្ញាណជនជាតិ និងសញ្ជាតិរបស់អ្នកចូលរួម (អាចជ្រើសរើស)	
សូមគូសអត្តសញ្ញាណជនជាតិមួយ:	សូមគូសអត្តសញ្ញាណសញ្ជាតិមួយ ឬច្រើន :
❑ អេស្ប៉ាញ ឬ អាមេរិកខាងត្បូង ❑ មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬ អាមេរិកខាងត្បូង	❑ អាស៊ី ❑ ស្បែកស ❑ ស្បែកខ្មៅ ឬអាफ្រិកកាត់អាមេរិក ❑ ឥណ្ឌាកាត់អាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ❑ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

មិនត្រូវបំពេញផ្នែកនេះទេ។ ផ្នែកនេះសំរាប់មន្ត្រីប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ។

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Tier I_____ Tier II____

Reason: _____

Temporary: Free_____ Reduced_____ Time Period: _____(expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date:_____

អ្នកចូលរួមនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬ បញ្ចុះថ្លៃ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាក់ចុះ ឬក្រោមកម្រិតនៅលើតារាង។

ទំហំគ្រួសារ	ប្រចាំឆ្នាំ
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
មនុស្សបន្ថែមម្នាក់ៗ:	

ច្បាប់ស្តីពី Richard B. Russell National School Lunch Act ចែងអំពីព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ អត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ នេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានឡើយ តែប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ យើងខ្ញុំមិនអាចអនុម័តឱ្យអ្នកចូលរួមទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃបានឡើយ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលបួន ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យ ដោយរួមទាំងអ្នកចូលរួមនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃផងដែរ។ លេខសន្តិសុខសង្គម មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យមាននៅពេលអ្នករាយបង្ហាញលេខសំណុំរឿងរបស់កម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program [កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម] (SNAP) កម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ឬកម្មវិធីសំគាល់ FDPIR ផ្សេងទៀត SSI ឬ Medicaid សំរាប់អ្នកចូលរួមដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ឬនៅពេលអ្នកបញ្ជាក់ថា សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ មិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកចូលរួមមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃដែរឬអត់ និងសំរាប់ការគ្រប់គ្រង និងការអនុវត្តរបស់ CACFP ។

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់អំពីអ្វីត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព។ "ដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាព។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ឬទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ (866) 632-9992(សម្លេង) ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ឬគរ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ: Federal Relay Service [សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធ] តាមលេខ (800) 877-8339 ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ) ។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងនិយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្មើភាពគ្នា។"

ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់ CACFP (ការថែទាំជនពេញវ័យ)

ផ្នែកទី 1. សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់

ឈ្មោះជនពេញវ័យដែលបានចុះឈ្មោះ:

ឈ្មោះអ្នកចូលរួមពេញវ័យទាំងអស់ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	សូមគូសយក ប្រសិនបើគ្មានប្រាក់ចំណូល
	❑
	❑
	❑

ផ្នែកទី 2. អត្ថប្រយោជន៍នានា: ប្រសិនបើសមាជិកណាម្នាក់នៃគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបាន , , ឬ
សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងលេខសំណុំរឿងសំរាប់ជនដែលទទួលអត្ថប្រយោជន៍ ។ **ប្រសិនបើ មិនមានអ្នកណាម្នាក់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ សូមរំលងទៅកាន់ផ្នែក ទី 3 ។**

ឈ្មោះ:_____ លេខសំណុំរឿង: _____

ផ្នែកទី 3. ប្រាក់ចំណូលសុលប្រចាំគ្រួសារសរុប — អ្នកត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំពីចំនួនទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់

A. ឈ្មោះ (រាយបញ្ជីតែអ្នកចូលរួម ប្តី/ប្រពន្ធ និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកចូលរួមប៉ុណ្ណោះ)	**B. ប្រាក់ចំណូលសុល និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់នេះត្រូវបានទទួល**			
	1. ចំណូលពីការងារមុនការកាត់ទុកផ្សេងៗ	2. ប្រាក់សុខុមាលភាព ប្រាក់ជំនួយ សំរាប់កុមារ ប្រាក់បង់ក្រោយការ លែងលះ	3. ប្រាក់សោធន ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម SSI, អត្ថប្រយោជន៍ VA	4. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ទាំងអស់
(ឧទាហរណ៍) *Jane Smith*	$200/ ប្រចាំសប្តាហ៍_____	$150/ ពីរដងក្នុងមួយខែ__	$100/ ប្រចាំខែ_____	$_____/_____
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

ផ្នែកទី 4. ហត្ថលេខា និងលេខសន្តិសុខសង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយ

សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យមួយរូប ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ។ **បើសិនជាផ្នែកទី 3 ត្រូវបានបំពេញ នោះជនពេញវ័យដែលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ក៏ត្រូវតែរាយបញ្ជីលេខសន្តិសុខ សង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយរបស់ខ្លួន ឬគូសយកប្រអប់ "ខ្ញុំមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម"** ។ (សូមមើលសេចក្តីប្រកាស នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃទំព័រ ។)

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា រាល់ព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំនេះគឺពិតប្រាកដ និងថារាល់ប្រាក់ចំណូលគឺត្រូវបានរាយការណ៍ ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា មជ្ឈមណ្ឌល ឬមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃ នឹងទទួលបានមូលនិធិ សហព័ន្ធ ដោយផ្អែកទៅលើព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យ ។ ខ្ញុំដឹងថា មន្ត្រីរបស់ CACFP អាចផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននេះ ។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុសដោយចេតនា នោះអ្នកចូលរួមដែល កំពុងទទួលចំណីអាហារ អាចបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានផ្តន្ទាទោស ។

ចុះហត្ថលេខត្រង់នេះ: _____ ព្រឹនឈ្មោះ: _____

កាលបរិច្ឆេទ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ ឬ្សីបកូដ: _____

លេខសន្តិសុខសង្គមបួនខ្ទង់ចុងក្រោយ: * * * - * * - ___ ___ ___ ___ ❑ ខ្ញុំមិនមានលេខសន្តិសុខសង្គមទេ

ផ្នែកទី 5. អត្តសញ្ញាណជនជាតិ និងសញ្ជាតិរបស់អ្នកចូលរួម (អាចជ្រើសរើស)

សូមគូសអត្តសញ្ញាណជនជាតិមួយ:	សូមគូសអត្តសញ្ញាណសញ្ជាតិមួយ ឬច្រើន :	
❑ អេស្ប៉ាញ ឬ អាមេរិកខាងត្បូង ❑ មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬ អាមេរិកខាងត្បូង	❑ អាស៊ី ❑ ស្បែកស ❑ ស្បែកខ្មៅ ឬអាफ្រិកកាត់អាមេរិក	❑ ឥណ្ឌាកាត់អាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ❑ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីফิកផ្សេងទៀត

ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់ CACFP (ការថែទាំជនពេញវ័យ)

មិនត្រូវបំពេញផ្នែកនេះទេ ។ ផ្នែកនេះសំរាប់មន្ត្រីប្រើប្រាស់តែប៉ុណ្ណោះ ។

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: ❑ Week, ❑ Every 2 Weeks, ❑ Twice A Month, ❑ Month, ❑ Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Tier I_____ Tier II____

Reason: _____

Temporary: Free_____ Reduced_____ Time Period: _____(expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date:_____

អ្នកចូលរួមនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃ អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬ បញ្ចុះថ្លៃ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាក់ចុះ ឬក្រោមកម្រិត នៅលើតារាង ។

ទំហំគ្រួសារ	ប្រចាំឆ្នាំ
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
មនុស្សបន្ថែមម្នាក់ៗ:	

ច្បាប់ស្តីពី Richard B. Russell National School Lunch Act ចែងអំពីព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ អត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ នេះ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានឡើយ តែប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ យើងខ្ញុំមិនអាចអនុម័តឱ្យអ្នកចូលរួមទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃបានឡើយ ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ជូលបួន ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យ ដោយរួមទាំងអ្នកចូលរួមនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃផងដែរ ។ លេខសន្តិសុខសង្គម មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យមាននៅពេលអ្នកវាយបង្ហាញលេខសំណុំរឿងរបស់កម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program [កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម] (SNAP) កម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ឬកម្មវិធីសំគាល់ FDPIR ផ្សេងទៀត SSI ឬ Medicaid សំរាប់អ្នកចូលរួមដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ឬនៅពេលអ្នកបញ្ជាក់ថា សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ មិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកចូលរួមមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃដែរឬអត់ និងសំរាប់ការគ្រប់គ្រង និងការអនុវត្តរបស់ CACFP ។

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់អំពីអ្វីត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព ។ "ដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ឬទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ (866) 632-9992(សម្លេង) ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ឬគរ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ Federal Relay Service [សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធ] តាមលេខ (800) 877-8339 ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ) ។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងនិយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្មើភាពគ្នា ។"

អ្នកត្រូវតែផ្ញើរព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំត្រូវការ ឬទាក់ទង [name] ឱ្យបាននៅថ្ងៃទី [date] បើពុំនោះទេ មជ្ឈមណ្ឌលយើងខ្ញុំនឹងមិនទទួលសំណងសំរាប់អាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃដែលបានផ្តល់ជូនកូនរបស់អ្នកទៀតឡើយ ។

មជ្ឈមណ្ឌល/អង្គការឧបត្ថម្ភ : **[Name]**

[Date]

[Name] ជាទីរាប់អាន :

យើងខ្ញុំកំពុងពិនិត្យទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form នៃ CACFP របស់អ្នក ។ យើងខ្ញុំត្រូវតែធ្វើដូចនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថា CACFP ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ឱ្យតែអ្នកទាំងឡាយណាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលតែប៉ុណ្ណោះ ។ អ្នកត្រូវតែផ្ញើរជូនយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដើម្បីបញ្ជាក់ថា **[name(s) of participant(s)]** មានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួល ។

ប្រសិនបើអាច សូមផ្ញើរសំណៅចម្លង មិនមែនឯកសារច្បាប់ដើមទេ ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើរច្បាប់ដើម ច្បាប់ដើមទាំងនោះនឹងត្រូវបានផ្ញើរត្រឡប់ជូនអ្នកវិញ តែប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ ។ សូមកុំផ្ញើរប័ណ្ណ EBT card របស់អ្នក ឬប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតណាមួយដែលអ្នកនឹងត្រូវការ ។

1. ប្រសិនបើអ្នកបានកំពុងទទួលបាន SNAP, TANF ឬ FDPIR នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ឬ នៅពេលណាមួយចាប់ពីពេលនោះ សូមផ្ញើរសំណៅចម្លងមួយច្បាប់នៃមួយក្នុងចំណោមទាំងនេះ

- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបញ្ជាក់ SNAP, TANF ឬ FDPIR ដែលបង្ហាញកាលបរិច្ឆេទនៃការបញ្ជាក់ ។
- លិខិតពី SNAP ឬការិយាល័យសុខុមាលភាពដែលនិយាយថា អ្នកត្រូវបានអនុម័តឱ្យទទួលបាន SNAP ឬ TANF ។

2. ប្រសិនបើអ្នកទទួលលិខិតនេះសំរាប់កូនចិញ្ចឹម :

សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងព័ត៌មានទាក់ទងសំរាប់មនុស្សដែលនៅភ្នាក់ងារ ឬតុលាការដែលអ្នកអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ថា កុមារ គឺជាការទទួលខុសត្រូវតាមច្បាប់របស់ភ្នាក់ងារ ឬតុលាការ ។

3. ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបាន SNAP, TANF ឬ FDPIR : សូមផ្ញើរទំព័រនេះជាមួយឯកសារដែលបង្ហាញពីទឹកប្រាក់ដែលគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានពីប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ ។ ឯកសារដែលអ្នកផ្ញើរជូន ត្រូវតែបង្ហាញពី**ឈ្មោះ**របស់មនុស្សដែលបានទទួលប្រាក់ចំណូល **កាលបរិច្ឆេទ**ដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល **ចំនួន**ដែលត្រូវបានទទួល និង**ភាពញឹកញាប់**ដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល ។ **សូមផ្ញើរព័ត៌មានទៅកាន់ : [address]** ។

<u>ឯកសារដែលអាចទទួលបានរួមមាន :</u>

ការងារ : កន្ទុយមូលប្បទានប័ត្របង់ប្រាក់ប្រៀវត្ស ឬស្រោមសំបុត្របង់ប្រាក់ប្រៀវត្សដែលបង្ហាញពីទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់ប្រៀវត្សត្រូវបានទទួល លិខិតពីនិយោជកដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់កម្រៃដុល និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់កម្រៃត្រូវបានបង់ ឬឯកសារអំពីអាជីវកម្ម ឬកសិដ្ឋានដូចជា សៀវភៅបញ្ជីគណនេយ្យ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ ។
សន្តិសុខសង្គម សោធននិវត្តន៍ ឬនិវត្តន៍ : លិខិតបញ្ជាក់ពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការចូលនិវត្តន៍សន្តិសុខសង្គម របាយការណ៍អំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានទទួល ឬសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្តល់សោធននិវត្តន៍ ។
ភាពអត់ការងារធ្វើ ពិការភាព ឬសំណងនិយោជិក : សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលពីការិយាល័យសន្តិសការងាររបស់រដ្ឋ
កន្ទុយមូលប្បទានប័ត្រ ឬលិខិតពីសំណងនិយោជិក ។
ការបង់ប្រាក់ថ្លៃសុខុមាលភាព : លិខិតស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍ពីភ្នាក់ងារសុខុមាលភាព ។
ការផ្តត់ផ្តង់កូន ឬប្តី-ប្រពន្ធបន្ទាប់ពីការលែងលះ : សេចក្តីសម្រេចរបស់តុលាការ កិច្ចព្រមព្រៀង ឬសំណៅចម្លងនៃមូលប្បទានប័ត្រដែលបានទទួល ។
ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (ដូចជាប្រាក់ចំណូលថ្លៃជួល) : ព័ត៌មានដែលបង្ហាញពីទឹកប្រាក់នៃប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួល ភាពញឹកញាប់ដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល និងកាលបរិច្ឆេទដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល ។
មិនមានប្រាក់ចំណូល : កំណត់បង្ហាញសង្ខេបដែលពន្យល់អំពីរបៀបដែលអ្នកផ្តល់ចំណីអាហារ សម្លៀកបំពាក់ និងផ្ទះសម្បែងសំរាប់គ្រួសាររបស់អ្នក និងពេលវេលាដែលអ្នករំពឹងថាទទួលបានប្រាក់ចំណូល ។

Military Housing Privatization Initiative: លិខិត ឬកិច្ចសន្យាជួលដែលបង្ហាញថា ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកនៃ Military Housing Privatization Initiative ។

រយៈកាលនៃឯកសារប្រាក់ចំណូលដែលអាចទទួលយកបាន : សូមដាក់ជូនឯកសារដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មាននេះ អ្នកអាចដាក់ជូនឯកសារចាប់ពីពេលបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form នៃ CACFP រហូតដល់ពេលនៃការផ្ទៀងផ្ទាត់ ។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬត្រូវការជំនួយ សូមទូរស័ព្ទទៅ **[name]** តាមលេខ **[phone number]** ។

ដោយក្តីរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ

[signature]

ច្បាប់ស្តីពី Richard B. Russell National School Lunch Act ចែងអំពីព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ អត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារនេះ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានឡើយ តែប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ យើងខ្ញុំមិនអាចអនុម័តឱ្យអ្នកចូលរួមទទួលបានចំណីអាហារ ឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃបានឡើយ ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ចូលបួនខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យ ដោយរួមទាំងអ្នកចូលរួម នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃផងដែរ ។ លេខសន្តិសុខសង្គម មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យមាននៅពេលអ្នករាយបង្ហាញលេខសំណុំរឿងរបស់កម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program [កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយអាហារបន្ថែម] (SNAP) កម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ឬកម្មវិធីសំគាល់ FDPIR ផ្សេងទៀត SSI ឬ Medicaid សំរាប់អ្នកចូលរួមដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ឬនៅពេលអ្នកបញ្ជាក់ថា សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ មិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកចូលរួមមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃដែរឬអត់ និងសំរាប់ការគ្រប់គ្រង និងការអនុវត្តរបស់ CACFP ។

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់អំពីអ្វីត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព ។ "ដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ឬទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ (866) 632-9992(សម្លេង) ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ឬគរ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ Federal Relay Service [សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធ] តាមលេខ (800) 877-8339 ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ) ។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងនិយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្មើភាពគ្នា ។"

អ្នកត្រូវតែផ្ញើរព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំត្រូវការ ឬទាក់ទង [name] ឱ្យបាននៅថ្ងៃទី [date] បើពុំនោះទេ មជ្ឈមណ្ឌលយើងខ្ញុំនឹងមិនទទួលសំណងសំរាប់អាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកចូលរួមពេញវ័យទៀតឡើយ ។

មជ្ឈមណ្ឌល/អង្គការឧបត្ថម្ភ : **[Name]**

[Date]

[Name] ជាទីរាប់អាន :

យើងខ្ញុំកំពុងពិនិត្យទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form នៃ CACFP របស់អ្នក ។ យើងខ្ញុំត្រូវតែធ្វើដូចនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថា CACFP ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ឱ្យតែអ្នកទាំងឡាយណាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិ ទទួលតែប៉ុណ្ណោះ ។ អ្នកត្រូវតែផ្ញើរជូនយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានដើម្បីបញ្ជាក់ថា **[name(s) of participant(s)]** មានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួល ។

ប្រសិនបើអាច សូមផ្ញើរសំណៅចម្លង មិនមែនឯកសារច្បាប់ដើមទេ ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើរច្បាប់ដើម ច្បាប់ដើមទាំងនោះនឹងត្រូវបានផ្ញើរត្រឡប់ជូនអ្នកវិញ តែប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ ។ សូមកុំផ្ញើរប័ណ្ណ EBT card របស់អ្នក ឬប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតណាមួយដែលអ្នកនឹងត្រូវការ ។

1. ប្រសិនបើអ្នកបានកំពុងទទួលបាន SNAP, FDPIR, SSI ឬ Medicaid នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ឬនៅពេលណាមួយចាប់ពីពេលនោះ សូមផ្ញើរសំណៅចម្លងមួយច្បាប់នៃមួយក្នុងចំណោមទាំងនេះ :

- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបញ្ជាក់ SNAP, FDPIR, SSI ឬ Medicaid ដែលបង្ហាញកាលបរិច្ឆេទនៃការបញ្ជាក់ ។
- លិខិតពី SNAP ដែលនិយាយថា អ្នកត្រូវបានអនុម័តឱ្យទទួលបាន SNAP ។

2. ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបាន SNAP, FDPIR, SSI ឬ Medicaid : សូមផ្ញើរទំព័រនេះជាមួយឯកសារដែលបង្ហាញពីទឹកប្រាក់ដែលគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានពីប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ ។ ឯកសារដែលអ្នកផ្ញើរជូន ត្រូវតែបង្ហាញពី**ឈ្មោះ**របស់មនុស្សដែលបានទទួលប្រាក់ចំណូល **កាលបរិច្ឆេទ**ដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល **ចំនួន**ដែលត្រូវបានទទួល និង**ភាពញឹកញាប់**ដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល ។ **សូមផ្ញើរព័ត៌មានទៅកាន់ : [address]** ។

<u>ឯកសារដែលអាចទទួលបានរួមមាន :</u>

ការងារ : កន្ទុយមូលប្បទានប័ត្របង់ប្រាក់ប្រៃវ៉ាត្ស ឬស្រោមសំបុត្របង់ប្រាក់ប្រៃវ៉ាត្សដែលបង្ហាញពីទឹកប្រាក់ និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់ប្រៃវ៉ាត្សត្រូវបានទទួល លិខិតពីនិយោជកដែលបញ្ជាក់ពីប្រាក់កម្រៃដុល និងភាពញឹកញាប់ដែលប្រាក់កម្រៃត្រូវបានបង់ ឬឯកសារអំពីអាជីវកម្ម ឬកសិដ្ឋានដូចជា សៀវភៅបញ្ជីគណនេយ្យ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ ។
សន្តិសុខសង្គម សោធននិវត្តន៍ ឬនិវត្តន៍ : លិខិតបញ្ជាក់ពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការចូលនិវត្តន៍សន្តិសុខសង្គម របាយការណ៍អំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានទទួល ឬសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្តល់សោធននិវត្តន៍ ។
ភាពអត់ការងារធ្វើ ពិការភាព ឬសំណងនិយោជិក : សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលពីការិយាល័យសន្តិសការងាររបស់រដ្ឋ កន្ទុយមូលប្បទានប័ត្រ ឬលិខិតពីសំណងនិយោជិក ។
ការបង់ប្រាក់ថ្លៃសុខុមាលភាព : លិខិតស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍ពីភ្នាក់ងារសុខុមាលភាព ។
ការផ្តត់ផ្តង់ក្មួន ឬប្តី-ប្រពន្ធបន្ទាប់ពីការលែងលះ : សេចក្តីសម្រេចរបស់តុលាការ កិច្ចព្រមព្រៀង ឬសំណៅចម្លងនៃមូលប្បទានប័ត្រដែលបានទទួល ។
ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (ដូចជាប្រាក់ចំណូលថ្លៃជួល) : ព័ត៌មានដែលបង្ហាញពីទឹកប្រាក់នៃប្រាក់ចំណូលដែលបានទទួល ភាពញឹកញាប់ដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល និងកាលបរិច្ឆេទដែលទឹកប្រាក់ត្រូវបានទទួល ។
មិនមានប្រាក់ចំណូល : កំណត់បង្ហាញសង្ខេបដែលពន្យល់អំពីរបៀបដែលអ្នកផ្តល់ចំណីអាហារ សម្លៀកបំពាក់ និងផ្ទះសម្បែងសំរាប់គ្រួសាររបស់អ្នក និងពេលវេលាដែលអ្នកអះអាងថាទទួលបានប្រាក់ចំណូល ។
Military Housing Privatization Initiative: លិខិត ឬកិច្ចសន្យាជួលដែលបង្ហាញថា ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកនៃ Military Housing Privatization Initiative ។

រយៈកាលនៃឯកសារប្រាក់ចំណូលដែលអាចទទួលយកបាន : សូមដាក់ជូនឯកសារដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មាននេះ អ្នកអាចដាក់ជូនឯកសារចាប់ពីពេលបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Form នៃ CACFP រហូតដល់ពេលនៃការផ្ទៀងផ្ទាត់ ។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬត្រូវការជំនួយ សូមទូរស័ព្ទទៅ **[name]** តាមលេខ **[phone number]** ។

ដោយក្តីរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ

[signature]

ច្បាប់ស្តីពី Richard B. Russell National School Lunch Act ចែងអំពីព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ អត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារនេះ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានឡើយ តែប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ យើងខ្ញុំមិនអាចអនុម័តឱ្យអ្នកចូលរួមទទួលបានចំណីអាហារ ឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃបានឡើយ ។ អ្នកត្រូវតែបញ្ជូលបួនខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យ ដោយរួមទាំងអ្នកចូលរួម នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃផងដែរ ។ លេខសន្តិសុខសង្គម មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យមាននៅពេលអ្នករាយបង្ហាញលេខសំណុំរឿងរបស់កម្មវិធី Supplemental Nutrition Assistance Program [កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម] (SNAP) កម្មវិធី Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) ឬកម្មវិធីសំគាល់ FDPIR ផ្សេងទៀត SSI ឬ Medicaid សំរាប់អ្នកចូលរួមដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ ឬនៅពេលអ្នកបញ្ជាក់ថា សមាជិកគ្រួសារពេញវ័យដែលចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ មិនមានលេខសន្តិសុខសង្គម ។ យើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកចូលរួមមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃដែរឬអត់ និងសំរាប់ការគ្រប់គ្រង និងការអនុវត្តរបស់ CACFP ។

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់អំពីអ្វីត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព ។ "ដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ឬទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ (866) 632-9992(សម្លេង) ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ឬគរ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ Federal Relay Service [សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធ] តាមលេខ (800) 877-8339 ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ) ។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងនិយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្មើភាពគ្នា ។"

យើងខ្ញុំបានពិនិត្យព័ត៌មានលើទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូល នៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ CACFP របស់អ្នកហើយ (ការថែទាំកុមារ)

មជ្ឈមណ្ឌល/អង្គការឧបត្ថម្ភ : **[Name]**

[Date:]

[Name] ជាទីរាប់អាន :

យើងខ្ញុំបានពិនិត្យព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្ញើរជូនយើងខ្ញុំដើម្បីបញ្ជាក់ថា **[name(s) of participant]** មានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃនៅមណ្ឌលរបស់យើងខ្ញុំ ហើយបានសម្រេចថា :

- ❑ លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលរបស់អ្នកចូលរួម មិនបានផ្លាស់ប្តូរ ។
- ❑ ចាប់ពីថ្ងៃទី **[date]** លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់អ្នកចូលរួម នឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូ**រពីការបញ្ចុះថ្លៃទៅឥតគិតថ្លៃ** ដោយសារប្រាក់ចំណូលដែលបានផ្ទៀងផ្ទាត់ គឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកចូលរួមនឹងទទួលបានចំណីអាហារដោយឥតគិតថ្លៃ ។
- ❑ ចាប់ពីថ្ងៃទី **[date]** លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហាររបស់អ្នកចូលរួម នឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូ**រពីការឥតគិតថ្លៃទៅការបញ្ចុះថ្លៃ** ដោយសារប្រាក់ចំណូលដែលបានផ្ទៀងផ្ទាត់ គឺស្ថិតនៅលើសកម្រិតកំណត់ ។
- ❑ ចាប់ពីថ្ងៃទី **[date] អ្នកចូលរួមលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន**ចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ដោយសារមូលហេតុខាងក្រោម :
  ____ កំណត់ត្រាបង្ហាញថា អ្នកមិនបានទទួលកម្មវិធី SNAP កម្មវិធី TANF ឬកម្មវិធី FDPIR ។
  ____ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក គឺស្ថិតនៅលើសកម្រិតកំណត់សំរាប់ចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ។
  ____ អ្នកមិនបានផ្តល់ជូន : _____
  ____ អ្នកមិនបានឆ្លើយតបចំពោះការស្នើសុំរបស់យើងខ្ញុំ

  ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាក់ចុះ ឬទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកកើនឡើង អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form [លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ CACFP] មួយផ្សេងទៀត ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងអំពីលក្ខណៈសម្បត្តិនាពេលបច្ចុប្បន្ន អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យធ្វើដូច្នេះប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំឡើងវិញ ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនព្រមព្រៀងចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយ **[name]** តាមលេខ **[phone]** ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការត្រឹមថ្ងៃទី **[date]** អ្នកចូលរួមនឹងបន្តទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃរហូតដល់សេចក្តីសម្រេចរបស់មន្ត្រីសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង ។ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការដោយទូរស័ព្ទ ឬសរសេរមកកាន់ : **[name]** តាមអាសយដ្ឋាន **[address]** លេខទូរស័ព្ទ **[phone number]** ។

ដោយក្តីរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ

[signature]

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់អំពីអ្វីត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព ។ "ដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ឬទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ (866) 632-9992(សម្លេង) ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ឬគរ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ Federal Relay Service [សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធ] តាមលេខ (800) 877-8339 ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ) ។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងនិយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្មើភាពគ្នា ។"

យើងខ្ញុំបានពិនិត្យព័ត៌មានលើទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូល នៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ CACFP របស់អ្នករួចហើយ (ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យ)

មជ្ឈមណ្ឌល/អង្គការឧបត្ថម្ភ : **[Name]**

[Date:]

[Name] ជាទីរាប់អាន :

យើងខ្ញុំបានពិនិត្យព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្ញើរជូនយើងខ្ញុំដើម្បីបញ្ជាក់ថា **[name(s) of participant]** មានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃនៅមណ្ឌលរបស់យើងខ្ញុំ ហើយបានសម្រេចថា :

- ❑ លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលរបស់អ្នកចូលរួម មិនបានផ្លាស់ប្តូរ ។
- ❑ ចាប់ពីថ្ងៃទី **[date]** លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហាររបស់អ្នកចូលរួម នឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូ**រពីការបញ្ចុះថ្លៃទៅឥតគិតថ្លៃ** ដោយសារប្រាក់ចំណូលដែលបានផ្ទៀងផ្ទាត់ គឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកចូលរួមនឹងទទួលបានចំណីអាហារដោយឥតគិតថ្លៃ ។
- ❑ ចាប់ពីថ្ងៃទី **[date]** លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហាររបស់អ្នកចូលរួម នឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូ**រពីការឥតគិតថ្លៃទៅការបញ្ចុះថ្លៃ** ដោយសារប្រាក់ចំណូលដែលបានផ្ទៀងផ្ទាត់ គឺស្ថិតនៅលើសកម្រិតកំណត់ ។
- ❑ ចាប់ពីថ្ងៃទី **[date] អ្នកចូលរួមលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន**ចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ដោយសារមូលហេតុខាងក្រោម :
  ____ កំណត់ត្រាបង្ហាញថា អ្នកមិនបានទទួលកម្មវិធី SNAP កម្មវិធី FDPIR កម្មវិធី SSI ឬកម្មវិធី Medicaid ។
  ____ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក គឺស្ថិតនៅលើសកម្រិតកំណត់សំរាប់ចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ។
  ____ អ្នកមិនបានផ្តល់ជូន : _____
  ____ អ្នកមិនបានឆ្លើយតបចំពោះការស្នើសុំរបស់យើងខ្ញុំ

  ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកធ្លាក់ចុះ ឬទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកកើនឡើង អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ CACFP Meal Benefit Income Eligibility Form [លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ CACFP] មួយផ្សេងទៀត ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងអំពីលក្ខណៈសម្បត្តិនាពេលបច្ចុប្បន្ន អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យធ្វើដូច្នេះប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំឡើងវិញ ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនព្រមព្រៀងចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយ **[name]** តាមលេខ **[phone]** ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការត្រឹមថ្ងៃទី **[date]** អ្នកចូលរួមនឹងបន្តទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃរហូតដល់សេចក្តីសម្រេចរបស់មន្ត្រីសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង ។ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការដោយទូរស័ព្ទ ឬសរសេរមកកាន់ : **[name]** តាមអាសយដ្ឋាន **[address]** លេខទូរស័ព្ទ **[phone number]** ។

ដោយក្តីរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រ

[signature]

សេចក្តីប្រកាសអំពីការមិនរើសអើង : សេចក្តីប្រកាសនេះពន្យល់អំពីអ្វីត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវបានគោរពដោយមិនស្មើភាព ។ "ដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងគោលនយោបាយក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក ស្ថាប័ននេះ ត្រូវបានហាមប្រាមពីការរើសអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជនជាតិដើម ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមសរសេរទៅកាន់ USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ឬទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ (866) 632-9992(សម្លេង) ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ឬគរ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ Federal Relay Service [សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តរបស់សហព័ន្ធ] តាមលេខ (800) 877-8339 ឬ (800) 845-6136 (ភាសាអេស្ប៉ាញ) ។ USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងនិយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្មើភាពគ្នា ។"

ការចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយ MEDICAID/SCHIP

ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលជាទីរាប់អាន :

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ ពួកគេក៏ប្រហែលអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ តាមរយៈ Medicaid ឬ State Children's Health Insurance Program [កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមាររបស់រដ្ឋ] (SCHIP) ។ កុមារដែលមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប្រហែលជាអាចនឹងទទួលបានការថែទាំសុខភាពធម្មតា ហើយមិនសូវមានជំងឺ ។

ដោយសារតែការធានារ៉ាប់រងសុខភាព មានសារៈសំខាន់ណាស់ចំពោះសុខុមាលភាពរបស់កុមារ **ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំប្រាប់ Medicaid និង SCHIP ថា កូនរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃ *លើកលែងតែអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាកុំ*** ។Medicaid និង SCHIP គ្រាន់តែប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណកុមារ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីរបស់ពួកគេប៉ុណ្ណោះ ។ មន្ត្រីកម្មវិធីអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីស្នើសុំចុះឈ្មោះកូនរបស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ ។ ការបំពេញទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Forms [ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ] របស់ CACFP មិនចុះឈ្មោះកូនរបស់អ្នកនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយស្វ័យប្រវត្តិឡើយ ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយ Medicaid ឬ SCHIP សូមបំពេញទម្រង់ខាងក្រោម និងផ្ញើរវាជាមួយនិងទម្រង់ Income Eligibility Form [ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូល] ទៅអាសយដ្ឋាន **[address]** ឱ្យបាននៅថ្ងៃទី **[date]** ។ (ការផ្ញើរទម្រង់នេះ នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរថាតើកូនរបស់អ្នកទទួលបានចំណីអាហារឥតគិតថ្លៃ ឬបញ្ចុះថ្លៃនោះឡើយ) ។

❑ **ទេ! ខ្ញុំមិនចង់**ឱ្យព័ត៌មានពីទម្រង់ Meal Benefit Income Eligibility Forms [ទម្រង់លក្ខណៈសម្បត្តិប្រាក់ចំណូលនៃអត្ថប្រយោជន៍ចំណីអាហារ] របស់ CACFP របស់ខ្ញុំ ចែករំលែកជាមួយ Medicaid ឬ State Children's Health Insurance Program [កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមាររបស់រដ្ឋ] ។

ប្រសិនបើអ្នកបានតូសយកទេ សូមបំពេញទម្រង់ខាងក្រោម ។

ឈ្មោះកុមារ : _____

ឈ្មោះកុមារ : _____

ឈ្មោះកុមារ : _____

ឈ្មោះកុមារ : _____

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល : _____

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ : _____

ព្រឹនឈ្មោះរបស់អ្នក : _____

អាសយដ្ឋាន : _____

_____ _____

សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកអាចទូរស័ព្ទមក **[name]** តាមលេខ **[phone]**