

ពាក្យស្នើសុំរបស់គ្រួសារសម្រាប់កម្មវិធី Sun Bucks

ដាក់ពាក្យតាមអ៊ីនធឺណិតតាមរយៈ: sunbucks.dshs.wa.gov ដើម្បីដំណើរការលឿនជាងមុន។

1. រាយឈ្មោះសិស្សទាំងអស់ដែលរស់នៅជាមួយអ្នកដែលកំពុងរៀន។ បើសិស្សជាកូនចិញ្ចឹម គ្មានផ្ទះសំបែង ឬជនចំណាកស្រុក សូមបញ្ជាក់ចំណុចនេះដោយជិតប្រអប់ត្រឹមត្រូវ។ រួមបញ្ចូលរាល់ប្រាក់ចំណូលផ្ទាល់ខ្លួនដែលទទួលបានដោយសិស្ស រួចជិតប្រអប់ត្រឹមត្រូវថា តើទទួលបានព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណា។

នាមត្រកូលរបស់សិស្ស	នាមខ្លួនរបស់សិស្ស	នាមកណ្តាល	កូនចិញ្ចឹម	គ្មានទីសំនៅ	ជនចំណាកស្រុក	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	សាលារៀន	ឆ្នាក់	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់សិស្ស	ប្រចាំសប្តាហ៍	រាល់ពីរសប្តាហ៍ម្តង	2 ដងរាល់ខែ	ប្រចាំខែ
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. បើសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់របស់អ្នកបច្ចុប្បន្នចូលរួមក្នុងកម្មវិធី TANF/SFA ឬ SNAP/FAP (អាហារមូលដ្ឋាន) សូមសរសេរលេខករណីរបស់អ្នកនៅទីនេះ:

3. រាយឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតទាំងអស់ បញ្ចូលប្រាក់ចំណូល (គិតជាដុល្លារ) និងពិនិត្យមើលថា តើទទួលបានព្រឹកញាប់ប៉ុណ្ណា។

សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតទាំងអស់មិនបានរាយឈ្មោះខាងលើ។			ប្រាក់ចំណូលពីការងារ (មុនកាត់កង)	ប្រចាំសប្តាហ៍	រាល់ពីរសប្តាហ៍ម្តង	2 ដងរាល់ខែ	ប្រចាំខែ	ជនរួមសាធារណៈ: ប្រាក់ខ្ចីប្តូរកិច្ចសហការកិច្ច	ប្រចាំសប្តាហ៍	រាល់ពីរសប្តាហ៍ម្តង	2 ដងរាល់ខែ	ប្រចាំខែ	ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (ប្រាក់សោធន៍ ទឹកកក ប្រាក់ប្រគល់ ប្រាក់ប្រើប្រាស់ ប្រាក់បញ្ញើ ប្រាក់បញ្ញើសង្គម ជាដើម)	ប្រចាំសប្តាហ៍	រាល់ពីរសប្តាហ៍ម្តង	2 ដងរាល់ខែ	ប្រចាំខែ	
នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	នាមកណ្តាល																
			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ (សន្យា) ថា ព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើកម្មវិធីនេះគឺពិត ប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ត្រូវបានរាយការណ៍ និងថា គ្មាននរណាម្នាក់ដែលរួមបញ្ចូលក្នុងកម្មវិធីនេះកំពុងទទួលបានកម្មវិធី EBT រដ្ឋនៅក្នុងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀតនោះទេ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតឡើយ។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មាននេះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យទាក់ទងនឹងការទទួលបានមូលនិធិសហព័ន្ធ និងថា ព័ត៌មានមួយចំនួនដែលរួមបញ្ចូលអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនា នោះខ្ញុំអាចនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់ប្រាក់ដែលទទួលបាន និងអាចត្រូវបានកាត់ទោសតាមច្បាប់ជាធរមានរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

ហត្ថលេខាសមាជិកគ្រួសារជាមនុស្សពេញវ័យ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់សមាជិកគ្រួសារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
អាសយដ្ឋានផ្លូវ		ទីក្រុង, រដ្ឋ, ហ្សឺប៊ូកូដ	លេខទូរស័ព្ទ

គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូល ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2024 ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 2025 (កែរកម្រូវជាវៀងរាល់ឆ្នាំ)

ទំហំគ្រួសារ	ប្រចាំឆ្នាំ	ប្រចាំខែ	2 ដងរាល់ខែ	រាល់ពីរសប្តាហ៍ម្តង	ប្រចាំសប្តាហ៍
1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$ 536
2	\$ 37,814	\$ 3,152	\$ 1,576	\$ 1,455	\$ 728
3	\$ 47,767	\$ 3,981	\$ 1,991	\$ 1,838	\$ 919
4	\$ 57,720	\$ 4,810	\$ 2,405	\$ 2,220	\$ 1,110
5	\$ 67,673	\$ 5,640	\$ 2,820	\$ 2,603	\$ 1,302
6	\$ 77,626	\$ 6,469	\$ 3,235	\$ 2,986	\$ 1,493
7	\$ 87,579	\$ 7,299	\$ 3,650	\$ 3,369	\$ 1,685
8	\$ 97,532	\$ 8,128	\$ 4,064	\$ 3,752	\$ 1,876
បន្ថែមនីមួយៗ	\$ 9,953	\$ 830	\$ 415	\$ 383	\$ 192

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកស្ថិតនៅ ឬទាបជាងគោលការណ៍ណែនាំសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ចំណូលនោះ កូនម្នាក់(ច្រើននាក់) របស់អ្នកអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី SUN Bucks។

បំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់ពាក្យនេះឲ្យPO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699។

ប្រសិនបើអ្នកបានផ្លាស់ចេញ ឬមានបំណងផ្លាស់ចេញពីរដ្ឋ សូមស្នើសុំនៅក្នុងរដ្ឋដែលកូនរបស់អ្នកនឹងចូលរៀនមុនរដ្ឋក្តៅបន្ទាប់។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញពាក្យសុំនេះ សមាជិកដែលមិនមែនជាគ្រួសារអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់អ្នកជាតំណាងពេញសិទ្ធិរបស់អ្នក។

ទម្រង់បែបបទមិនពេញលេញនឹងពន្យារពេលដំណើរការ

យើងចាំបាច់ត្រូវសួរអំពីពូជសាសន៍ ឬជាតិសាសន៍របស់កូនអ្នក។ ព័ត៌មាននេះមានសារៈសំខាន់ និងជួយធានាថា យើងផ្តល់សេវាដល់សហគមន៍របស់យើងយ៉ាងពេញលេញ។ ការឆ្លើយតបចំពោះផ្នែកនេះគឺមិនតម្រូវ និងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់កូនអ្នកសម្រាប់កម្មវិធី EBT រដ្ឋក្តៅ។

ជាតិពន្ធ (ជីកម្មយ)៖

អេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន

ជាតិសាសន៍ (ជីកម្មយ ឬច្រើន)៖

ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬអាឡាស្កា អាស៊ី ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត ស្បែកស

ច្បាប់ស្តីពីអាហារថ្ងៃត្រង់ថ្នាក់ជាតិសាសនា **Richard B. Russell** តម្រូវឱ្យយើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីពាក្យនេះ ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកណាដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី EBT រដ្ឋក្តៅ (SUN Bucks)។ យើងអាចអនុម័តបានតែទម្រង់បែបបទពេញលេញប៉ុណ្ណោះ។ យើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជាមួយនិងកម្មវិធីអប់រំ សុខភាព និងអាហារូបត្ថម្ភ ដើម្បីជួយពួកគេផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីដល់គ្រួសាររបស់អ្នក។ មន្ត្រីអធិការកិច្ច និងមន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ក៏អាចប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីធានាថា វិធានរបស់កម្មវិធីត្រូវបានបំពេញតាម។ កូនខ្លះអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី EBT រដ្ឋក្តៅ ដោយគ្មានពាក្យសុំសូមទាក់ទងរដ្ឋរបស់អ្នក ឬ ITO ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី EBT រដ្ឋក្តៅសម្រាប់កូនចិញ្ចឹម និង ក្មេងៗដែលគ្មានផ្ទះសំបែង ជនចំណាកស្រុក ឬរត់គេចខ្លួន។

ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ U.S. Department of Agriculture (ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក, **USDA**) ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើរជាតិ ភេទ (រួមទាំងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងទំនោរផ្លូវភេទ) ពិការភាព អាយុ ឬការសងសឹក ឬការសងសឹកចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុន។

ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះមានផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ជនពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងជំនួសដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧ. អក្សរស្នាម អក្សរពុម្ព ខ្សែអាត់សំឡេង American Sign Language (ភាសាសញ្ញាអាមេរិក)) គួរតែទាក់ទងរដ្ឋ ឬទីភ្នាក់ងារក្នុងស្រុកដែលទទួលខុសត្រូវ ដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធីដែល ឬមជ្ឈមណ្ឌលគោលដៅរបស់ USDA តាមរយៈលេខ (202) 720-2600 (ជាសំឡេង និង TTY) ឬទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធតាមរយៈលេខ (800) 877-8339។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងរបស់កម្មវិធី អ្នកគាំភ្នំតែបំពេញទម្រង់បែបបទ AD-3027 ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA ដែលអាចទទួលបានតាមអ៊ីនធឺណិតតាមរយៈ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> ពិការិយាល័យ USDA ណាមួយ ដោយទូរសព្ទទៅ (866) 632-9992 ឬដោយសរសេរសំបុត្រផ្ញើទៅកាន់ USDA។ លិខិត ត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកប្តឹង និងការពណ៌នាយ៉ាងលម្អិតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីសកម្មភាពរើសអើងដែលបានចោទប្រកាន់ ដើម្បីជូនដំណឹងដល់ Assistant Secretary for Civil Rights (ជំនួយការរដ្ឋលេខាធិការទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល, ASCR) អំពីលក្ខណៈ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការរំលោភសិទ្ធិដែលបានចោទប្រកាន់។ ទម្រង់បែបបទ ឬលិខិត AD-3027 ដែលបានបំពេញត្រូវតែដាក់ជូន USDA តាមប្រៃសណីយ៍៖ U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ឬទូរសារ៖ (833) 256-1665 ឬ (202) 690-7442 ឬអ៊ីមែល៖ program.intake@usda.gov ។

ស្ថាប័ននេះផ្តល់ឱកាសស្នើគ្នា