



ក្រសួងសេវាមនុស្សជាតិនៃរដ្ឋ RI
ការិយាល័យនាយក
25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920
(401) 462-6427
(សារជាសំឡេង) TDD 1-800-745-6575

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង

ដើមបណ្តឹង: _____
(ឈ្មោះ)

អាសយដ្ឋាន: _____

ទីក្រុង រដ្ឋ និងហ្សឺបកូដ: _____

លេខទូរស័ព្ទ: លំនៅដ្ឋាន: _____ ផ្សេងៗ: _____

អ៊ីម៉ែល (តាមជម្រើស): _____

វិធីទំនាក់ទំនងតាមការចង់បាន: សំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ទូរសព្ទ អ៊ីម៉ែល ផ្សេងៗ

ភាសាតាមការចង់បាន (ប្រសិនបើមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស): _____

តើអ្នកមានអ្នកតំណាងដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកតំណាង តើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើសំណៅឯកសារលិខិតឆ្លងឆ្លើយនាពេល
អនាគតទាំងអស់ទៅកាន់បុគ្គលនោះដែរឬទេ? (គូសផឹកមួយ) បាទ/ចាស ទេ

អ្នកតំណាង: _____
(ឈ្មោះ)

អាសយដ្ឋាន: _____

ទីក្រុង រដ្ឋ និងហ្សឺបកូដ: _____

លេខទូរស័ព្ទ លំនៅដ្ឋាន: _____ ផ្សេងៗ: _____

អ៊ីម៉ែល (តាមជម្រើស): _____

វិធីទំនាក់ទំនងតាមការចង់បាន: សំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ទូរសព្ទ អ៊ីម៉ែល ផ្សេងៗ

ពាក្យបណ្តឹងដាក់ជូនដោយ: _____

រូបវន្តបុគ្គល ឬនីតិបុគ្គលដែលតាមការចោទប្រកាន់ថាបានរើសអើងប្រឆាំងនឹងដើមបណ្តឹង:

ឈ្មោះ: _____

ទីតាំងការិយាល័យ: _____

កម្មវិធី:

- RIW** (សាច់ប្រាក់) **SNAP** (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម)
- GPA** (ជំនួយសាធារណៈទូទៅ) **MPP** (កម្មវិធីទូទាត់ប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រង Medicare)
- LTSS** (សេវានិងជំនួយរយៈពេលវែង) **CCAP** (កម្មវិធីជំនួយថែទាំកុមារ)
- SSP** (កម្មវិធីទូទាត់ប្រាក់បំពេញបន្ថែមរបស់រដ្ឋ) **KB** (Katie Beckett)
- ACC** (Medicaid) **EAD** (Medicaid សម្រាប់ជនវ័យ 65 ឡើងទៅ ជនពិការភ្នែកឬមានពិការភាព)

តាមការចោទប្រកាន់ ដើមបណ្តឹងបានរងនូវការរើសអើងដោយសារតែ

(គូសផឹសចំពោះចម្លើយទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ។)

- ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ភេទ (រួមទាំងអក្ខសញ្ញាភេទ ឬទំនោរផ្លូវភេទ)
- ជាតិកំណើត ពិការភាព អាយុ សាសនា ជំនឿនយោបាយ

កាលបរិច្ឆេទនៅពេលដែលការរើសអើងតាមការចោទប្រកាន់បានកើតឡើង: _____

សូមរៀបរាប់ការរើសអើងដែលបានចោទប្រកាន់ និងរបៀបដែលការរើសអើងនោះបានប៉ះពាល់ដល់ដើមបណ្តឹង។ ភ្ជាប់មកជាមួយនូវសន្លឹកបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។

តើដំណោះស្រាយអ្វីខ្លះដែលដើមបណ្តឹងស្នើសុំ?

តើពាក្យបណ្តឹងនេះត្រូវបានដាក់ពាក្យទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានណាមួយ ឬ
តុលាការ? (គូសជីកមួយ) បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើដូច្នោះ តើទីភ្នាក់ងារឬតុលាការមួយណា៖ _____

បុគ្គលទំនាក់ទំនងខាងទីភ្នាក់ងារឬតុលាការ៖ _____

តើអ្នកមានបំណងដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដែរឬទេ? (គូសជីកមួយ)
បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

(ដើមបណ្តឹង)

ផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖

Community Relations Liaison Officer
RI Department of Human Services
25 Howard Ave, Building 57, Room 4-39
Cranston, RI 02920

USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវានិងនិយោជកដែលផ្តល់ឱកាសស្នើសុំ។