

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA នាយកដ្ឋានកម្មវិធីអាហារូបត្ថម្ភ

ទីផ្សារសម្រាប់កសិករកសិកម្មជាន់ខ្ពស់

ទម្រង់បែបបទសម្រាប់ឆ្នាំ 2022

ដើម្បីបំពេញលក្ខខណ្ឌ អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 60 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ (ឬមានអាយុ 60 ឆ្នាំគិតត្រឹមថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ 2022) ហើយបំពេញទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ។

សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនខាងក្រោមសម្រាប់ការកំណត់សិទ្ធិនៃការទទួលបានរបស់ខ្ញុំគឺត្រឹមត្រូវទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ទម្រង់បែបបទបញ្ជាក់នេះកំពុងត្រូវបានដាក់ស្នើដោយភ្ជាប់មកជាមួយនឹងប័ណ្ណទទួលជំនួយពីសហព័ន្ធ។ មន្ត្រីកម្មវិធីអាចនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ខ្ញុំយល់ថាចេតនានៃការធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិត ឬខុស ឬបំភាន់ដោយចេតនា លាក់កំបាំង ឬលាក់បាំងការពិត អាចបណ្តាលឱ្យមានការបង់ប្រាក់ទៅកាន់ភ្នាក់ងាររដ្ឋ ជាសាច់ប្រាក់ ទៅតាមតម្លៃនៃអត្ថប្រយោជន៍អាហារដែលបានផ្តល់ឱ្យខ្ញុំដោយមិនត្រឹមត្រូវ ហើយអាចទាមទារឱ្យខ្ញុំទទួលបានការកាត់ទោសរដ្ឋប្បវេណី ឬព្រហ្មទណ្ឌក្រោមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធផងដែរ។

ស្តង់ដារសម្រាប់សិទ្ធិនៃការទទួលបាន និងការចូលរួមក្នុង SFMNP គឺដូចគ្នាសម្រាប់មនុស្សគ្រប់គ្នា ដោយមិនគិតពីពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តណាមួយដែលធ្វើឡើងដោយទីភ្នាក់ងារក្នុងតំបន់ទាក់ទងទៅនឹងសិទ្ធិនៃការទទួលបាន SFMNP របស់ខ្ញុំ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខានេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់ខ្ញុំគឺស្ថិតនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំអំពីប្រាក់ចំណូល 25,142 ដុល្លារសម្រាប់សមាជិក 1 នាក់ក្នុងគ្រួសារ ឬ \$33,874 ដុល្លារសម្រាប់សមាជិក 2 នាក់ក្នុងគ្រួសារ ហើយថាខ្ញុំមានអាយុ 60 ឆ្នាំឡើងទៅ (ឬនឹងមានអាយុ 60 ឆ្នាំគិតត្រឹមថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2022)។

សរសេរឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យទី 1 _____ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត _____

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យទី 1 _____

សមត្ថភាពដែលពណ៌នាជាតិសាសន៍ និងពូជសាសន៍របស់អ្នកដាក់ពាក្យបានសមស្របបំផុតនៃ (តម្រូវឱ្យមាន)៖

ជាតិសាសន៍៖ អេស្ប៉ាញ ឬ ឡាទីន
មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬ

សញ្ជាតិ៖
1. ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា
2. ជនជាតិអាស៊ី
3. ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក
4. ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

អាសយដ្ឋាន _____ ទី _____ រដ្ឋ _____ លេខ _____

លេខទូរសព្ទ _____ ខោនធីដែលអ្នករស់នៅ _____

សរសេរឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យទី 2 _____ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត _____
ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យទី 2 _____

សូមគូសរង្វង់ដែលពណ៌នាជាតិសាសន៍ និងពូជសាសន៍របស់អ្នកដាក់ពាក្យបានសមស្របបំផុតនៃ (តម្រូវឱ្យមាន)៖

ជាតិសាសន៍៖

អេស្ប៉ាញ ឬ ឡាទីន

មិនមែនអេស្ប៉ាញ ឬ

ឡាទីន

សញ្ជាតិ៖

1. ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា
2. ជនជាតិអាស៊ី
3. ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក
4. ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
5. ជនជាតិស្បែកស

ប្រសិនបើទទួលបានការឆ្លើយតបច្រើនជាងថវិកាដែលមានផ្តល់ជូន នោះអ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងតាមរយៈការផ្ញើសំបុត្រ។
សូមយកទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលចាស់ជរាដែលចូលរួមនៅក្នុងតំបន់ ឬផ្ញើសំបុត្រ ឬផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ
ឱ្យបានមុនថ្ងៃទី 15 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2022 ទៅកាន់៖

SFMNP Produce Vouchers, 642 N. Broad Street, Philadelphia, PA 19130 ទូរស័ព្ទ៖ (215) 765-9040 អ៊ីមែល៖
sfmnp@pcacares.org • www.pcacares.org

សូមមើលត្រឡប់ទៅខាងក្រោយវិញសម្រាប់សេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនរើសអើងរបស់ USD

សេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនរើសអើងរបស់ USDA

ដោយអនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) ទីភ្នាក់ងារ (USDA) ការិយាល័យ ព្រមទាំងនិយោជិតរបស់ខ្លួន និងស្ថាប័នដែលចូលរួមក្នុង ឬគ្រប់គ្រងកម្មវិធី USDA ទាំងអស់ត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យមានរើសអើងដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ភេទ ពិការភាព អាយុ ឬការសងសឹក ឬការវាយបក ចំពោះសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលចាស់នៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើឡើង ឬផ្តល់មូលនិធិដោយ USDA ឡើយ។

ជនពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីកម្មវិធី (ឧ. អក្សរស្នាម ការបោះពុម្ពអក្សរទំហំធំ ខ្សែអាត់ជាសំឡេង ភាសាកាយវិការអាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទៅកាន់ភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬក្នុងតំបន់) ដែលពួកគេដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយស្តី អាចធ្វើការទំនាក់ទំនងទៅកាន់ USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនតសហព័ន្ធតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ (800) 877-8339។ លើសពីនេះទៀត ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងលើកម្មវិធីស្តីពីការរើសអើង សូមបំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងស្តីពីការរើសអើងកម្មវិធី USDA (AD-3027) ដែលអាចរកបានតាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិតនៅ៖ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html និងនៅការិយាល័យ USDA ណាមួយ ឬសរសេរលិខិតផ្ញើទៅកាន់ USDA ហើយផ្តល់នូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំក្នុងទម្រង់ទាំងអស់នៅក្នុងលិខិត។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ (866) 632-9992។ បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ ឬលិខិតដែលបានបំពេញពេញលេញរបស់អ្នកទៅកាន់ USDA តាមរយៈ៖

- (1) **ផ្ញើសំបុត្រ៖** ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក
ការិយាល័យជំនួយការលេខាធិការទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) **ផ្ញើទូរសារ៖** (202) 690-7442 ឬ
- (3) **អ៊ីមែល៖** program.intake@usda.gov។

ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា។