លក្ខខណ្ឌតម្រូវការងារ នឹងមកដល់សម្រាប់មនុស្សជាច្រើននាក់ដែលទទួលSNAP។

ចាត់វិធានការដើម្បីរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក!

ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2025 តទៅ មនុស្សពេញវ័យជាច្រើននាក់នឹងត្រូវតែធ្វើការ 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្ដាហ៍ ដើម្បីរក្សា SNAP របស់ពួកគេ។ ច្បាប់ការងារទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះមនុស្សដែលស្ថិតក្នុងការលើកលែងនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនស្ថិតក្នុងការលើកលែង ឬធ្វើការ 20 ម៉ោងក្នុងមួយសប្ដាហ៍ នោះអ្នកអាចទទួលបាន SNAP ត្រឹមតែ 3 ខែក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវការងារសម្រាប់ SNAP ទេ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្តដែលធ្វើឱ្យចុះថយនូវសមត្ថភាពធ្វើការរបស់អ្នក
- អ្នកកំពុងរកបានយ៉ាងហោចណាស់ $217.50 ក្នុងមួយសប្ដាហ៍មុនពេលបង់ពន្ធ
- អ្នកមានកូនអាយុក្រោម 14 ឆ្នាំ
- អ្នកមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឬយ៉ាងហោចណាស់ 65 ឆ្នាំ។
- អ្នកកំពុងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពដូចជា SSI ឬ SSD
- អ្នកបានចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលា ឬការបណ្ដុះបណ្ដាល យ៉ាងហោចណាស់បានពាក់កណ្ដាលម៉ោង
- អ្នកស្ថិតក្នុងការលើកលែងមួយផ្សេងទៀត ដូចជា អ្នកមានផ្ទៃពោះ ឬទទួលបានសំណងពេលគ្មានការងារធ្វើ
- អ្នកកំពុងតែជួបប្រទះនឹងភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង។
- អ្នកមិនអាចធ្វើការបានដោយសារតែអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។
- អ្នកកំពុងតែមើលថែនរណាម្នាក់ដែលឈឺ ឬមានវ័យចំណាស់។

ចុះប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពរបស់ខ្ញុំបានកាត់បន្ថយសមត្ថភាពធ្វើការវិញ?

- នាំយកទម្រង់ដែលមាននៅខាងក្រោយនៃខិត្តប័ណ្ណនេះ ទៅកាន់អ្នកផ្ដល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលរោគ របស់អ្នក។ សុំឱ្យពួកគេចុះហត្ថលេខាឥឡូវនេះ។
- អ្នកដែលមានទម្រង់បែបបទវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានចុះហត្ថលេខានឹងអាចរក្សាទុក SNAP របស់ខ្លួនបាន។
- ទោះបីជាអ្នកធ្វើការឥឡូវនេះក៏ដោយ ក៏វាជាគំនិតល្អមួយក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីការពារ SNAP របស់អ្នក ប្រសិនបើម៉ោងការងាររបស់អ្នកផ្លាស់ប្ដូរ។
- នៅពេលដែលលក្ខខណ្ឌតម្រូវការងារចាប់ផ្ដើម អ្នកអាចដាក់ស្នើទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខានេះទៅកាន់ការិយាល័យជំនួយខោនធី ដើម្បីរក្សាអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

សូមចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទលើកលែងវេជ្ជសាស្ត្រនេះឱ្យបានឆាប់! ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើទេ អ្នកអាចបាត់បង់ SNAP របស់អ្នកភ្លាមៗនៅចុងខែវិច្ឆិកានេះ។

សូមចូលមើលគេហទំព័រ clsphila.org/SNAPchanges ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីរបៀបការពារ SNAP របស់អ្នក។

CAO NAME AND ADDRESS

Pennsylvania
Department of Human Services

CASE IDENTIFICATION				
CO	RECORD NUMBER	CAT	CSLD	DIST
RECORD NAME				DATE

SNAP Medical Exemption Form

Dear Medical Provider or School Official:

For some students and certain other adults, eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may be restricted or time-limited. Individuals can be exempt from this requirement if they are medically certified as physically or mentally unfit for employment. Please help us determine whether your patient or student meets an exemption due to a physical or mental condition that limits their ability to work.

Patient/Student name: ______________________ Date of birth: ____________

Patient/Student authorization:
I hereby authorize the release of the medical, rehabilitation participation, and/or reasonable accommodation information requested to the Pennsylvania Department of Human Services.

Signature: ______________________ Date: _____ /_____ /_______

Please answer the relevant questions below. Once completed, sign and date this form including your title or position in your agency.

Questions 1 and 2 may be completed by a physician, physician's assistant, designated representative of the physician's office, nurse practitioner, osteopath, psychologist, drug and alcohol abuse counselor, mental health counselor, social worker, midwife, podiatrist, audiologist, physical therapist, occupational therapist, optometrist, or any other medical personnel whose services may be reimbursed by Medical Assistance.

Question 3 may be completed by any medical provider listed above or by a school official familiar with the services the individual is receiving. **Only complete Question 3 if the individual is enrolled in school half-time or more.**

1. Does this individual have a mental or physical condition or illness that reduces their ability to work? *(NOTE: The condition may be either temporary or permanent and does not need to meet the Social Security standard to qualify. For students, consider the individual's ability to work while also attending school.)*

   ☐ Yes ☐ No If **yes**, specify condition: ______________________

2. Is this individual participating in a drug/alcohol treatment or counseling program, mental health counseling program, or a vocational rehabilitation program?

   ☐ Yes ☐ No If **yes**, specify program: ______________________

   If **ongoing**, specify date program will end: _____ /_____ /_______

3. Does this individual currently receive reasonable accommodations or other assistance from a postsecondary institution's disability access or reasonable accommodations office?

   ☐ Yes ☐ No If **yes**, specify condition: ______________________

By signing, I certify that all information provided above is true and accurate.

______________________ ______________________
Name (please print) Title/profession

______________________ _____ /_____ /_______
Signature Date form signed

____
Address and phone number