South Carolina Department of Social Service

မွတ်သင့်ေလ်ွာ်ေသာၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်း အေၾကာင်း။

သင့္အယူခံဝင္ခ်ိုင့္ျပီး မွတ်သင့်ေလ်ွာ်ေသာ ၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်း ခံယူနိုင်သည်။

အကယ်၍ သင်သည် ကၽေးနဲ့တ်ုိ့ထံမှ သင်ရရှိေသာအက်ိုးခံစားခြင်းမ်ား၊ (သို့မဟုတ်) သင်၏ အက်ိုးခံစားခြင်းမ်ားရပ်ဆိုင်း ျခင်း (သို့) ျငင်းပယ်ျခင်းခံရပါက၊ သင်သည် မွတ်သင့်ေလ်ွာ်ေသာ ၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်းကို ေတာင်းဆိုနိုင်သည်။ ၾကားနာစဥ်ေဆးရာ၌ သင်နှင့် DSS နှစ်ဘက်စလံုးမှ သင့်အမးကိစ္စအာယ္သ့ုျဖစ်သည်ကို စဥ်ေဆးသူအရာရှိအား

တင်ျပနိုင်သည်။ ၾကားနာမးဆိုင်ရာစီမံအုပ်ခ်ုပ်ေရးဌာနမှ သင့်အမးတြက်ဆံုးျဖတ်ခ်ကို ေပးပို့လိမ့်မည်။

မွတ်သင့်ေလေးစားေသာ ၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်းကို အာယ္သ့ုသင်ေတာင်းဆိုမည့်သည်။

သင်သည် ဖုန်းနံပါတ် 1-800-311-7220 သို့ေခၚဆိုနိုင်သည်၊ (သို့မဟုတ်)၊ သင်၏ ေဒသဆိုင်ရာ DSS ရံုးသို့ ၾကားနာစဥ် ေဆးေရးခံယူရန် စာေရးဆက်သြယ်ပါ။ သင်၏ SNAP အေၾကာင်းစာေရးသားရန် (သို့) ဖုန်းေခၚဆိုရန်၊ ဤသတိေပးစာ ရရှိျပီးသည့်ေနမှစ၍ ရက် ၉၀ထက် ပ်ုိ၍ မေစာင့်ဆိုင်းပါနှင့်။ သင်၏ Family Independence (FI) အတြက်သင့်ေလ်ွာ်

ေသာ ၾကားနာ စဥ်ေဆးေရး ေတာင်းဆိုရန်၊ ဤသတိေပးစာ ရရှိျပီးသည့်ေနမှစ၍ ရက် ၆၀ထက် ပ်ုိ၍ မေစာင့်ဆိုင်းပါ

နှင့်။ အကယ်၍ သင်၌ အထူးလိုအပ်ခ်ကိုရှိလ်ွင် (သို့) စကားျပန်သူ (သို့) ဘာသာျပန်စာရြက်စာတမ်းမ်ား လိုအပ်ခဲ့လ်ွင် ၊ DSS ကိုေျပာပါ။

ကုိယ်စားျပီသူကို သင်ရြိအပ်ါသလား။

ၾကားနာစဥ်ေဆးရာ၌ သင်ရြိယ်ဟုုိင် ေျပာဆိုနုိ်သည်။ သင့်ကိုယ်စား ေျပာဆိုေပးနိုင်သည့် မိတ်ေဆြတစ်ဦး၊ ေဆြမ်ိုးတစ်ဦး၊ (သို့မဟုတ်) ေရွ့ေနတစ်ဦး (သင်၏ကုန်သည်)ကိုေခၚေဆာင်လာနိုင်သည်။သင်၏ ေဒသမှ တရားဥပဒ တြင်းအကူအညီေပးေရး(Legal Aid) (သို့မဟုတ်) တရားဥပေဒဆိုင်ရာ နှေဆာင်ေရးရံုး၊ (Legal Service)၊ အကူအညီကုိ၊ ဖုန်းနံပါတ် 1-888-346-5592 ျပည်နယ်ဟြင်း၊ (သို့မဟုတ်) 803-744-9430 ကိုလံဘီယာ နယ်ခ်ဲမ်ဟြင်း၊ ေခၚဆိုျခင်းျဖင့် အခမဲ့ရယူနိုင်သည်။ Legal Aid (သို့မဟုတ်) Legal Service၊ သည် DSS ၏ အစိုအ်ိုပ်ုင်းမ်ားမဟုတ်ပါ။)

ကၽေးနဲ့တ်ုိ့သည်သင့်၏ အက်ိုးခံစားခြင်းမ်ားကို ရပ်ဆိုင်းပစ် (သို့မဟုတ်) ျဖတ်ေတာက်ပစ်ါသလား။

သင်သည် ဆက်လက်ျပီးအက်ိုးခံစားခြင်းမ်ား လက်ခံလိုပါလ်ွင်၊ ဤစာရရှိေနမှ ၁၀ရက်အတြင်း၊ သင်သည် မွတ်သင့် ေလ်ွာ်ေသာ၊ ၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်းတစ်ခုပ်ျပီးေတာင်းဆိုရမည်ျဖစ်ျပီး၊ အက်ိုးခံစားခြင်းဆက်လက်ရှိနိုင်သည်ကို ေရြးခ်ယ်ပါ။ အကယ်၍ ၁၀ရက်ေျမာက်ေနသည် စေန၊တနဂၢေးပြီရံုးပိတ်ရက်နှင့်ေ့ အမ်ားျပည်သူ့ရံုးပိတ်ရက်မ်ားတြင် ေရာက်ေနပါက၊ ရံုးဖြင့်သည့် ေနာက်တစ်ရက်တြင် ေတာင်းဆိုနိုင်သည်။ အကယ်၍ သင်သည် သင့်ေလ်ွာ်ေသာ၊ ၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်းနှင့် ေရွ့ဆက်လက်မည့်သ့ အက်ိုးခံစားခြင်းကို ၁၀ရက်အတြင်းေတာင်းဆိုလ်ွင် သင်၏လက်ရှိအက်ိုးခံစားခြင်းကို၊ ၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်း၏ဆံုးျဖတ်ခ်ကမ်ခ်မ်ိခ်ိ၌ ဆက်လက်ရရှိေနမည့်ျဖစ်သည်။ သင်သည် FI Work Program ၌ပါဝင်ေနသူတစ်ဦးျဖစ်ပါက၊ ထို FIအက်ိုးခံစားခြင့် ဆက်လက်ရရှိေရးအတြက်၊ အလုပ်ရှိ၊ဂရမ် လုးပ်ရှားေဆာင်ရြက်မှု၌ ဆက်လက်ပါဝင်ရမည်။ အကယ်၍ ဆံုးျဖတ်ခ်ကသည်သင့်အမးကိုရုးံးေစလ်ွင်၊ ထိုအရာမ်ား သင့်ျပန် လည်ေပးရမည်။ သင့်ေလ်ွာ်ေသာၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်းမျပီမီ သင်၏ SNAP အတည်ျပီရက်ကုန်ဆုံးသြားပါက သင်၏ SNAP ခံစားခြင့်ကို ဆက်လက် မေထာက်ပ့နုိ်ငါ့။ အကယ်၍ သင်သည် ၂၄လတာအက်ိုးခံစားခြင့်ျပီးဆံုးျခင်းနှင့ ့ စပ်လ်ျဉ်း၍သင့်ေလ်ွာ်ေသူၾကားနာစဥ်ေဆးေရးတရပ်ကုိေတာင်းဆိုျခင်းျဖစ်ါက၊ သင်၏ အက်ိုးခံဆက်လက်ခံစားခြင့်ကို မရရှိနုိ်ငေ်တာ့ပါ။ ရက်ေပါင်း ၁၀ရက်ကုိၾကာျပီး၊ အယူခံပဋိညာဉ်ကိုေစာင့်ဆိုင်းလ်ွင် သင်သည် တရားမ်ွတၾကားနာစဥ် ေဆးျခင်းတစ်ခုပ်ကုိ သင်ရရှိဦးမည်ျဖစ်သည်။ သို့ေသာ်ကၽေးနဲ့တ်ုိ့သင်၏ ခံစားခြင့်မ်ားကိုဆက်လက်ေပးမည်မဟုတ်ေတာ့ ပါ။

တရားမ်ွတ ၾကားနာစဥ်ေဆးျခင်းတစ်ခုပ်ျပီးေနာက်။

အကယ်၍တရားမ်ွတ ၾကားနာစဥ်ေဆးမှ၏ဆံုးျဖတ်ခ်ကသည်၊ သင့်အက်ိုးအီတြက်ျဖစ်ါက၊ သင်သည် ကၽေးနဲ့တ်ုိ့ ျဖတ် ေတာက်ခဲ့ေသာ(သို့မဟုတ်)၊ ရပ်ဆိုင်းပစ်လိုက်ေသာ၊ သင်၏အက်ိုးခံစားခြင့်မ်ားကို တစ်ခ်ိတ်စ်ိုက်(သို့မဟုတ်) အျပည့်အပ်ျပန်လည်ရရှိပါမည်။ အကယ်၍ တရားမ်ွတၾကားနာစဥ်ေဆးမှ၏ ဆံုးျဖတ်ခ်ကသည်၊ သင့်အက်ိုးအီတြက် မဟုတ်ါက၊ သင်သည် ထိုအရာမ်ားအားလံုးျပန်ေပးရမည်ျဖစ်သည်။ DSS မွ သင်ျပန်ေပးရမည့်ေၾကြးျဖစ်ေသာ၊ သင်ရယူခဲ့ျပီးသည့် SNAP (သို့မဟုတ်) Family Assistance တုိ်ပုိ့၏ အနည်းငယ်ေ့ပါ်သာအပုိ်ုင်းကိုျပန်လည်သိမ်း ယူမည်ျဖစ်သည်။

သတိရပါ- DSS သင့်ကို SNAP သို့မဟုတ် FI အက်ိုးခံစီားခြင့်မ်ားကို၊ဆက်လက်ရနှ်အ်ခ်ိန်ရောက် ေသာအခါ အသိေပးလိမ့်မည်။ **အက်ိုးခံစီားခြင့်မ်ား၊ စဥ်ဆက်မျပတ်ရှိေနရန်အတြက်-** သင်၏ SNAP နှင့် FI အက်ိုးမီားဆက်လက်ရနှ်၊ ျပန်လည်အတည်ျပီ ေလ်ွာ်ကြြာပံုစံနှင့်ျပန်လည်ဆံုးျဖတ်ေပးေရး၊ ေလ်ွာ်ကြားတမ်ားကို၊ သတင်းအခ်က်မ်ားနှင့်တကြ၊ DSS ရံုးသုပ်ိ၊ သင်၏ခံစားခြင့်မ်ားကို **မကုန်ဆုံးမီ** ေပးပို့ပါ။

သတိရပါ- သင်၏မိသားစုတြင်း ေသခ်ာေသာ အေျပာင်း အလဲမ်ားကို၊ DSS သို့သတင်းေပးပို့ရနှ်သင်၏တာ၀နှ် ျဖစ်သည်။စာေရးသားျခင်းျဖင့်ေသာ်၄င်း၊ DSS ရံုးသို့ဖုန်းေခၚ ဆိုျခင်းျဖင့်ေသာ်၄င်း၊ (သို့မဟုတ်) DSS 1620 Change Report For Simplified Reporters (for SNAP) DSS 12117 Change Report Form- Recipients of Family Independence Benefits/ Services (for FI) တုိ်ပုိ့ကိုအသံုးျပီျခင်းတို့ျဖင့ ်သင်၏အေျပာင်းအလဲသတင်းကို ေပးပို့နိုင်သည်။