Washington State
Department of Social
& Health Services

အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်လွှာ
Application for Benefits

ဤပုံစံကိုဖတ်ရှုခြင်း သို့မဟုတ် ဖြည့်စွက်ခြင်းတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့ထံ အကူအညီတောင်းခံပါ။
ဤစာမျက်နှာကို သင့်မှတ်တမ်းအဖြစ် သိမ်းဆည်းထားပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များကို မည်သို့ လျှောက်ထားရမည်နည်း။

- သင်၏ လျှောက်လွှာကို **<u>ပြီးပြည့်စုံ</u>** ရန် စာမျက်နှာ 3 မှ 6 အထိ ဖြည့်စွက်ပါ။ စာမျက်နှာ 3 တွင် သင်၏ အမည်၊ နေရပ်လိပ်စာကို ဖော်ပြ၍ လက်မှတ်ထိုးပြီး ဧည့်ကြိုထံသို့ ပေးခြင်းဖြင့် သင်၏လျှောက်လွှာတင်သွင်းခြင်းကို ယနေ့ **<u>စတင်</u>** နိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် နေရပ်လိပ်စာမရှိပါက ဧည့်ကြိုကို ပြောဆိုပါ၊ သို့မဟုတ် သင့်ဒေသဆိုင်ရာ ရုံးသို့ ခေါ်ဆိုပါ။
- လျှောက်လွှာဖြည့်ရာတွင် နေရာပိုမို လိုအပ်ပါက စာရွက်အပိုများတွင် ရေးသားပြီး ပူးတွဲထားပါ။
- စာမျက်နှာ 3 မှ 6 အထိ ကို သင့်ဒေသဆိုင်ရာရုံးသို့ ယူဆောင်သွားပါ သို့မဟုတ် စာတိုက်မှပို့ပါ။ စာမျက်နှာ 1 နှင့် 2 ကို သင့်အတွက် မှတ်တမ်းအဖြစ် သိမ်းဆည်းထားပါ။
- သင်၏ လျှောက်လွှာကို စတင်ခြင်း၊ ပြီးပြည့်စုံအောင် ဖြည့်စွက်ခြင်းနှင့် ကျွန်ုပ်တို့မေးမြန်းသမျှသော သတင်းအချက်အလက်များကို သင်အတတ်နိုင်ဆုံးမြန်မြန် ကျွန်ုပ်တို့ကို ပေးခြင်းဖြင့် သင်သည် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပိုမိုရရှိနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် မြန်ဆန်စွာ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤသတင်းအချက်အလက်များကို ဖယ်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ရုံး အရာရှိများ တို့နှင့်လည်းအတူ အသုံးပြုကောင်းပြုနိုင်ပါသည်။

- **ရိက္ခာနှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ အကူအညီများကို မည်မျှမြန်မြန်ဆန်ဆန် ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိနိုင်မည်နည်း။**

အကယ်၍ သင်သည် ရိက္ခာအကျိုးအမြတ်များကို ချက်ခြင်းလက်ငင်း လိုအပ်ပါက၊ စာမျက်နှာ 3 ရှိ မေးခွန်းနံပါတ် 1မှ 14အထိဖြည့်စွက်ပြီး ဧည့်ကြိုစာရေးထံ ယူဆောင်သွားပါ။

အကယ်၍ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း သက်သေခံချက်ကို သင်ပြနိုင်*ပြီး*၊ အောက်ဖော်ပြပါ အချက်များထဲမှ အချက်တစ်ချက်နှင့် ပြည့်စုံပါက 5 *ရက်အတွင်း* သင်သည် ရိက္ခာ ကူညီထောက်ပံ့မှုကို လက်ခံရယူရန် အရည်အချင်းပြည့်ဝမှုရှိသည်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်ပါမည်။–

- ဤလတွင် သင့်အိမ်ထောင်စု၏ စုစုပေါင်းဝင်ငွေသည် ဒေါ်လာ 150 ထက်နည်းပြီး ငွေကြေးအဖြစ် လွယ်ကူစွာပြောင်းလဲနိုင်သော အရင်းအမြစ်များသည်လည်း ဒေါ်လာ100 ထက်တန်ဖိုးနည်းခြင်း၊
- သင့်အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေနှင့် အရင်းအမြစ်များသည် သင့်လစဉ် အိမ်ငှားခနှင့် ရေ၊ ဓါတ်ငွေ့၊ လျှပ်စစ် အစရှိသည့် သုံးစွဲမှုအခများထက် နည်းနေခြင်း၊
- သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ရွှေ့ပြောင်း သို့မဟုတ် ရာသီအလိုက် စိုက်ပျိုးမွေးမြူရေးခြံ အလုပ်သမား ပါဝင်နေခြင်း၊

သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်ဝမှုရှိသည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်သည့် နောက်တစ်နေ့တွင် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ထုတ်ပေးပါသည်။ ရိက္ခာအကျိုးခံစားခွင့်များကို ပုံမှန်အားဖြင့် သင့်လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့လက်ခံရရှိသည့်နေ့မှစ၍ စတင်ပေးပါသည်။ ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့်များကို ပုံမှန်အားဖြင့် သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်ဝမှုရှိသည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်သည်ရန် လိုအပ်သည့် သတင်းအချက်အလက်များအားလုံး ကျွန်ုပ်တို့ရရှိသည့်နေ့မှ စတင်ပါသည်။

နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးများ

ဖယ်ဒရယ်ဥပဒေနှင့် U.S. စိုက်ပျိုးရေးဌာန(USDA)နှင့် U.S. ကျန်းမာရေးနှင့် လူသား ဝန်ဆောင်မှုများ (HHS) ပေါ်လစီ တို့အရ ဤဖွဲ့စည်းမှုဖြစ်စဉ်ကို လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံသား၊ လိင်၊ အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု တို့အပေါ်မူတည်၍ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုများကို တားမြစ်ထားသည်။ ရိက္ခာကူပွန်အက်ဥပဒေ နှင့် USDA ပေါ်လစီအောက်တွင်လည်း ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ သို့မဟုတ် နိုင်ငံရေးယုံကြည်မှုကို အခြေခံသော ခွဲခြားဆက်ဆံမှုကို တားမြစ်ထားသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမကြေနပ်ချက်ရှိပါက တိုင်ကြားရန် USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 သို့ စာရေးပါ သို့မဟုတ် (800) 795-3272 (အသံ) သို့မဟုတ် (202) 720-6382 (TTY) ကို ခေါ်ဆိုပါ။ HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 သို့စာရေးပါ သို့မဟုတ် (202) 619-0403 (voice) သို့မဟုတ် (202) 619-3257 (TTY) ကို ခေါ်ဆိုပါ။ USDA နှင့် HHS တို့သည် အခွင့်အလမ်း တူညီသည့် ထောက်ပံ့ပေးသူများနှင့် ဝန်ထမ်းများ ဖြစ်သည်။

လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေနှင့် လူမှုလုံခြုံရေး နံပါတ်များ

သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် အခြားသူများသည် လူဝင်မှု ကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေကြောင့် အကူအညီမရရှိသော်လည်း ၄င်းတို့အတွက် အထောက်အပံ့ကို သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ လျှောက်ထားသူများ၏ အခြေအနေကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောကြားရပါမည်။ နိုင်ငံတွင် တရားဝင် နေထိုင်ကြောင်း သက်သေမပြနိုင်သော လူအချို့အတွက် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ပရိုဂရမ်များ ရှိပါသည်။

ဖယ်ဒရယ်ဥပဒေ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) အရ သင်နှင့်အတူနေထိုင်သောသူ မည်သူမဆိုသည် TANF သို့မဟုတ် ရိက္ခာ အထောက်အပံ့ကို လျှောက်ထားပါက သင်သည် ၄င်းတို့၏ လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် (SSN) ကို ကျွန်ုပ်တို့ကို ပေးရမည်။ အထောက်အပံ့လျှောက်ထားမှု မပြုသော သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် မိဘများနှင့် ဖနီးခင်ပွန်း တို့၏ SSN များကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် SSN မရှိသောသူအချို့အတွက် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ပရိုဂရမ်များ ရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် SSN များကို သက်သေခံအထောက်အထား စစ်ဆေးရန်၊ အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်းကို အတည်ပြုရန်၊ လိမ်လည်မှုကို ကာကွယ်ရန်နှင့် တောင်းဆိုချက်များ ကောက်ယူရန် တို့အတွက် အသုံးပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ပရိုဂရမ်များကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်ရန်နှင့် ဥပဒေကို လိုက်နာရန် သတင်းအချက်အလက်များကို အခြားအေဂျင်စီများနှင့် လဲလှယ်အသုံးပြုပါသည်။ ထွက်ပြေးလွတ်မြောက်နေသော ရာဇဝတ်မှုကြီးကျူးလွန်သူများကို ဖမ်းဆီးရန်အတွက် ဥပဒေတည်ရေး အေဂျင်စီများထံသို့ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤသတင်း အချက်အလက်များကို ပေးနိုင်ပါသည်။

မက်ဒီကိတ်အတွက် နိုင်ငံသားနှင့် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း သက်သေခံချက်

U.S. နိုင်ငံသားများသည် မက်ဒီကိတ်ရယူရန်အတွက် နိုင်ငံသားဖြစ်ကြောင်းနှင့် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း သက်သေခံတင်ပြရမည်။ သက်သေခံချက် ရယူရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့သင်နှင့်အတူ လုပ်ဆောင်ပါမည်။ အကယ်၍ သင့်အားငွေကြေးတစ်စုံတစ်ရာ ကုန်ကျစေမည်ဖြစ်သော စာရွက်စာတမ်းများ ကျွန်ုပ်တို့လိုအပ်ပါက၊ ထို့အတွက် ကုန်ကျစရိတ်ကို ကျွန်ုပ်တို့ပေးပါမည်။ မက်ဒီကိတ်၊ မစွမ်းမသန်မှု အပေါ်မူတည်၍ ရရှိနေသော လူမှုလုံခြုံရေး မစွမ်းမသန် အာမခံ(SSDI)၊သို့မဟုတ် အပိုထောက်ပံ့ကြေး လုံခြုံရေးဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ (SSI)တို့ကို လက်ခံရရှိနေသော သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူတစ်ဦးတစ်ယောက် အတွက်မျှ သက်သေပြချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့မလိုအပ်ပါ။ အောက်ပါတို့မှာ သက်သေခံချက်များတွင်ပါဝင်ပါသည်။ သို့ရာတွင် ၎င်းတို့ချည်းသာဟူ၍ ကန့်သတ်မထားပါ။–

နိုင်ငံသားဖြစ်ကြောင်းသက်သေ	မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်းသက်သေ
• U.S. နိုင်ငံကူးလက်မှတ် • နိုင်ငံသားသို့မဟုတ် အမျိုးသား ဖြစ်ကြောင်းတရားဝင် ထောက်ခံစာ • ဓာတ်ပုံပါသော လူမျိုးနွယ်စု အဖွဲ့ဝင်ကဒ် • တရားဝင်ထုတ်ပေးထားသော ပြည်နယ် /စီရင်စုနယ် မွေးစာရင်း	• ပြည်နယ် ကားမောင်းလိုင်စင် • ဓာတ်ပုံပါသော ပြည်နယ် သက်သေခံကဒ် သို့မဟုတ် စစ်တပ် ID ကဒ် • U.S. အမေရိကန်အင်ဒီးယန်း /အလာစကာဒေသခံ တိုင်းရင်းသားမျိုးနွယ်စု စာရွက်စာတမ်း • ပြည့်စုံသောနိုင်ငံသားဖြစ်ကြောင်း စာရွက်စာတမ်းနှင့် အသက် 16နှစ်အောက်ကလေးသူငယ်များအတွက် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း ကြေငြာချက်

တသီးပုဂ္ဂလလွတ်လပ်ခွင့်နှင့် ရိက္ခာထောက်ပံ့ရေး

လျှောက်လွှာပေါ်တွင်ပါသော ကျွန်ုပ်တို့တောင်းခံလိုသည့် အချက်အလက်များကို တောင်းခံရန် လက်ရှိ ရိက္ခာကူပွန်အက်ဥပဒေက ဌာနကို ခွင့်ပြုထားပါသည်။ ဤသတင်းအချက်အလက်များ မှန်ကန်မှုရှိမရှိဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် ကွန်ပြူတာပရိုဂရမ်များနှင့် တိုက်ပြီးစစ်ဆေးပါသည်။

ဤအချက်အလက်များကို အောက်ပါတို့အတွက် အသုံးပြုပါသည် –	ဤအချက်အလက်များကို အောက်ပါတို့သို့ ပေးကောင်းပေးနိုင်ပါသည် –
• ကျွန်ုပ်တို့ပရိုဂရမ်အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီသော သူကို ဆုံးဖြတ်ရန်၊ • ရိက္ခာထောက်ပံ့ရေးအတွက် အပို ပေးငွေများ ကောက်ခံရန်၊ • ကျွန်ုပ်တို့ ပရိုဂရမ်များ စီမံခန့်ခွဲရန်၊ • တရားဥပဒေကို ကျွန်ုပ်တို့ အသေအချာလိုက်နာရန်၊	• ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများ တရားဝင်အသုံးပြုရန်၊ • တရားဥပဒေကိုရှောင်ရှားထွက်ပြေးနေသူများနောက် လိုက်နေကြသော ဥပဒေတည်စေရေး အေဂျင်စီများ၊ • ပုဂ္ဂလိက ကောက်ခံရေးအေဂျင်စီများ ရိက္ခာထောက်ပံ့ရေး အပိုပေးငွေများ ကောက်ခံရန်၊
ရိက္ခာထောက်ပံ့ရေးနှင့် ပတ်သက်သော ပြစ်ဒဏ် သတိပေးချက်	
ရိက္ခာ ထောက်ပံ့ရေးလျှောက်ထားသူ၏ သတင်းအချက်အလက်များ မှန်ကန်မှုရှိကြောင်း စစ်ဆေးရန် အခြား ဖက်ဒရယ်အေဂျင်စီများထံသို့ ၎င်းသတင်းအချက်အလက်များပေးပို့ပါသည်။ အကယ်၍ သတင်းအချက်အလက်တစ်စုံတစ်ရာ မှားယွင်းနေပါက၊ လျှောက်ထားသူသည် ရိက္ခာအထောက်အပံ့ကို ရရှိမည်မဟုတ်ပါ။ အကယ်၍ ၎င်းတို့ပေးသော သတင်းအချက်အလက်များ မှန်ကန်မှုမရှိကြောင်း သိရှိလျက်နှင့်ပင် ထိုသတင်းများကို ပေးပါက ရာဇဝတ်မှုကြောင်းအရ အရေးယူခံရမည်။ ရိက္ခာထောက်ပံ့ရေးနှင့်ပတ်သက်သော ဥပဒေစည်းမျဉ်း စည်းကမ်းများကို သိလျက်နှင့် ဖောက်ဖျက်ကျူးလွန်ခြင်းများအတွက် ပရိုဂရမ်အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုမရှိခြင်း၊ ဒဏ်ကြေးပေးဆောင်စေခြင်း၊ သို့မဟုတ် ထောင်ဒဏ်ကျခံခြင်းတို့ကဲ့သို့ ကွဲပြားသော ပြစ်ဒဏ်များ ချမှတ်နိုင်ပါသည်။	

ဆေးကုသရေးနှင့် ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးတို့အတွက် ပြည်နယ်သို့ပြန်လည်ပေးဆပ်ခြင်း

- ဥပဒေအရ၊ အကယ်၍ အသက် 55နှစ်နှင့်အထက် ရှိပြီး မက်ဒီကိတ် သို့မဟုတ် ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရရှိထားပါက၊ ဆေးကုသမှုအထောက်အပံ့၊ ဆေးကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ၊နှင့် ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးတို့အတွက် ကုန်ကျစရိတ်များကို DSHS သို့ပြန်လည်ပေးဆပ်ရန် သင့်အိမ်ခြံမြေ (သင်ကွယ်လွန်သော အခါ သင့်ကိုယ်ပိုင်အဖြစ်ရှိနေမည့် သင်၏ပိုင်ဆိုင်မှုများ)တို့မှ DSHS ကပြန်လည်ရယူမည်ဖြစ်သည်။ **မည်သည့်အသက်အရွယ် အပိုင်းအခြားတွင်မဆို** လက်ခံရယူထားသော ပြည်နယ်မှငွေကြေးထောက်ပံ့ပေးထားသော ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး ထောက်ပံ့မှုငွေကြေးများကို DSHS ကပြန်လည်ရယူသွားပါမည်။ ဤသည်ကို ESTATE RECOVERY (အိမ်ခြံမြေ ပြန်လည်ရယူခြင်း)ဟု ခေါ်ပါသည်။ မျိုးနွယ်စုမြေယာများမှာ ပြန်လည်ရယူခြင်းမှ ကင်းလွတ်ခွင့်ရှိပါသည်။
- ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများတွင် ၊ COPES၊ OBRA၊ မက်ဒစ်ကိတ်ပုဂ္ဂိုလ်ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး၊ သူနာပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ ဝန်ဆောင်မှုများ၊ လူကြီးများအတွက် နေ့ပိုင်းကျန်းမာရေး၊ DDD HCBS လျှော့ပေါ့ခြင်းလေးမျိုး – ဘေ့ဇစ်ခေါ် အခြေခံ၊ဘေ့ဇစ်ပလပ်စ်ခေါ် အခြေခံအပေါင်း၊ ကောရ်ခေါ် အလယ်ဗဟိုနှင့် ကွန်မျူနတီ ပရိုတက်ရှင်ခေါ် ရပ်ကွက်ကွယ်ကာရေး၊ နှင့် နေအိမ်နှင့်ရပ်ကွက်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးဆိုင်ရာ မသန်မစွမ်းမှုများဌာနတို့မှပေးသော အခြားဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။
- အိမ်ခြံမြေများပြန်လည်ရယူခြင်းကို သင်သို့မဟုတ် သင်၏ကျန်ရစ်သူဇနီးခင်ပွန်းတို့ ကွယ်လွန်ပြီးသောအခါမှ ပြုလုပ်ပါမည်။ အကယ်၍ သင့်ကိုမှီခိုနေသော အမွေဆက်ခံသူရှိပါက အခက်အခဲရှိမှုများကြောင့် အိမ်ခြံမြေများပြန်လည်ရယူခြင်း နှောင့်နှေးကြန့်ကြာခြင်းရှိနိုင်ပါသည်။
- အကယ်၍ သင်သည်သူနာပြုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ သို့မဟုတ် အခြားဆေးကုသပြုစုမှု နေရာတစ်ခုခုတွင် အမြဲနေထိုင်သူဖြစ်ပါက၊ ဆေးကုသမှုအထောက်အပံ့၊ ဆေးကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ၊နှင့် ရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးတို့အတွက် ကုန်ကျစရိတ်များကို ပြန်လည်ပေးရန် DSHS ကသင့်ပိုင်ဆိုင်မှုများကို ဥပဒေကြောင်းအရ ရယူနိုင်ရန်အတွက် အမှုဖွင့်နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်အိမ်သို့ပြန်သွားပါက DSHS မှဥပဒေကြောင်းအရ ရယူလိုမှုကို စွန့်လွှတ်ပါမည်။ သင့်နေအိမ်ကို ဥပဒေကြောင်းအရ ရယူနိုင်ရန်အတွက် အမှုဖွင့်ခြင်းကို အောက်ပါအခြေအနေများတွင် DSHS ကပြုလုပ်လိမ့်မည် မဟုတ်ပေ။–
    - ♦ သင့်ဇနီးခင်ပွန်း ထိုအိမ်တွင်နေထိုင်နေသောအခါ၊
    - ♦ မျက်စိမမြင်သော၊ မသန်မစွမ်းသော သို့မဟုတ် အသက် 21နှစ်အောက်အရွယ်ရှိသော သင့်သားသမီး နေထိုင်နေသောအခါ၊
    - ♦ နေအိမ်အပေါ်တွင် တူညီသောအကျိုးခံစားခွင့်ရှိသော သင့်မောင်နှမသားချင်း နေထိုင်နေသောအခါနှင့် သင်ဂေဟာသို့မလာမီ အနည်းဆုံးတစ်နှစ်မတိုင်ခင် အချိန်ကတည်းက လာရောက် နေထိုင်နေခဲ့သောအခါ၊

Washington State Department of Social & Health Services

အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်လွှာ
Application for Benefits

☐ ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် သင်အကူအညီလိုအပ်ပါက ဤနေရာကို အမှတ်အသားပြုပါ။

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

1. ပထမအမည်	အလယ်အမည်အတိုကောက်	မျိုးရိုးအမည်	လက်မှတ် (လိုအပ်သည်)	2. အမှုသည် ID နံပါတ် (သိပါက)
3. သင်နေထိုင်ရာ နေရပ်လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ပ်ကုတ်	4. အိမ်/နှစ်သက်ရာ ဖုန်းနံပါတ်
5. စာပို့ရန်လိပ်စာ (မတူပါက)	မြို့	ပြည်နယ်	ဇစ်ပ်ကုတ်	6. အခြား ဖုန်းနံပါတ်(များ)
				7. အီးမေးလ်လိပ်စာ

8. ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့ကို လျှောက်ထားပါသည် (အကျုံးဝင်သည့်အချက်အားလုံးကိုအမှတ်အသားပြုပါ)–
☐ ငွေကြေး ☐ ရိက္ခာ ☐ ဆေးဝါး ☐ မူးယစ်ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက်စွဲခြင်း ဆေးကုသမှု
☐ သူနာပြုစုရေးဂေဟာ ☐ နေ့စဉ်နေထိုင်မှုအကူအညီ ☐ လူကြီးမိသားစုအိမ်ဂေဟာ ☐ အိမ်တွင်းစောင့်ရှောက်မှု
☐ အခြား (ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။) – ____________________

9. ဤလအတွက် သင့်အိမ်ထောင်စုသည် မည်မျှလောက်သောငွေကို ရရှိမည်ဟု သင်မျှော်မှန်းသနည်း။ ဒေါ်လာ ________
10. သင့်အိမ်ထောင်စုသည် လက်ဝယ်ရှိငွေသားနှင့် ဘဏ်စာရင်းတွင် မည်မျှငွေ ရှိသနည်း။ ဒေါ်လာ________
11. သင့်အိမ်ထောင်စုသည် အိမ်ငှားခ သို့မဟုတ် အပေါင်ထားခြင်းအတွက် မည်မျှပေးရသနည်း။ ဒေါ်လာ________
12. မည်သည့် အိမ်တွင်းသုံးစွဲမှုအခများကို သင့်အိမ်ထောင်စုကပေးရသနည်း။ ☐ အပူပေးခြင်း/အအေးပေးခြင်း ☐ တယ်လီဖုန်း ☐ အခြား– ____________
13. သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ရာသီအလိုက် သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်း တောင်ယာ အလုပ်သမား တစ်စုံတစ်ယောက်ရှိပါသလား။ ☐ ရှိ ☐ မရှိ
14. ရိက္ခာထောက်ပံ့ရေးကို လျှောက်ထားပါက၊ သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် လူမည်မျှစာအတွက် သင် ဝယ်ယူ ပြင်ဆင်ရသနည်း။ ____________

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: __

15. ကျွန်ုပ် ဖုန်းအင်တာဗျူးလိုအပ်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်ကို ဤဖုန်းနံပါတ်သို့ခေါ်ဆိုပါ– ____________
16. ☐ ကျွန်ုပ် စကားပြန်လိုအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ____________ ဘာသာစကားကိုပြောပါသည်။ သို့မဟုတ် ☐ လက်ဟန်ခြေဟန်နှင့် ဆက်ဆံပြောဆိုသည်။
ကျွန်ုပ်အတွက်စာများကို ____________ ဘာသာသို့ ပြန်ဆိုပေးပါ။

17. သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ လူများအားလုံးစာရင်းကို ၎င်းတို့အတွက် သင်လျှောက်ထားခြင်းမရှိသော်ငြား ထည့်သွင်းရေးသားပါ (လိုအပ်ပါက စာရွက်အပိုဖြင့်ရေးသား၍ပူးတွဲပါ)။

အမည် (ပထမ၊ အလယ်၊ မျိုးရိုး)	လိင် ကျား သို့ မ	သင်နှင့် ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံ	မွေးသက္ကရာဇ်	ဤသူအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များ သင်လိုအပ်ပါက အမှတ်အသား ပြုပါ	ကျောင်းနေသူ ဖြစ်ပါက အမှတ်အသား ပြုပါ	လျှောက်ထားသူမဟုတ်သူအတွက် မဖြေမနေရမဟုတ်ပါ: လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ်	လျှောက်ထားသူမဟုတ်သူအတွက် မဖြေမနေရမဟုတ်ပါ: U.S. နိုင်ငံသားဖြစ်လျှင်အမှတ်အသားပြုပါ မွေးဖွားရာဒေသ (မြို့/ပြည်နယ်)
		ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်		☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐
				☐	☐		☐

18. ကျွန်ုပ်သို့မဟုတ်ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုတွင်အောက်ပါတို့ရှိသည်(အကျုံးဝင်သည့်အချက်အားလုံးကိုအမှတ်အသားပြုပါ)– ☐ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားခြင်း–မွေးဖွားမည့်သတ်မှတ်နေ့စွဲ– ________
☐ ဆေးကုသမှုအရေးပေါ်ကိစ္စ ☐ အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှု အခြေအနေ ☐ မသန်စွမ်းမှု (အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ)–
19. လွန်ခဲ့သည့်ရက်ပေါင်း 30အတွင်း ကျွန်ုပ်သည် ငွေသား၊ရိက္ခာ၊ သို့မဟုတ် ဆေးဝါးအထောက်အပံ့တို့ကို အခြားပြည်နယ်သို့မဟုတ် အခြားနေရာမှရရှိခဲ့ပါသည်– ☐ မှန် ☐ မှား
20. ကျွန်ုပ်သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော သူသည် ရာဇဝတ်မှုကြီးတစ်ခုကို ကျူးလွန်ပြီး တရားရုံး သို့မဟုတ် ထောင်သို့သွားရန် ရှောင်ခြင်းဖြင့် ဥပဒေလက်မှ ထွက်ပြေးတိမ်းရှောင်နေသူဖြစ်သည်– ☐ မှန် ☐ မှား
21. **မဖြေမနေရမဟုတ်ပါ။ ရိက္ခာထောက်ပံ့မှုအတွက် သင်ဖြေကြားခြင်းမပြုပါက USDA က သင့်ကိုယ်စား ကျွန်ုပ်တို့ဖြေဆိုရန် တောင်းဆိုသည်။**
ကျွန်ုပ်၏ လူမျိုးနောက်ခံမှာ ဟစ်စ်ပန်းနစ် (Hispanic) သို့မဟုတ် လက်တီနို(Latino) ဖြစ်သည်– ☐ မှန် ☐ မှား
22. ကျွန်ုပ်၏လူမျိုးကို ဤသို့သတ်မှတ်သည်(အကျုံးဝင်သည့်အချက်အားလုံးကိုအမှတ်အသားပြုပါ)– ☐ လူဖြူ ☐ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန် ☐ အာရှတိုက်သား
☐ ဟာဝိုင်အီ တိုင်းရင်းသား သို့မဟုတ် အခြား ပစိဖိတ် ကျွန်းသား ☐ အမေရိကန်အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလာစကားတိုင်းရင်းသား–လူမျိုးစုအမည် – ____________
☐ အခြား (ဖော်ပြပါ) –

Barcode label

14001

I. အထွေထွေအချက်အလက်များ

1. ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော သူသည် ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် ပြင်ပတွင် နေထိုင်သည်– ☐ မှန် ☐ မှား မည်သူ– ______
2. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုမှတစ်စုံတစ်ဦးသည် တာဝန်ယူခြင်းခံရသော နိုင်ငံခြားသားဖြစ်သည်– ☐ မှန် ☐ မှား မည်သူ– ______
3. တစ်စုံတစ်ဦးသည် ယာယီအခိုက်အတန့် အိမ်တွင် မရှိပါ– ☐ မှန် ☐ မှား မည်သူ– ______
4. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော သူသည် စစ်တပ်တွင် အမှုထမ်းခဲ့သည်– ☐ မှန် ☐ မှား မည်သူ– ______
5. တစ်စုံတစ်ဦးသည် စစ်တပ်တွင် အမှုထမ်းခဲ့သည့် တစ်စုံတစ်ဦး(သက်ရှိ သို့မဟုတ် ကွယ်လွန်)၏ မှီခို သို့မဟုတ် ဇနီး ခင်ပွန်း ဖြစ်သည်– ☐ မှန် ☐ မှား
6. ကျွန်ုပ်နေထိုင်နေသည်မှာ– ☐ ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ပိုင်အိမ် သို့မဟုတ် အိမ်ခန်း ☐ စုပေါင်းအိမ် ☐ အခြား– ______
   ☐ ဂေဟာ (အမျိုးအစားကိုဖော်ပြပါ)– ______ ဝင်ရောက်နေထိုင်သည့်နေ့စွဲ– ______
7. ကျွန်ုပ်သည်– ☐ လူလွတ် ☐ အိမ်ထောင်ရှိ ☐ ကွာရှင်း ☐ အိမ်ထောင်ရှိသီးခြားနေ ☐ မုဆိုးမ/မုဆိုးဖို

II. ဆေးကုသရေးနှင့် ကျန်းမာရေး အာမခံ သတင်းအချက်အလက်များ

ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ဇနီးခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦး (သင့်လျော်သော အချက်တွင် အမှတ်အသားပြုပါ)–

1. ကျန်းမာရေး ပြဿနာကြောင့် အလုပ် မလုပ်နိုင်ပါ .... ☐ မှန် ☐ မှား
2. ဆေးကုသပြုစုမှုလိုအပ်သော မတော်တဆထိခိုက်မှုတစ်ခု ဖြစ်ခဲ့သည် .... ☐ မှန် ☐ မှား
3. ဆေးကုသရေးဂေဟာ (ဆေးရုံ သို့မဟုတ် သူနာပြုစုရေးဂေဟာစသည်) တွင်နေထိုင်ရန် အစီအစဉ်ရှိ၊ နေထိုင်၊ သို့မဟုတ် မကြာသေးမီကဆင်းခဲ့သည်– .... ☐ မှန် ☐ မှား
4. မပေးချေရသေးသော ဆေးကုသမှု ဘီလ်များ ရှိသည် .... ☐ မှန် ☐ မှား
5. လွန်ခဲ့သော သုံးလအတွင်း မပေးချေရသေးသော ဆေးကုသမှု ဘီလ်များ အတွက် အကူအညီလိုအပ်သည် .... ☐ မှန် ☐ မှား
6. ကျန်းမာရေး အာမခံရှိသည် (အကျုံးဝင်သည်အချက်အားလုံးကိုအမှတ်အသားပြုပါ)– ☐ ဆေးဝါးနှင့်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အစိုးရ၏ထောက်ပံ့ရေး (DSHS ဆေးကုသမှုမဟုတ်ပါ)
   ☐ စစ်ဖက်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ☐ ရေရှည် ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး အာမခံ ☐ အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ– ______

III. ပိုင်ဆိုင်မှု အရင်းအမြစ်များ (ကလေးများ၏ ဆေးကုသရေး၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ဆေးကုသရေး၊ HWD သို့မဟုတ် အခြေခံရိက္ခာအတွက် မလိုပါ)

ပိုင်ဆိုင်မှု အရင်းအမြစ်ဆိုသည်မှာ ရောင်းချခြင်း၊ လဲလှယ်ခြင်း၊ သို့မဟုတ် အခြားသူထံ ငွေသားသို့မဟုတ် ငွေကြေးအဖြစ် ပြောင်းလဲနိုင်ခြင်း ပြုလုပ်နိုင်သော သင်ပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် သင်ဝယ်ယူတော့မည့် ပစ္စည်းတစ်စုံတစ်ခုကို ဆိုလိုသည်။ ပိုင်ဆိုင်မှု အရင်းအမြစ်တွင် လူပုဂ္ဂိုလ်ဆိုင်ရာ ပိုင်ဆိုင်မှုများ ဖြစ်သည့် ပရိဘောဂ သို့မဟုတ် အဝတ်အထည်များ မပါဝင်ပါ။ ပိုင်ဆိုင်မှု အရင်းအမြစ် ဥပမာများမှာ–

- ငွေသား
- ချက်ကင်း ငွေစာရင်း
- ငွေစုစာရင်းများ
- CDs
- ပိုက်ဆံဈေးကွက်ငွေစာရင်း
- ငွေစုလက်မှတ်များ
- စာချုပ်များ
- ဖက်စပ် ရုံပုံငွေများ
- စတော့ခ်
- နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ
- ယုံကြည်အပ်နှံငွေများ
- IRA
- 401K
- အနားယူမှု ရံပုံငွေ
- နေအိမ်များ၊ သင်နေထိုင်နေသည့် အိမ်အပါအဝင်
- ကွန်ဒိုမီနီယမ်
- မြေကြီး
- အရောင်းစာချုပ်များ
- အဆောက်အဦး
- အသက်ရှင်စဉ်ပိုင်ဆိုင်မှုရသောအိမ်မြေယာ
- အသက်အာမခံ
- ဘယ်ရီယယ်လ်ရံပုံငွေ၊ငွေကြိုပေးထားသောအစီအစဉ်များ
- ကောလိပ် ရံပုံငွေများ
- တိုင်းမ်ရှယ်ယာ ပစ္စည်းပိုင်ဆိုင်မှုပုံစံ
- စီးပွားရေးလုပ်ငန်း ပစ္စည်း
- လယ်ယာခြံသုံးပစ္စည်း
- မွေးမြူရေး

သင်၊ သင်၏ဇနီး ခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားပေးနေသော အခြားတစ်စုံတစ်ဦးက ပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် ဝယ်ယူမည့် အရင်းအမြစ်များကို ဖော်ပြပါ–

ပိုင်ဆိုင်မှုအရင်းအမြစ်	ပိုင်ဆိုင်သူ	နေရာ	တန်ဖိုး	ပိုင်ဆိုင်သူ	နေရာ	တန်ဖိုး
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ
			ဒေါ်လာ			ဒေါ်လာ

2. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ဇနီး/ခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော အခြားတစ်စုံတစ်ဦးတွင် ကားများ၊ ထရပ်ကားများ၊ ဗင်ကားများ၊ လှေများ၊ RVs၊ ထရေလာများ၊ သို့မဟုတ် အခြား မော်တော်ယာဉ်များ ရှိသည် –

နှစ် (ဥပမာ – 1980)	ပြုလုပ်သူ (ဥပမာ – FORD)	မော်ဒယ် (ဥပမာ – ESCORT)	အငှားချထားပါက အမှတ်အသားပြုပါ	ယာဉ်ကို ဆေးကုသမှုအတွက် အသုံးပြုပါက အမှတ်အသားပြုပါ	တန်ဖိုးငွေ
			☐	☐	ဒေါ်လာ
			☐	☐	ဒေါ်လာ

3. လွန်ခဲ့သည့်ငါးနှစ်အတွင်းတွင် ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ဇနီး/ခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော အခြားတစ်စုံတစ်ဦးက အရင်းအမြစ်တစ်ခုကို ရောင်းခြင်း၊ လဲလှယ်ခြင်း၊ ပေးခြင်း သို့မဟုတ် လက်ပြောင်းလွှဲပေးခြင်း ရှိပါသည်(ယုံကြည်အပ်နှံငွေများ၊ ယာဉ်များ သို့မဟုတ် သက်တမ်းတွင်းပိုင်ဆိုင်သောမြေ အပါအဝင်)– ☐ မှန် ☐ မှား
   မှန်ပါက၊ ပစ္စည်း–______ အချိန်– ______

လျှောက်ထားသူ၏အမည်	လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ်	အမှုသည် သက်သေခံနံပါတ်

IV. ရရှိသည့် ဝင်ငွေ

1. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ဇနီး ခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော သူသည် လွန်ခဲ့သည့် ရက် 60 အတွင်း အလုပ်မှထွက်ခဲ့သည်– ☐ မှန် ☐ မှား

2. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ဇနီး ခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော သူတွင် အလုပ်မှ ဝင်ငွေရှိပါသည်– ☐ မှန် ☐ မှား   မှန် ပါက ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ–

ဤဝင်ငွေကို ရသူ ______	ရရှိသည် စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ (အခွန်မဆောင်မီ ဒေါ်လာ ပမာဏ)
အလုပ်ရှင်၏ အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ် ______	ဒေါ်လာ______ ☐ နာရီတိုင်း ☐ သီတင်းပတ်တိုင်း ☐ နှစ်ပတ်တစ်ခါ ☐ တစ်လနှစ်ခါ ☐ လတိုင်း
စတင်သည့်နေ့စွဲ ______	သီတင်းတစ်ပတ်တွင်အလုပ်ချိန်ပေါင်း– ______
ဤအလုပ်သည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဖြစ်ပါသလား။ ☐ မှန် ☐ မှား	လုပ်ခထုတ်ရက်များ (ဥပမာ 1ရက်နေ့ နှင့် 15ရက်နေ့၊သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)–

ဤဝင်ငွေကို ရသူ ______	ရရှိသည် စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ (အခွန်မဆောင်မီ ဒေါ်လာ ပမာဏ)
အလုပ်ရှင်၏ အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ် ______	ဒေါ်လာ______ ☐ နာရီတိုင်း ☐ သီတင်းပတ်တိုင်း ☐ နှစ်ပတ်တစ်ခါ ☐ တစ်လနှစ်ခါ ☐ လတိုင်း
စတင်သည့်နေ့စွဲ ______	သီတင်းတစ်ပတ်တွင်အလုပ်ချိန်ပေါင်း– ______
ဤအလုပ်သည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်ဖြစ်ပါသလား။ ☐ မှန် ☐ မှား	လုပ်ခထုတ်ရက်များ (ဥပမာ 1ရက်နေ့ နှင့် 15ရက်နေ့၊သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)–

V. အခြားဝင်ငွေ(အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးအတွက် အသုံးပြုပါ)

	မည်သူက ဝင်ငွေ ရရှိသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေပမာဏ	မည်သူက ဝင်ငွေ ရရှိသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ် ဝင်ငွေပမာဏ
အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
လူမှုလုံခြုံရေး		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
ဖြည့်စွက်ပေးသော လုံခြုံရေး ဝင်ငွေ (SSI)		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
ကလေးစရိတ်ထောက်ပံ့ရေး သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက် စရိတ် ထောက်ပံ့မှု		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
အနားယူခြင်း သို့မဟုတ် ပင်စင်		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
စစ်မှုထမ်းဟောင်းရေးရာစီမံခန့်ခွဲခြင်း (VA) သို့မဟုတ် စစ်ဖက်ဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များ		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
အလုပ်သမား နှင့် စက်ရုံ (L&I) သို့မဟုတ် အာမခံ အကျိုးခံစားခွင့်များ		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
ယုံကြည်အပ်နှံငွေများ		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
အတိုး		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
ရထားပို့ဆောင်ရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
အငှားခ ဝင်ငွေ		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
အခြား–		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ
အခြား–		ဒေါ်လာ		ဒေါ်လာ

VI. နှစ်စဉ်ဝင်ငွေများ (ယခု သို့မဟုတ် နောင်တွင် ပုံမှန် ဝင်ငွေရရှိရန် အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးက ထည့်ထားသော ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ)

နှစ်စဉ်ဝင်ငွေကို မည်သူပိုင်ဆိုင်သနည်း။	ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်း	ပမာဏ သို့မဟုတ် တန်ဖိုး	လစဉ်ဝင်ငွေ	ဝယ်ယူသည့် နေ့စွဲ
		ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ	
		ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ	
		ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ	

အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်သည် နှစ်စဉ်ဝင်ငွေအပေါ် စိတ်ဝင်စားမှုရှိပြီး သင်သည် မက်ဒီကိတ် ရေရှည် စောင့်ရှောက်မှု အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံပါက သင်သည် ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်အမည်ကို နှစ်စဉ်ဝင်ငွေ၏ လက်ကျန်အကျိုးခံစားခွင့် လက်ခံသူအဖြစ် အမည်တင်သွင်းရမည်။

VII. လစဉ်ကုန်ကျစရိတ်များ

အိမ်ငှားခ	အိမ်အပေါင်ထားခြင်း	နေရာငှားခ	ကွန်ဒိုမီနီယံ အခကြေးငွေများ
ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ
အိမ်ပိုင်ဆိုင်မှုအာမခံ	**ပိုင်ဆိုင်မှု အခွန်အတုတ်များ**	**ပိုင်ဆိုင်မှု တန်ဖိုးဖြတ်ခြင်းများ**	**အခြား အခကြေးငွေများ**
ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ	ဒေါ်လာ

အိမ်တွင်းသုံးစွဲမှုအခများ(အကျုံးဝင်သည့် အချက်အားလုံးကိုအမှတ်အသားပြုပါ)– ☐ အပူပေးခြင်း(ဓာတ်ငွေ့၊လျှပ်စစ်၊ဆီ) ☐ လျှပ်စစ်**(အပူပေးခြင်းမဟုတ်)** ☐ ဖုန်း
☐ ရေ၊ ရေနုတ်မြောင်း၊ အမှိုက်

အမတော်ကြေးအိမ်ယာကဲ့သို့ အခြားလူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ်အေဂျင်စီက ဤကုန်ကျစရိတ်အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ဒေသကို ပေးခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်ကို ထောက်ပံ့ပါသည်– ☐ မှန် ☐ မှား

မှန်ပါက မည်သူနည်း– ____________________ မည်သည့်ကုန်ကျစရိတ်များဖြစ်သနည်း။ ____________________ ၎င်းတို့ပေးသောငွေပမာဏ ဒေါ်လာ ____________

ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ဇနီးခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသော သူသည် အောက်ပါတို့ကို ပေးသည် သို့မဟုတ် ပေးရမည့်တာဝန်ရှိသည် (အကျုံးဝင်သည့် အချက်အားလုံးကို အမှတ်အသားပြုပါ)–

☐ ကလေးသူငယ် သို့မဟုတ် မှီခိုသူ ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး	လစဉ် ပမာဏ– ဒေါ်လာ	ပေးချေသူ–
☐ ကလေးစရိတ်ထောက်ပံ့ရေး	လစဉ် ပမာဏ– ဒေါ်လာ	ပေးချေသူ–
☐ ဆေးကုသမှု ဘီလ်များ	လစဉ် ပမာဏ– ဒေါ်လာ	ပေးချေသူ–

VIII. အခွင့်အာဏာလွှဲအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်

အခွင့်အာဏာလွှဲအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်ဆိုသည်မှာ DSHS နှင့် သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များအကြောင်းပြောဆိုရန် သင်ခွင့်ပြုထားသော ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးဖြစ်သည်။ သင်သည် တစ်စုံတစ်ဦး၏အမည်ကို တင်သွင်းနိုင်သည် သို့သော် မလုပ်မနေရမဟုတ်ပါ။ သင့်တွင် အခွင့်အာဏာလွှဲအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ် ရှိပါသလား။ ☐ မှန် ☐ မှား

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် သင်၏ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ ဟုတ်ပါသလား။ ☐ မှန် ☐ မှား

ဤပုဂ္ဂိုလ်တွင် အကျိုးဆောင်ကိုယ်စားလှယ်ရှေ့နေ အခွင့်အာဏာ ရှိပါသလား။ ☐ မှန် ☐ မှား

အမည်	တော်စပ်ပုံ	တယ်လီဖုန်းနံပါတ်	
နေရပ်လိပ်စာ	**မြို့**	**ပြည်နယ်**	**ဇစ်ပ်ကုတ်**

ကြေညာချက်နှင့် လက်မှတ်များ

အရွယ်ရောက်သူများအတွက် ငွေသား သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုကို လျှောက်ထားပါက၊ အိမ်ထောင်စုရှိ အရွယ်ရောက်သူအားလုံး လက်မှတ်ထိုးရမည်။

ကလေးများအတွက် ရိက္ခာထောက်ပံ့ရေး သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုကို လျှောက်ထားပါက လျှောက်ထားသူ လက်မှတ်ထိုးရမည်။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအချက်များကို လိုက်နာရမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်–

- မှန်ကန်သော သတင်းအချက်အလက်များပေးရမည်။
- အတည်ပြုပြီးစာတွင်ဖော်ပြချက်များ ပြောင်းလဲပါက အကြောင်းကြားရမည်။
- ကျွန်ုပ်သည် အရည်အချင်း ပြည့်ဝသူဖြစ်ကြောင်း သက်သေအထောက်အထားကို ပေးအပ်ရမည်။ DSHS သည် သက်သေအထောက်အထားရရန် ကျွန်ုပ်ကို ကူညီနိုင်သည် သို့မဟုတ် အခြားလူ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီကို ဆက်သွယ်နိုင်သည်။
- အကူအညီလိုအပ်သော မိသားစုများအတွက် ယာယီ ထောက်ပံ့မှု (TANF) ကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိသည့် အချိန်တွင် ကလေးစရိတ်ထောက်ပံ့မှု ရပိုင်ခွင့်ကို ဝါရှင်တန် ပြည်နယ်သို့ အပ်နှံရမည်။
- ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိသည့် အချိန်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အထောက်အပံ့ နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် တတိယလူက ပေးဆောင်မှု တို့အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ရပိုင်ခွင့်များကို ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်သို့ အပ်နှံရမည်။
- ရိက္ခာထောက်ပံရေးလုပ်ငန်းလိုအပ်ချက်များကို အတူပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ရမည်။

ဤအချက်များကို ကျွန်ုပ်လိုက်နာခြင်း မရှိပါ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ငြင်းပယ်ခြင်းခံရမည် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို ပြန်လည်ပေးအပ်ရမည်။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့ကို တမင်သက်သက်ကျူးလွန်ပါက ရာဇဝတ်မှုကြောင်းအရ အရေးယူခြင်းခံရနိုင်ကြောင်း နားလည် သဘောပေါက်ပါသည်–

- အမှားများ ဖော်ပြခြင်း၊
- အကြောင်းကြားသင့်သည့်အရာကို အကြောင်းကြားရန် ပျက်ကွက်ခြင်း၊

ကျွန်ုပ်၏ ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်များကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုပြီး ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် ရှင်းပြခြင်း ခံရပြီးဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် အမှုသည် ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်များအကြောင်း DSHS 14-113 မိတ္တူကို လက်ခံရရှိခဲ့ပြီး ဖြစ်သည်။ **ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်ဥပဒေပါ လိမ်လည်မှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်စီရင်ရေးအရ ဤလျှောက်လွှာတွင် ကျွန်ုပ်ဖော်ပြသော သတင်းအချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ကြောင်း၊ ကျွန်ုပ်ကြေညာပါသည်။**

လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်	နေ့စွဲ	လျှောက်ထားသူအမည်ကို ပုံနှိပ်စာလုံးနှင့်ဖော်ပြပါ	လက်မှတ်ရေးထိုးရာ မြို့နှင့် ပြည်နယ်
အခြားအရွယ်ရောက်ပြီးသောလျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်	**နေ့စွဲ**	**အခြားအရွယ်ရောက်သူ၏ အမည်ကို ပုံနှိပ်စာလုံးနှင့်ဖော်ပြပါ**	**လက်မှတ်ရေးထိုးရာ မြို့နှင့် ပြည်နယ်**
ကူညီသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်	**နေ့စွဲ**	**ကိုယ်စားလှယ်၏အမည်ကို ပုံနှိပ်စာလုံးနှင့်ဖော်ပြပါ**	**လက်မှတ်ရေးထိုးရာ မြို့နှင့် ပြည်နယ်**
အကယ်၍လက်မှတ်တွင် “X”အမှတ်အသားပြုပါကအသိသက်သေ၏လက်မှတ်	**နေ့စွဲ**	**အသိသက်သေ၏အမည်ကို ပုံနှိပ်စာလုံးနှင့်ဖော်ပြပါ**	