



ການສະໝັກ ຜົນປະໂຫຍດທາງການຮັກສາສໍາຫລັບເດັກ

ໃບສະໝັກນີ້ແມ່ນສໍາຫລັບການຄຸ້ມຄອງທາງການຮັກສາເທົ່ານັ້ນສໍາຫລັບເດັກ ຫລື ໂວລຸ້ນອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19. ໃຜກໍ່ໄດ້ສາມາດສະໝັກແທນເດັກ. ເດັກອາດຈະສະໝັກເອງ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາທີ່ມີລາຍຊື່ໃນຫ້ອງ 1 ເມື່ອຕິດຕາມຂໍ້ມູນ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫລື ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອໃນການຕື່ມໃບສະໝັກ, ພຽງແຕ່ໂທພາ 1-877-543-7669. ພວກເຮົາຍິນດີທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານ!

ກະລຸນາຂຽນຕ້ວຍມືກດໍາ ຫລື ຝາ. ຢ່າໃຊ້ສີດໍາ. (ໃສລາຍຊື່ ພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ ຫລື ບຸກຄົນທີ່ຕິດຕໍ່ຜູ້ທີ່ຈະໄດ້ຮັບ ຂໍ້ມູນຕິດຕາມ)

1 ຊື່ ຊື່ກາງ	ອັກສອນຫຍໍ້	ນາມສະກຸນ	
2 ທີ່ຢູ່ທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ຖະໜົນ	ເມືອາ	ຮັຖ ລະຫັດໄປສະນີ
3 ຫຼຸດທາງໄປສະນີ (ຖ້າຕ່າງກັນ)	ຖະໜົນ	ເມືອາ	ຮັຖ ລະຫັດໄປສະນີ
4 ໝາຍເລກໂທລະສັບ	5 ທ່ານມີປັນຫາໃນການເວົ້າ, ການອ່ານ ຫລື ຂຽນພາສາອັງກິດຫລືບໍ່? ທ່ານຢາກໄດ້ເປັນພາສາຫຍັງ? _____		ແບ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແບ່ນ <input type="checkbox"/>
ບ້ານ ()	ທ່ານຕ້ອງການນາຍແປພາສາ? (ຖ້າແມ່ນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເລືອກນາຍແປພາສາ.)		ແບ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແບ່ນ <input type="checkbox"/>
ບ່ອນເຮັດວຽກ ()	6 ເດັກທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ ມີເງື່ອນໄຂທາງການແພດທີ່ຕ້ອງການການເອົາໃຈໃສ່ໃນທັນທີຫລືບໍ່?		ແບ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແບ່ນ <input type="checkbox"/>
ອ້ອວາມ ()	ໃນເຮືອນທ່ານມີໃຜກໍ່າລ້ຽງຖືພາບໍ່? ຖ້າ "ມີ" ແມ່ນໃຜ? _____		ແບ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແບ່ນ <input type="checkbox"/>

ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

7 ຂຽນລາຍຊື່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ຢູ່ນັ້ນກັນ. (ຖ້າຈໍາເປັນ, ຂັດຕິດເຈ້ຍລາຍຊື່ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວມາຕ່າງຫາກ.)

ຊື່, (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ ຊ ຫລື ຍ	ຄວາມສໍາພັນ ກັບທ່ານ	ວັນເດືອນ ປີ ເກີດ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ * = ທາງເລືອກ	U.S. ພົນລະເມືອງ ແບ່ນ ບໍ່ແບ່ນ	ບ່ອນເກີດ (ເມືອງ/ລັດ)	ຕື່ມຖ້າຫາເດັກບໍ່ແມ່ນຄົນອາເມລິກາ ພົນລະເມືອງ
A. ພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ ຫລື ໂຕເອງ				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ຂຽນວັນທີ່ເດັກກມາອອດອາເມລິກາ. ລູກຂອງທ່ານມີຜູ້ອຸປະຖໍາຫລືບໍ່?
B. ຄູສມລິດ ຫລື ພໍ່ແມ່ຜູ້ອື່ນ (ຖ້າຫາກຢູ່ໃນບ້ານ)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ແບ່ນ ບໍ່ແບ່ນ
C. ຂຽນຊື່ເດັກ ແລະ ໂວລຸ້ນອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ (ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດ)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ຂຽນລາຍຊື່ຜູ້ໃຫຍ່ເດັກ ຜູ້ອື່ນໆທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ (ຜູ້ທີ່ບໍ່ຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ)				*		ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຂັດຕິດ ເອກະສານສະແດງສະຖານະພາບຂອງລູກ.	
				*			

8 ເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີການຫລືບໍ່? ຖ້າ "ມີ" ແມ່ນໃຜ? _____ ແບ່ນ ບໍ່ແບ່ນ

ບອກຂໍ້ ມູນນີ້ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ລູກຂອງທ່ານມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ.

9 ທ່ານຈ່າຍຄ່າດູແລເດັກໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານເຮັດວຽກຫລືບໍ່? ແບ່ນ ບໍ່ແບ່ນ ຖ້າ "ແບ່ນ" ຈ່າຍເດືອນໜຶ່ງເທົ່າໃດ? \$ _____

ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ໃຜດູແລຜູ້ມາການທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຢູ່ໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນອະນະທີ່ເຮັດວຽກຫລືບໍ່? ແບ່ນ ບໍ່ແບ່ນ ຖ້າ "ແບ່ນ" ຈ່າຍເດືອນໜຶ່ງເທົ່າໃດ? \$ _____

10 ທ່ານໄດ້ ຈ່າຍຄ່າສະໝັບສະໜູນເດັກຕາມຄ່າລ້ຽງຂອງລາມໃຫ້ເດັກທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນບ້ານຂອງທ່ານບໍ່? ແບ່ນ ບໍ່ແບ່ນ ຖ້າ "ແບ່ນ" ຈ່າຍເດືອນໜຶ່ງເທົ່າໃດ? \$ _____



ນີ້ແມ່ນໜ້າຂອງໜັງສືຂໍອະນຸຍາດເຂົ້າສູ່ສະຖານທີ່ອອນລາຍ.

ເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ ຫລາຍພັນຄົນແມ່ນມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ.

ແອບເປີລ ສຸຂະພາບເພື່ອເດັກ ແມ່ນຄຸ້ມຄອງເດັກ ແລະໄວລຸ້ນໃນຫລາຍປະເພດຄົວເຮືອນ.

- ເດັກທີ່ມີພິເໝາໃສດ
- ເດັກທີ່ມີພິເໝາອາຍຸຄົນ.
- ເດັກທີ່ມີພິເໝາເຮັດວຽກ
- ຜູ້ໂຫຍຫມູ (ຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ) ທີ່ຢູ່ຕາມລຳບັງ.
- ເດັກທີ່ອາໄສຢູ່ທີ່ ຢູ່ຢ່າ, ຄອບຄົວ ຫລື ັນຢັງ.

ເພື່ອນຄົນອື່ນ.

ເຖິງວ່າເດັກຢູ່ໃນເງື່ອນໄຂກ່ອນ ການຮັກສາທີ່ປະກົດນິ້ເງື່ອນໄຂເໝາະສົມ.

ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການປະເພດໃດແດ່?

ແອມເປີລສຸຂະພາບເພື່ອເດັກຄຸ້ມຄອງບໍລິການທັງໝົດທີ່ຈຳເປັນໃນການເຮັດໃຫ້ເດັກມີສຸຂະພາບແຂງແຮງ. ເມື່ອເດັກຂອງທ່ານມີເງື່ອນໄຂ, ທ່ານຈະໄດ້ຊໍ ມູນເພີ່ມກຽວກັບການຮັບການດູແລ.

ບາງການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງລວມມີ:

- ການໄປພົບທ່ານໝໍ ແລະ ພະຍາຍາມ
- ໂຮງໝໍ & ການດູແລສຸກເລີນ
- ການດູແລສຸຂະພາບຢ່າກ
- ໃບສັ່ງແພດ
- ການກວດສຸຂະພາບ ແລະ ການຮັບວັກແຮງ
- ແອນຕາ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍໃຫ້ໄດ້ຍິນ
- ການຮັກສາຮາງກາຍ ແລະ ການຮັກສາການເວົ້າ
- ການວາງແຜນຄອບຄົວ
- ການເດີນທາງໄປທີ່ທ້ອງຖານ
- ການພັກສາ ແລະ ຫິນງູ;

ອ້ອຍຈະຮູ້ໄດ້ແນວໄດ້ວາລູກອ້ອຍມີຄຸນລົມບັດພຽງພໍບໍ?

ອັນຕອນແມ່ນງ່າຍດາຍ ແລະ ຫລາຍຄອບຄົວທີ່ເຮັດວຽກແມ່ນມີຄຸນສົມບູດພຽງພໍ. ຈະມີການທົບທວນ ລາຍຮັບ, ຂະໜາດຄອບຄົວ (ໃຫ້ໝັ້ນໃຈວ່າໄດ້ລວມເອົາເດັກທີ່ ຢູ່ໃນທ້ອງຂອງແມ່ນາເວົ້າໃນສະມາຊິກຄອບຄົວ) ແລະ ລາຍຈາຍປະຈຳເດືອນບາງຢ່າງເພື່ອເບິ່ງວ່າມີເງື່ອນໄຂບໍ່. ເພື່ອເບິ່ງວ່າລູກຂອງທ່ານອາດຈະມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍເຮັດຕາມຂັ້ນຕອນງ່າຍໆດັ່ງລຸ່ມນີ້. ຈາກນັ້ນສົມທຽບລາຍຮັດປະຈຳເດືອນກັບ ຕາຕະລາງ.

ບາດກ້າວ 1

ຂຽນລາຍຮັບ

ຂອງຄອບຄົວ(ກອນຫັກພາສີ)

- ຄົບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນໃດໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລເດັກ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ທ່ານຈ່າຍ. \$ _____
- ຄົບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສະໝັບສະໝູນເດັກຕາມຄຳສັ່ງສາມຫົວຫານຕ້ອງຈ່າຍສຳຫລັບເດັກທີ່ ອາໄສຢູ່ ນອກບ້ານຂອງທ່ານ. - _____
- ຄົບ **\$90** ສຳຫລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ເຮັດວຽກໃນຄອບຄົວແກ່ລະຄົນ. - _____

ບາດກ້າວ 2

ສມທຽບວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍຫລືບໍ່
ຖ້າລາຍຮັບປະຈຳເດືອນຂອງຄອບຄົວໃກ້ຄຽງກັບຈຳນວນທີ່ຢູ່ໃນຕາຕະລາງ, ລູກຂອງທ່ານອາດມີຄຸນສົມບັດສຳຫລັບການປະກັນສຸຂະພາບ ລາຄາຕ່ຳ ຫລື ບໍ່ຮື້!

ຫລາຍຄົນສາມາດສ້າງລາຍຮັບໄດ້ຫລາຍກວ່າ ແລະ ບັງມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ. ຖ້າລາຍຮັບຂອງທ່ານສູງກວ່າຕາຕະລາງ, ກະລຸນາໂທ **1-877-543-7669** ສຳຫລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

Number of People in Family (Includes parents and children)	Approximate income per month (after deductions from Step 1)
1	up to \$2,167
2	up to \$2,917
3	up to \$3,667
4	up to \$4,417
5	up to \$5,167
More	Add \$750 for each additional family member

 ລະດັບລາຍຮັບແມ່ນປັບປຸງທຸກເດືອນ ຕະສາ, ຕາຕະລາງໃ້ແມ່ນເວົ້າກ່ຽວກັບປະກັນໄພສຸຂະພາບສໍາຫລັບເດັກທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ ເອົາຄືນ, ແມ່ນາຍເອີ້ນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໃຫ້ກາຕ້າງ ແມ່ນມີສໍາຫລັບຄອບຄົວແລະ ແມ່ຍັງຫີກ. ໂທນຮື້ມາທີ່ **1-877-543-7669** ເພື່ອສຳລຸ້ນພິມ. ໝາຍເຫດ: ຄຳແນະນຳລາຍຮັບແມ່ນຄາດວ່າຈະຂື້ນໃນເດືອນ ມັງກອນ **2009**.

ນີ້ແມ່ນໜ້າຂອງໜັງສືຂໍອະນຸຍາດເຂົ້າສູ່ສະຖານທີ່ອອນລາຍ.

ການສະໝັກແມ່ນງາຍດາຍ:

- ໃສ່ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກທີ່ຂັດຕົວນາມຳແມ່ນພບນີ້.
- ຈັກເອົາໜ້າໃບສະໝັກ.
- ເອົາຂອງຈັດໝາຍອອກຈາກໃບສະໝັກ.
- ຂັດຕົວສຳເນົາຂອງໝັກຖານລາຍຮັບນາກນີ້ໃບສະໝັກ. ຕົວຢ່າງ:
 - ຈ່າຍອຳ ພາຍໃນ **30** ວັນທີ່ຜ່ານມາ;
 - ການຄືນພາສີທຸລະກິດໃນປີທີ່ຜ່ານມາ; ຫລື
 - ໜັງສືຈັກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ທີ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນລາຍຮັບລວມປະຈຳເດືອນ.
- ໃສ່ໃບສະໝັກໃນຂອງຈັດໝາຍ.
- ໃສ່ໃນຕັກໝາຍໃດກໍໄດ້ ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃສະແຜນ.

ລູກຂອງອ້ອຍຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບໄວປານໃດ?

- ເດັກຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພແບບຝຣັ່ງກ່ອນ.
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈັດໝາຍພາຍໃນ **6** ອາທິດເພື່ອບອກທ່ານວ່າການຄຸ້ມຄອງອາມຸດໝັ້ນຫລືບໍ່.
- ເມື່ອລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ພວກເຂົາຈະໄດ້ຮັບ ການບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບໃນພັນທີ່.
- ເພື່ອຂັ້ນຕອນທີ່ໂວກວ່າ, ໃຫ້ແກ່ໃຈວ່າໄດ້ຕົ້ນໃນໃບສະໝັກຄັ້ນ, ແລະ ຂັດຕົ້ນໝັກຖານລາຍຮັບ.
- ທຸກໆ **12** ເດືອນທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ແບບຝ່ອມໃນການເຮັດຄົ້ນໃຫ້ພາກທາງໄພະກິ ການຄຸ້ມຄອງພວກເຂົາໃນອີກປີໜຶ່ງ.

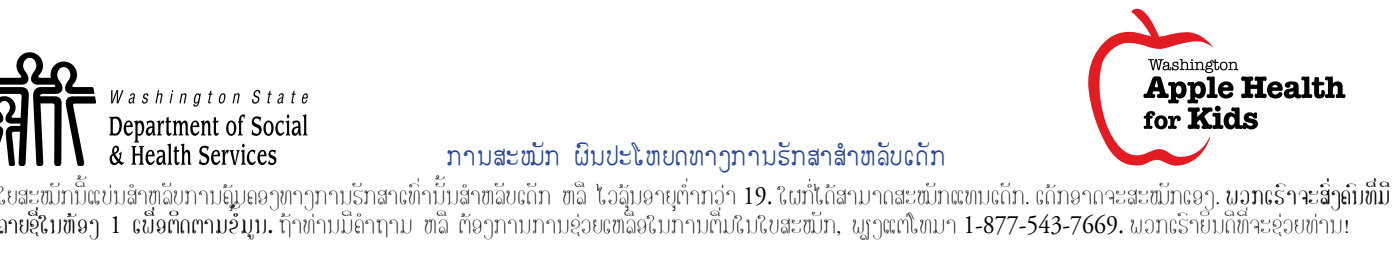
ນີ້ແມ່ນໜ້າຂອງໜັງສືຂໍອະນຸຍາດເຂົ້າສູ່ສະຖານທີ່ອອນລາຍ.

ແອບເປີລ ສຸຂະພາບເພື່ອເດັກ

ການຄຸ້ມຄອງແມ່ນລາຄາຕ່ຳ ຫລື ຝຣີ

- ຂັ້ນກັ່ຍລາຍຮັບຂອງທ່ານ.
- ເດັກຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບຝຣັ່ງກ່ອນ.
- ການອອກຍົກເບັຍປະກັນໄພແມ່ນອອກປະຈຳເດືອນ, ແລະ ລາຄາຕ່ຳເຖິງ **\$15** ຕໍ່ເດືອນ ຕໍ່ເດັກໜຶ່ງຄົນ.
- ຖ້າທ່ານມີລູກ ອີ່ຄົນຫລື ຫລາຍກວ່າ ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍເບັຍປະກັນພຽງແຕ່ສຳຫລັບ ອາມຄົນ.
- ການຄຸ້ມຄອງບາງອັນອາດມີຜົນຍ້ອນໝູ່ງ, ໃນບັນທຶກທີ່ທ່ານຈາຍໃນໄລຍະ ອາມເດືອນ.

ສຳຫລັບການຊ່ວຍເຫລືອໃນຂຸນຄຸ້ນຂອງທ່ານໂທ



ກະລຸນາຂຽນຕົວເມັກດຳ ຫລື ຜ້າ. ຢ່າໃຊ້ຊີດຳ. (ໃສອາບຮີ້ ເໍ່ແມ່, ຜູ້ຍົກຄອງ ຫລື ພາຄົນທີ່ຕິດຕໍ່ຜູ້ທີ່ຈະໄດ້ຮັບ ຂໍ້ມູນຕິດຕາມ)

1	ຮີ້ ຮີ້ກາງ	ອຳສອນຫຍໍ້	ນາມສະກຸນ		
2	ທີ່ຢູ່ທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ຖະໜົນ	ເນີອາ	ຮັຖ	ລະຫັດໄປສະນີ
3	ໜູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າຕ່າງກັນ)	ຖະໜົນ	ເນີອາ	ຮັຖ	ລະຫັດໄປສະນີ
4	ໝາຍເອກໂຫລະສັບ	5	ທ່ານມີປັນຫາໃນການເວົ້າ, ການອ່ານ ຫລື ຂຽນພາສາອັງກິດຫລືບໍ່?	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>
ຍ້ານ ()			ທ່ານຢາກໄດ້ເປັນພາສາຫຍັງ?	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>
ບ່ອນເຮັດວຽກ ()			ທ່ານຕ້ອງການນາຍແປພາສາ? (ຖ້າແມ່ນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເລືອງນາຍແປພາສາ.)	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>
ອ້ອວາມ ()			ທ່ານເວົ້າພາສາຫຍັງ?		
		6	ເດັກທີ່ອາຍຸຕໍ່າດວ່າ 19 ປີ ມີເງື່ອນໄຂທາງການແພດທີ່ຕ້ອງການການອາໄສໃສ່ພັນທີ່ຫລືບໍ່?	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>
			ໃນເຮືອທ່ານມີໃຜກໍາລັງຖືພາບໍ່?	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>
			ຖ້າ "ນີ" ແມ່ນໃຜ? _____		

ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

7	ຂຽນລາຍຮີ້ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ຢູ່ນຳກັນ. (ຖ້າຈຳເປັນ, ຂັດຕິດເຈັບລາຍຮີ້ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວມາຕ່າງຫາກ.)								
ຮີ້.	ເພດ	ຄວາມສຳພັນກັບທ່ານ	ວັນເດືອນ ປີ ເກີດ (ເດືອນວ່ນປີ)	ໝາຍເອກປະກັນສັງຄົມ * = ທາງເລືອກ	U.S. ນິເລະມີອງ ແບບນ ບໍ່ແບບ	ປ່ອນເກີດ (ເມືອງ/ລັດ)	ຕົ້ນຖ້າຫາດັກບໍ່ແມ່ນຄົນອາເມລິກາ ນິເລະມີອງ		
A. ພໍ່ແມ່, ຜູ້ຍົກຄອງ ຫລື ໂຕຄອງ				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ຂຽນວັນທີ່ທ່ີເດີກມາຮອດາມລິກາ.	ລູກຂອງທ່ານມີຜູ້ຮູປະຖ້າຫລືບໍ່?	
B. ຄຸສມລັດ ຫລື ພໍ່ແມ່ຜູ້ຮື້ນ (ຖ້າຫາກຢູ່ໃນຍ້ານ)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			ແບບນ ບໍ່ແບບ	
C. ຂຽນຮີ້ເດັກ ແລະ ໄວລຸ້ນອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ (ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດ)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
G. ຂຽນລາຍຮີ້ຜູ້ໃຫຍ່/ເດັກ ຜູ້ອື່ນໆທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ (ຜູ້ທີ່ບໍ່ຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ)				*			ໝາຍເຫດ: ກະລຸນາຂັດຕິດ ເອກະສານສະແດງສະຖານະພາບຂອງລູກ.		
				*					
8	ເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີການຫລືບໍ່? ຖ້າ "ນີ" ແມ່ນໃຜ?				ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>			

ບອກຂໍ້ ມູນນີ້ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ ລູກຂອງທ່ານມີ ຄຸນສົມບັດພຽງພໍ .

9	ທ່ານຈ່າຍຄ່າດູແລດັກໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານເຮັດວຽກຫລືບໍ່?	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>	ຖ້າ "ແບບ" ຈ່າຍເດືອນໜຶ່ງຫົ່າໃດ? \$ _____
	ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ໃຜດູແລຜູ້ມາການທີ່ເປີຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຢູ່ໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນະນະທີ່ເຮັດວຽກຫລືບໍ່?	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>	ຖ້າ "ແບບ" ຈ່າຍເດືອນໜຶ່ງຫົ່າໃດ? \$ _____
10	ທ່ານໄດ້ ຈ່າຍຄ່າສະໝັບສະໝຸນເດັກຕາມຄຳສັ່ງຂອງລາບໃຫ້ເດັກທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນບ້ານຂອງທ່ານບໍ່ ?	ແບບ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ແບບ <input type="checkbox"/>	ຖ້າ "ແບບ" ຈ່າຍເດືອນໜຶ່ງຫົ່າໃດ? \$ _____

DSHS 14-380 LA (Rev. 7/08)

