ຄຳຮ້ອງຂໍ
Application

WASHCAP ເປັນໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານສຳລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່:

- ໄດ້ຮັບເງິນລາຍໄດ້ຄວາມປອດພັຍເພີ້ມເຕີມ (Supplemental Security Income) (SSI).
- ສອດຄ່ອງນຳການຕີຄວາມຫມາຍຂອງຜະແນກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມສຳລັບການອາສັຍຢູ່ "A"
- ມີອາຍຸສິບແປດປີ ຫລື ແກ່ກວ່າ.
- ບໍ່ມີລາຍໄດ້ທີ່ເຮັດວຽກເອົາ.
- ມີການອາສັຍຢູ່ທີ່ສອດຄ່ອງນຳເງື່ອນໄຂຢູ່ລຸ່ມນີ້ທຸກໆຢ່າງ:
  - ບໍ່ໄດ້ອາສັຍຢູ່ໃນສະຖານທີ່ຄຸມຂັງ;
  - ອາສັຍຢູ່ຄົນດຽວ, ຫລື ອາສັຍຢູ່ນຳຄົນອື່ນຜູ້ທີ່ຊື້ ແລະ ຄົວກິນອາຫານແຍກຈາກເຂົາເຈົ້າ;
  - ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ, ຫລື ແຕ່ງງານ ແລະ ບໍ່ໄດ້ອາສັຍຢູ່ນຳຜົວເມັຽຂອງເຂົາເຈົ້າ.
- ຖ້າຫາກວ່າອາຍຸ 18 ປີຮອດ 21 ປີ ແລະ ສອດຄ່ອງນຳເງື່ອນໄຂຢູ່ລຸ່ມນີ້:
  - ບໍ່ໄດ້ອາສັຍຢູ່ນຳພໍ່ແມ່ຂອງເຂົາເຈົ້າຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ Basic Food; ຫລື
  - ອາສັຍຢູ່ນຳພໍ່ແມ່ຂອງເຂົາເຈົ້າຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ Basic Food ແລະ ຊື້ອາຫານແຍກຈາກເຂົາເຈົ້າ.
- ບໍ່ໄດ້ອາສັຍຢູ່ນຳລູກຂອງເຂົາເຈົ້າອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 22 ປີ.

ເພື່ອຣາຍລະອຽດເພີ້ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການອັນນີ້,ຈົ່ງເບິ່ງມາດຕຣາ 388-492 WAC ລວມທັງ WAC 388-492-0020 ໄປຮອດ 388-492-0120.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບໂຄງການ WASHCAP, ໂທຫາເລກໂທຟຣີ 1 (877) 380-5784.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າອາສັຍຢູ່ຄົນດຽວ, ຫລື ຂ້າພະເຈົ້າຊື້ ແລະ ຄົວກິນອາຫານຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕ່າງຫາກຈາກຄົນອື່ນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ $_____ ສຳລັບຄ່າເຊົ່າເຮືອນ/ຄ່າງວດເຮືອນແຕ່ລະເດືອນ.
  ສ່ວນຈ່າຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກບອກກ່ຽວກັບໂຄງການ WASHCAP.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງໂຄງການ WASHCAP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືออาหารของข้าพเจ้าโดยผ่านโครงการ WASHCAP.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍແຈ້ງການພາຍໃຕ້ການປັບໃຫມ່ລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດພາຍໃຕ້ກົດຫມາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນວ່າຣາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້ວ່າເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນແລະວັນທິ	ຂຽນຊື່ເປັນຕົວ
ທີ່ຢູ່	
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ,ຖ້າແຕກຕ່າງ	

ເລກໂທຣະສັບທຳອິດ ((XXX) XXX-XXXX) ☐ ມືຖື ☐ ເຮືອນ ☐ ສົ່ງຄວາມໄວ້	ເລກໂທຣະສັບສຳລອງສົ່ງຄວາມໄວ້ ((XXX) XXX-XXXX) ☐ ມືຖື ☐ ເຮືອນ ☐ ສົ່ງຄວາມໄວ້	ເລກປະກັນພັຍສັງຄົມ ຫລືເລກ ID ລູກຄ້າ

ພວກເຮົາໃຊ້ຣາຍລະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະ:	**ພວກເຮົາອາດຈະເອົາຣາຍລະອຽດອັນນີ້ໃຫ້:**
• ຕັດສິນວ່າໃຜມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. • ເກັບເອົາເງິນຈ່າຍເກີນ. • ກຳກັບຄວບຄຸມໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. • ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດຫມາຍ.	• ຫ້ອງການຂອງຣັຖບານກາງ ແລະ ຂອງຣັດສຳລັບການໃຊ້ເປັນທາງການ. • ຫ້ອງການບັງຄັບໃຊ້ກົດຫມາຍທີ່ຕິດຕາມຊອກຫາບຸກຄົນຜູ້ທີ່ກຳລັງຫນີເພື່ອຫລີກກົດຫມາຍ. • ຫ້ອງການເກັບເງິນຂອງເອກຊົນເພື່ອຈະເກັບເອົາເງິນຈ່າຍເກີນຂອງການຊ່ວຍເຫລືออาหาร.

ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

ກົມສະເນີການບໍຣິການດ້ານການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້,ລວມທັງການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. **ການສະມັກທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍຣິການ ຫລື ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືอที่ท่านจะถูกเอาให้โดยห้องการนี้.** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືอนำการอรมปะกอบใบฟอมจิดชื่ลิงทะบรูมป่อมบัดเลือกตั้ง, ผวกเราจะช่วยเหลือท่าน. การตัดสินใจว่าจะขอเอา ຫລື ຮັບເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືอแม่นของท่านเอง. ท่านจะอรมปะกอบใบฟอมจิดชื่ลิงทะบรูมป่อมบัดเลือกตั้งโดยส่วนตัวได้. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເຂົ້າແຊກແຊງນຳສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ໃນການສະມັກທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄວາມຊອບໃຈທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ (ຕໍ່)

ທ່ານຢາກຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ດັດແປງໃຫມ່ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຂອງທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຫມາຍໃສ່ບອກ໌ໃດ, ພວກເຮົາຈະພິຈາຣະນາວ່າທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃນເວລານີ້, ນອກວ່າ ຈາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ,ແລະບໍ່ປະຕິເສດ,ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ນອກຈາກວ່າທ່ານຫມາຍໃສ່ບອກ໌ " ບໍ່ແມ່ນ " ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້,ທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດຖ້າຫາກວ່າທ່ານຈະມີອາຍຸຢ່າງຫນ້ອຍ 18 ປີ ກ່ອນການເລືອກຕັ້ງເທື່ອຫນ້າ, ທ່ານເປັນປະຊາຊົນຂອງສະຫະຣັດອະເມຣິກາ, ແລະ ກົມ DSHS ມີຊື່ຂອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່ເຮືອນ ຫລື ໄປສະນີຂອງທ່ານ, ວັນເກີດ, ຫລັກຖານພິສູດຣາຍຣະອຽດການເປັນສັນຊາດ, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານທີ່ຢືນຢັນຄວາມຈິງຂອງຣາຍຣະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງຂໍໃບນີ້.

ທ່ານຢາກຈະຖືກຈົດຊື່ທີ່ຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຫມາຍໃສ່ບອກ໌ທີ່ຖືກຫມາຍວ່າ " ແມ່ນ " ຫລື ບໍ່ຫມາຍໃສ່ຈັກບອກ໌ເລີຍ ແລະ ທ່ານສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດໂລດ. ກົມ DSHS ຈະສົ່ງຣາຍຣະອຽດຂອງທ່ານໄປຫາຫ້ອງການຂອງ Office of Secretary of State ແລະ ທ່ານຈະຖືກຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດໂລດ.

ຄຳເຕືອນກ່ຽວກັບການປັບໃຫມລົງໂທດຂອງການຊ່ວຍເຫລືออาหาร

ພວກເຮົາກວດເບິ່ງນຳຫ້ອງການອື່ນໆວ່າຣາຍຣະອຽດຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ ຫລື ບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າຣາຍລະອຽດອັນໃດອັນນຶ່ງແມ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ ຂໍເອົາอาหารจะบໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືออาหาร.

ສະມາຊິກຄົນໃດຜູ້ທີ່ລ່ວງກະເມີດກົດຣະບຽບອັນໃດອັນນຶ່ງໂດຍເຈດຕະນາສາມາດຖືກ:

- ຈະຖືກຕັດສິນລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດຫມາຍຂອງຣັດຖະບານກາງ ແລະ ຣັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳຕ່າງໆ.
- ຖືກກີດກັ້ນຫມົດສິດຈາກໂຄງການ SNAP ເປັນເວລານຶ່ງປີໄປຫາຖາวอมเลีย.
- ຖືກປັບໃຫມສູງເຖິງ $250,000.
- ຖືກຈຳຄຸກນານເຖິງ 20 ປີ.
- ຖືກກີດກັ້ນຫມົດສິດຈາກໂຄງການ SNAP ເປັນເວລາເພີ້ມເຕີມອີກ 18 ເດືອນຖ້າຖືກສົ່ງຈາกสาม.

ຖ້າຫາກວ່າສານພົບວ່າທ່ານຜິດໃນຂໍ້ຫາ:

ການຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືอในการธุรกิจที่กำลังดำเนินการ:	**ท่านอาจจะ:**
• ການຄ້າຂາຍສານເສບຕິດ	ຖືກຕັດສິດจากสองปีไปเป็นถาวอมเลีย.
• ການຄ້າຂາຍอาวุด, ກະສຸນ ຫລື ຣະເบิด.....	ຖືກຕັດສິດถาวอมเลีย.
• ການຄ້າການຊ່ວຍເຫລືอเถื่อมเป็นจำนวนลวมเอ้ำกันหลายกว่า $500	ຖືກຕັດສິດถาวอมเลีย.
• ການສ້ໂกงที่ຢู่ ຫລື ເอกะลักปะจำตัว	ຖືກຕັດสิดเป็นเวลา 10 ปี.

ຄຳຊ້ຈ່ງການກ່ຽວກັບສິດທິພົລເມືองๆ ແລະ ການບໍ່ແບ່ງແยกอินยิ้มอันมะ

ໂดยอิงตามกิดหมายสิดทิพิลเมืองของรัถบานกาง ແລະ ภิดระบบ ແລະ มะไยบายสิดทิพิลเมืองของ USDA, USDA, อิงการของเอ้าเจ้ำ, ห้องการ,พะนักงาน,ແລะสะถาบันที่เข้ำร่วมนำหลือบริหานโลงการของ USDA ได้ถืกหวงห้ามจากภาคการแบ่งแยกอินยิ้มอันมะโดยอิงใส่พื้นถานของผิวพัน, สีสัน, เชื้อชาดถิ่งเดิม, สาสะนา, เผด,ความเสัรูอิงละ,อายุ,สะพาบแต่งงาน,สะพาบลอบลิว/พ่แม่,รายได้ได้มาจากโลงการช่วยเหลือสาหาระมะอิน, ความเชื่อถือทางด้านการเมือง, หลื การแก้แล้น หลื การตอบโต้สำลับภิจกัมกำ่ยกับสิดทิพิลเมืองในผ่านมา,ยู่ในโลงการหลือภิจกัมต่างๆที่ถืกดำเนินการหลือออกเงินทืนให้โดย USDA (บ่แม่นว่าทุกๆพื้นถานจะใช้นำทุกๆโลงการ) .การป้องแป่งหลือวันเสื้มตายของการยื่นคำร้องทุกแหกต่างกันไปโดยโลงการหลือแหดการ.

บุกคินที่มิลวามเสัรูอิงละผู้ที่ต้องการวิทิทางการติดต่สื่สานแบบอื่นสำลับรายระอียดของโลงการ (ติวย่างว่า, ติวหนังสือสำลับคินตาบอด, เอกสานพิมเป้นติวใหย่, เทับอัดสยง, พาสาอะเมริกันใบ้, อื่นๆ) ลวมจะติดต่หาห้องการรัด หลือห้องถิ่นบ่อนที่บริหานหลือติดต่หา USDA ผ่าน Telecommunications Relay Service ได้ที่เลก 711 (สยงเว้ำและ TTY). นอกจากนั้นอีก,รายระอียดของโลงการจะมิไว้ให้เป้นพาสาอื่นๆนอกจากพาสาอังกิด.

เพื่อจะยื่นคำร้องทุกกังวลกับการแบ่งแยกอินยิ้มอันมะของโลงการ, ขอมปะกอบใบฟอม USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, ถืกพิบเต้มยู่ทางออมลายน์ยู่ที่ How to File a Program Discrimination Complaint ແละตามห้องการ USDA ทุกๆบ่อมหลือขอมหนังสือใส่ที่ยู่เถิง USDA เอ้าใส่ในหนังสือรายระอียดทุกๆย่างที่ถืกร้องขอเอ้าอยู่ในใบฟอมนั้ม,โทหาเลก (866) 632-9992. ส่งใบฟอมหลือหนังสือที่ถืกขอมปะกอบแล้วของท่านไปหา USDA โดยทาง:

1. **ไปสะนิ:** USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; หลื
2. **อิเมล์:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

เพื่อรายระอียดแมวอื่นทุกๆย่างที่กังวลข้องนำบันหาของโลงการ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), บุกคิน ควมจะติดต่หาเลกโทสายด่วมของ USDA SNAP Hotline Number ได้ที่เลก (800) 221-5689, ซึ่งยังมิยู่เป้นพาสาสะเปมิยุหลือโทหา State Information/Hotline Numbers (บิบใส่เลือถ่ายของลายการของเลกด่วมโดยรัด) ;ถืกพิบเต้มหาทางออมลายม์ได้ที่: SNAP Hotline.

ຄຳແຈ້ງການກ່ຽວກັບການບໍ່ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ

ເພື່ອຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກເຣື່ອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະສຳລັບທ່ານເອງຫລືຄົນໃດຄົນນຶ່ງອີກກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອທາງການເງິນຂອງ ຣັດຖະບານກາງໂດຍຜ່ານ HHS, ຂຽນປະກອບໃບຟອມທາງອອນລາຍນ໌ຜ່ານ OCR's Complaint Portal ໄດ້ທີ່ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ OCR ໄດ້ທາງໄປສະນີໄດ້ທີ່: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ເລກແຟກຊ໌: (202) 619-3818; ຫລືທາງອີແມລ໌: OCRmail@hhs.gov. ເພື່ອການດຳເນີນ ການທີ່ໄວກວ່າ,ພວກເຮົາຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານທີ່ຈະໃຊ້ທາງເຂົ້າອອນລາຍນ໌ຂອງ OCR ເພື່ອຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກແທນທີ່ວ່າຈະຍື່ນທາງໄປສະນີ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຕ້ອງ ການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກເຣື່ອງສິດທິພົລເມືອງສາມາດສົ່ງອີແມລ໌ໄປຫາ OCR ໄດ້ທີ່ OCRMail@hhs.gov ຫລືໂທຫາເລກໂທຟຣີຂອງ OCR ໄດ້ທີ່ 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. ສຳລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຫູຫນວກ,ຍາກຕໍ່ການຟັງສຽງ,ຫລືມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກນຳການປາກເວົ້າ, ກະຣຸນາໂທຫາເລກ 7-1-1 ເພື່ອຈະເຂົ້າຫາການບໍຣິການຕໍ່ສາຍທາງການຕິດຕໍ່ສື່ສານ.ພວກເຮົາຍັງເອົາໃຫ້ອີກຄືກັນແບບທາງແນວອື່ນ (ເຊັ່ນວ່າຫນັງສືສຳລັບ ຄົນຕາບອດແລະຕົວພິມໃຫຍ່) ,ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງສຽງແລະການບໍຣິການຊ່ວຍເຫລືອທາງດ້ານພາສາຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າສຳລັບການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ.

ສະຖາບັນແຫ່ງນີ້ເປັນຜູ້ບໍຣິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.