

# ໃບຄຳຮ້ອງຂໍ & ໃບຢັ້ງຢືນສຳລັບເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ **WA Senior Farmers Market Nutrition Program**

\*ຊື່: \_\_\_\_\_ \*ວັນເກີດ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ) : \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່: \_\_\_\_\_ ຫ້ອງແຖວ #: \_\_\_\_\_

\*ເມືອງ: \_\_\_\_\_ \*ຊົບໂຄດ: \_\_\_\_\_ ຄາວຕີ: \_\_\_\_\_

ໂທຣະສັບ: \_\_\_\_\_

ໂຄງການອາຫານການກິນຂອງຕະລາດສວນຜັກສຳລັບຜູ້ອາວຸໂສ (The Senior Farmers Market Nutrition Program) (SFMNP) ຈະເອົາຫມາກໄມ້ແລະຜັກສົດໃຫ້ຜູ້ອາວຸໂສທີ່ມີຮາຍໄດ້ຕໍ່າດ້ວຍເປົ້າຫມາຍຂອງການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບແລະສະພາບອາຫານການກິນຂອງເຂົາເຈົ້າໃຫ້ດີຂຶ້ນກວ່າເກົ່າ. ມັນຍັງຈະອຸ້ມອຸກການປູກຝັງທ້ອງຖິ່ນອີກຄືກັນໂດຍການເພີ່ມການໃຊ້ຕະລາດຊາວສວນແລະຮ້ານຂາຍຕາມຂ້າງຖະນົນຫລາຍຂຶ້ນ.

ເພື່ອຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ SFMNP, ທ່ານຕ້ອງສອດຄ່ອງນຳທຸກໆຢ່າງຂອງສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

1. ທ່ານຕ້ອງມີອາຍຸ **60** ປີຫລືແກ່ກວ່າ (**55+** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນຄົນອະເມຣິກາດັ້ງເດີມ/ອາລາສກາດັ້ງເດີມ)
2. ຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານຕ້ອງຕໍ່າກວ່າ **185%** ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງຣັດຖະບານກາງ. ມັນຫມາຍຄວາມວ່າ:
  - \$27,861 ຕໍ່ປີ ຫລື \$2,322 ຮາຍໄດ້ຕໍ່ເດືອນສຳລັບ **1** ຄົນ
  - \$37,814 ຕໍ່ປີ ຫລື \$3,151 ຮາຍໄດ້ຕໍ່ເດືອນສຳລັບ **2** ຄົນ
  - ສຳລັບຄອບຄົວໃຫຍ່, ຕື່ມໃສ່ \$829 ສຳລັບແຕ່ລະຄົນເພີ່ມເຕີມ
3. ທ່ານຕ້ອງເປັນຄົນອາສັຍຢູ່ຂອງຣັດວໍຊິງຕັນ

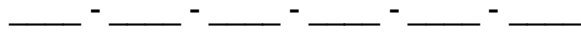
ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້, ທ່ານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານສອດຄ່ອງນຳ ທຸກໆ ກົດກຳນົດເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ແລະຮັບຮູ້ວ່າທ່ານໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ແລ້ວຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງ SFMNP.

* _____	* _____
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ	ວັນທີ

ກະຮຸນາຕອບຄຳຖາມຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້—ຄຳຕອບຂອງທ່ານແມ່ນຕາມສະນັກໃຈ:

1. ທ່ານຖືຕົວທ່ານເອງວ່າເປັນຄົນຮີສແປນິກ/ຄົນລາຕິໂນບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ
2. \*ກະຮຸນາຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ:
  - ຄົນອະເມຣິກາດັ້ງເດີມຫລືຄົນອາລາສກາດັ້ງເດີມ  ຄົນເອເຊັຽ  ຄົນແອຟຣິກແຖນອະເມຣິກັນ  ຄົນຜິວຂາວ
  - ຄົນຮາວາຍດັ້ງເດີມຫລືຄົນເກາະແປຊີຟິກອື່ນໆ
3. ທ່ານໃຊ້ເຄື່ອງສະມາດບໍ່, ເຊັ່ນວ່າໂທຣະສັບມືຖືຫລືແທບເລັດບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ
4. ທ່ານມີການເຂົ້າເຖິງອິນເຕີແນດທີ່ໄວ້ວາງໃຈໄດ້ບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ
5. ໂມໂບແອັບ SFMNP ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານທີ່ຈະເຂົ້າເຖິງຮາຍຮະອຽດສະວັດດີການ SFMNP ຂອງທ່ານ, ປະວັດຂອງການຊື້, ແລະຊອກຫາຮ້ານຄ້າທ້ອງຖິ່ນ. ທ່ານສົນໃຈບໍ່ໃນການດາວໂຫລດແອັບອັນນີ້?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັດສະວັດດີການ **SFMNP** ຈາກປີກາຍນີ້ (2023), ທ່ານອາດຈະສາມາດທີ່ຈະໃຊ້ໃຫມ່ອີກສໍາລັບຮະດູ  
ນີ້.ກະຊວງນາຊຽນເລກ 6 ຕົວສຸດທ້າຍຈາກບັດສະວັດດີການ **2023 WA-SFMNP** ຂອງທ່ານໃນບ່ອນວ່າງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:



ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍຂອງຮັດຖະບານກາງແລະນະໂຍບາຍຂອງກົມ **U.S. Department of Agriculture**, ສະຖາບັນແຫ່ງນີ້ໄດ້ຖືກຫວງຫ້າມຈາກການແບ່ງ  
ແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໂຍບາຍໃສ່ພື້ນຖານຂອງພື້ນຜິວພັນ,ສີສັນ,ເຊື້ອຊາດດັ້ງເດີມ,ເພດ,ອາຍຸ,ຄວາມເສຍອົງຄະຫລິການຕອບໂຕ້ຫລິການແກ້ໄຂຄັນຍ້ອນກິຈກັມການເຄື່ອນໄຫວທາງ  
ສິດທິພົນລະເມືອງໃນຜ່ານມາຢູ່ໃນໂຄງການຫລິກິຈກັມແນວໃດແນວນຶ່ງທີ່ຖືກດໍາເນີນການຫລິອອກເງິນທຶນໃຫ້ໂດຍ **USDA**. ກະຊວງນາຊຽນນຶ່ງອີກດ້ານນຶ່ງຂອງໃບຢັ້ງຢືນເພື່ອຮາຍ  
ຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

**ການບໍ່ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ**

**ອິດສາຣະພາບຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ**

ສະຖາບັນແຫ່ງນີ້ໄດ້ຖືກຫວງຫ້າມຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານຂອງເພດ,ພື້ນຜິວພັນ,ລັດທິ,ສາສະນາ,ສີສັນ,ເຊື້ອຊາດດັ້ງເດີມ,  
ອາຍຸ,ນັກຮົບເກົ່າຫລືສະພາບທະຫານ,ຄວາມອຸ່ນອຽງທາງເພດ,ຄວາມເສຍອົງຄະ,ຫລິການໃຊ້ທານນໍາທາງຫລືສັດບໍຣິການທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາ (ສັດບໍຣິ  
ການແມ່ນສັດທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາໂດຍສະເພາະເພື່ອຈະເຮັດວຽກຫລືປະຕິບັດພາລະກິດເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະ). (RCW  
49.60.030)

**USDA ການແຈ້ງການຂອງການບໍ່ແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ**

ໂດຍການສອດຄ່ອງນໍາກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮັດຖະບານກາງແລະກົດຮະບຽບແລະນະໂຍບາຍກ່ຽວກັບສິດທິພົນລະເມືອງຂອງກົມ **U.S.  
Department of Agriculture (USDA)**, **USDA**, ອົງການຂອງເຂົາເຈົ້າ,ຫ້ອງການ,ແລະພະນັກງານ,ແລະສະຖາບັນທີ່ເຂົາຮ່ວມນໍາແລະ  
ບໍຣິຫານໂຄງການຂອງ **USDA** ໄດ້ຖືກຫວງຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໂດຍອີງຕາມພື້ນຜິວພັນ,ສີສັນ,ເຊື້ອຊາດດັ້ງເດີມ,ເພດ,ຄວາມເສຍ  
ອົງຄະ,ອາຍຸ,ຫລິການຕອບໂຕ້ຫລິການແກ້ໄຂຄັນຍ້ອນກິຈກັມການເຄື່ອນໄຫວທາງສິດທິພົນລະເມືອງໃນຜ່ານມາຢູ່ໃນໂຄງການຫລິກິຈກັມແນວໃດແນວ  
ນຶ່ງທີ່ຖືກດໍາເນີນການຫລິອອກເງິນທຶນໃຫ້ໂດຍ **USDA**.

ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການແບບທາງອື່ນຂອງການຕິດຕໍ່ສື່ສານສໍາລັບຮາຍຮະອຽດຂອງໂຄງການ (ເຊັ່ນວ່າ,ຫນັງສືສໍາລັບຄົນຕາບອດ,  
ຕົວພິມໃຫຍ່,ເທັບອັດສຽງ,ພາສາອະເມຣິກັນໃບ້,ອື່ນໆ), ຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ (ຮັດຫລືທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ.  
ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຫຼຸຫວກ,ຍາກຕໍ່ການຟັງສຽງຫລືມີຄວາມເສຍອົງຄະດ້ານການປາກເວົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາ **USDA** ໂດຍຜ່ານ **Federal Relay Service**  
ໄດ້ທີ່ **(800) 877-8339**. ນອກຈາກນັ້ນອີກ,ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການຈະມີໄວ້ໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະກ່ຽວກັບໂຄງການ,ຂຽນປະກອບໃບຟອມ [USDA Program Discrimination  
Complaint Form](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) ຖືກພິບເຫັນທາງອອນລາຍນີ້ຢູ່ທີ່: [https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-  
discrimination-complaint](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), ແລະຢູ່ຕາມຫ້ອງການ **USDA** ທຸກໆບ່ອນ,ຫລືຂຽນຫນັງສືຈໍາຫນັກຊ່ວຍເຫລືອ **USDA** ແລະບອກຮາຍຮະ  
ອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ຕ້ອງມີໃສ່ໃນໃບຟອມ.ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາໂກປີຂອງໃບຟອມຮ້ອງທຸກ,ໂທຫາ **(866) 632-9992**. ຍື່ນໃບຟອມຫລືຫນັງສືທີ່ຖືກ  
ຂຽນປະກອບແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ **USDA** ໂດຍທາງ:

- (1) ໄປສະນີ: **U.S. Department of Agriculture**  
**Office of the Assistant Secretary for Civil Rights**  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

ຫມາຍເຫດ: ຢ່າສົ່ງທາງໄປສະນີໃບຄໍາຮ້ອງ **SFMNP** ໄປຫາທີ່ຢູ່ບ່ອນນ

- (2) ແຟກຊ໌: (202) 690-7442; ຫລື
- (3) ອີເມລ໌: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

ສະຖາບັນແຫ່ງນີ້ເປັນຜູ້ບໍຣິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.