

အကျိုးခံစားခွင့်လျှောက်ထားခြင်း (Application for Benefits)
အကယ်၍ သင်္ဘောပုံစံကို ဖတ်ရှုရန်နှင့် ဖြည့်စွက်ရန် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့အား အကူအညီတောင်းနိုင်ပါသည်။
ဤစာမျက်နှာအား သင်၏မှတ်တမ်းများအတွက် သိမ်းထားပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်အား ကျွန်ုပ် မည်သို့လျှောက်ထားရမည်နည်း။

- သင်၏လျှောက်ထားချက်ကို ပြည့်စုံ စေရန်အတွက် စာမျက်နှာ 3 မှ 6 အထိ ဖြည့်စွက်ပါ။ စာမျက်နှာ 3 တွင် သင်၏အမည်၊ လိပ်စာ နှင့် လက်မှတ် သို့မဟုတ် သင်၏လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ် ထားခြင်းခံရသော ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်ရေးထိုးကာ သင်၏ လျှောက်လွှာကို လက်ခံရေးအမှုထမ်းအားပေး၍ ယနေ့မှ စ၍ လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် လိပ်စာမရှိပါက လက်ခံ ရေးအမှုထမ်းအား ပြောခြင်း သို့မဟုတ် သင်၏ ဒေသန္တရ ရုံးခန်းသို့ ဖုန်းဆက်ခြင်းဖြင့် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။
- နေရာလွတ်လိုပါက စာရွက်အပိုများ တွဲပါ။
- စာမျက်နှာ 3 မှ 6 အထိကို ဒေသန္တရ ရုံးခန်းသို့ ယူသွားခြင်း သို့မဟုတ် စာတိုက်မှပေးပို့ခြင်း ပြုလုပ်ပါ။ စာမျက်နှာ 1 မှ 2 အထိ သင်၏မှတ်တမ်းများအတွက် သိမ်းထားပါ။
- လျှောက်လွှာအား သင်တတ်နိုင်သမျှ မြန်မြန်ဖြည့်စွက်ကာ ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုသော အချက်အလက်များအား မြန်မြန်ပေးအပ်ပါက အကျိုးကျေးဇူးခံစားခွင့်များ ပိုမိုရရှိမည်ဖြစ်ပြီး ၎င်းတို့ကို ဆောလျင်စွာ ရရှိနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား ဖယ်ဒရယ် နှင့် ပြည်နယ်အရာရှိများထံ တင်ပြမည်ဖြစ်ပါသည်။

အစားအသောက်နှင့် ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုကို ကျွန်ုပ် မည်သို့မြန်မြန် ရနိုင်မည်နည်း။

အကယ်၍ အစားအသောက်အကျိုးကျေးဇူးခံစားခွင့်ကို ယခုချက်ချင်းရယူလိုပါက စာမျက်နှာ 3 ရှိ မေးခွန်း 1 မှ 14 အထိ ဖြည့်စွက်ကာ ပုံစံစာရွက်အား လက်ခံရေးအမှုထမ်းထံသို့ ယူသွားပါ။ သင်၏ သက်သေခံအထောက်အထား ပြန်နိုင်မှုနှင့် အောက်ပါအချက်အလက်များကို ကြည့်၍ သင်သည် အစားအသောက်အထောက်အပံ့ရနိုင်၊ မရနိုင်ကို 7 ရက်အတွင်း ဆုံးဖြတ်မည်ဖြစ်ပါသည်။

- သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် ဤလအတွက် စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ ဒေါ်လာ 150 အောက် နှင့် ငွေပေါ်လွယ်သော အရင်းအမြစ် ဒေါ်လာ 100 အောက် ရရှိရမည်။
- သင်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေနှင့် အရင်းအမြစ်များမှာ သင်၏လစဉ် ငှားရမ်းမှုနှင့် သုံးစွဲမှုများ အောက်ရှိရမည်။
- သင်၏ အိမ်ထောင်စုတွင် ဆင်းရဲချို့တဲ့သော ပြောင်းရွှေ့လယ်ယာအလုပ်သမား သို့မဟုတ် ရာသီအလိုက်လုပ်ကိုင်သော လယ်ယာအလုပ်သမား ပါဝင်ရမည်။

သင်အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိနိုင်မရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်ပြီး နောက်တစ်ရက်တွင် အကျိုးခံစားခွင့်အား ပေးအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ အစားအသောက်အကျိုးကျေးဇူးခံစားခွင့်အား သင်၏လျှောက်ထားချက် ရရှိသည့်နေ့တွင် စတင်ပေးအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှုအား သင်အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိနိုင်မရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်ရန် အချက်အလက်အစုံအလင်ရရှိသည့်နေ့မှစ၍ စတင်ပေးအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။

ပြည်သူ့ပြည်သားများရရှိခွင့်

ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေနှင့် အမေရိကန်စိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) နှင့် အမေရိကန်ကျန်းမာရေး နှင့်လူမှုဝန်ဆောင်ရေးဌာန (HHS) ၏ မူဝါဒလမ်းစဉ်အရ ဤအဖွဲ့အစည်းသည် လူမျိုး၊ အသား အရောင်၊ နိုင်ငံသားစာစိမ့်ခြင်း၊ လိင်၊ အသက် သို့မဟုတ် ခန္ဓာကိုယ်မသန်စွမ်းမှု စသည်တို့ကို အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုကို တားမြစ်ထားသည်။ အစားအစာတံဆိပ်ရိုက်နှိပ်ရေး အက်ဥပဒေ နှင့် USDA ၏ မူဝါဒလမ်းစဉ်အရ ဘာသာရေးနှင့် နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက် စသည်တို့အပေါ် မူတည်၍ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုကိုလည်း တားမြစ်ထားသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက် တစ်ရပ်ကို ပိုင်တွဲရန် USDA သို့မဟုတ် HHS သို့ ဆက်သွယ်ပါ။ USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 သို့ စာရေးသားခြင်း သို့မဟုတ် (202) 720-5964 (အသံ နှင့် TDD) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 သို့ စာရေးသားခြင်း သို့မဟုတ် (202) 619-0403 (အသံ) သို့မဟုတ် (202) 619-3257 (TTY) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ USDA နှင့် HHS တို့သည် တူညီသော အခွင့်အရေးပေးအပ်သူများနှင့် အလုပ်ရှင်များ ဖြစ်ကြပါသည်။

လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေနှင့် လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်များ

သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော အခြားသူများသည် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေအရ အကူအညီမရနိုင်သော်လည်း သင်နှင့်နေထိုင်သော အချို့အတွက် အကူအညီ ရကောင်းရနိုင်မည်။ လျှောက်ထား သူမည်သူမဆို၏ အခြေအနေကို ပြောပြပေးရမည်။ ဤနိုင်ငံတွင်နေထိုင်ကြောင်း တရားဝင် သက်သေမပြနိုင်သူအချို့အတွက် ဆေးဝါးအစီအစဉ်များလည်း ကျွန်ုပ်တို့ထံတွင် ရှိပါသည်။

ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) အရ Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်)၊ TANF၊ သို့မဟုတ် အစားအသောက် အထောက် အပံ့အတွက် လျှောက်ထားသော သင်နှင့်အတူနေသည့် မည်သူမဆို၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) ကို ပေးရမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော မိဘများနှင့် ခင်ပွန်း၊ဇနီး တို့သည် လျှောက်ထားခြင်းမရှိသော်လည်း ၎င်းတို့၏ SSN များကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် SSN များမရှိသော လူအချို့အတွက် ဆေးဝါးကုသရေး အစီအစဉ်များ ရှိပါသည်။

SSN များကို အသုံးပြုကာ သက်သေခံနံပါတ် စစ်ဆေးခြင်း၊ အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိနိုင်မရှိမရှိကို အတည်ပြုခြင်း၊ လိမ်လည်မှုကို ကာကွယ်ခြင်းနှင့် တောင်းဆိုချက်များကို စုဆောင်းခြင်းများ ပြုလုပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်များကို စီစဉ်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်နှင့် ဥပဒေကို လိုက်နာရန် အခြားအေဂျင်စီများနှင့်လည်း သတင်းအချက်အလက်များလဲလှယ်မှုပြုမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဝရမ်းပြေးများအား ဖမ်းဆီးနေသော ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းပေးသည့် အေဂျင်စီများထံသို့လည်း ဤအချက်အလက်များကို ပေးပို့မည်ဖြစ်ပါသည်။

Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်)အတွက် နိုင်ငံသားခံယူမှုနှင့် သက်သေခံချက် အထောက်အထား

အမေရိကန်နိုင်ငံသားများသည် Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်)ကို လက်ခံရရှိရန် နိုင်ငံသားခံယူမှုနှင့် သက်သေခံချက် အထောက်အထား ပြသရမည်။ အထောက်အထားအခိုင်အလုံရရှိရန် သင်နှင့်အတူ ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်သည်။ သင် ငွေကြေးကုန်ကျမည့် အထောက်အထားအား လိုအပ်ပါက ကုန်ကျစရိတ်အား ကျွန်ုပ်တို့ဘက်မှကျခံကာ ပေးပို့မည်ဖြစ်သည်။ သင်၏အိမ်ထောင်စုမှ ခန္ဓာကိုယ်မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် အပိုလူမှုဖူလုံရေးဝင်ငွေရရှိမှု (SSI) တို့ကြောင့် Medicare (မယ်ဒီကဲလ်)နှင့် လူမှုဖူလုံရေးခန္ဓာကိုယ်မသန်စွမ်းမှုအာမခံ (SSDI) ရရှိမှုများ အပေါ် အထောက်အထားပြသရန် မလိုပါ။

အာမခံကြေး အစီအစဉ်

သင် သို့မဟုတ် သင်၏ကလေးသည် Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်) ခံစားခွင့် အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက သင်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံကြေးအား ပြန်လည်ပေးအပ်မည်ဖြစ်သည်။ လျှောက်ထားရန် <http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/> သို့ သွားပါ သို့မဟုတ် 1-877-562-3022 လိုင်းခွဲ 15473 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာကိစ္စနှင့် အစားအသောက်ထောက်ပံ့မှု

အစားအစာနှင့် အာဟာရဥပဒေ 2008 တွင်ပြင်ဆင်ထားသကဲ့သို့ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးစီ၏ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်အပေါ်အခြေခံ၍ လျှောက်လွှာပေါ်တွင် ကျွန်ုပ်တို့မေးထားသော သတင်းအချက်အလက်များကိုစုဆောင်းရန် ဌာနအား ခွင့်ပြုထားသည်။ တောင်းခံထားသော သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးခြင်းသည် မိမိဆန္ဒအလျောက်သာပေးခြင်းဖြစ်သည်။ မည်သို့ပင်ဆိုစေကာမူ ခိုင်လုံသော အကြောင်းပြချက်တစ်ခုမရှိဘဲ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်တစ်ခု သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်တစ်ခုအတွက် လျှောက်ထားသော သက်သေခံအထောက်အထားကို ပေးရန် ပျက်ကွက်ခြင်းသည် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်ကို ပေးရန်ပျက်ကွက်သည့် တစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီအတွက် အခြေခံအစားအစာ အကျိုးခံစားခွင့်များ ငြင်းဆန်ခြင်းကို ဖြစ်ပေါ်စေလိမ့်မည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အချို့ အချက်အလက်များကို အတည်ပြုရန် ဖယ်ဒရယ် ဝင်ငွေနှင့် ခံစားနိုင်ခွင့်ကို မှန်ကန်ကြောင်းအတည်ပြုပေးသည့်စနစ် (IEVS) အပါအဝင် ကွန်ပျူတာဖြင့် တိုက်ကြည့်သည့် ပရိုဂရမ်များဖြင့် အတည်ပြုမည်ဖြစ်သည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား အောက်ပါတို့တွင် အသုံးပြု သည်-	ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤအချက်အလက်များအား အောက်ပါတို့ကို ပေးပို့နိုင်သည်-
<ul style="list-style-type: none"> • ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များနှင့် ကိုက်ညီမည့်သူအား ဆုံးဖြတ်ရန် • အစားအသောက်ထောက်ပံ့မှု လိုအပ်သည်ထက်ပို၍ပေးခြင်းကို စုဆောင်းရန် • ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များကို စီမံခန့်ခွဲရန် • ဥပဒေကိုလိုက်နာကြောင်း သေချာစေရန် 	<ul style="list-style-type: none"> • ဖယ်ဒရယ် နှင့် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများကို တရားဝင် အသုံးပြုရန် • ဥပဒေကို ရှောင်ပြေးနေသူများအား ဖမ်းဆီးသည့် ဥပဒေပြဋ္ဌာန်းသော အေဂျင်စီများ • အစားအသောက်ထောက်ပံ့မှု လိုအပ်သည်ထက်ပို၍ပေးခြင်းကို စုဆောင်းသော သီးသန့်အေဂျင်စီများ

အစားအသောက် ထောက်ပံ့မှုတွင် ဥပဒေချိုးဖောက်မှုဖြစ်ရန်နှင့် ပတ်သက်၍ သတိပေးချက်

အစားအစာထောက်ပံ့မှုနှင့်ပတ်သက်၍ လျှောက်ထားသော လူများ၏ သတင်းအချက်အလက်များကို အခြားဖယ်ဒရယ် အေဂျင်စီများအား ထိုအချက်အလက်များကို ပေးပို့ကာ မှန်မမှန် စစ်ဆေးမည်ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ မည်သည့် သတင်းအချက်အလက်မဆို မမှန်ကန်ပါက လျှောက်ထားသူများသည် အစားအစာထောက်ပံ့မှု ရရှိမည် မဟုတ်ပါ။ မမှန်ကန်သော အချက်အလက်များကို သိရှိပါလျက်နှင့် ၎င်းတို့ပေးပို့ခဲ့ပါက ရာဇဝတ်ပြစ်မှုသဘောအရ တရားစွဲဆိုခံရနိုင်ပါသည်။ အစားအသောက်ထောက်ပံ့မှုဥပဒေများအား တမင်သက်သက် ချိုးဖောက်ခြင်းအတွက် ပြစ်ဒဏ်များမှာ အစီအစဉ်မှ ထုတ်ပယ်ခြင်းမှ ဒဏ်ငွေဆောင်စေခြင်း၊ သို့မဟုတ် ထောင်ဒဏ်ကျခံစေခြင်းအထိ အမျိုးမျိုးရှိပါသည်။

ဆေးဝါးကုသမှုနှင့် ရက်ရှည်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပြည်နယ်အားပြန်လည်ပေးဆပ်ခြင်း

- ဥပဒေအရ သင်သည်အသက် 55 သို့မဟုတ် 55 ထက်ကြီးပြီး Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်) သို့မဟုတ် ရက်ရှည်စောင့်ရှောက်မှုများခံယူသူဖြစ်ပါက သင်၏အမွေဥစ္စာပိုင်ဆိုင်မှုများ (သင်သေဆုံး ချိန်တွင်ပိုင်ဆိုင်မှုများ) အား Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်)၊ ဆေးဝါးဝန်ဆောင်မှုနှင့် ရက်ရှည်ပြုစောင့်ရှောက်မှုများ၏ ကုန်ကျစရိတ်အတွက် DSHS ကို ပေးဆပ်ရန် DSHS မှ ပြန်လည် ရယူမည်ဖြစ်သည်။ Medicare (မယ်ဒီကဲလ်) ငွေကြေးစုဆောင်းခြင်းအစီအစဉ်အား ကင်းလွတ်ခွင့်ပြုသည်။ မည်သည့်အရွယ်တွင်မဆို ပြည်နယ်ကထောက်ပံ့ထားသော ရက်ရှည်စောင့် ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များကို DSHS မှ ပြန်လည်ရယူမည်ဖြစ်သည်။ ယင်းအား ESTATE RECOVERY (အမွေဥစ္စာ ပိုင်ဆိုင်မှုများပြန်လည်ရယူခြင်း) ဟုခေါ်သည်။ လူမျိုးစုမြေများမှာမူ ပြန်လည်သိမ်းယူခြင်းမှ ကင်းလွတ်ခွင့်ပြုမည်ဖြစ်သည်။
- ရက်ရှည်စောင့်ရှောက်မှုတွင် COPES (ကုတ်စ်) ၊ Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်) သီးခြား ပြုစောင့်ရှောက်ခြင်း ၊ ဘိုးဘွားရိပ်သာ ဝန်ဆောင်မှုများ ၊ အရွယ်ရောက်ပြီးသူများ နေ့ကျန်းမာရေး၊ သီးသန့်ကျန်းမာရေးပြုစောင့်ရှောက်မှု၊ DDD HCBS ကင်းလွတ်ခွင့် လေးမျိုး- အခြေခံ၊ အခြေခံထက်ပိုသော၊ အဓိက ၊ လူ့အဖွဲ့အစည်း ကာကွယ်ရေး နှင့် အိမ်တွင်းနှင့် လူ့အဖွဲ့အစည်း ဝန်ဆောင်မှုများ၊ နှင့် ခန္ဓာကိုယ်မသန်စွမ်းသူများအတွက် ဖွံ့ဖြိုးရေး ဆိုင်ရာ ဌာနကြီးမှ ထောက်ပံ့ဖြည့်စည်းပေးသော အခြားဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။
- အမွေဥစ္စာ ပိုင်ဆိုင်မှုများပြန်လည်ရယူခြင်းသည် သင် သို့မဟုတ် သင်၏ကျန်ရှိသော ခင်ပွန်း၊ဇနီး အကယ်၍ ရှိပါက သေဆုံးပြီးသည့်တိုင်အောင် ဆောင်ရွက်မည်မဟုတ်ပါ။ အကယ်၍ သင့်တွင် အမွေဆက်ခံမည့်သူရှိပါက အမွေဥစ္စာ ပိုင်ဆိုင်မှုများပြန်လည်ရယူခြင်းသည် ခက်ခဲသော အကြောင်းအရင်းအချို့ကြောင့် ကြန့်ကြာနိုင်ပါသည်။
- အကယ်၍ သင်သည် ဘိုးဘွားရိပ်သာ သို့မဟုတ် အခြားဆေးဝါးထောက်ပံ့မှုပေးသောဧဟာတွင် အမြဲနေထိုင်သူဖြစ်ပါက ဆေးဝါးထောက်ပံ့မှု၊ ဆေးဝါးဝန်ဆောင်မှုနှင့် ရက်ရှည်ပြုစောင့် ရှောက်မှုများ၏ ကုန်ကျစရိတ်အတွက် ပြန်ပေးရန် DSHS မှ သင့်ပိုင်ဆိုင်မှု ပေါ်တွင်မူတည်၍ ၎င်းကို အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ထားပိုင်ခွင့် တစ်ရပ်ကို အမှုတွဲ ဖွင့်ထားနိုင်ပါသည်။ သင့်အိမ်သို့ ပြန်သွားပါက ထိုအာမခံအဖြစ်လက်ဝယ်ထားပိုင်ခွင့်ကို DSHS သည် ပြန်လည်ပယ်ဖျက်မည်ဖြစ်သည်။ အောက်ပါအချက်အလက်များရှိခဲ့ပါကလည်း ထိုအာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ထား ပိုင်ခွင့်အား DSHS သည် အမှုတွဲ မည်မဟုတ်ပါ-
 - ◆ သင်၏ခင်ပွန်း၊ဇနီး နေထိုင်လျှင်
 - ◆ သင့်တွင် မျက်စိမမြင်၊ ခန္ဓာကိုယ်မသန်စွမ်း သို့မဟုတ် အသက် 21 အောက် ကလေးရှိခဲ့ပြီး ၎င်းသည် ထိုအိမ်တွင်နေလျှင်
 - ◆ လူမှုရေးအရစာနာထောက်ထားရမည့် သင်၏ ညီအစ်ကိုမောင်နှမများသည် ထိုအိမ်တွင်နေထိုင်ပြီး ပြုစောင့်ရှောက်မှုပေးသောဧဟာသို့ သင်မဝင်မီ ကပ်လျက် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်အလိုတွင် နေထိုင်ခဲ့ပါက။

အကျိုးခံစားခွင့် လျှောက်ထားခြင်း (Application for Benefits)
 ဤပုံစံဖြည့်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက ထိုလေးထောင့်ကွက်တွင် အမှန်ဖြစ်ပါ။

1. အစအမည်	အလယ်အစစာလုံး	နောက်ဆုံးအမည်	လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် လုပ်ကိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်းခံရသော ကိုယ်စားလှယ် ၏လက်မှတ် (လိုအပ်ပါသည်)	2. အမူသည်၏သက်သေခံနံပါတ် (သိခဲ့လျှင်)	
3. သင်နေထိုင်သောလမ်း လိပ်စာ		မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ	4. အိမ်/ဆက်သွယ်ရမည့် ဖုန်းနံပါတ်
5. အီးမေးလ်လိပ်စာ (မတူခဲ့ပါက)		မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ	6. အခြားဖုန်းနံပါတ် (များ)

8. ကျွန်ုပ်သည် အတွက် လျှောက်ထားသည် (အကျိုးဝင်သော အရာများအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ)-

<input type="checkbox"/> ငွေကြေး	<input type="checkbox"/> အစားအသောက်
<input type="checkbox"/> ဆေးဝါး	<input type="checkbox"/> မူးယစ်ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက်ကုသမှု
<input type="checkbox"/> ဆေးဖိုးဝါးခအထောက်အပံ့ (နောက်ဆုံးသုံးလမှစ၍)	<input type="checkbox"/> ဘိုးဘွားရိပ်သာ
<input type="checkbox"/> လူနေမှုအထောက်အပံ့/ဘိုးဘွားရိပ်သာ	<input type="checkbox"/> မယ်ဒီကဲလ် ငွေကြေးစုဆောင်းမှုအစီအစဉ်
<input type="checkbox"/> စိတ်ကျန်းမာရေးဆေးရုံ (PII)	<input type="checkbox"/> ကုသ၍မရတော့သော ဝေဒနာရှင်များဂေဟာ
<input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု/ ခန္ဓာကိုယ်မသန်မစွမ်းသူအလုပ်သမားများ (HWD)	<input type="checkbox"/> အိမ်တွင်းရေရှည်ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ
<input type="checkbox"/> အခြား(စာရင်းပြုစုပေးပါ) _____	

9. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် အိမ်သားတစ်ဦး (အကျိုးဝင်သော အရာများအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ)- အိမ်တွင်း ပြင်းထန်သော အခြေအနေတွင်ရှိသည်

ကျန်းမာရေး ပြဿနာများကြောင့် အလုပ်မလုပ်နိုင်ပါ ခန္ဓာကိုယ် ချို့ယွင်းချက်ရှိသည် ကိုယ်ဝန်ရှိသည်/မီးဖွားမည့်နေ့ရက်- _____

10. ဤလအတွက် သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ငွေကြေးမည်မျှရရှိရန် မျှော်လင့်သနည်း။ \$ _____

11. သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ငွေသား မည်မျှနှင့် ဘဏ်စာရင်းငွေသား မည်မျှရှိသနည်း။ \$ _____

12. သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ငှားရမ်းမှု သို့မဟုတ် ပေါင်နှံမှုအတွက် မည်မျှပေးရသနည်း။ \$ _____

13. သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ရေလျှပ်စစ် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေမည်မျှ ပေးချေရသနည်း။ အပူပေးခြင်း/အအေးခံခြင်း ဖုန်း အခြား _____

14. သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ရာသီအလိုက် သို့မဟုတ် ပြောင်းရွှေ့သောလယ်ယာအလုပ်သမား ရှိပါသလား။ ရှိပါသည် မရှိပါ

15. အစားအသောက်ထောက်ပံ့မှုအတွက် လျှောက်ထားပါက သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် လူဦးရေမည်မျှအတွက် သင် ဝယ်ပြီးအစားအစာပြင်ဆင် ကျွေးမွေးရသနည်း။ _____

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

16. ကျွန်ုပ်သည် တယ်လီဖုန်းဖြင့် အင်တာဗျူးဖြေရန် လိုအပ်သည်။ ဤဖုန်းသို့ ခေါ်ပါ- _____

17. ကျွန်ုပ်သည် စကားပြန်လိုအပ်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် ပြောဆိုသည်- _____ သို့မဟုတ် လက်မှတ်၊ ကျွန်ုပ်၏ စာများအား ဘာသာသို့ပြန်ပေးပါ- _____

18. အကယ်၍ သင်၏အိမ်သားများအတွက် သင်မလျှောက်ထားလျှင်သော်မှ လူတိုင်းကို စာရင်းပြုစုပေးပါ(အပိုစာရွက်များ လိုအပ်ပါက တွဲပေးပါ)။

အမည် (ပထမအလယ်နောက်ဆုံး)	လိင် ကျား/မ	သင်နှင့်တော်စပ်ပုံ	မွေးသက္ကရာဇ်	ဤပုံစံအတွက် အကျိုးခံစားခွင့် သင် လိုချင်ပါက ရွေးချယ်ပါ	မလျှောက်ထားသူများ အတွက် ရွေးချယ်ရန်			
					လူမှုစုလုံခြုံရေးနံပါတ်	အမေရိကန် နိုင်ငံသားဖြစ် ပါက ရွေးချယ်ပါ	လူမျိုး(အောက်တွင်နမူနာ များကိုကြည့်ရန်)	လူမျိုးစုအမည်(အမေရိကန်- အင်ဒီယန်၊ အလက်စကားဖွားများ အတွက်)
		ကိုယ်တိုင်		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. ကျွန်ုပ်၏နောက်ခံလူမျိုးစုယဉ်ကျေးမှုမှာ စပိန်-အမေရိကန် သို့မဟုတ် လက်တင်-အမေရိကန်- ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ

လူမျိုးနှင့်ယဉ်ကျေးမှု နောက်ခံအချက်အလက်ဖြည့်သွင်းရန် လိုအပ်ပါသည်။ မဖြည့်သွင်းထားပါက **USDA** မှ အစားအသောက်အထောက်အပံ့ပေးရန်အတွက် သင့်ကိုယ်စား ကျွန်ုပ်တို့ကိုယ်တိုင် ဖြည့်သွင်းရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။ **လူမျိုးဥပမာများ-** လူဖြူ၊ လူမည်း၊ သို့မဟုတ် အာဖရိကန်-အမေရိကန်၊ အာရှ၊ ဟာဝါယီဖွား၊ ပစိဖိတ်ကျွန်းသား၊ အမေရိကန်-အင်ဒီယန်၊ အလက်စကားဖွား၊ သို့မဟုတ် အခြားလူမျိုးစုများ။

I. အထွေထွေ သတင်းအချက်အလက်

1. ပြီးခဲ့သော ရက် 30 အတွင်း၊ ကျွန်ုပ်သည် တခြားပြည်နယ်၊ လူမျိုးနွယ်စု၊ သို့မဟုတ် အခြားသော ရင်းမြစ်မှ ငွေကြေး၊ အစားအစာ သို့မဟုတ် ဆေးဝါးအကူအညီ ရရှိခဲ့သည်။ ရရှိခဲ့သည် မရရှိခဲ့ပါ
2. ဝါရင်တန်ပြည်နယ် အပြင်ဘက်တွင် နေထိုင်သည့် တစ်ဦးတစ်ယောက် အတွက် ကျွန်ုပ်တောင်းခံခြင်းရှိသည်- ရှိပါသည် မရှိပါ မည်သူနည်း- _____
3. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးသည် အထောက်အပံ့ရရှိနေသော တိုင်းတပါးသားဖြစ်သည်- ဖြစ်ပါသည် မဖြစ်ပါ မည်သူနည်း- _____
4. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးသည် ကျောင်းတက်နေသည်- ကျောင်းတက်ပါသည် ကျောင်းမတက်ပါ မည်သူနည်း- _____
5. တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် ယာယီအားဖြင့် အိမ်တွင် မရှိပါ- ရှိပါသည် မရှိပါ မည်သူနည်း- _____
6. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် စစ်တပ်တွင် အမှုထမ်းရန် လျှောက်ထားသည်- လျှောက်ပါသည် မလျှောက်ပါ မည်သူနည်း- _____
7. တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် စစ်တပ်တွင် အမှုထမ်းသော တစ်ဦးတစ်ယောက် (အသက်ရှင်ဆဲ သို့မဟုတ် သေဆုံးပြီး) ၏ မှီခိုသူ သို့မဟုတ် ခင်ပွန်း သို့မဟုတ် ဇနီး ဖြစ်သည်- ဖြစ်ပါသည် မဖြစ်ပါ
8. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် ကြီးလေးသော ရာဇဝတ်ပြစ်မှု တစ်ခုအတွက် တရားရုံး သို့မဟုတ် ထောင်သို့ သွားရမည့် ဥပဒေမှ ရှောင်ရှားထွက်ပြေး နေသည်- မှန်ပါသည် မမှန်ပါ
9. ကျွန်ုပ်သည် နေထိုင်သည်- ကျွန်ုပ် ကိုယ်ပိုင်အိမ် သို့မဟုတ် အခန်း စုဝေး၍နေသောအိမ် အခြား- _____
 လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်း (အမျိုးအစားကို စာရင်းပြုစုပါ)- _____ စတင်နေထိုင်ခဲ့သည့် ရက်စွဲ- _____
10. ကျွန်ုပ်သည်- လူလွတ် အိမ်ထောင်ရှိသူ တရားဝင်ကွာရှင်းပြီးသူ တရားဝင်ကွာရှင်းခြင်းမရှိဘဲ ကွဲနေသူ မုဆိုး ဝိုမ မှတ်ပုံတင်ထားသော အိမ်ထောင်စု အတွင်းတွင် ဖြစ်သည်

II. ဆေးဝါးကုသရေးနှင့် ကျန်းမာရေး အာမခံ သတင်းအချက်အလက် (အခြေခံ အစားအစာအတွက် မလိုအပ်ပါ)

- ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ခင်ပွန်း၊ ဇနီး၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးတစ်ယောက် (ဆီလျော်သော လေးထောင့်ကွက်ကို ရွေးချယ်ပါ)-**
1. ဆေးဝါးကုသရေးအထောက်အပံ့ (ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ဘိုးဘွားရိပ်သာကဲ့သို့) သို့ဝင်ရောက်ရန် စီစဉ်နေသည်၊ ဝင်ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် မကြာမီကမှ ထွက်ခဲ့သည်..... မှန်ပါသည် မမှန်ပါ
 2. ကျန်းမာရေး အာမခံရှိသည် (အကျုံးဝင်သော အားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ)- Medicare (မယ်(လ်)ဒီက) (DSHS ဆေးဝါးကုသရေး မဟုတ်ပါ) Tricare (ထရိုင်ကဲ) ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှု အာမခံ အိန္ဒိယ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ အခြား ကျန်းမာရေး အာမခံ- _____

III. အရင်းအမြစ်များ (ကလေးသူငယ်များ ဆေးဝါးကုသရေး၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင် ဆေးဝါးကုသရေး၊ HWD ၊ သို့မဟုတ် အခြေခံအစားအစာတို့ အတွက်မလိုအပ်ပါ) ပူးတွဲပါ အထောက်အထား

အရင်းအမြစ်တစ်ခုသည် သင်ပိုင်ဆိုင်သော သို့မဟုတ် သင်ဝယ်ယူထားပြီး ရောင်းချနိုင်သော၊ ကုန်သွယ်ရောင်းဝယ်နိုင်သော သို့မဟုတ် အခြားသူများကိုဆောင်ထားသည့် ငွေကြေးတို့ဖြင့် လဲလှယ်နိုင်သည့် မည်သည့်အရာမဆိုဖြစ်သည်။ အရင်းအမြစ်တစ်ခုတွင် ပရိဘောဂများ သို့မဟုတ် အပတ်များကဲ့သို့သော ကိုယ်ပိုင် ပိုင်ဆိုင်မှုများ မပါဝင်ပါ။ အရင်းအမြစ်များ၏ ဥပမာများမှာ-

- ငွေသား
- ထိန်းချုပ်ထားသော ငွေစာရင်း
- စုငွေ စာရင်း
- CDs
- ငွေဈေးကွက် ငွေစာရင်း
- ငွေစု စာချုပ်များ
- စာချုပ်များ
- အသင်းဝင်များ ရယ်ယာထပ်တူ ရောင်းချနိုင်ရန်အခြားလုပ်ငန်းတို့တွင် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံပေးသော ကုမ္ပဏီ
- ရင်းနှီးမြှုပ်နှံသည့်အနေဖြင့် ယင်းတန်ဖိုးမှ ဝယ်ယူထားသည့် တစ်စိတ်တစ်ဒေသ
- တစ်စုံတစ်ဦးအားနှစ်စဉ် ထုတ်ပေးငွေ
- ယုံမှတ်အပ်နှံငွေ
- IRA
- 401K
- အငြိမ်းစားဘဝ ရန်ပုံငွေ
- အိမ်များ၊ သင်နေထိုင်သည့် တစ်ခုအပါအဝင်
- အိမ်ခန်းတွဲ တိုက်တန်း
- မြေ
- ရောင်းရငွေ သဘောတူစာချုပ်များ
- အဆောက်အအုံ
- တစ်သက်တာ ကိုယ်ပိုင် နယ်မြေ
- အသက် အာမခံ
- နာရေး ရန်ပုံငွေများ၊ ကြိုတင်ပေးချေထား သော အစီအစဉ်များ
- ကောလိပ်ကျောင်း ရန်ပုံငွေများ
- အပန်းဖြေအနားယူရန် အိမ်ကိုစုပေါင်းပြီး အလှည့်ကျ အနားယူသည့် အစီအစဉ်
- စီးပွားရေးအဖွဲ့အစည်းသုံး ကိရိယာ တန်ဆာပလာများ
- စိုက်ပျိုးမွေးမြူရေးခြံသုံး ကိရိယာ တန်ဆာပလာများ
- မွေးမြူရေးလုပ်ငန်း

သင်၊ သင်၏ခင်ပွန်း၊ ဇနီး သို့မဟုတ် သင်လျှောက်ထားသော တစ်ယောက်ယောက်၏ ပိုင်ဆိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် ဝယ်ယူထားခြင်း အတွက် အရင်းအမြစ်များကို ကျေးဇူးပြု၍ စာရင်းပြုစုပါ-

အရင်းအမြစ်	မည်သူ ပိုင်ဆိုင်သနည်း	တည်နေရာ	တန်ဖိုး	မည်သူ ပိုင်ဆိုင်သနည်း	တည်နေရာ	တန်ဖိုး
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

2. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ခင်ပွန်း၊ ဇနီး၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်ဦးတစ်ယောက်တွင် ကားများ၊ ကုန်တင်ကားများ၊ အလုပ်ပိတ်မော်တော်ယာဉ်များ၊ လှေများ၊ RVs ၊ နောက်တွဲ ယာဉ်များ၊ သို့မဟုတ် အခြား မော်တော်ယာဉ်များ ရှိသည်-

နှစ် (၂၀၀၈ - 1980)	ပြုလုပ်သည် (၂၀၀၈ - FORD)	မော်ဒယ် (၂၀၀၈ - ESCORT)	အကယ်၍ စာချုပ်နှင့်အညီက ရွေးချယ်ပါ	အကယ်၍ ဆေးကုသမှုနှင့်ဆိုင်သော ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ယာဉ်ကို အသုံးပြုပါက ရွေးချယ်ပါ	အကြေးတင်သည့် ပမာဏ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ခင်ပွန်း၊ ဇနီး၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် လွန်ခဲ့သော ငါးနှစ်က အရင်းအမြစ်တစ်ခု (ယုံမှတ်အပ်နှံငွေများ၊ ယာဉ်များ သို့မဟုတ် တစ်သက်တာ ကိုယ်ပိုင်နယ်မြေ အပါအဝင်) ကို ရောင်းခဲ့သည်၊ ကုန်သွယ်ခဲ့သည်၊ မေတ္တာ လက်ဆောင်ပေးခဲ့သည်၊ သို့မဟုတ် ပြောင်းရွှေ့ခဲ့သည် - ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ အကယ်၍ ဟုတ်ပါက၊ မည်သည့်အရာ- _____ မည်သည့်အချိန်- _____

လျှောက်ထားသူ၏ အမည်	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ်	အမှုသည် သက်သေခံ နံပါတ်
--------------------	----------------------	------------------------

IV. အကျိုးအမြတ်ရသည့် ဝင်ငွေ ပူးတွဲပါ အထောက်အထား

- ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ခင်ပွန်း၊ ဇနီး၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် အလုပ်တစ်ခုရှိခဲ့ပြီး ပြီးခဲ့သော ရက် 60 အတွင်းက ပြီးဆုံးသွားခဲ့သည်-
 ဟုတ်ပါသည် မဟုတ်ပါ
- ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ခင်ပွန်း၊ ဇနီး၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားသော တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် အလုပ်မှ ဝင်ငွေရှိခဲ့သည်- ရှိခဲ့သည် မရှိခဲ့ပါ အကယ်၍ ရှိခဲ့ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ဤကဏ္ဍကို ဖြည့်ပါ-

မည်သူသည် ဤဝင်ငွေကို ရသည် _____	စုစုပေါင်း လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပမာဏ (အခွန်များ မပေးဆောင်မီ ဒေါ်လာ ပမာဏ) \$ _____ တိုင်း - <input type="checkbox"/> နာရီ <input type="checkbox"/> တစ်ပတ်
အလုပ်ရှင်၏ အမည် နှင့် ဖုန်း နံပါတ် _____	<input type="checkbox"/> နှစ်ပတ် <input type="checkbox"/> တစ်လ နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လ
စတင်သည့် ရက်စွဲ _____	တစ်ပတ်လျှင် နာရီများ- _____
ဤအလုပ်သည် ကိုယ်ပိုင် အလုပ်လား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	လခ ပေးသည့် ရက်စွဲများ (ဥပမာ- 1 နှင့် 15 သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)-

မည်သူသည် ဤဝင်ငွေကို ရသည် _____	စုစုပေါင်း လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ပမာဏ (အခွန်များ မပေးဆောင်မီ ဒေါ်လာ ပမာဏ) \$ _____ တိုင်း - <input type="checkbox"/> နာရီ <input type="checkbox"/> တစ်ပတ်
အလုပ်ရှင်၏ အမည် နှင့် ဖုန်း နံပါတ် _____	<input type="checkbox"/> နှစ်ပတ် <input type="checkbox"/> တစ်လ နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လ
စတင်သည့် ရက်စွဲ _____	တစ်ပတ်လျှင် နာရီများ- _____
ဤအလုပ်သည် ကိုယ်ပိုင် အလုပ်လား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	လခ ပေးသည့် ရက်စွဲများ (ဥပမာ- 1 နှင့် 15 သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)-

V. အခြား ဝင်ငွေ (အိမ်ထောင်စုဝင်များ အားလုံးအတွက် သုံးပါ) ပူးတွဲပါ အထောက်အထား

	မည်သူ ဝင်ငွေရသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ် ပမာဏ	မည်သူ ဝင်ငွေရသနည်း။	စုစုပေါင်း လစဉ် ပမာဏ
အလုပ်လက်ခံ ထောက်ပံ့ကြေး		\$		\$
လူမှုဖူလုံရေး		\$		\$
အပိုဆောင်းသော လူမှုဖူလုံရေး ဝင်ငွေ (SSI)		\$		\$
ကလေးသူငယ် အထောက်ပံ့ သို့မဟုတ် ခင်ပွန်း၊ ဇနီး ထောက်ပံ့မှု		\$		\$
အငြိမ်းစားဘဝ သို့မဟုတ် သက်ပြည့်အငြိမ်းစားလစာ		\$		\$
စစ်မှုထမ်းဟောင်း အုပ်ချုပ်ရေး (VA) သို့မဟုတ် စစ်တပ် ထောက်ပံ့ကြေး		\$		\$
ကာယလုပ်သား နှင့် စက်မှုလုပ်ငန်းများ (L&I) သို့မဟုတ် အာမခံ ထောက်ပံ့ကြေး		\$		\$
ယုံမှတ်အပ်နှံငွေ		\$		\$
အတိုး		\$		\$
မီးရထားလမ်း ထောက်ပံ့ကြေး		\$		\$
အငှား ဝင်ငွေ		\$		\$
အခြား-		\$		\$
အခြား-		\$		\$

VI. တစ်စုံတစ်ဦးအား နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေ (ယခု သို့မဟုတ် အနာဂတ်တွင် မည်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်မဆို ပုံမှန် လစာများ လက်ခံရရှိရန် ပြုလုပ်သည့် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ)

တစ်စုံတစ်ဦးအားနှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေ မည်သို့ပိုင်ဆိုင်သနည်း။	ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် ကူညီစောင့်ရှောက်မှုပေးသော အဖွဲ့အစည်းလား။	ပမာဏ သို့မဟုတ် တန်ဖိုး	လစဉ် ဝင်ငွေ	ဝယ်ယူခဲ့သည့် ရက်စွဲ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်၏ ခင်ပွန်း၊ ဇနီး သည် တစ်စုံတစ်ယောက်အားနှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေ အကျိုးခံစားသူဖြစ်ပြီး သင်သည် Medicaid (မယ်ဒီအိဒ်) ရေရှည် ပြုစောင့်ရှောက်ခြင်း ထောက်ပံ့ကြေးများကို လက်ခံလျှင် ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် အား တစ်စုံတစ်ယောက်အားနှစ်စဉ်ထုတ်ပေးငွေ၏ ကျန်ရှိသည့် အကျိုးခံစားသူ အဖြစ် အမည် ပေးရမည်။

VII. လစဉ် ကုန်ကျစရိတ်များ ပူးတွဲပါ အထောက်အထား

ငှားရမ်းခ \$	ပေါင်နှံငြင်း \$	နေရာလပ် ငှားရမ်းခ \$	အိမ်စနိုးတွဲ တိုက်တန်း အများ \$
အိမ်ပိုင်ရှင်၏ အာမခံ \$	မြေနှင့် အိမ်ယာ အဆောက်အအုံ အခွန်များ \$	မြေနှင့် အိမ်ယာ အဆောက်အအုံ အကဲဖြတ်ခြင်းများ \$	အခြား အများ \$
ထောက်ပံ့ကြေးပေးသည့် အိမ်ယာများကဲ့သို့သော အခြား ပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အေဂျင်စီသည် ဤကုန်ကျစရိတ်များ၏ အားလုံး သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း ပေးခြင်းတွင် ကျွန်ုပ်ကို ကူညီသည်- <input type="checkbox"/> ကူညီပါသည် <input type="checkbox"/> မကူညီပါ			
အကယ်၍ ကူညီပါက၊ မည်သူ- _____ မည်သည့် ကုန်ကျစရိတ်- _____ သူတို့ပေးသည့် ပမာဏ- ဒေါ်လာ _____ ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏ ခင်ပွန်း၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ယောက်ယောက်သည် ပေးသည့် သို့မဟုတ် ပေးလိမ့်မည်ဟု ယူဆသည် (အကျိုးဝင်သော အရာများအားလုံးကို ရွေးချယ် ပါ)- <input type="checkbox"/> ကလေးသူငယ် သို့မဟုတ် အရွယ်ရောက်သော မိမိ ပြုစုစောင့်ရှောက်ခြင်း (သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး စရိတ် အပါအဝင်)			
လစဉ် ပမာဏ- \$		မည်သူ ပေးသည်-	
<input type="checkbox"/> မသန်စွမ်းသူများ သို့မဟုတ် အသက် 60 + နှစ် အထက် ပုဂ္ဂိုလ်များအတွက် ကျန်းမာရေး ကျသင့်ငွေ တောင်းခံလွှာ (သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး စရိတ်နှင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ ပရီမီယံ အပါအဝင်)			
လစဉ် ပမာဏ- \$		မည်သူ ပေးသည်-	
<input type="checkbox"/> ကလေးသူငယ် အထောက်အပံ့			
လစဉ် ပမာဏ- \$		မည်သူ ပေးသည်-	

အကယ်၍ သင်သည် အထက်တွင် စာရင်းပြုစုထားသည့် ကုန်ကျစရိတ်များ၏ မည်သည့်အရာကိုမျှ အစီရင်ခံပါက ဤကုန်ကျစရိတ်အတွက် ဖြတ်တောက်ခြင်းတစ်ခုကို လက်ခံရန် သင့်မလိုအပ်ပါဟု သင့်အိမ်ထောင်စု၏ ထုတ်ပြန်ချက်တစ်ခုအဖြစ် ကျွန်ုပ်တို့ စဉ်းစားလိမ့်မည်။

VIII. လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်းခံရသည့် ကိုယ်စားလှယ်

လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်းခံရသည့် ကိုယ်စားလှယ် တစ်စုံတစ်ယောက်သည် သင်၏ထောက်ပံ့ကြေးများအကြောင်းကို ပြောရန် **DSHS** ကို သင်ခွင့်ပြုသည့် သူဖြစ်သည်။ သင်သည် တစ်စုံတစ်ယောက်ကို အမည်ပေးနိုင်သည်။ သို့သော် သင်မလိုအပ်ပါ။

သင့်တွင် လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ထားသည့် ကိုယ်စားလှယ် ရှိပါသလား။	<input type="checkbox"/> ရှိပါသည်	<input type="checkbox"/> မရှိပါ
ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် သင်၏ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူလား။	<input type="checkbox"/> ရှိပါသည်	<input type="checkbox"/> မရှိပါ
ဤပုဂ္ဂိုလ်တွင် အကျိုးဆောင်ကိုယ်စားလှယ် ရှိပါသလား။	<input type="checkbox"/> ရှိပါသည်	<input type="checkbox"/> မရှိပါ

အမည် _____ တော်စပ်ပုံ _____ တယ်လီဖုန်း နံပါတ် _____

လမ်း လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ စာပို့ သင်္ကေတ _____

စာပို့ လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ စာပို့ သင်္ကေတ _____

တရားဝင်ကြေငြာခြင်း နှင့် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအမှုများ

အရွယ်ရောက်သူများ အတွက် ငွေသား သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုနှင့်ဆိုင်သော တောင်းခံခြင်းဖြစ်ပါက၊ အိမ်ထောင်စုရှိ အရွယ်ရောက်သူများအားလုံး (သို့မဟုတ် လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်းခံရသော ကိုယ်စားလှယ်များ) လက်မှတ်ထိုးရမည်။ အကယ်၍ ကလေးများအတွက် အစားအစာ အထောက်အပံ့ သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုနှင့်ဆိုင်သော တောင်းခံခြင်းအတွက်၊ လျှောက်ထားသူ(သို့မဟုတ် လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်ခြင်းခံရသော ကိုယ်စားလှယ်)သည် လက်မှတ်ထိုးရမည်။

အောက်ပါတို့ကို ကျွန်ုပ်လုပ်ရမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်သည် -

- မှန်ကန်သော သတင်းအချက်အလက်ပေးခြင်း နှင့် အစီရင်ခံထားသည့် လိုအပ်ချက်များ လိုက်နာသည်။
- ကျွန်ုပ်အရည်အချင်းပြည့်မီသည်ကို အထောက်အထားနှင့် ပြသည်။
- လိုအပ်နေသောမိသားစုများအတွက် ယာယီအကူအညီ (TANF) ကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိသောအခါ၊ ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်သို့ ကလေးသူငယ် အထောက်အပံ့နှင့် ဆေးကုသမှုနှင့်ဆိုင်သော အထောက်အပံ့သို့ အခွင့်အရေးအချို့ ခွဲဝေသတ်မှတ်ရမည်။ ဆေးဝါးကုသစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးခံစားခွင့်များကို ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိသောအခါ၊ ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်သို့ ဆေးကုသမှုနှင့်ဆိုင်သော ပြုစုစောင့်ရှောက်ခြင်းအတွက် သူတပါးထိခိုက်မှုအတွက် အာမခံပေးခြင်းများကို ခွဲဝေသတ်မှတ်ရမည်။ မည်သို့ပင်ဆိုစေကာမူ အကယ်၍ထိုအရာသည် ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ ကလေးများအား အန္တရာယ်ဖြစ်စေလျှင် ကလေးသူငယ်အထောက်အပံ့၊ ဆေးကုသမှုအထောက်အပံ့ သို့မဟုတ် သူတပါးထိခိုက်မှုအတွက် အာမခံပေးခြင်းအား ဆက်လက်မလုပ်ဆောင်ရန် **DSHS** ကို ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုနိုင်သည်။
- အစားအစာ အထောက်အပံ့ အလုပ် လိုအပ်ချက်များဖြင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်သည်

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ဤအရာများကို မလုပ်ခဲ့လျှင်၊ ကျွန်ုပ်သည် အထောက်အပံ့များအတွက် ငြင်းဆိုကောင်းငြင်းဆိုခံရမည် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို ပြန်ပေးမည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် အများ ထုတ်ပြန်ချက်တစ်ခုကို ပြုလုပ်ခဲ့ခြင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်အစီရင်ခံသည့် အရာကို အစီရင်ခံရန် ပျက်ကွက်ခဲ့ပါက ၊ ကျွန်ုပ်သည် ပြစ်မှုဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ တရားစွဲခံရနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်သည်။

ကျွန်ုပ်အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း အထောက်အထားရရန် အကူအညီလိုအပ်သောအခါ အခြား ပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းများ ကို ဆက်သွယ်ရန် ကျွန်ုပ်သည် **DSHS** ကို လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲအပ်သည်။

ကျွန်ုပ် လုပ်ပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ယူခြင်းများကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ပြီးပြီ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သို့ ရှင်းပြပြီးပြီဖြစ်ပြီး အမှုသည် လုပ်ပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ယူခြင်းများ **DSHS 14-113** ၏ မိတ္တူကော်မတီကို လက်ခံရရှိခဲ့သည်။ ကျွန်ုပ် ပေးခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် လျှောက်ထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ တိုင်းတပါးသား အခြေအနေနှင့် နိုင်ငံသားနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များ အပါအဝင် ဤလျှောက်လွှာပါ သတင်းအချက်အလက်သည် မှန်ကန်ကြောင်း နှင့် စစ်မှန်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်သည် ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်၏ ဥပဒေများအရ မှသား သက်သေခံခြင်း၏ ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် မှန်ကန်ကြောင်း တရားဝင်ဖော်ပြသည် သို့မဟုတ် တရားဝင်ကြေငြာသည်။

လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	လျှောက်ထားသူ၏ ဖော်ပြပါ အမည်	လက်မှတ်ထိုးသည့် မြို့နှင့် ပြည်နယ်
အခြား အရွယ်ရောက်ပြီးသော လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	အခြားအရွယ်ရောက်ပြီးသော လျှောက်ထားသူ၏ ဖော်ပြပါ အမည်	လက်မှတ်ထိုးသည့် မြို့နှင့် ပြည်နယ်
ကူညီပေးသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	ကိုယ်စားလှယ်၏ ဖော်ပြပါ အမည်	လက်မှတ်ထိုးသည့် မြို့နှင့် ပြည်နယ်
"X" ဖြင့် လက်မှတ်ထိုးခဲ့ပါလျှင် သက်သေ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	သက်သေ၏ ဖော်ပြပါ အမည်	