

ລາຍງານກິຈກັມ **Workfare** ຂອງໂຄງການອາຫານຈຳເປັນ
Basic Food Workfare Activity Report

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ	ເລກຂອງລູກຄ້າ
ຊື່ຂອງພະນັກງານ	ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນ (CSO)

Workfare ແມ່ນຫົນທາງນຶ່ງສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ທີ່ບໍ່ມີຄົນຫວັງເພິ່ງ (ABAWD) ທີ່ຈະຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນຢູ່, ໂດຍການເຮັດວຽກທີ່ບໍ່ຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ສຳລັບສາທາຣະນະຊົນ ຫລື ອົງການເອກະຊົນທີ່ບໍ່ຫວັງຜົນກຳໄລ (ອົງການຕາມຊຸມນຸມຊົນ, ໂຮງຮຽນ, ອື່ນໆ).

ຄຳແນະນຳສຳລັບລູກຄ້າ:

- ຖືເອົາຟອມໃບນີ້ໄປຫາຫ້ອງການ **Workfare** ຢູ່ຕາມຊຸມນຸມຊົນແຕ່ລະເດືອນ, ເພື່ອຈະພິສູດຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດວຽກໃນ **Workfare** ສຳລັບເດືອນນັ້ນ.
- ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສິ່ງໃບຟອມປະຈຳເດືອນເວົ້າມາບໍ່ກາຍເກີນ **10** ວັນ ຫລັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດຄົບຈຳນວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ **Workfare** ຕຳສຸດຂອງທ່ານ.
- ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກງານອາສາສະມັກໃນແຕ່ລະເດືອນ ເພື່ອຈະຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນຂອງທ່ານຢູ່. ຈຳນວນຂອງຊົ່ວໂມງໃນວຽກງານອາສາສະມັກໄດ້ຖືກຄິດໄລ່ໂດຍການຫານເອົາຈຳນວນການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານໃສ່ເງິນຄ່າຮຽງງານຕຳສຸດຂອງຣັດ. ຕົວຢ່າງວ່າການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນ **\$192** ຕໍ່ເດືອນ/ເງິນຄ່າຮຽງງານຕຳສຸດຂອງຣັດ **\$12.00** = ຊົ່ວໂມງໃນວຽກງານອາສາສະມັກ **16** ຊົ່ວໂມງ.
- ຟອມໃບນີ້ຕ້ອງຖືກ ຂຽນປະກອບ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ ໂດຍຫ້ອງການ **Workfare** ທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາ.
- ສິ່ງໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃບນີ້ເວົ້າມາຫາກົມ **DSHS** ໂດຍ:
 - ການສົ່ງທາງໂທຟັກຊີໄປທີ່ເລກ **1-888-338-7410**; ຫລື
 - ການຖືໃບຟອມໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ (**CSO**); ຫລື
 - ການສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່: **DSHS CSD Customer Service Center**
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນ WORKFARE ທີ່ໃຫ້ການຢັ້ງຢືນ:

ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຕ້ອງສອດຄ່ອງນຳກິດກຳນິດວຽກງານຂອງ **ABAWD** ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນ. ຫົນທາງນຶ່ງເພື່ອຈະສອດຄ່ອງນຳກິດກຳນິດອັນນີ້ແມ່ນຜ່ານ **Workfare**.

ກະຣຸນາຂຽນປະກອບ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບແຈ້ງການຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອຈະພິສູດຈຳນວນຂອງຊົ່ວໂມງທີ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ໄດ້ເອົາວຽກງານອາສາສະມັກໃຫ້.

ຂໍອອບໃຈໃນຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າ _____ ໄດ້ເຮັດ _____ ຊົ່ວໂມງໃນວຽກທີ່ບໍ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້ໃນຣະຫວ່າງ
 ຊື່ຂອງລູກຄ້າ ຈຳນວນຊົ່ວໂມງ

ເດືອນ _____
 ເດືອນ,ປີ

ກະຣຸນາສັງເກດວ່າບ່ອນໃດທີ່ເປັນເຈົ້າພາບຂອງ **Workfare** ໄດ້ຂຽນປະກອບ, ເຊັນຊື່ໃສ່ ແລະ ສິ່ງຢືນໃບສັນຍາ **Basic Food Volunteer Workfare Agreement, DSHS 09-866**, ກົມສັງຄົມສົງເຄາະແລະສາທາຣະນະສຸກ (**DSHS**) ຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ສຳລັບຄ່າຂອງການຄຸ້ມກັນປະກັນພັຍອຸດສາຫະກັມສຳລັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຂອງ **Workfare**. ກົມແຮງງານ ແລະ ອຸດສາຫະກັມບໍ່ສາມາດໃຫ້ການຮັບປະກັນວ່າການຄຸ້ມກັນສຳລັບທິດແທນຂອງພະນັກງານຈະເອົາຄວາມຄຸ້ມກັນເຕັມທີ່ຈາກຄວາມຮັບຜິດຊອບການທວງຄວາມເຈັບທ້ອະມານ. ຢູ່ໃນທຸກໆກໍຣະນີ, ກົມ **DSHS** ຈະບໍ່ຮັບຮູ້ເອົາຄວາມຮັບຜິດຊອບສຳລັບການບາດເຈັບຕ່າງໆ ຫລື ການເສັຽຊີວິດຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຂອງ **WORKFARE** ໃນຂະນະທີ່ເຮັດວຽກງານຢູ່.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ
ຊື່ (ກະຣຸນາຂຽນເປັນຕົວ)	ເລກໂທຣະສັບ
ຫນ້າທີ່ການ	ທີ່ຢູ່ອີແມລ໌
ຊື່ຂອງຫ້ອງການ	

COPIES TO: Provider; Financial Services Specialist; Client

