

## 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.
- ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສົ່ງໃບຟອມປະຈຳເດືອນເຂົ້າມາບໍ່ກາຍເກີນ **10** ວັນ ຫລັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດຄົບຈຳນວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ **Workfare** ຕໍ່ສຸດຂອງທ່ານ.
- ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກງານອາສາສະມັກໃນແຕ່ລະເດືອນ ເພື່ອຈະຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນຂອງທ່ານຢູ່. ຈຳນວນຂອງຊົ່ວໂມງໃນວຽກງານອາສາສະມັກໄດ້ຖືກຄິດໄລ່ໂດຍການຫານເອົາຈຳນວນການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານໃສ່ເງິນຄ່າຮຽງງານຕໍ່າສຸດຂອງຣັດ. ຕົວຢ່າງວ່າການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນ **\$192** ຕໍ່ເດືອນ/ເງິນຄ່າຮຽງງານຕໍ່າສຸດຂອງຣັດ **\$11.00** = ຊົ່ວໂມງໃນວຽກງານອາສາສະມັກ **17** ຊົ່ວໂມງ.
- ຟອມໃບນີ້ຕ້ອງຖືກ **ຂຽນປະກອບ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່** ໂດຍຫ້ອງການ **Workfare** ທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາ.
- **ສິ່ງໃບຟອມທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວໃບນີ້ເວົ້າມາຫາກົມ DSHS ໂດຍ:**
  - ການສົ່ງທາງໂທຢາຍໄປທີ່ເລກ **1-888-338-7410**; ຫລື
  - ການຖືໃບຟອມໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທີ່ຖິ່ນຂອງທ່ານ (**CSO**); ຫລື
  - ການສົ່ງທາງໄປສະນີໄປທີ່: **DSHS CSD Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699**

ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນ WORKFARE ທີ່ໃຫ້ການຢັ້ງຢືນ:

ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຕ້ອງສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດວຽກງານຂອງ **ABAWD** ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຈຳເປັນ. ຫົນທາງນຶ່ງເພື່ອຈະສອດຄ່ອງນຳກົດກຳນົດອັນນີ້ແມ່ນຜ່ານ **Workfare**.

ກະຮຸນາຂຽນປະກອບ ແລະ ເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຮ່າງການຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອຈະພິສູດຈຳນວນຂອງຊົ່ວໂມງທີ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ໄດ້ເອົາວຽກງານອາສາສະມັກໃຫ້.

ຂໍອອບໃຈໃນຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າ \_\_\_\_\_ ໄດ້ເຮັດ \_\_\_\_\_ ຊົ່ວໂມງໃນວຽກທີ່ບໍ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້ໃນຣະຫວ່າງ  
ຊື່ຂອງລູກຄ້າ ຈຳນວນຊົ່ວໂມງ

ເດືອນ \_\_\_\_\_  
ເດືອນ,ປີ

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

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ
ຊື່ (ກະຮຸນາຂຽນເປັນຕົວ)	ເລກໂທຣະສັບ
ຫນ້າທີ່ການ	ທີ່ຢູ່ອີແມລ໌
ຊື່ຂອງຫ້ອງການ	

**COPIES TO:** Provider; Financial Services Specialist; Client

