

ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ຫລື ອາຫານ

Application for Cash or Food Assistance

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການອ່ານ ຫລື ຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້, ກະຮຸນາຂໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກພວກເຮົາ. ເກັບຮັກສາເຈ້ງຫນ້ານີ້ໄວ້ສໍາລັບບັນທຶກຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ຫລື ອາຫານໄດ້ຢ່າງໃດ?

ທ່ານສາມາດ ເລີ່ມຕົ້ນ ການດໍາເນີນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານດຽວນີ້ໂດຍການສົ່ງຄໍາຮ້ອງໃບນີ້ໂດຍຕົນເອງຢູ່ທີ່ຫ້ອງການບໍລິການຄຸມນຸມຄຸນ. ຄໍາຮ້ອງຕ້ອງມີຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫລື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຍື່ນໃບທວນຄືນເບິ່ງຂອງທ່ານໂດຍທັນທີໂລດເຖິງແມ່ນວ່າມັນຈະບັນຈຸ ແຕ່ສິ່ງສາມຢ່າງເຫລົ່ານີ້ກໍຕາມ.

- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຫລາຍກວ່າ ຫລື ໄດ້ຮັບໄວກວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ, ຂຽນປະກອບ, ແລະ ເອົາໃຫ້ພວກເຮົາໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ ແລະ ອາຍຸຮອດອື່ນໆຕ່າງໆທີ່ພວກເຮົາຂໍເອົາໂດຍໄວເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້.
- ທ່ານສາມາດເອົາໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານໄປຫາຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນ. ຈົ່ງເບິ່ງ www.dshs.wa.gov ເພື່ອສະຖານທີ່.
- ແຟກຊໂບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານໄປທີ່ 1-888-338-7410
- ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານໄປຫາທີ່ຢູ່ຕໍ່ລົງໄປນີ້: DSHS CSD-Customer Service Center PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699

- ທ່ານສາມາດຂໍເອົາທາງອອນລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ www.washingtonconnection.org
- ສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບທ່ານຕ້ອງຂໍເອົາບໍ່ວ່າຈະເປັນທາງອອນລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ www.wahealthplanfinder.org, ໂດຍການ ໂທຫາເລກ 1-855-923-4633, ຫລື ໂດຍການໃຊ້ໃບຄໍາຮ້ອງສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ (HCA 18-001).

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອນໍາອາຫານ ແລະ ເງິນສົດໄດ້ໄວເທົ່າໃດ?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານໂດຍທັນທີໂລດ, ຈົ່ງຂຽນໃສ່ຄໍາຖາມ 1 ຮອດ 14 ຢູ່ຫນ້າ ແລະ ຖືເອົາໃບຟອມນີ້ໄປຫາຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ບໍ່ ພາຍໃນ 7 ວັນ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານສະແດງໃຫ້ເຫັນໜ້າຖານຂອງຮູບປະພັນຂອງທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງນໍາສິ່ງນຶ່ງຂອງສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

- ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈະມີຮາຍໄດ້ທັງໝົດຕໍ່າກວ່າ \$150 ແລະ ຊັບສິນທີ່ໃຊ້ຈ່າຍໄດ້ໂລດຕໍ່າກວ່າ \$100 ຢູ່ໃນເດືອນນີ້.
- ຮາຍໄດ້ ແລະ ຊັບສິນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານຕໍ່າກວ່າຄ່າເຮືອນ ແລະ ຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.
- ຄອບຄົວຂອງທ່ານລວມເອົາຜູ້ເຄື່ອນຍ້າຍທີ່ຍາກຈົນ ຫລື ຄົນເຮັດວຽກຢູ່ຟາມຕາມຮະດູການ.

ການຊ່ວຍເຫລືອຈະຖືກເບີກອອກໃຫ້ໃນວັນທີຫລັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ. ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ບໍ່ ພາຍໃນ 30 ວັນຂອງວັນທີ່ທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຕາມປົກກະຕິແລ້ວເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຈາກສະຖານບັນກັກຂັງ, ວັນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນວັນທີ່ຂອງການປົດປ່ອຍ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກມາຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດຕາມປົກກະຕິແລ້ວເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຮາຍລະອຽດທຸກໆຢ່າງເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.

ສິດທິພິລເນືອງ

ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພິລເນືອງຂອງຮັຖບານກາງ ແລະ ກົດຮະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພິລເນືອງຂອງກົມກະສິກໍາຂອງ U.S. (USDA), ກົມ USDA, ອົງການ, ຫ້ອງການ ແລະ ພະນັກງານຂອງເຂົາເຈົ້າ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົາຮ່ວມໃນໂຄງການ ຫລື ບໍລິຫານໂຄງການນີ້ໄດ້ຖືກຫວງຫ້າມຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນ ວັນນະໂຍບາຍໂດຍອີງໃສ່ພັນຖານຂອງຜິວພັນ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ສາສະນາ, ເພດ, ເອກະລັກປະຈໍາຕົວທາງເພດ (ລວມທັງການສະແດງອອກມາທາງເພດ), ການປັບຕົວທາງເພດ, ຄວາມເສຍອົງຄະ, ອາຍຸ, ສະພາບການແຕ່ງງານ, ສະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ຮາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບມາຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຫລວງ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງດ້ານການເມືອງ, ຫລື ການແກ້ໄຂຄັນ ຫລື ການຕອບໂຕ້ສໍາລັບກົກກໍ່ກຽວກັບສິດທິພິລເນືອງໃນຜ່ານມາ, ຢູ່ໃນໂຄງການ ຫລື ກົກກໍ່ແນວໃດແນວນຶ່ງທີ່ຖືກດໍາເນີນການ ຫລື ອອກທົນໃຫ້ໂດຍກົມ USDA (ບໍ່ແມ່ນວ່າພັນຖານທີ່ຖືກຫວງຫ້າມທຸກໆຢ່າງຈະກຽວນໍາທຸກໆໂຄງການ). ວັນທີ່ກໍານົດຕາຍໂຕຂອງການຍື່ນວິທີການແກ້ໄຂ ຫລື ການຮ້ອງທຸກຈະແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມໂຄງການ.

ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການວິທີທາງການຕິດຕໍ່ສື່ສານແບບອື່ນສໍາລັບຮາຍລະອຽດຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງວ່າ, ຕົວໜັງສືສໍາລັບຄົນຕາຍອດ, ເອກສານພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ເທັບອັດສຽງ, ພາສາອະເມຣິກັນໃບ້, ອື່ນໆ) ຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫລື TARGET Center ຂອງ USDA ໄດ້ທີ່ເລກ (202) 720-2600 (ສຽງເວົ້າ ຫລື TTY) ຫລື ຕິດຕໍ່ຫາ USDA ໂດຍຜ່ານ Federal Relay Service ໄດ້ທີ່ເລກ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນອີກ, ຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການຈະມີໄວ້ໃຫ້ອີກຄືກັນເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນຊັ້ນວັນນະຂອງໂຄງການ, ຈົ່ງຂຽນປະກອບໃບຟອມການຮ້ອງທຸກເຮືອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນຊັ້ນວັນນະຂອງ USDA, AD-3027, ມືບເຫັນໄດ້ຢູ່ທາງອອນລາຍນີ້ທີ່ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ຫລື ຢູ່ຕາມຫ້ອງການ USDA ທຸກໆບ່ອນ, ຫລື ຂຽນຫນັງສືໃສ່ທີ່ຢູ່ໄປຫາ USDA ແລະ ບອກຢູ່ໃນຫນັງສືຮາຍລະອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາຢູ່ໃນໃບຟອມ. ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາໃບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ຈົ່ງໂທຫາເລກ (866) 632-9992. ສົ່ງໃບຟອມ ຫລື ຫນັງສືທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ USDA ໂດຍທາງ:

- ໄປສະນີທີ່: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- ແຟກຊ: (202) 690-7442; ຫລື
- ທາງອີເມລ໌: program.intake@usda.gov.

USDA ເປັນຜູ້ບໍລິການ, ນາຍຈ້າງ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ຍື່ນໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

ສະພາບການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ

ທ່ານອາດຈະສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບບາງຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາເຖິງແມ່ນວ່າຄົນອື່ນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຍ້ອນສະພາບການເຂົ້າເມືອງ. ທ່ານຕ້ອງບອກໃຫ້ພວກເຮົາຊາບກ່ຽວກັບສະພາບຂອງທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາທີ່ອໍເອີການຊ່ວຍເຫຼືອ. ສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວຈະຖືກພິສູດໂດຍຜະແນກ **USCIS** (ຮູ້ຈັກແຕ່ກ່ອນວ່າແມ່ນ **INS**). ຮາຍຮະອຽດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຜະແນກ **USCIS** ຈະສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ແລະ ຈໍານວນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຮູບບານກາງ (**45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6**), ທ່ານຕ້ອງເອົາໃຫ້ພວກເຮົາເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ (**SSN**) ສໍາລັບທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາທີ່ອໍເອີການຊ່ວຍເຫຼືອ **TANF**, ຫລື ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ. ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງການເລກ **SSN** ຂອງພໍ່ແມ່ ແລະ ຄູ່ຜົວເມັງອີກຄັ້ງກັບຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ນໍາທ່ານແຕ່ວ່າບໍ່ໄດ້ອໍເອີການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ ແລະ ໂຄງການອື່ນໆ

ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດຮະບຽບຂອງໂຄງການ **SNAP** ສໍາລັບການດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ລວມເອົາການດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງພາຍໃນຂອງເຂດເວລາ, ການອອກໃບແຈ້ງການທີ່ຖືກຕ້ອງເໝາະສົມ, ແລະ ການແນະນໍາທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິທາງອໍານາດການປົກຄອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຂອງທ່ານພຽງແຕ່ບໍ່ຍອມວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງອື່ນໆໄດ້ຖືກປະຕິເສດ.

ຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະ ອາຫານ

ກົດບັນຍັດ **Food and Nutrition Act of 2008**, ຕາມທີ່ຖືກດັດແປງ, ອະນຸຍາດໃຫ້ກົນໄກທີ່ຈະເກັບກໍາເອົາຮາຍລະອຽດທີ່ພວກເຮົາຂໍເອົາຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ, ລວມທັງເລກ **SSN** ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວແຕ່ລະຄົນ. ພວກເຮົາໃຊ້ເລກ **SSN** ເພື່ອຈະກວດເບິ່ງເອກະລັກປະຈໍາຕົວ, ພິສູດເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ປ້ອງກັນການສື່ໂກງ, ແລະ ເກັບເອົາເງິນທວງ. ພວກເຮົາຈະແລກປ່ຽນຮາຍລະອຽດນໍາອົງການອື່ນໆເພື່ອຈະກໍາກັບຄວບຄຸມໂຄງການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ.

ການເອົາໃຫ້ໃນຮາຍລະອຽດທີ່ຖືກຂໍຮ້ອງເອົາແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຄວາມພິດພາດທີ່ຈະເອົາເລກ **SSN** ໃຫ້ ຫລື ເອົາຫລັກຖານຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາເລກ **SSN** ໃຫ້ ໂດຍປາສຈາກເຫດຜົນດີຈະເປັນຜົນເຖິງການໃນການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຈໍາເປັນໃຫ້ແກ່ແຕ່ລະຄົນທີ່ພິດພາດທີ່ຈະເອົາເລກ **SSN** ໃຫ້. ພວກເຮົາຈະພິສູດຮາຍລະອຽດບາງຢ່າງນໍາໂຄງການປຽບທຽບໃສ່ໃຫ້ກົງກັນກັບຄອມພິວເຕີ, ລວມທັງຮະບົບພິສູດເງິນຮາຍໄດ້ ແລະ ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ (**IEVS**).

ຮາຍລະອຽດທີ່ຖືກລາຍງານໄປຫາກົມສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ສາທາຣະນະສຸກອາດຈະສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົນປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກບໍຣິຫານໂດຍ **Health Care Authority** ແລະ **Health Benefit Exchange**.

ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍລະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະ:	ພວກເຮົາອາດຈະເອົາຮາຍລະອຽດອັນນີ້ໃຫ້:
<ul style="list-style-type: none"> ຕັດສິນວ່າໃຜມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ເກັບເອົາເງິນຈ່າຍເກີນ. ກໍາກັບຄວບຄຸມໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ. 	<ul style="list-style-type: none"> ຫ້ອງການຂອງຮູບບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດສໍາລັບການໃຊ້ເປັນທາງການ. ຫ້ອງການຕໍາຣວດທີ່ຕິດຕາມຊອກຫາບຸກຄົນທີ່ກໍາລັງຫນີເພື່ອຫລີກກີດຫມາຍ. ຫ້ອງການເກັບເງິນຂອງເອກະຊົນເພື່ອຈະເກັບເອົາເງິນຈ່າຍເກີນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ.

ຄໍາເຕືອນກ່ຽວກັບການປັບໄຫມລົງໂທດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ

ພວກເຮົາກວດເບິ່ງນໍາຫ້ອງການອື່ນໆວ່າຮາຍລະອຽດຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ ຫລື ບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າຮາຍລະອຽດອັນໃດອັນນີ້ງໍແມ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບຸກຄົນທີ່ອໍເອີອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ.

ສະມາຊິກຄົນໃດທີ່ລ່ວງກະເມີດກົດຮະບຽບອັນໃດອັນນີ້ໂດຍເຈດຕະນາສາມາດຖືກ:

- ຈະຖືກຕັດສິນລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຮູບບານກາງ ແລະ ຮັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາຕ່າງໆ.
- ຖືກກົດກັ້ນຫມິດສິດຈາກໂຄງການ **SNAP** ເປັນເວລານຶ່ງປີໄປຫາຖາວອນເລີຍ.
- ຖືກປັບໄຫມສູງເຖິງ **\$250,000**.
- ຖືກຈໍາຄຸກນານເຖິງ **20** ປີ.
- ຖືກກົດກັ້ນຫມິດສິດຈາກໂຄງການ **SNAP** ເປັນເວລາ **18** ເດືອນເພີ່ມເຕີມຖ້າຖືກສັ່ງຈາກສານ.

ຖ້າຫາກວ່າສານພິບວ່າທ່ານພິດໃນຂໍ້ຫາ:

- | | |
|---|---------|
| ການຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດທຸຣະກິດທີ່ກ່ຽວພັນນໍາ: | ທ່ານຈະ: |
| <ul style="list-style-type: none"> ການຄ້າຂາຍສານເສບຕິດ.....ຖືກຕັດສິດຈາກສອງປີໄປເປັນຖາວອນເລີຍ ການຄ້າຂາຍອາວຸດ, ກະສຸນ ຫລື ຮະເບີດ.....ຖືກຕັດສິດຖາວອນເລີຍ ການຄ້າການຊ່ວຍເຫຼືອເຖື່ອນເປັນຈໍານວນລວມເຂົ້າກັນຫລາຍກວ່າ \$500.....ຖືກຕັດສິດຖາວອນເລີຍ ການສື່ໂກງທີ່ຢູ່ ຫລື ເອກະລັກປະຈໍາຕົວ.....ຖືກຕັດສິດເປັນເວລາ 10 ປີ | |

ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ແລະ ເງິນສົດ

Application for Food and Cash Assistance

ສອບຖາມພວກເຮົາຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້

1. ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຫລືຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (ຕ້ອງມີ)	2. ເລກປະຈຳຕົວຂອງລູກຄ້າ (ຖ້າຮູ້ຈັກ)
3. ທີ່ຢູ່ຖານີນັ້ນບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ ຮັດ ຊິບໂຄດ	4. ເລກໂທຣະສັບທໍາອິດ <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ສິ່ງຄວາມໄວ້
5. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ ຮັດ ຊິບໂຄດ	6. ເລກໂທຣະສັບສໍາລອງ <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ສິ່ງຄວາມໄວ້

8. ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍເອົາ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວນຳ):
 ເງິນສົດ ອາຫານ ການຊ່ວຍເຫລືອຝາກລູກ

9. ຂ້າພະເຈົ້າຫລືຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ):
 ຢູ່ໃນສະພາບການຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ ມີຄວາມເສັຽຊົງຄະ
 ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຍ້ອນບັນຫາສຸຂະພາບ ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ; ຊື່: _____ ວັນທີຄອດລູກ: _____

10. ທ່ານຄາດຫມາຍວ່າຄອບຄົວຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນເທົ່າໃດໃນເດືອນນີ້? \$ _____

11. ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີເງິນເປັນເງິນສົດ ແລະ ໃນບັນຊີທະນາຄານຫລາຍປານໃດ? \$ _____

12. ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເຮືອນ ຫລື ຄ່າງວດເຮືອນເທົ່າໃດ? \$ _____

13. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟແຜ່ນວິດແຜ່ທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍ? ອາຍຸອຸ່ນ/ອາຍຸເຢັນ ໂທຣະສັບ ອື່ນໆ: _____

14. ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເປັນຄົນເຮັດຝາມຕາມຣະດູ ຫລື ເຄືອນຍ້າຍໄປມາບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

15. ຖ້າຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ, ມີຈັກຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຊື່ ແລະ ຄົວກິນອາຫານເພື່ອ? _____

16. ຖ້າຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຝາກລູກ, ກິຈກັມແຜນວິດທີ່ທ່ານຕ້ອງການການຝາກລູກສໍາລັບ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ) ?
 ວຽກງານ ໂຮງຮຽນ ໂຄງການ Workfirst ວຽກງານ ແລະ ການຝຶກຝົນໂຄງການອາຫານຈໍາເປັນ (BFET)

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

17. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການນາຍພາສາ. ຂ້າພະເຈົ້າວ່າພາສາ: _____ ຫລື ພາສາໃບ້; ແປຫນັງສືຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ເປັນພາສາ: _____

18. ຂຽນຊື່ທຸກໆຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານໃສ່ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາໃຫ້ເອົາເຈົ້າກໍຕາມ (ຕິດຄັດເຊັ່ນເພີ່ມໃສ່, ຖ້າຈໍາເປັນ).

ເລກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ	ຄົນຜູ້ນີ້ ສົມພັນ ນໍາທ່ານ ແນວໃດ?	ວັນເກີດ	ຫມາຍໃສ່ຖ້າ ວ່າທ່ານຕ້ອງ ການການ ຊ່ວຍເຫລືອ ສໍາລັບຄົນນີ້	ຕາມໃຈສໍາລັບຜູ້ບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາ			
					ເລກ ຄວາມປອດພິ ຍ ຂອງສັງຄົມ	ຫມາຍໃສ່ ຖ້າເປັນ ຄົນສັນຊາດ U.S.	ຜົວພັນ (ເບິ່ງຕີ ວ່າ ຢ່າງຮ້າງຈຸ່ມ)	ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ (ສໍາລັບຄົນອະເມຣິ ກັນອິນດຽນ, ຄົນ ອາລາສຄາດັ່ງເດີມ)
		ຂ້າພະເຈົ້າເອງ		<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. ເບື້ອງຫລັງຊົນເຜົ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຄົນຮິສແປນິກ ຫລື ລາຕິໂນ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຮາຍຮະອຽດເບື້ອງຫລັງກ່ຽວກັບຜົວພັນ ແລະ ຊົນເຜົ່າແມ່ນສະນັກໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ຈໍານວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອ. ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້
ໄດ້ຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະຮັບປະກັນວ່າການຊ່ວຍເຫລືອຂອງໂຄງການໄດ້ຖືກແຈກຢາຍໃຫ້ໂດຍປາສຈາກການເບິ່ງໃສ່ຜົວພັນ, ສີສັນ, ຫລື ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ. . ສໍາລັບການຊ່ວຍ
ເຫລືອອາຫານ, ກົມກະສິກໍາ **USDA** ບິ່ງໃຫ້ພວກເຮົາຕອບໃຫ້ທ່ານຖ້າຫາກວ່າບໍ່ມີຮາຍຮະອຽດແຜນວິດໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້. **ຕົວຢ່າງຂອງຜົວພັນ:** ຄົນຂາວ, ຄົນດໍາ ຫລື
ຄົນແອຟຣິກັນອະເມຣິກັນ, ຄົນເອເຊັຽ, ຄົນຮາວາຍອຽນດັ່ງເດີມ, ຄົນເກາະປາຊີຟິກ, ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ, ອາລາສຄາດັ່ງເດີມ, ຫລື ການປະສົມຜົວພັນຕ່າງໆ.

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
-----------------	------------------------	------------------

I. ຮາຍລະອຽດທົ່ວໄປ

- ໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ຫລື ອາຫານຈາກຮັດອື່ນ, ຊົນເຜົ່າ, ຫລື ບ່ອນອື່ນ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ອາສັຍຢູ່ນອກຮັດວໍຊິງຕັນ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ຖືກຮັບປະກັນເວົ້າມາ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາຍຸ 16 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າຢູ່ໃນ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) ຮາຍສະກຸນ
 ໂຄງການທຽບເທົ່າຮາຍສະກຸນ ຄອນເຫລດ ໂຮງຮຽນການຊ່າງ ແມ່ນໃຜ: _____
- ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ນອກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊົ່ວຄາວ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຄີຍຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບທະຫານຂອງ U.S., ທະຫານປ້ອງກັນຊາດ ຫລື ທະຫານສຳຮອງ ຫລື ເປັນຄົນຫວັງເພິງ ຫລື ຄູ່ຜົວເມັຽຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ເຄີຍຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ກຳລັງຫນີຈາກກົດຫມາຍເພື່ອຈະຫລີກເວັ້ນໄປສານ ຫລື ເຂົ້າຄູກສຳລັບອາສາຍາກັນໂທດອາດຍາ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າອາສັຍຢູ່ໃນ: ເຮືອນ ຫລື ຫ້ອງແຖວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ເຮືອນຢູ່ເປັນຫມູ່ ອື່ນໆ: _____
 ສະຖານທີ່ (ຂຽນບອກຊະນິດ): _____ ວັນທີ່ເຂົ້າໄປ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າເປັນ: ໂສດ ແຕ່ງງານ ຢ່າຮ້າງ ແຍກທາງກັນ ຫມ້າຍ
 ຢູ່ໃນຄວາມສັມພັນຢູ່ເຮືອນນຳກັນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຄ້າຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານສຳລັບຢາເສບຕິດຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຊື້ ຫລື ການຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານກາຍເກີນ \$500 ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຄ້າຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານສຳລັບປີນ, ລູກກະສຸນ, ຫລື ຮະເບີດ ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຢູ່ໃນຫລາຍກວ່າຮັດນຶ່ງ ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: a. ເດີນປະທ້ວງ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ b. ຄົນກິນນອນ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

II. ຊັບສິນບັດ (ຄັດຫລັກຕາມມາ; ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດເທົ່ານັ້ນ)

ຊັບສິນບັດແມ່ນທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫລື ຊື່ເອົາມາຊື່ງສາມາດຂາຍໄດ້, ແລກປ່ຽນໄດ້, ຫລື ປ່ຽນມາເປັນເງິນສົດໄດ້ ຫລື ເງິນທີ່ຖືກກຳໄວ້ໂດຍຄົນອື່ນ. ຊັບສິນບັດບໍ່ໄດ້ລວມເອົາຊັບສິນບັດສ່ວນຕົວເຊັ່ນວ່າເພີນີເຈີ, ຫລື ເຄື່ອງນຸ່ງ. ຕົວຢ່າງຂອງຊັບສິນບັດແມ່ນ:

- ເງິນສົດ
- ບັນຊີເຊັກກືງ
- ບັນຊີເຊວວີງ
- ເງິນທຶນເຂົ້າຄອນເຫລດ
- ເງິນສິນເຊື້ອ
- ເງິນ IRA / 401k
- ເຮືອນ, ດິນ ຫລື ຕຶກອາຄານ
- ເງິນຊື້ດີ
- ບັນຊີເງິນຕະລາດ
- ບອນດ໌
- ເງິນປັບຮູບຳນານ
- ເງິນຝັງສິບ, ແຜນການຈ່າຍກ່ອນ
- ອຸປະກອນເຄື່ອງຈັກການຄ້າ
- ສັດລ້ຽງ
- ປະກັນພັຍຊີວິດ

ກະຊຸມຂຽນລາຍຊື່ຊັບສິນບັດທ່ານ, ຜົວເມັຽຂອງທ່ານ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາໃຫ້ ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫລື ຊື່ເອົາ:

ຊັບສິນບັດ	ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ
			\$
			\$
			\$

2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ມີຣິດ, ຣິດທຣັກ, ຣິດແຜວນ, ເຮືອ, RVs, ຣິດເທຣເລີ, ຫລື ຣິດຍົນແຜວນອື່ນ:

ປີ (ເຊັ່ນ, 1980)	ຍີ່ຫໍ້ (ເຊັ່ນ, FORD)	ແບບ (ເຊັ່ນ, ESCORT)	ຫມາຍໃສ່ຖ້າເຮົາ	ຫມາຍໃສ່ຖ້າຣິດຖືກໃຊ້ສຳລັບຈຸດປະສົງດ້ານພະຍາບານ	ຈຳນວນເງິນທີ່ຍັງຕິດຫນັ້ງຢູ່
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ໄດ້ຂາຍ, ແລກປ່ຽນເອົາ, ເອົາໃຫ້ໄປ, ຫລື ໂອນຊັບສິນບັດໃນສອງປີຜ່ານມາ (ລວມທັງເງິນສິນເຊື້ອ, ຣິດ ຫລື ມໍຮະດັກຊີວິດ): ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນຫຍັງ: _____ ເມື່ອໃດ: _____

III. ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ (ການລົງທຶນທີ່ຖືກເຮັດໂດຍສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດຄົນນຶ່ງເພື່ອຈະໄດ້ເງິນຈ່າຍເປັນປົກກະຕິດຽວນີ້ຫລືໃນອະນາຄົດ)

ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ?	ບໍລິສັດ ຫລື ສະຖາບັນ?	ຈຳນວນເງິນ ຫລື ມູນຄ່າ	ຮາບໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ວັນທີ່ຊື້ເອົາ
		\$	\$	
		\$	\$	

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
-----------------	------------------------	------------------

IV. ຮາຍໄດ້ທີ່ເຮັດວຽກເອົາ (ຄັດຫຼັກຖານມານຳ)

1. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ມີວຽກທີ່ໄດ້ສິ້ນສຸດລົງໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ມີຮາຍໄດ້ຈາກວຽກ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນພາກສ່ວນນີ້:

ໃຜເຮັດເງິນຮາຍໄດ້ອັນນີ້ _____ ຊື່ ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____ ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ _____ ວຽກອັນນີ້ແມ່ນວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຈຳນວນເງິນຮາຍຈ່າຍວຽກງານສ່ວນຕົວປະຈຳເດືອນ: \$ _____	ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນຫັກອອກ) \$ _____ ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ: _____ ວັນທີເປີກເງິນ (ເຊັ່ນວ່າ, ວັນທີ 1 st ແລະ 15 th , ຫລື ທຸກໆວັນສຸກ): _____
--	--

ໃຜເຮັດເງິນຮາຍໄດ້ອັນນີ້ _____ ຊື່ ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____ ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ _____ ວຽກອັນນີ້ແມ່ນວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຈຳນວນເງິນຮາຍຈ່າຍວຽກງານສ່ວນຕົວປະຈຳເດືອນ: \$ _____	ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນຫັກອອກ) \$ _____ ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ: _____ ວັນທີເປີກເງິນ (ເຊັ່ນວ່າ, ວັນທີ 1 st ແລະ 15 th , ຫລື ທຸກໆວັນສຸກ): _____
--	--

V. ຮາຍໄດ້ອື່ນໆ (ຄັດຫຼັກຖານມານຳ: ໃບລາຍງານສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນ)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ເງິນວ່າງງານ ເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ ຮາຍໄດ້ຈາກຊົນເຜົ່າ ຮາຍໄດ້ຈາກການພະນັນ ເງິນການສຶກສາ (ເງິນຢືນຂອງນັກຮຽນ, ເງິນຫິນ, ເງິນເຮັດວຽກຮຽນນຳ) | <ul style="list-style-type: none"> ເງິນຄວາມປອດພັຍເພີ່ມເຕີມ (SSI) ເງິນລ້ຽງລູກ ຫລື ຄູ່ຜົວເມັຽ ເງິນທາງຮົດໄຟ ເງິນເຊົ່າເຮືອນ | <ul style="list-style-type: none"> ເງິນເບັຽບຳນານ ຫລື ເບັຽລ້ຽງ ເງິນນັກຮົບເກົ່າ (VA) ຫລື ເງິນທະຫານ ເງິນແຮງງານ ແລະ ອຸສຫະກັມ (L&I) ເງິນສິນເຊື້ອ ເງິນດອກເບັຽ/ເງິນແບ່ງປັນກັນ |
|--|---|---|

ຂະນິດຂອງຮາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຫາເອົາ	ໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້?	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. ຮາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນ

ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ	ຄ່າງວດເຮືອນ	ຄ່າເຊົ່າບ່ອນວ່າງ	ປະກັນພັຍເຈົ້າຂອງເຮືອນ	ພາສີທີ່ດິນ	ຄ່າທຳນຽມອື່ນໆ
\$	\$	\$	\$	\$	\$

ຄ່ານີ້ຄ່າໄຟແຜ່ນໃດແດ່ທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຕ່າງຫາກຈາກຄ່າເຊົ່າເຮືອນ ຫລື ງວດເຮືອນ?
 ອາຍອຸນ (ໄຟຟ້າ/ແກສ) ໄຟຟ້າ (ບໍ່ແມ່ນອາຍອຸນ) ນໍ້າ ໂທຣະສັບເຮືອນ/ມືຖື ນໍ້າເສັຽ ຂີ້ເຫຍື້ອ

ບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນ, ເຊັ່ນວ່າເຮືອນຫລວງ, ຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍທັງໝົດ ຫລື ສ່ວນນຶ່ງຂອງຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ: _____ ຮາຍຈ່າຍອັນໃດ: _____ ຈຳນວນເງິນທີ່ເອົາເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບເງິນຈ່າຍຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອພະລັງງານເຮືອນສຳລັບຄົນມີຮາຍໄດ້ຕ່ຳ (LIHEAP) ໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາ.
 ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ ຫລື ຄວນຈະຈ່າຍ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

<input type="checkbox"/> ຄ່າຝາກລູກ ຫລື ຄ່າເບິ່ງແຍງຜູ້ໃຫຍ່ຫວັງເພິ່ງ (ລວມທັງຄ່າອື່ນສິ່ງໄປມາ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ໃບບິນພະຍາບານສຳລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ ຫລື ອາຍຸ 60 + (ລວມທັງຄ່າອື່ນສິ່ງ ແລະ ຄ່າທຳນຽມປະກັນພັຍສຸຂະພາບ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ເງິນລ້ຽງລູກ (ຄັດຫຼັກຖານມານຳ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ລາຍງານຮາຍຈ່າຍທີ່ຖືກບິ່ງລາຍຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ແນວໃດແນວນຶ່ງ, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າອັນນີ້ເປັນຄ່າຜູ້ກຽມການໂດຍຄອບຄົວຂອງທ່ານວ່າທ່ານບໍ່ຢາກໄດ້ຮັບເງິນຫັກອອກສຳລັບຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້.

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
VII. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ		
ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ DSHS ທີ່ຈະເວົ້າລົມນຳກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດບົ່ງຊີ້, ແຕ່ວ່າບໍ່ຕ້ອງກຳໄດ້. <p style="text-align: center;">ທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p style="text-align: center;">ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p>		
ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃບຟອມຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (DSHS 14-532).		
ເຊ	ຄວາມສັມພັນ	ເລກໂທຣະສັຍ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຮັດ
		ຊື່ບໍລິເວນ
ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ		
ກົມສະເໜີການບໍລິການດ້ານການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້ຕາມທີ່ຖືກກຳນົດໄວ້ໂດຍກົດໝາຍ National Voter Registration Act of 1993 . ການສະມັກທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍລິການ ຫລື ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍຫ້ອງການແຫ່ງນີ້ຖືກ. <p>ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຂຽນປະກອບໃບຟອມຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຂໍເອົາ ຫລື ຮັບເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແມ່ນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານຈະຂຽນປະກອບໃບຟອມຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍສ່ວນຕົວໄດ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເຂົ້າແຊກແຊງນຳສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ໃນການສະມັກທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄວາມຊອບໃຈທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານຈະຍິນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>ທ່ານຢາກຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ດັດແປງໃຫມ່ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ທາຍໃສ່ບອກໃດ, ທ່ານຈະຖືກຖືວ່າໄດ້ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃນເວລານີ້.</p>		
ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ		
ຖ້າຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສິດ, ຜູ້ໃຫຍ່ທຸກໆຄົນ (ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ) ຢູ່ໃນຄອບຄົວຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່. ຖ້າຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ, ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ), ຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່.		
ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງ: <ul style="list-style-type: none"> ເອົາຮາຍລະອຽດທີ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດກຳນົດຂອງການລາຍງານ. ເອົາຫລັກຖານໃຫ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ແຕ່ງຕັ້ງສິດທິບາງຢ່າງໃນເງິນລ້ຽງລູກ, ໃຫ້ແກ່ຮັດວໍຊິງຕັນເນີອໍຂ້າພະເຈົ້າຮັບເອົາເງິນຊ່ວຍເຫລືອຊົ່ວຄາວສຳລັບຄອບຄົວຂັດສິນ (TANF). ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ກົມ DSHS ທີ່ຈະບໍ່ຕິດຕາມນຳເອົາເງິນລ້ຽງລູກ ຖ້າຫາກວ່າມັນຈະເປັນອັນຕະຣາຍໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຮ່ວມມືນຳກົດກຳນົດວຽກງານຂອງການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ. <p>ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຮັດສິ່ງເຫລົ່ານີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກປະຕິເສດໃນການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍແທນຄືນ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖືກຕັດສິນລົງໂທດອາດຍາຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຮັດໂດຍເຈຕະນາເຕັມທີ່ໃຫ້ແກ່ແຈ້ງການທີ່ບໍ່ມີຄວາມຈິງ ຫລື ຜິດພາດທີ່ຈະລາຍງານສິ່ງໃດສິ່ງນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນຈະລາຍງານ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ DSHS ທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນ ເມື່ອຈຳເປັນເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອຂ້າພະເຈົ້າອອກເອົາຫລັກຖານວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບມາ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ຖືກອະທິບາຍສູ່ຂ້າພະເຈົ້າຝັງ ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໃບໂກປີຂອງໃບຟອມສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, DSHS 14-113. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນ ຫລື</p> <p>ແຈ້ງວ່າພາຍໃຕ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຮັດວໍຊິງຕັນວ່າຮາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້, ລວມທັງຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການເປັນສັນຊາດ ແລະ ສະພາບຄົນຕ່າງດ້າວຂອງສະມາຊິກຜູ້ຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ, ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.</p>		
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຂຽນເປັນຕົວພິມ
ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່		
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຜູ້ໃຫຍ່ອີກຄົນນຶ່ງ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຜູ້ໃຫຍ່ອີກຄົນນຶ່ງຂຽນເປັນຕົວພິມ
ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່		
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຊ່ວຍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຊ່ວຍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຂຽນເປັນຕົວພິມ
ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່		
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຖ້າເຊັນຊື່ເປັນຕົວ "X"	ວັນທີ	ຊື່ຂອງພະຍານຂຽນເປັນຕົວພິມ