



ការផ្លាស់ប្តូរនៃកាលៈទេសៈ
Change of Circumstances

ឈ្មោះរបស់អ្នក	លេខសម្គាល់របស់អតិថិជន ឬលេខសន្តិសុខសង្គម
---------------	---

សូមអានផ្នែកទាំងអស់ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ ពិនិត្យមើលប្រអប់ទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងស្ថានភាពគ្រួសាររបស់អ្នក។ ចុះហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ រួចហើយប្រគល់បែបបទនេះទៅការិយាល័យក្នុងតំបន់របស់អ្នក វិញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការស្រាវជ្រាវបន្ថែមអំពីប្រព័ន្ធនេះ ត្រូវទូរស័ព្ទទៅលេខស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ សូមទាក់ទងការិយាល័យនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានសាច់ប្រាក់ អាហារមូលដ្ឋាន ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនានាដូចត្រូវបានពណ៌នាក្នុងច្បាប់ WAC 388-418-0005 182-504-0105 និង 182-504-0110 អាស្រ័យលើអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបាន។ សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយសាច់ប្រាក់ និងអាហារ អ្នកត្រូវប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះមុនថ្ងៃទី 10 ថ្ងៃខែបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានការផ្លាស់ប្តូរកើតឡើង។ សម្រាប់ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវប្រាប់យើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីពេលមានការផ្លាស់ប្តូរ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងពីការផ្លាស់ប្តូរ ដែលអ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវប្រាប់នោះ យើងត្រូវមើលថាតើវាប៉ះពាល់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច។ វាអាចកាត់បន្ថយអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះ ឬក៏អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់។ សម្រាប់អាហារមូលដ្ឋាន ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកន្លែងស្នាក់នៅថ្មី អ្នកក៏ត្រូវរាយការណ៍ពីចំណាយលើកន្លែងថ្មីរបស់អ្នកក្នុងផ្នែកទី 2 ផងដែរ មើលទៅជាអ្នកមិនទាន់បានគិតប្រាក់ឱ្យគេក៏ដោយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាប់យើងពីចំណាយលើកន្លែងថ្មីនោះទេ យើងនឹងប្រើ \$0។ បែបនេះអាចនឹងកាត់បន្ថយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

1. ខ្ញុំបានប្តូរអាសយដ្ឋាន។

ខ្ញុំបានប្តូរកន្លែងស្នាក់នៅ។ កាលបរិច្ឆេទថ្មី៖ _____ ខ្ញុំបានប្តូរអាសយដ្ឋានអ៊ីមែល។ ខ្ញុំមិនមានផ្ទះទេ។

អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅថ្មីរបស់ខ្ញុំគឺ៖	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលថ្មីរបស់ខ្ញុំ (ប្រសិនបើមាន) គឺ៖
លេខអាសយដ្ឋាន (បើមាន)	លេខអាសយដ្ឋាន (បើមាន)
ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្សឺបកូដ _____	ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្សឺបកូដ _____

2. ចំណាយលើកន្លែងស្នាក់នៅរបស់ខ្ញុំបានប្តូរ។

សម្រាប់អាហារមូលដ្ឋាន សូមរាយការណ៍តែក្នុងករណីដែលអ្នកមានអ្វីប្តូរទៅកន្លែងនៅថ្មី។ រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗលើចំណាយការស្នាក់នៅក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវវិញ្ញាបនប័ត្រ ពាក់កណ្តាលឆ្នាំ ឬសិទ្ធិទទួលបាន។ សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក។

<input type="checkbox"/> ខ្ញុំកំពុងជួលកន្លែងស្នាក់នៅ។	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំកំពុងទិញផ្ទះ។	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំកំពុងទទួលបានឧបត្ថម្ភធនផ្ទះ។
តម្លៃជួលប្រចាំខែ \$ _____	ចំណែករបស់អ្នក ប្រសិនបើខុសពីនេះ \$ _____	ប្រាក់កក់ប្រចាំខែ \$ _____
ប្រាក់បង់ប្រចាំខែ (ដាក់តែចំណែករបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ) \$ _____		

ខ្ញុំបង់ប្រាក់ដោយឡែកសម្រាប់ (សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក)៖

<input type="checkbox"/> ចំណាយម៉ាស៊ីនត្រជាក់/កម្ដៅ	<input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទ	<input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងផ្ទះ	<input type="checkbox"/> ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ
ខ្ញុំបង់ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។	ខ្ញុំបង់ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។	ខ្ញុំបង់ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។	ខ្ញុំបង់ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។

3. មានអ្នកចូល ឬចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក និងបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចូល ឬចេញនោះ។

<input type="checkbox"/> មានអ្នកចូលក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ បញ្ជាក់ពីវត្តមានអ្នកចូល (រួមទាំងកុមារទេបនិងកើត)៖	ខ្ញុំទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយមិត្តរួមផ្ទះរបស់ខ្ញុំ (ពិនិត្យមើលប្រអប់ដែលត្រូវនឹងអ្នក)៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ខ្ញុំចង់គិតបញ្ចូលបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុង៖ <input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ <input type="checkbox"/> អាហារមូលដ្ឋាន <input type="checkbox"/> ការថែទាំកុមារ <input type="checkbox"/> ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រសិនបើដូច្នោះ តើជានរណា? សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ។		
ឈ្មោះ (ប្រើទ)	ភេទ	ទំនាក់ទំនងជាមួយខ្ញុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម

<input type="checkbox"/> មានអ្នកចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ បញ្ជាក់ពីវត្តមានអ្នកចេញទាំងអស់៖	ខ្ញុំរំពឹងថាបុគ្គល (ប្រើទ) រួមនោះនឹងត្រឡប់មកនៅជាមួយខ្ញុំវិញ (ពិនិត្យមើលប្រអប់ដែលត្រូវនឹងអ្នក)៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើដូច្នោះ តើជានរណា? សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះ។ តើអ្នករំពឹងថាបុគ្គល (ប្រើទ) រួមនោះនឹងត្រឡប់ទៅនៅជាមួយវិញនៅពេលណាដែរ?
ឈ្មោះ (ប្រើទ)	ទំនាក់ទំនងជាមួយខ្ញុំ

4. ធនធានក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានប្តូរ។ ខ្ញុំ ប្តូរណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានទទួល (សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក)៖

<input type="checkbox"/> គណនីធនាគារ (សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក)៖ <input type="checkbox"/> គណនីមូលប្បទានថ្កុល <input type="checkbox"/> គណនីសន្សំ <input type="checkbox"/> វិញ្ញាបនប័ត្រដាក់ប្រាក់ <input type="checkbox"/> ទិញប្រាក់
ចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងគណនី៖ \$ _____ កាលបរិច្ឆេទបើកគណនី៖ _____
<input type="checkbox"/> រថយន្តមួយ៖ ឆ្នាំ៖ _____ ម៉ាក៖ _____ ម៉ូដែល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទបានទទួល៖ _____
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ពន្ធបង្គិចសង៖ \$ _____ កាលបរិច្ឆេទបានទទួល៖ _____ ឥណទានពន្ធលើប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន៖ _____
<input type="checkbox"/> ទឹកប្រាក់បង់សរុប (រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍មានប្រសិទ្ធភាព ចំនួនប្រាក់ទូទាត់ ឬមរតក)៖ _____ កាលបរិច្ឆេទបានទទួល៖ _____
<input type="checkbox"/> ធនធានផ្សេងទៀត (សូមរៀបរាប់)៖ _____

5. ចំណូលគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានប្រែប្រួល។ ចំណូលគ្រួសារបានកើនឡើង ឬក៏ថយចុះ ឬការធ្វើការដោយខ្លួនឯង អត្ថប្រយោជន៍ពីភរិយា ឬស្រីស្នេហា ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម ពលកម្ម និង ឧស្សាហកម្ម ការគាំទ្រកុមារ អត្ថប្រយោជន៍អតិថិជន អំណោយ ឬកម្មវិធី។ សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក។

- ចំណូល ឬការងារដែលបានចាប់ផ្តើម។ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមមានចំណូល៖ _____ អ្នកណាចាប់ផ្តើមមានចំណូល៖ _____
 ចំណូលសរុប (មុនបង់ពន្ធ)៖ \$ _____ ក្នុងមួយ ម៉ោង ខែ ពេញម៉ោង ក្រៅម៉ោង
 ប្រភេទចំណូល៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក (ប្រសិនបើមាន)៖ _____
 កាលបរិច្ឆេទ (ច្រើន) ដែលបុគ្គលរូបនោះទទួលបានចំណូល (ឧ. ថ្ងៃទី 1 និងទី 15 នៃខែនីមួយៗ ឬរៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ)៖ _____
- ចំណូល ឬការងារដែលបានបញ្ចប់។ កាលបរិច្ឆេទដែលមានចំណូល៖ _____ អ្នកណាដែលមានចំណូល៖ _____
 មូលហេតុនាំឱ្យលែងមានចំណូល៖ _____
- ចំណូល ឬការងារដែលកើនឡើង។ កាលបរិច្ឆេទដែលចំណូលកើនឡើង៖ _____ អ្នកណាចាប់ផ្តើមមានចំណូលកើនឡើង៖ _____
 ចំណូលសរុប (ទឹកប្រាក់ជាដុល្លារមុនបង់ពន្ធ) ៖ \$ _____ ក្នុងមួយ ម៉ោង ខែ
 ប្រភេទចំណូល៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក (ប្រសិនបើមាន)៖ _____
 ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការ តើប្តូរការងារក្រៅម៉ោងទៅពេញម៉ោងមែនទេ? បាទ/ចាស៍ ទេ
- ចំណូល ឬការងារដែលថយចុះ។ កាលបរិច្ឆេទដែលចំណូលថយចុះ៖ _____ អ្នកណាចាប់ផ្តើមមានចំណូលថយចុះ៖ _____
 ចំណូលសរុប (ទឹកប្រាក់ជាដុល្លារមុនបង់ពន្ធ) ៖ \$ _____ ក្នុងមួយ ម៉ោង ខែ
 ប្រភេទចំណូល៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក (ប្រសិនបើមាន)៖ _____

6. គ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត។ សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក។

- ចំណាយថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំ (សេវាមើលថែកូន) បានប្តូរពី៖ \$ _____ /ខែ ទៅ \$ _____ /ខែ។
- ការមានផ្ទៃពោះចាប់ផ្តើមប្រហែល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទសម្រាល៖ _____។
- ការមានផ្ទៃពោះបញ្ចប់ប្រហែល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទដែលការមានផ្ទៃពោះបញ្ចប់៖ _____។
- ចំណាយសម្រាប់ការគាំទ្រកុមារប្តូរពី៖ \$ _____ /ខែ ទៅ \$ _____ /ខែ។
 អ្នកបង់ប្រាក់៖ _____
- ចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រកើនឡើងពី៖ \$ _____ /ខែ ទៅ \$ _____ /ខែ។
 អ្នកបង់ប្រាក់៖ _____
- ស្ថានភាពគ្រួសារផ្លាស់ប្តូរដោយសារ៖ _____ មានគ្រួសារ លែងលះ រស់នៅបែកគ្នា ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ
- ធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រធានាបញ្ចប់ដោយសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទដែលធានារ៉ាប់រងបញ្ចប់៖ _____
- ធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រធានាចាប់ផ្តើមដោយសារ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទដែលធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើម៖ _____
 សូមរៀបរាប់ពីឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងក្នុងករណីធានារ៉ាប់រងបញ្ចប់ ឬចាប់ផ្តើម៖ _____
- ខ្ញុំបានទទួលការបង់ប្រាក់តាមច្បាប់ជំនួយថាមពលគ្រួសារមានចំណូលទាបក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះ។ ចំនួនទឹកប្រាក់៖ _____

ការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត (សូមពណ៌នា)

7. ខ្ញុំចង់បញ្ចប់៖ ជំនួយសាច់ប្រាក់ អាហារមូលដ្ឋាន ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការមើលថែទាំកូន
 ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

ក្រសួងផ្តល់ជូននូវសេវាចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតតាមច្បាប់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ 1993។ ការដាក់ ឬមិនដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវា ឬបរិយាមណ្ឌលអត្ថប្រយោជន៍ដែល អ្នកទទួលបានពីភ្នាក់ងារនេះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបំពេញបែបបទចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តស្វែងរក ឬទទួលយកការជួយគិតគូរនៅលើរូបអ្នក។ អ្នកត្រូវបំពេញ បែបបទចុះឈ្មោះជាលក្ខណៈឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាមានបុគ្គលណាម្នាក់មកបំពានលើសិទ្ធិចុះឈ្មោះ ឬមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នក សិទ្ធិឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬ ដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយ ឬចំណូលចិត្តខាងនយោបាយផ្សេងទៀតរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ៖ Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរឬទេ? បាទ/ចាស៍ ទេ
 ប្រសិនបើអ្នកមិនគួសប្រអប់ណាមួយក្នុងចំណោមប្រអប់ទាំងពីរនេះទេ នោះគឺថាទុកថាអ្នកសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះទេ។

សេចក្តីប្រកាស និងហត្ថលេខា

ខ្ញុំសូមអះអាងតាមទោសទំណុកនៃពាក្យសម្បថថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់គិត និងពេញលេញតាមអ្វីដែលខ្ញុំដឹងជាក់ច្បាស់។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត នាំឱ្យមានការក្តីត្រូវ ឬមិនពេញលេញ ខ្ញុំនឹងត្រូវ ទទួលបាននូវទោសទំណុកក្រោមច្បាប់ (RCW 74.08.055 និង RCW 74.08.331)។ ខ្ញុំដឹងថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់គឺជាកម្មវត្ថុនៃការបញ្ជាក់ ហើយខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់នូវការបញ្ជាក់នោះ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិន អាចផ្តល់ភស្តុតាងចាំបាច់ ខ្ញុំនឹងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ DSHS ទាក់ទងបុគ្គល ឬភ្នាក់ងារដទៃទៀតដើម្បីរកភស្តុតាងជំនួយរូបខ្ញុំ។ ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំនេះលើបែបបទនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានយល់ការណែនាំពីការផ្លាស់ប្តូរ ទាំងអស់ដែលខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ
ហត្ថលេខារបស់ភ្នាក់ងារ ឬសមាជិកគ្រួសារដែលពេញវ័យដទៃទៀត	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ