

## ការពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញ Eligibility Review

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់សុំ ឬ បំពេញទម្រង់នេះ, សូមសួរមកកាន់ពួកយើង។  
រក្សាទុកទម្រង់នេះសំរាប់ធ្វើជាឯកសារសំគាល់។

### តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ ឬ ម្ហូបអាហារដោយរបៀបណា?

- អ្នកអាចចាប់ផ្តើម ដំណើរការសុំនេះដោយបញ្ជូនពាក្យសុំនេះទៅការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍។ វាត្រូវតែមានឈ្មោះ, អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក រឺហត្ថលេខាអ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិរបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកស្វ័យនេះ ទោះបីជាមានតែចំណុចទាំងបីនេះក៏ដោយ ។
- អ្នកអាចទទួលបានគុណប្រយោជន៍ច្រើនទៀត រឺទទួលបានវាជាដាច់ខាត បើសិនជាអ្នកចំពេញ និង ប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកមកអោយយើង និង ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងបានសួរមកកាន់តែជាប់កាន់តែល្អ។
- អ្នកអាចយកពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់ ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-338-7410 ។ មើល [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) សំរាប់ទីកន្លែង។
- ដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅក្នុងសំបុត្រផ្ញើទៅ :

DSHS  
CSD-Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS  
Home and Community Services – Long Term Care Services  
PO Box 45826  
Olympia, WA 98504-5826

- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំតាមរយៈអ៊ិនធើណែតដោយទៅកាន់គេហទំព័រ: [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- ទំរង់ពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញនេះ អាចប្រើប្រាស់បានសំរាប់ធ្វើការធានារ៉ាប់រងការឡើងវិញសំរាប់កម្មវិធី សុខភាពផ្ទៃក្នុងស្មើស្មើ ដែលបានដាក់នៅក្នុងទម្រង់នេះ។ សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្សេងទៀត អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យតាមអ៊ិនធើណែតតាមរយៈគេហទំព័រ [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), រឺដោយទូរស័ព្ទទៅ 1-855-923-4633, រឺ ប្រើពាក្យសុំ ៖ ដ1 សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព (HCA 18-001)។

### តើខ្ញុំអាចនឹងទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ បានជាប់កំរិតណា?

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារភ្លាមៗនោះ, បំពេញចាប់ពីសំនួរទី ១ ដល់ ទី ១៤ និង យកទម្រង់នេះទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់របស់អ្នក។

- យើងធ្វើការសំរេចបើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ ក្នុងកំឡុងពេល ៧ ថ្ងៃ បើសិនជាអ្នកបង្ហាញភស្តុតាងអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និង ជួបនឹងវិវាទមានសិទ្ធិទទួលបាន ។
- យើងចេញគុណប្រយោជន៍អោយបន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលយើងសំរេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។
- ជំនួយម្ហូបអាហារតាមធម្មតាចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។
- ជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធតាមធម្មតាចាប់ផ្តើម ពីថ្ងៃដែលយើងមានព័ត៌មានទាំងឡាយណាដើម្បីសំរេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។
- ពួកយើងត្រូវតែសម្រេចបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នក ។
- បើអ្នកកំពុងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកពីស្ថាប័នកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមគឺជាកាលបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញរបស់អ្នក ។

### បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយម្ហូបអាហារ និងកម្មវិធីផ្សេងទៀត ៖

ពួកយើងត្រូវតែធ្វើការវិនិច្ឆ័យ SNAP សម្រាប់ការអនុវត្តពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ វាជាប់បញ្ចូលទាំងការអនុវត្តពាក្យសុំរយៈពេលកំណត់ ការចេញសេចក្តីប្រកាសត្រឹមត្រូវ និងការផ្តល់យោបល់ឲ្យអ្នកពីសិទ្ធិរដ្ឋបាលរបស់អ្នក ។ ពួកយើងមិនអាចបដិសេធជំនួយម្ហូបអាហាររបស់អ្នកដោយគ្រាន់តែពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្សេងត្រូវបានបដិសេធទេ ។

### សិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋ

យោងតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទបញ្ជាសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) និងគោលនយោបាយ USDA ទីភ្នាក់ងាររបស់វា ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួមក្នុង និងចាត់ចែងកម្មវិធី USDA ត្រូវបានហាមឃាត់ពីការរើសអើង ដែលផ្អែកលើពូជសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, ជាតិកំណើត, អាយុ, ពិការភាព, ភេទ, អត្តសញ្ញាណភេទ (ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងការបង្ហាញភេទ), ទំនោរភេទ, ពិការភាព, អាយុ, ស្ថានភាពរៀបការ, ស្ថានភាពគ្រួសារ/ស្ថានភាពឪពុកម្តាយ, ប្រាក់ចំណូលដែលបានពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ជំនឿយោបាយ ឬការផ្តាច់មុខ ឬការសងសឹកសម្រាប់សកម្មភាពសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋតិចមុន ក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើ ឬឧបត្ថម្ភដោយ USDA (មិនមែនមូលដ្ឋានទាំងអស់អនុវត្តលើកម្មវិធីទាំងអស់ទេ) ។ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ដំណោះស្រាយ និងការដាក់បណ្តឹងខុសៗគ្នាតាមកម្មវិធី ។

ជនពិការដែលតម្រូវឲ្យមានវិធីទំនាក់ទំនងផ្សេងពីពិការភាពកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ប្រេល (Braille), ត្រីនអក្សរធំ, ការសែតសម្លេង, ភាសាសញ្ញាអាមេរិក ជាដើម) គួរតែទាក់ទងទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬមជ្ឈមណ្ឌលគោលដៅ USDA តាមលេខទូរស័ព្ទ (202) 720-2600 (សម្លេង និង TTY) ឬទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាកម្មបន្តសហព័ន្ធតាមលេខទូរស័ព្ទ (800) 877-8339 ។ បន្ថែមទៀតពិការភាពកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងពីការរើសអើងកម្មវិធី ចំពេញបែបបទបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA AD-3027 ដែលរកបានលើបណ្តាញ [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) និងនៅការិយាល័យ USDA ឬសេវាសេវាសិទ្ធិដែលដាក់អាសយដ្ឋានទៅ USDA និងដាក់បញ្ចូលក្នុងលិខិតណាមួយពិការភាពកម្មវិធីដែលបានស្នើសុំក្នុងបែបបទ ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ (866) 632-9992 ។ បញ្ជូនបែបបទ ឬលិខិតដែលចំពេញរួចទៅ USDA តាម ៖

1. ផ្ញើលិខិតទៅ ៖ U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Ave, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
2. តាមទូរស័ព្ទ (202) 690-7442 ឬ
3. អ៊ីមែល [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) ។

USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងយោជន៍ និងអ្នកឲ្យខ្លឹមស្នើភាពគ្នា ។

**ស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍ និងលេខសន្តិសុខសង្គម**

អ្នកអាចនឹងទទួលបានជំនួយសម្រាប់បុគ្គលខ្លះដែលអ្នករស់នៅជាមួយ ទោះបីជាអ្នករស់នៅជាមួយមិនអាចទទួលបានជំនួយដោយសារតែស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់មកយើងនូវស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់រាល់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ។ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍នៃសមាជិកគ្រួសារអាចត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ USCIS (ពីមុនស្គាល់ជា INS) ។ ព័ត៌មានទទួលបានពី USCIS អាចប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបរិមាណផលប្រយោជន៍ ។ ពួកយើងមានធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដែលអាចធានាជម្រកសុខ្លះ ។

ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), អ្នកត្រូវតែផ្តល់មកដោយយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) សំរាប់រាល់បុគ្គលដែលរស់នៅជាមួយដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់ Washington Apple Health, TANF ។ ជំនួយឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋាន។ យើងក៏អាចត្រូវការ SSN របស់ឪពុកម្តាយ និងប្តីប្រពន្ធ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នកប៉ុន្តែពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ។ ពួកយើងមានធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជនខ្លះដែលមិនមាន SSNs ។

**ភាពជាពលរដ្ឋ និងអត្តសញ្ញាណសម្រាប់ Washington Apple Health**

ពលរដ្ឋអាមេរិកត្រូវតែបង្ហាញឯកសារភាពជាពលរដ្ឋ និងអត្តសញ្ញាណដើម្បីទទួលបាន Washington Apple Health ។ ពួកយើងអាចជួយអ្នកទទួលបានស្តីពីការសុំ។ បើពួកយើងត្រូវការឯកសារដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់នោះ ពួកយើងនឹងផ្ញើ និងបង់ថ្លៃចំណាយនោះ។ ពួកយើងមិនត្រូវការអត្តសញ្ញាណសម្រាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារដែលទទួលបាន Medicare, ធានារ៉ាប់រងភាពសន្តិសុខសង្គម (SSDI) ដែលផ្អែកលើភាពមានរបស់ពួកគេផ្ទាល់ ឬប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) ។

**ការបង់ប្រាក់ទៅដោយរដ្ឋវិញសំរាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងរយៈពេលយូរ**

ក្រោមច្បាប់ការទាញយកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋវិញនៃអេស៊ាន (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) ទ្រព្យរបស់អ្នកអាចត្រូវបានសងចំណាយដែលរដ្ឋបានបង់សម្រាប់ប្រភេទណាមួយនៃសេវាកម្ម និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ និងរយៈពេលយូរដែលអ្នកបានទទួលក្រោយពីអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ។ មិនមានកម្រិតអាយុទេ បើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មដែលឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋតែប៉ុណ្ណោះ ។ ការទាញយកវិញនៃអចលនវត្ថុចាប់ផ្តើមក្រោយពីអ្នកស្លាប់ ។ ការទូទាត់ត្រូវបានផុតកំណត់ក្រោយពីស្លាប់នៃសហព័ន្ធដែលនេះរបស់អ្នក ឬពេលដែលត្រូវបានបង់សម្រាប់អាយុ 21 ឆ្នាំ លុះត្រាតែកុមារពិការភ្នែក/ពិការនរោលដែលអ្នកស្លាប់ ។ រដ្ឋអាចដាក់សិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលមុនការស្លាប់លើអចលនវត្ថុរបស់អ្នកគ្រប់ពេល បើអ្នករស់នៅក្នុងគេហដ្ឋានថែទាំ និងដូចជាមិនអាចគ្រប់គ្រងទៅផ្ទះវិញបាន ។ រដ្ឋអាចប្រមូលសិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលនេះ បើអ្នកលក់ ឬផ្ទេរទ្រព្យ ឬក្រោយពីអ្នកស្លាប់ ។ បើអ្នកត្រូវបង់ទៅផ្ទះ រដ្ឋដកសិទ្ធិយាត់ទុកទ្រព្យកូនចំណូលចេញ ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងបញ្ជីនៃសេវាកម្មដែលអាចទាញយកវិញនៃអចលនវត្ថុរដ្ឋ សូមមើលលេខ 182-527 WAC ។

**ភាពឯកជន និងជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ និងម្ហូបអាហាររបស់អ្នក**

ច្បាប់អាហារ និងសារធាតុចិញ្ចឹមឆ្នាំ2008 អនុញ្ញាតដោយពួកយើងប្រមូលព័ត៌មានដែលពួកយើងស្នើសុំលើពាក្យសុំ ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ទោះបីជាយ៉ាងណា ការមិនផ្តល់ព័ត៌មានដោយគ្មានហេតុផលសមរម្យ អាចបង្កឱ្យមានការបដិសេធនៃផលប្រយោជន៍អាហារប្រមូល ។ ពួកយើងបញ្ជាក់ព័ត៌មានខ្លះជាមួយកម្មវិធីផ្តល់របស់កំពូទ្រំដែលរាប់បញ្ចូលទាំងប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ និងប្រព័ន្ធបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបាន (IEVS) ។

យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បី:	យើងអាចដោយព័ត៌មាននេះទៅកាន់:
<ul style="list-style-type: none"> <li>សំរេចថាអ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់យើង។</li> <li>ប្រមូលប្រាក់បង់ហួសកំណត់នៃ ជំនួយឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋានអាហារ</li> <li>គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង</li> <li>ប្រកដដោយច្បាស់ថាយើងគោរពតាមច្បាប់កំណត់</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ភ្នាក់ងារ រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ សំរាប់ការប្រើប្រាស់ផ្លូវការ</li> <li>ភ្នាក់ងារច្បាប់បង្ខំដោយមាន ដើម្បីតាមចាប់ផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដែលបានក្រៃដូចគ្នាដូចជាច្បាប់។</li> <li>ភ្នាក់ងារប្រមូលយកដោយសំងាត់ ដើម្បីប្រមូលយកការបង់ប្រាក់ប្តូរសំណត់លើជំនួយឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋានអាហារ។</li> </ul>

**ព័ត៌មានដែលបានរាយការណ៍ដល់ក្រសួងសេវាកម្មសង្គម និងសុខាភិបាលអាចប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដែលចាត់ចែងដោយអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព និងការផ្លាស់ប្តូរផលប្រយោជន៍សុខភាព**

**ការប្រាប់ដោយដឹងជាមុនពីការពិន័យជំនួយឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋានអាហារ**

ពួកយើងបញ្ជាក់ជាមួយភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថាព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺត្រឹមត្រូវ ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអាចមិនទទួលបានជំនួយអាហារ ។

**សមាជិកទាំងឡាយដែលមានបំណងធ្វើខុសវិន័យអាច ៖**

- កាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបានផ្សេងទៀត ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ផាកពិន័យដល់ \$250,000 ។
- ជាប់ពន្ធនាគារដល់ 20 ឆ្នាំ ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP សម្រាប់រយៈពេល 18 ខែបន្ថែម បើគុណការបង្គាប់បញ្ជា ។

**បើគុណការរកឃើញអ្នកមានកំហុសនៃ ៖**

<b>ការទទួលបានផលប្រយោជន៍ក្នុងការទិញដូរ ដែលរួមមាន ៖</b>	<b>អ្នកអាច ៖</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ការលក់សារធាតុគ្រប់គ្រង.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ពីរឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ការលក់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ការរត់ពន្ធផលប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមបញ្ចូលគ្នា.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ការបោកបន្លំកន្លែងស្នាក់នៅ ឬអត្តសញ្ញាណ.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។</li> </ul>



**I. ព័ត៌មានទូទៅ**

1. ក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃកន្លងមក ខ្ញុំបានទទួលបាន ប្រាក់សុទ្ធ ឬ ម្ហូបអាហារពិរដ្ឋ កុលសម្ព័ន្ធ រឺ ធនធាន ផ្សេងទៀត។  បាទ រឺ ចាស  ទេ
2. បុគ្គលណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមិនរស់នៅក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន៖  បាទ រឺ ចាស  ទេ អ្នកណា? : \_\_\_\_\_
3. ខ្ញុំ រឺ រណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺជាជនបរទេសដែលបានផ្គត់ផ្គង់៖  បាទ រឺ ចាស  ទេ អ្នកណា? : \_\_\_\_\_
4. ខ្ញុំ រឺ រណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានអាយុ ១៦ ឆ្នាំ រឺ ចាស់ជាងនេះគឺស្ថិតនៅក្នុង (គូសទាំងអស់ដែលត្រូវ)៖  រឺ ឡាយើយ៖  
 កម្មវិធីសម្របសម្រួលការងារ  មហាវិទ្យាល័យ  សាលារៀនពាណិជ្ជ អ្នកណា? : \_\_\_\_\_
5. មានរណាម្នាក់បណ្តោះអាសន្ននៅក្រៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ៖  បាទ រឺ ចាស  ទេ អ្នកណា? : \_\_\_\_\_
6. ខ្ញុំ រឺ រណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានបម្រើនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក សន្តិសុខជាតិ ឬជនបម្រុង ឬជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់បុគ្គលដែលធ្លាប់បម្រើការ  បាទ រឺ ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើបាទ រឺ ចាស អ្នកណា? : \_\_\_\_\_
7. ខ្ញុំ រឺ រណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ គឺជាបងប្អូនឬក្រីម្នាក់ច្បាប់ដែលមិនចង់ទៅកុលាការ រឺ ពន្ធនាគារក្នុងបទឧក្រិដ្ឋម្ល៉ោះ។  បាទ រឺ ចាស  ទេ
8. ខ្ញុំកំពុងរស់នៅក្នុង៖  ផ្ទះ រឺ ផ្ទះជួល របស់ខ្ញុំ  ផ្ទះជាក្រុម  ផ្សេងៗ : \_\_\_\_\_  
 វិទ្យាស្ថាន (រាយប្រភេទទីមួយៗ) : \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ ពេលចុះ : \_\_\_\_\_
9. ខ្ញុំ :  នេសាទ  រៀបការហើយ  លែងលះ  នៅផ្សេងគ្នា  មេម៉ាយ  
 នៅជាមួយគ្នាមិនរៀបការ
10. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តូរជំនួយម្ហូបអាហារសម្រាប់ថ្នាំញៀនក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996  បាទ រឺ ចាស  ទេ
11. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទិញ ឬលក់ជំនួយម្ហូបអាហារលើពី \$500 ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996  បាទ រឺ ចាស  ទេ
12. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តូរជំនួយម្ហូបអាហារសម្រាប់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996  បាទ រឺ ចាស  ទេ
13. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទទួលជំនួយម្ហូបអាហារលើពីរដ្ឋមួយ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996  បាទ រឺ ចាស  ទេ
14. ខ្ញុំ ប្តី ឬ រណាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ : a. កំពុងធ្វើពុករលួយ :  បាទ រឺ ចាស  ទេ b. នៅព្រំដែន :  បាទ រឺ ចាស  ទេ

**II. ព័ត៌មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព(មិនត្រូវការសំរាប់អាហារមូលដ្ឋានទេ)**

- ខ្ញុំ , ប្តី រឺ ប្រពន្ធខ្ញុំ , រឺ រណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ**
1. មានកំរោងចូលមកនៅ, កំពុងរស់នៅ, រឺ ភ្លាមៗនេះចេញពីមន្ទីរព្យាបាល(ដូចជា មន្ទីរពេទ្យ រឺ មន្ទីរមើលថែ)  បាទ រឺ ចាស  ទេ
  2. ត្រូវការជំនួយជាមួយវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនទាន់បង់សម្រាប់រយៈពេលខែណាមួយ ឬពេលវិវិទ្យាមុន  បាទ រឺ ចាស  ទេ
  3. មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖  បាទ រឺ ចាស  ទេ; គូសលើប្រអប់ដែលគំណាងអោយ៖  ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពសហព័ន្ធ (មិនមែន សុខភាពផ្ទៃក្នុងវ៉ាស៊ីនតោនទេ)  
 កម្មវិធីមើលថែសុខភាពប្រជាជន  ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពយូអេស៊ី  សេវាសុខភាពជនជាតិអ៊ិនឌាន  
 ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត:

**III. ធនធាន (ភ្ជាប់កសាង មិនត្រូវការសំរាប់ HWD រឺ អាហារមូលដ្ឋានទេ)**

ប្រភពធនធានគឺជាសំរាប់ទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានកម្មសិទ្ធិ រឺ របស់ដែលទិញទៅអាចលក់បាន, ឬញូដូរ, រឺ ប្តូរទៅជាប្រាក់សុទ្ធ រឺ ទិន្នន័យកាន់ដោយអ្នកផ្សេងៗ។  
 ធនធានមិនបានរួមបញ្ចូលទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដូចជា៖ គ្រឿងសង្ហារឹម, សំលៀកបំពាក់។ ធនធានមិនដូចជា៖

- ប្រាក់សុទ្ធ
- កូនប្រយោជន៍ជឿជាក់រដ្ឋ
- CDs
- មូលនិធិបញ្ចុះសតវដែលបានត្រងទុកជាមុន
- គណនីយថរដ្ឋ
- IRA រឺ ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ពិភពលោក
- គណនីយសន្សំ
- ផ្ទះ , ដី រឺ អាគារ
- កុងត្រា
- មូលនិធិប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- មូលនិធិ សាលាមហាវិទ្យាល័យ
- ប្រាក់ភាគហ៊ុន
- ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងវិវិត

សូមរាយធនធានដែល អ្នក, ប្តីប្រពន្ធអ្នក រឺ អ្នកគ្រប់គ្នាដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ដែលអ្នកជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ រឺ កំពុងទិញ៖

ធនធាន	អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ទិញទុក	តិល
			\$
			\$
			\$
			\$

2. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ រណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមាន ឡាន, ឡានដឹកទំនិញ, ឡានដឹកអ្នកដំណើរ, ទូក, ឡានសណ្តោង, រឺ យានយន្តផ្សេងទៀត៖

ឆ្នាំ (a: 1980)	ម៉ាក (a: FORD)	ម៉ូដែល (a: ESCORT)	គូសបើសិនជាចូល	គូសបើសិនជាមានយន្តនោះប្រើសំរាប់គោលការ គាំពារសុខភាពវិជ្ជាសាស្ត្រ	ប្រាក់ជំពាក់
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ រណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ធ្លាប់បានលក់, ផ្លាស់ប្តូរ, អោយ, រឺ ផ្ទេរធនធានក្នុងប្រព័ន្ធកំណត់មក (រួមទាំងប្រាក់ធានា CDs តាមរយៈធនាគារ, យានយន្ត ប្រាក់សុទ្ធ រឺ ប្តូរការកម្មសិទ្ធិទ្រព្យសម្បត្តិ)  បាទ រឺ ចាស  ទេ បើសិនជាមាន, អ្វីៗ : \_\_\_\_\_ នៅពេលណា : \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខ សន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់ អតិថិជន
------------------------	-------------------	-----------------------

**IV. ប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ (ការវិនិយោគធ្វើដោយរាល់សមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារក្នុងការទទួលបានប្រាក់បង់ជាធម្មតា រឺ នៅពេលអនាគត)**

អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ?	ក្រុមហ៊ុន រឺ ស្ថាប័ន?	ចំនួនទឹកប្រាក់	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

បើសិនជាអ្នក រឺ ប្តីប្រពន្ធ របស់អ្នកមានការប្រាក់នៅក្នុងប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ និង អ្នកទទួលបានប្រាក់ ការគាំពារសុខភាពយូរអង្វែងសុខភាពផ្ទៃក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន, ទាក់ទង សិស្ស រឺ ការធានារ៉ាប់រង ផល, អ្នកត្រូវតែ ដាក់ឈ្មោះ រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ជាកូនប្រយោជន៍នៅសល់នៃប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ។

**V. ប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន (ក្លែងកម្លាយ)**

- ខ្ញុំ ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានការងារធ្វើដែលបានបញ្ចប់ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃមុន:  បាទ រឺ ចាស  ទេ
- ខ្ញុំ ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ នរណាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានប្រាក់ចំណូលពីកន្លែងធ្វើការ :  បាទ រឺ ចាស  ទេ បើសិនជាមាន, សូមបំពេញផ្នែកនេះ :

អ្នកណារកបានចំណូលនេះ _____ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បរិមាណចំណាយការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំខែ ៖ \$ _____	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 <sup>st</sup> និង 15 <sup>th</sup> , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ): _____
---	---

អ្នកណារកបានចំណូលនេះ _____ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ _____ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បរិមាណចំណាយការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំខែ ៖ \$ _____	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 <sup>st</sup> និង 15 <sup>th</sup> , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ): _____
---	---

**VI. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត(ក្លែងកម្លាយ របាយការណ៍សំរាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារ)**

- កូនប្រយោជន៍សំរាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើ
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីរដ្ឋសំរាប់គ្រួសារមានចំណូលតិច (SSI)
- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន រឺ ភាពទទួលខុសត្រូវប្តីប្រពន្ធ
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- កូនប្រយោជន៍ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីការជួលផ្ទះ
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- រដ្ឋបាលទាហាន (VA) រឺ កូនប្រយោជន៍ទាហាន
- ឧស្សាហកម្ម និង ការងារ (L&I)
- កូនប្រយោជន៍រៀនរាល់
- ប្រាក់ចំណេញបានមកពីការប្រាក់

ប្រភេទ ប្រភពចំណូលមិនចំណេញ	អ្នកណាទទួលបានចំណូលនេះ?	ចំនួនប្រាក់ចំណូលទាំងមូលប្រចាំខែ
		\$
		\$
		\$
		\$

**VII. ចំណាយប្រចាំខែ**

ថ្ងៃទូលផ្ទះ \$	ថ្ងៃបង់ប្រាក់កំចិទិញផ្ទះ \$	ទំហំថ្លៃឡូឡូ \$	ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ \$	ពន្ធដី និង ផ្ទះ \$	ថ្ងៃបង់ផ្សេងទៀត \$
-------------------	--------------------------------	--------------------	---------------------------------	-----------------------	-----------------------

តើសេវាសាធារណៈអ្វីខ្លះដែលគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ដាច់ដោយឡែកពីថ្លៃឈ្នួល ឬថ្លៃបញ្ចាំផ្ទះ?  
 កម្ពុជា (អគ្គិសនី/ហ្គាស)  អគ្គិសនី (មិនមែនកម្ពុជា)  ទឹក  ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ/ទូរស័ព្ទដៃ  លូទឹកស្អុយ  សម្រាម

បុគ្គលណាម្នាក់ រឺ ភ្នាក់ងារ ដូចជាអោយប្រាក់ជំនួយបង់ថ្លៃផ្ទះ ជួយខ្ញុំបង់ចំនែកមួយ រឺ ចំណែកទាំងអស់លើការចំណាយទាំងនោះ :  បាទ រឺ ចាស  ទេ

បើសិនជាមាន , នរណា: \_\_\_\_\_ ចំណាយអ្វី: \_\_\_\_\_ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលពួកគេបង់: \$ \_\_\_\_\_  
 ខ្ញុំបានទទួលការបង់ប្រាក់លើច្បាប់ជំនួយថាមពលលើផ្ទះមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIHEAP) ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក ។

ខ្ញុំ ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ ទណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវបង់ រឺ បង់ (គូសលើប្រអប់ទាំងឡាយដែលគំណាង) :		
<input type="checkbox"/> ការមើលថែកូន រឺ មនុស្សពេញវ័យត្រូវការពិការភ្នែក (រួមទាំងចំណាយថ្លៃធ្វើដំណើរ)	ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$	អ្នកណាបង់ប្រាក់:
<input type="checkbox"/> វិក័យបត្របង់ប្រាក់វិជ្ជាសាស្ត្រសំរាប់ធនាគារ រឺ អាយុ 60 ឆ្នាំឡើងទៅ(រួមបញ្ចូលទាំងចំណាយការធ្វើដំណើរ និង ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព)	ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$	អ្នកណាបង់ប្រាក់:
<input type="checkbox"/> ឧបត្ថម្ភកូន (ភ្ជាប់ភស្តុតាងមកជាមួយ)	ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$	អ្នកណាបង់ប្រាក់:

បើសិនជាអ្នកមិនរាយការណ៍រាក់ការចំណាយដែលបានដាក់រាយនៅខាងលើទេ យើងនឹងសំរេចថាទង្វើនេះគឺជាការថ្លែងការដោយគ្រួសាររបស់អ្នកថាអ្នកមិនចង់ទទួលបានការដកយល់សំរាប់ការចំណាយនេះទេ។

**VIII. អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ**

អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិគឺជាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកអនុញ្ញាតិអោយ DSHS និយាយជាមួយអំពីគុនប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះបុគ្គលនោះ ប៉ុន្តែអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើទេ។  បាទ រឺ ចាស  ទេ  
 តើអ្នកមាន អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិមួយដែររឺទេ?  បាទ រឺ ចាស  ទេ  
 តើបុគ្គលនេះជាអ្នកមើលថែរបស់អ្នកស្របច្បាប់រឺ?  បាទ រឺ ចាស  ទេ

អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញពាក្យ អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ ( DSHS 14-532) បើសិនជាអ្នកធ្វើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកថ្មីឡើងវិញ។

ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនង	លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ
អាសយដ្ឋាន ប្រអប់សំបុត្រ	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដ ZIP

**ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត**

ក្រសួងផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតតាមការតម្រូវដោយច្បាប់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិថ្ងៃទី 1993។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះនឹងមិនប៉ះពាល់សេវាកម្មនានា ឬចំនួន ឥណទានប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬ ទទួលយកជំនួយគឺជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដាងដូន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា ទណាម្នាក់បានខ្វះខាតជាមួយសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណូលចិត្ត នយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងជាមួយ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Elections Office) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬដើម្បីដំណើរការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែររឺទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 ប្រសិនបើអ្នកមិនគួសយកប្រអប់ណាមួយនោះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះ។

**សេចក្តីសំរេច និង ហត្ថលេខា**

**បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ, រាល់មនុស្សពេញវ័យ(រឺ អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ) នៅក្នុងគ្រួសារត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។**  
**បើសិនជាអ្នកដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ, អ្នកដាក់ពាក្យសុំ (រឺ អ្នកគំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ)ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។**

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែ:

- ប្រគល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និង គោរពតាមការរាយការណ៍នៃការស្នើរសុំ។
- ផ្តល់ភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។
- ចុះសិទ្ធិដាក់លាក់ណាមួយទៅកាន់ការឧបត្ថម្ភកូន ទៅកាន់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសំរាប់គ្រួសារខ្លះខាត(ទាណព)។ យ៉ាងណាមេញ, ខ្ញុំអាចសួរអោយ DSHS មិនបន្តការឧបត្ថម្ភកូនបើសិនជាមានក្រោះថ្នាក់ដល់ខ្ញុំ រឺ កូនរបស់ខ្ញុំ។
- ធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយការងារស្នើរសុំជំនួយមួយអាហារ។

បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើទាំងនេះទេ, ខ្ញុំប្រហែលនឹងអាចត្រូវបដិសេធគុនប្រយោជន៍ រឺ ត្រូវបង់ប្រាក់ទៅអោយពួកគេវិញ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចក្លាយទៅជាអ្នកជាប់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្មបើសិនជាខ្ញុំ មានចំណងធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ចម្លំ រឺ អាក់ខាងរាយការណ៍រឿងអ្វីមួយដែលខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតអោយ DSHS ទំនាក់ទំនងបុគ្គលផ្សេងទៀត រឺ ភ្នាក់ងារនៅពេលចាំបាច់ណាមួយដើម្បីជួយខ្ញុំប្រមូលយកភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ខ្ញុំបានអាន រឺ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទំនួលបានច្បាប់ចំណងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន(DSHS 14-113)។ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទំនួលបានច្បាប់ចំណងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន HCA 18-003 ខ្ញុំប្រកាសជាផ្លូវការ រឺ សំរេចក្រោមការពិន័យលើការរក្សាកុហក ក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់អោយនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ រួមទាំងព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពជនបរទេស និង ប្រជាជនមានសញ្ជាតិនៃរាល់សមាជិកដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំសំរាប់គុនប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដ។

ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ទីក្រុង និង រដ្ឋ ដែលចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យ	ទីក្រុង និង រដ្ឋ ដែលចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខា អ្នកគំណាង រឺ អ្នកជួយ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកគំណាង រឺ អ្នកជួយ	ទីក្រុង និង រដ្ឋ ដែលចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខា សាក្សី បើសិនជាចុះជាមួយនិងសញ្ញា "X"	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ សាក្សី	