

ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ Eligibility Review

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການອ່ານ ຫລື ຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້, ກະລຸນາອໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກພວກເຮົາ.
ເກັບຮັກສາເຈິງໜ້ານີ້ໄວ້ສໍາລັບບັນທຶກຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ຫລື ອາຫານໄດ້ຢ່າງໃດ?

- ທ່ານສາມາດ **ເລີ່ມຕົ້ນ** ການດໍາເນີນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານດຽວນີ້ໂດຍການສົ່ງໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການບໍລິການອຸນນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນ. ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂນີ້, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫລື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕ່າງໜ້ານີ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຍື່ນໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານດຽວນີ້ໄດ້ເຖິງ ແຜນວ່າມັນຈະບັນຈຸແຕ່ສິ່ງສາມຢ່າງເຫລົ່ານີ້ກໍຕາມ.
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຫລາຍກວ່າ ຫລື ໄດ້ຮັບໄວກວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານຂຽນປະກອບ, ແລະ ເອົາໃຫ້ພວກເຮົາໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານ ແລະ ຮາຍຮະອຽດອື່ນໆຕ່າງໆທີ່ພວກເຮົາອໍເອົາໂດຍໄວເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້.
- ທ່ານສາມາດເອົາໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານໄປຫາຕ້ອງການທ້ອງຖິ່ນ ຫລື ແຟກຊ໌ໂປທີ່ເລກ **1-888-338-7410**. ຈົ່ງເບິ່ງ www.dshs.wa.gov ເພື່ອສະຖານທີ່.
- ສິ່ງໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານໄປຫາທີ່ຢູ່ຕໍ່ລົງໄປນີ້:

<p>DSHS CSD-Customer Service Center PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699</p>	<p>DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826 Olympia, WA 98504-5826</p>
---	--
- ທ່ານສາມາດຂຽນປະກອບໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂທີ່ທາງອອນລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ www.washingtonconnection.org
- ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອໃບນີ້ສາມາດຖືກໃຊ້ໄດ້ຢ່າງດຽວເທົ່ານັ້ນເພື່ອຈະຕໍ່ໃຫມ່ການຄຸ້ມກັນສໍາລັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ທີ່ຖືກບັງຄັບໃນຟອມໃບນີ້. ສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບອື່ນໆທ່ານຕ້ອງໄດ້ຂໍເອົາບໍວ່າຈະເປັນທາງອອນລາຍນີ້ທີ່ www.wahealthplanfinder.org, ໂດຍການໂທຫາເລກ **1-855-923-4633**, ຫລື ໂດຍການໃຊ້ໃບຄໍາຮ້ອງຂອງ **HCA** ສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົນປົງສຸຂະພາບ (**HCA 18-001**).

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອນໍາອາຫານ ແລະ ເງິນສົດໄດ້ໄວເທົ່າໃດ?

- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານໂດຍທັນທີໂລດ, ຈົ່ງຂຽນໃສ່ຄໍາຕາມ **1** ຮອດ **14** ຢູ່ໜ້າ ແລະ ຖືເອົາໃບຟອມນີ້ໄປຫາຕ້ອງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
- ພວກເຮົາຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ບໍ່ *ພາຍໃນ 7 ວັນ* ຖ້າຫາກວ່າທ່ານສະແດງຫລັກຖານຂອງເອກະລັກປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງນໍາກິດຮະບຽບຂອງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
 - ພວກເຮົາເບີກການຊ່ວຍເຫລືອອອກໃຫ້ໃນວັນທີຫລັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
 - ການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຕາມປົກກະຕິແລ້ວເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ.
 - ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດຕາມປົກກະຕິແລ້ວເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
 - ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ບໍ່ ພາຍໃນ **30** ວັນຂອງວັນທີ່ທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
 - ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຈາກສະຖານບັນກັກອ້ງ, ວັນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນແຜນວັນທີ່ຂອງການປົດປ່ອຍ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກມາຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ແລະ ໂຄງການອື່ນໆ

ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດຮະບຽບຂອງໂຄງການ **SNAP** ສໍາລັບການດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ລວມເອົາການດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງພາຍໃນ ຂອບເຂດເວລາ, ການອອກໃບແຈ້ງການທີ່ຖືກຕ້ອງເຫມາະສົມ, ແລະ ການແນະນໍາທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິທາງອໍານາດການປົກຄອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຂອງທ່ານພຽງແຕ່ຍ້ອນວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອຢ່າງອື່ນໆໄດ້ຖືກປະຕິເສດ.

ສິດທິຜົນເມືອງ

ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິຜົນເມືອງຂອງຮຸບຮ່າງ ແລະ ກົດຮະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິຜົນເມືອງຂອງກົມກະສິກໍາຂອງ **U.S. (USDA)**, ກົມ **USDA**, ອົງການ, ຫ້ອງການ ແລະ ພະນັກງານຂອງເຂົາເຈົ້າ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົາຮ່ວມໃນໂຄງການ ຫລື ບໍລິຫານໂຄງການນີ້ໄດ້ຖືກຫວງຫ້າມຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນ ວັນນະໂຍບາຍໂດຍອີງໃສ່ພັນຖານຂອງພົວພັນ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ສາສະນາ, ເພດ, ເອກະລັກປະຈໍາຕົວທາງເພດ (ລວມທັງການສະແດງອອກມາທາງເພດ), ການປັບຕົວທາງເພດ, ຄວາມເສຍອົງຄະ, ອາຍຸ, ສະພາບການແຕ່ງງານ, ສະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ຮາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບມາຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຫລວງ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງດ້ານການເມືອງ, ຫລື ການແກ້ແຜ່ນ ຫລື ການຕອບໂຕ້ສໍາລັບກົກກັມກ່ຽວກັບສິດທິຜົນເມືອງໃນຜ່ານມາ, ຢູ່ໃນໂຄງການ ຫລື ກິຈະການແນວໃດແນວນຶ່ງທີ່ຖືກດໍາເນີນການ ຫລື ອອກທຶນໃຫ້ໂດຍກົມ **USDA** (ບໍ່ແມ່ນວ່າພັນຖານທີ່ຖືກຫວງຫ້າມທຸກໆຢ່າງຈະກ່ຽວນໍາທຸກໆໂຄງການ). ວັນທີ່ກໍານົດຕາຍໂຕຂອງການຍື່ນວິທີການແກ້ໄຂ ຫລື ການຮ້ອງທຸກຈະແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມໂຄງການ.

ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການວິທີທາງການຕິດຕໍ່ສື່ສານແບບອິນສໍາລັບຮາຍຮະອຽດຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງວ່າ, ຕົວໜັງສືສໍາລັບຄົນຕາຍອດ, ເອກສານພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ເທັບອັດສຽງ, ພາສາອະເມຣິກັນໃບ, ອື່ນໆ) ລວມຈະຕິດຕໍ່ຫາຕ້ອງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫລື **TARGET Center** ຂອງ **USDA** ໄດ້ທີ່ເລກ **(202) 720-2600** (ສຽງເວົ້າ ຫລື **TTY**) ຫລື ຕິດຕໍ່ຫາ **USDA** ໂດຍຜ່ານ **Federal Relay Service** ໄດ້ທີ່ເລກ **(800) 877-8339**. ນອກຈາກນັ້ນອີກ, ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການຈະມີໃຜໃຫ້ອີກຄືກັນເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະຂອງໂຄງການ, ຈົ່ງຂຽນປະກອບໃບຟອມການຮ້ອງທຸກເຮືອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະຂອງ **USDA, AD-3027**, ມືບເຫັນໄດ້ຢູ່ທາງອອນລາຍນີ້ທີ່ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ຫລື ຢູ່ຕາມຫ້ອງການ **USDA** ທຸກໆບ່ອນ, ຫລື ຂຽນໜັງສືເສຍໃບໄປຫາ **USDA** ແລະ ບອກຢູ່ໃນໜັງສືຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາໃບຟອມ. ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາໃບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ຈົ່ງໂທຫາເລກ **(866) 632-9992**. ສິ່ງໃບຟອມ 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;
- ແຟກຊ໌: **(202) 690-7442**; ຫລື
- ທາງອີແມລ໌: **program.intake@usda.gov**.

USDA ເປັນຜູ້ບໍລິການ, ນາຍຈ້າງ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ຍື່ມໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ

Eligibility Review

ສອບຖາມພວກເຮົາຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້

1. ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (ຕ້ອງມີ)	2. ເລກປະຈຳຕົວຂອງລູກຄ້າ (ຖ້າຮູ້ຈັກ)
3. ທີ່ຢູ່ຖືກນິຍົມທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ ຮັດ ຊິບໂລດ	4. ເລກໂທລະສັບທຳອິດ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມໄວ້
5. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ ຮັດ ຊິບໂລດ	6. ເລກໂທລະສັບສຳລອງ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມໄວ້

8. ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍເອົາ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວນຳ):

<input type="checkbox"/> ເງິນສົດ	<input type="checkbox"/> ສະຖານທີ່ຊ່ວຍດຳລົງຊີວິດ/ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່
<input type="checkbox"/> ອາຫານ	<input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວຢູ່ໃນເຮືອນ
<input type="checkbox"/> ໂຄງການປະຢັດເງິນເມດີແຄລ໌	<input type="checkbox"/> ເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ
<input type="checkbox"/> ໂຄງການເບິ່ງແຍງຄົນປ່ວຍໃນວາຣະສຸດທ້າຍ	<input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ/ພະນັກງານທີ່ເສຍອົງຄະ (HWD)
<input type="checkbox"/> ການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສຳລັບຄົນຊາຣາ.ຕາບອດຫລືເສຍອົງຄະ	
<input type="checkbox"/> ການຄຸ້ມຄູ່ທີ່ຖືກເຮັດອອກມາໃຫ້ເຫມາະສົມສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸແກ່	

7. ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌

9. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ): ຢູ່ໃນສະພາບການຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ ມີຄວາມເສຍອົງຄະ
 ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຍ້ອນບັນຫາສຸຂະພາບ ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ; ຊື່: _____ ວັນທີຄອດລູກ: _____

10. ທ່ານຄາດຫມາຍວ່າຄອບຄົວຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນເທົ່າໃດໃນເດືອນນີ້? \$ _____

11. ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີເງິນເປັນເງິນສົດ ແລະ ໃນບັນຊີທະນາຄານຫລາຍປານໃດ? \$ _____

12. ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນ ຫລື ຄ່າງວດເຮືອນເທົ່າໃດ? \$ _____

13. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟແນວໃດແດ່ທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍ? ອາຍຸອຸ່ນ/ອາຍຸເຢັນ ໂທລະສັບ ອື່ນໆ: _____

14. ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເປັນຄົນເຮັດຟາມຕາມຣະດູ ຫລື ເຄື່ອນຍ້າຍໄປມາບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

15. ຖ້າຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ, ມີຈັກຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຊື້ ແລະ ຄົວກິນອາຫານເພື່ອ? _____

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

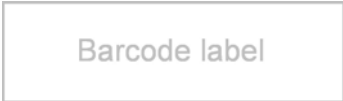
16. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການນາຍພາສາ. ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າພາສາ: _____ ຫລື ພາສາໃບ້; ແປຫນັງສືຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ເປັນພາສາ: _____

17. ຂຽນຊື່ທຸກໆຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານໃສ່ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາໃຫ້ເອົາເຈົ້າກໍຕາມ (ຕິດຄັດເຮັດເພີ່ມໃສ່, ຖ້າຈຳເປັນ).

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ	ຄົນຜູ້ນີ້ ສົມພັນ ນຳທ່ານ ແນວໃດ?	ວັນເກີດ	ຫມາຍໃສ່ຖ້າ ວ່າທ່ານຕ້ອງ ການການ ຊ່ວຍເຫລືອ ສຳລັບຄົນນີ້	ຕາມໃຈສຳລັບຜູ້ບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາ			
					ເລກ ຄວາມປອດພັ ຍ ຂອງສັງຄົມ	ຫມາຍໃສ່ ຖ້າເປັນ ຄົນສັນຊາດ U.S.	ຜົວພັນ (ເບິ່ງຕົວ ຢ່າງຂ້າງລຸ່ມ)	ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ (ສຳລັບຄົນອະເມຣິ ກັນອິນດຽນ, ຄົນ ອາລາສຄາດັງເດີມ)
		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"/>		

18. ເບື້ອງຫລັງຊົນເຜົ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຄົນຮິສແປນິກ ຫລື ລາຕິໂນ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຮາຍຮະອຽດເບື້ອງຫລັງກ່ຽວກັບຜົວພັນ ແລະ ຊົນເຜົ່າແມ່ນສະມັກໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອ. ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ ໄດ້ຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະຮັບປະກັນວ່າການຊ່ວຍເຫລືອຂອງໂຄງການໄດ້ຖືກແຈກຢາຍໃຫ້ໂດຍປາສຈາກການເບິ່ງໃສ່ຜົວພັນ, ສີສັນ, ຫລື ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ. ສຳລັບການຊ່ວຍ ເຫລືອອາຫານ, ກົມກະສິກຳ **USDA** ຍິ່ງໃຫ້ພວກເຮົາຕອບໃຫ້ທ່ານຖ້າຫາກວ່າບໍ່ມີຮາຍຮະອຽດແນວໃດໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້. **ຕົວຢ່າງຂອງຜົວພັນ:** ຄົນອາວ, ຄົນດຳ ຫລື ຄົນແອຟຣິກັນອະເມຣິກັນ, ຄົນເອເຊັຽ, ຄົນຮາວາຍອຽນດັງເດີມ, ຄົນເກາະປາຊີຟິກ, ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ, ອາລາສຄາດັງເດີມ, ຫລື ການປະສົມຜົວພັນຕ່າງໆ.



I. ຮາຍລະອຽດທົ່ວໄປ

1. ໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ, ຮ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ, ຫລື ການຄຸ້ມກັນປົນປົວສຸຂະພາບາກຮີດອື່ນ, ຊົນເຜົ່າ, ຫລື ບ່ອນອື່ນ. ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
2. ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ອາສັຍຢູ່ນອກຮີດວໍຊິງຕັນ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____
3. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຮ້າພະເຈົ້າເປັນຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ຖືກຮັບປະກັນເຂົ້າມາ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____
4. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຮ້າພະເຈົ້າອາຍຸ 16 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າຢູ່ໃນ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): ຮາຍສະກຸນ
5. ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ນອກເຮືອນຂອງຮ້າພະເຈົ້າຊົ່ວຄາວ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____
6. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຮ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຄີຍຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບທະຫານຂອງ U.S., ທະຫານປ້ອງກັນຊາດ ຫລື ທະຫານສຳຮອງ ຫລື ເປັນຄົນຫວັງເພິງ ຫລື ຄູ່ຜົວເມັຽຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ເຄີຍຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ: _____
7. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ກຳລັງຫມີຈາກກົດຫມາຍເພື່ອຈະຫລີກເວັ້ນໄປສານ ຫລື ເຂົ້າຄຸກສຳລັບອາສາຍາກັນໂທດອາດຍາ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
8. ຮ້າພະເຈົ້າອາສັຍຢູ່ໃນ: ເຮືອນ ຫລື ຫ້ອງແຖວຂອງຮ້າພະເຈົ້າເອງ ເຮືອນຢູ່ເປັນຫມູ່ ອື່ນໆ: _____
 ສະຖານທີ່ (ຂຽນບອກຊະນິດ): _____ ວັນທີ່ເຂົ້າໄປ: _____
9. ຮ້າພະເຈົ້າເປັນ: ໂສດ ແຕ່ງງານ ຢ່າຮ້າງ ແຍກທາງກັນ ຫມ້າຍ ຢູ່ໃນຄວາມສັມພັນຢູ່ເຮືອນນຳກັນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນ
10. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຮ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຄ້າຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານສຳລັບຢາເສບຕິດຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
11. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຮ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຊື້ ຫລື ການຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານກາຍເກີນ \$500 ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
12. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຮ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຄ້າຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານສຳລັບປີນ, ລູກກະສຸນ, ຫລື ຣະເບີດ ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
13. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຮ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຢູ່ໃນຫລາຍກວ່າຮີດນຶ່ງ ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
14. ຮ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຮ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: a. ເດີນປະທ້ວງ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ b. ຄົນກິນນອນ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

II. ຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພັຍພະຍາບານ (ບໍ່ຕ້ອງການສຳລັບອາຫານຈຳເປັນ)

- ຮ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຮ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຮ້າພະເຈົ້າ:**
1. ວາງແຜນວ່າຈະເຂົ້າໄປ, ຢູ່ໃນ, ຫລື ຫາກອອກຈາກສະຖານທີ່ພະຍາບານ (ເຊັ່ນວ່າໂຮງພະຍາບານຫລືເຮືອນເບິ່ງຜູ້ເຖົ້າ) ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 2. ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃບປິ່ນພະຍາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອສຳລັບສາມເດືອນຜ່ານມາເດືອນໃດເດືອນນຶ່ງ..... ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 3. ມີປະກັນພັຍສຸຂະພາບ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): ເມດີແຄຣ໌ (ບໍ່ແມ່ນ Washington Apple Health)
 Tricare (ທຣາຍແຄຣ໌) ປະກັນພັຍປົນປົວຮະຍະຍາວ ການປົນປົວສຸຂະພາບຊົນເຜົ່າອິນດຽນ
 ປະກັນພັຍສຸຂະພາບອື່ນໆ:

III. ຊັບສົມບັດ (ຄັດຫລັກຖານມາມຳ: ບໍ່ຕ້ອງການສຳລັບໂຄງການ HWD, ຫລື ອາຫານຈຳເປັນ)

ຊັບສົມບັດແມ່ນທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫລື ຊື່ເອົາມາຊື່ງສາມາດຂາຍໄດ້, ແລກປ່ຽນໄດ້, ຫລື ປ່ຽນມາເປັນເງິນສົດໄດ້ ຫລື ເງິນທີ່ຖືກກຳໄວ້ໂດຍຄົນອື່ນ. ຊັບສົມບັດບໍ່ໄດ້ລວມເອົາຊັບສິນສ່ວນຕົວເຊັ່ນວ່າເຟີນີເວີ, ຫລື ເຄື່ອງນຸ່ງ. ຕົວຢ່າງຂອງຊັບສົມບັດແມ່ນ:

- ເງິນສົດ
- ເງິນສິນເຊື້ອ
- ເງິນຊື່ດີ
- ເງິນຝັງສົບ, ແຜນການຈ່າຍກ່ອນ
- ບັນຊີເຊັກກືງ
- ເງິນ IRA / 401k
- ບັນຊີເງິນຕະລາດ
- ອຸປະກອນເຄື່ອງຈັກການຄ້າ
- ບັນຊີເຊວວິງ
- ເຮືອນ, ດິນ ຫລື ເຕີກອາຄານ
- ບອນດ໌
- ສັດລ້ຽງ
- ເງິນທຶນເຂົ້າຄອນເຫລດ
- ເງິນເບັຽບຳນານ
- ປະກັນພັຍຊີວິດ

ກະຮຸນາຂຽນລາຍຊື່ຊັບສົມບັດທ່ານ, ຜົວເມັຽຂອງທ່ານ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ເປັນເຈົ້າຂອງຫລື ຊື່ເອົາ:

ຊັບສົມບັດ	ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ
			\$
			\$
			\$
			\$

2. ຮ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຮ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ ມີຣິດ, ຣິດທຣັກ, ຣິດແວນ, ເຮືອ, RVs, ຣິດເທຣເລີ, ຫລື ຣິດຍົນແນວອື່ນ:

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

3. ຮ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຮ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຮ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ ໄດ້ອາຍ, ແລກປ່ຽນເອົາ, ເອົາໃຫ້ໄປ, ຫລື ໂອນຊັບສົມບັດໃນຫ້າປີຜ່ານມາ (ລວມທັງເງິນສິນເຊື້ອ, ຣິດ, ເງິນສົດ ຫລື ມໍຣະດົກຊີວິດ): ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນຫຍັງ: _____ ເມື່ອໃດ: _____

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

IV. ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ (ການລົງທຶນທີ່ຖືກເຮັດໂດຍສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດຄົນນຶ່ງເພື່ອຈະໄດ້ເງິນຈ່າຍເປັນປົກກະຕິດຽວນີ້ຫລືໃນອະນາຄົດ)				
ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ?	ບໍລິສັດ ຫລື ສະຖາບັນ?	ຈຳນວນເງິນ ຫລື ມູນຄ່າ	ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ວັນທີຊື້ເອົາ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານ, ຫລື ຄູ່ຜົວເມັຽຂອງທ່ານ, ມີຜົນປະໂຫຍດໃນເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ ແລະ ທ່ານຮັບເອົາໂຄງການປົວຮະຍະຍາວຂອງ Washington Apple Health, ການຄຸ້ມກັນ SSI ຫລື ກຽວຂ້ອງນຳ SSI, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ບິ່ງຊື່ຮັດວິຊາຕົນໃຫ້ເປັນຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ.

V. ຮາຍໄດ້ທີ່ເຮັດວຽກເອົາ (ຄັດຫລັກການມານຳ)

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

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

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

VI. ຮາຍໄດ້ອື່ນໆ (ຄັດຫລັກການມານຳ: ໃບລາຍານສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນ)

- ເງິນວ່າງງານ
- ເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ
- ຮາຍໄດ້ຈາກຊົນເຜົ່າ
- ຮາຍໄດ້ຈາກການພະນັນ
- ເງິນການສຶກສາ (ເງິນຢືນຂອງນັກຮຽນ, ເງິນຫິນ, ຫລືເຮັດວຽກນຳຮຽນນຳ)
- ເງິນຄວາມປອດພັຍເພີ່ມເຕີມ (SSI)
- ເງິນລ້ຽງລູກ ຫລື ຄູ່ຜົວເມັຽ
- ເງິນທາງຮິດໄຟ
- ເງິນເຊົ່າເຮືອນ
- ເງິນເບັຽບຳນານ ຫລື ເບັຽລ້ຽງ
- ເງິນນັກຮົບເກົ່າ (VA) ຫລື ເງິນທະຫານ
- ເງິນແຮງງານ ແລະ ອຸສຫະກັມ (L&I)
- ເງິນສິນເຊື້ອ
- ເງິນດອກເບັຽ/ເງິນແບ່ງປັນກັນ

ຊະນິດຂອງຮາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຫາເອົາ	ໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້?	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນທັງໝົດ
		\$
		\$
		\$

VII. ຮາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນ

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

ຄ່ານຳຄ່າໄຟແຜ່ນໃດແຜ່ນທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຕ່າງຫາກຈາກຄ່າເຊົ່າເຮືອນ ຫລື ງວດເຮືອນ?
 ອາຍຸອຸ່ນ (ໄຟຟ້າ/ແກສ) ໄຟຟ້າ (ບໍ່ແມ່ນອາຍຸອຸ່ນ) ນ້ຳ ໂທຣະສັບເຮືອນ/ມືຖື ນ້ຳເສັຽ ຂີ້ເຫຍື້ອ
 ບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນ, ເຊັ່ນວ່າເຮືອນຫລວງ, ຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍທັງໝົດ ຫລື ສ່ວນນຶ່ງຂອງຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ: _____ ຮາຍຈ່າຍອັນໃດ: _____ ຈຳນວນເງິນທີ່ເອົາເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____
 ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບເງິນຈ່າຍຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອພະລັງງານເຮືອນສຳລັບຄົນມີຮາຍໄດ້ຕ່ຳ (LIHEAP) ໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາ.

<p>ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ ຫລື ຄວນຈະຈ່າຍ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):</p>		
<input type="checkbox"/> ຄ່າຝາກລູກ ຫລື ຄ່າເບິ່ງແຍງຜູ້ໃຫຍ່ຫວັງເພິ່ງ (ລວມທັງຄ່າອື່ນສິ່ງໄປມາ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ໃບບິນພະຍາບານສຳລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມ ເສັຽອົງຄະ ຫລື ອາຍຸ 60 + (ລວມທັງຄ່າອື່ນສິ່ງ ແລະ ຄ່າທຳນຽມປະກັນພັຍສຸຂະພາບ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ເງິນລ້ຽງລູກ (ຄັດຫລັກຖານມາ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$	ໃຜຈ່າຍ:

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ລາຍງານຮາຍຈ່າຍທີ່ຖືກບັງລາຍຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ແນວໃດແນວນຶ່ງ, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າອັນນີ້ເປັນຄ່າຜ້າງານໂດຍຄອບຄົວຂອງທ່ານວ່າທ່ານບໍ່ຢາກໄດ້ຮັບເງິນຫັກອອກສຳລັບຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້.

VIII. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ **DSHS** ທີ່ຈະເວົ້າລົມນຳກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດບິ່ງຊື່, ແຕ່ວ່າບໍ່ຕ້ອງກໍາໄດ້.

ທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຄົນຜູ້ນີ້ມີສິດອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃບຟອມຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (**DSHS 14-532**) ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງຕໍ່ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫມ່.

ຊື່	ຄວາມສັມພັນ	ເລກໂທຣະສັບ
-----	------------	------------

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ

ການຈັດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

ກົມສະເນິການບໍຣິການດ້ານການຈັດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້ຕາມທີ່ຖືກກຳນົດໄວ້ໂດຍກົດໝາຍ **National Voter Registration Act of 1993**. ການສະມັກທີ່ຈະຈັດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈັດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງການບໍຣິການ ຫລື ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານຈະຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍຫ້ອງການແຫ່ງນີ້ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຂຽນປະກອບໃບຟອມຈັດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍສ່ວນຕົວໄດ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເອົາແຂກແຂງນຳສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະຈັດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈັດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຈັດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ໃນການສະມັກທີ່ຈະຈັດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄວາມຊອບໃຈທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານຈະບໍ່ຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ: **Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)**.

ທ່ານຢາກຈະຈັດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ດັດແປງໃຫມ່ການຈັດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຫມາຍໃສ່ອກໃດ, ທ່ານຈະຖືກຖືວ່າໄດ້ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ຈັດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃນເວລານີ້.

ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ, ຜູ້ໃຫຍ່ທຸກໆຄົນ (ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ) ຢູ່ໃນຄອບຄົວຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່.

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ, ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ) ຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່.

ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຈຈຳຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງ:

- ເອົາຮາຍລະອຽດທີ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດກຳນົດຂອງການລາຍງານ.
- ເອົາຫລັກຖານໃຫ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
- ແຕ່ງຕັ້ງສິດທິບາງຢ່າງໃນເງິນລ້ຽງລູກ, ໃຫ້ແກຣັດວິຊິຕັນເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຮັບເອົາເງິນຊ່ວຍເຫລືອຊົ່ວຄາວສຳລັບຄອບຄົວຂັດສິນ (**TANF**). ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ກົມ **DSHS** ທີ່ຈະບໍ່ຕິດຕາມນຳເອົາເງິນລ້ຽງລູກ ຖ້າຫາກວ່າມັນຈະເປັນອັນຕະຣາຍໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າຫລືລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຮ່ວມມືນຳກິດກຳນົດວຽກງານຂອງການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ.

ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຮັດສິ່ງເຫລົ່ານີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກປະຕິເສດໃນການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍແທນຄືນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຈຈຳຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖືກຕັດສິນລົງໂທດອາດຍາຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຮັດໂດຍເຈຕະນາເຕັມທີ່ໃຫ້ຄຳຜ້າງານທີ່ບໍ່ມີຄວາມຈິງ ຫລື ພິດພາດທີ່ຈະລາຍງານສິ່ງໃດສິ່ງນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນຈະລາຍງານ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ **DSHS** ທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນ ເມື່ອຈຳເປັນເພື່ອຈະຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຊອກເອົາຫລັກຖານວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບມາ. ສຳລັບເງິນສົດ ແລະ ອາຫານ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ຖືກອະທິບາຍສູ່ຂ້າພະເຈົ້າຟັງ ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໃບໂກປື້ອງໃບຟອມສິດທິ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, **DSHS 14-113**. ສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ຖືກອະທິບາຍສູ່ຂ້າພະເຈົ້າຟັງ ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໃບໂກປື້ອງໃບຟອມສິດທິ ແລະ ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, **HCA 18-003**, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢືນ ຫລື ແຈ້ງວ່າ ພາຍໃຕ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນນຳຮາຍລະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງໃບນີ້, ລວມທັງຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການເປັນສັນຊາດ ແລະ ສະພາບຄົນຕ່າງດ້າວຂອງສະມາຊິກຜູ້ຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ, ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຜູ້ໃຫຍ່ອີກຄົນນຶ່ງ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຂໍຜູ້ໃຫຍ່ອີກຄົນນຶ່ງຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຊ່ວຍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຊ່ວຍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຖ້າເຊັນຊື່ເປັນຕົວ "X"	ວັນທີ	ຊື່ຂອງພະຍານຂຽນເປັນຕົວພິມ	