

ពាក្យស្នើសុំ
Application

WASHCAP គឺជាកម្មវិធីជំនួយផ្នែកអាហារសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលជាអ្នក:

- បានទទួលប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI) ។
- បំពេញទោសនៃសេចក្តីកំណត់សន្តិសុខសង្គមនៃការរៀបចំការរស់នៅ “A” ។
- មានអាយុចាប់ពីអាយុ ១៨ ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ។
- មិនមានប្រាក់ចំណូល ។
- មានការរៀបចំការរស់នៅដែលបំពេញទោសនៃលក្ខខណ្ឌទាំងអស់នៅខាងក្រោម :
 - មិនរស់នៅក្នុងស្ថានភាពណាមួយ;
 - រស់នៅម្នាក់ឯង ឬរស់នៅជាមួយអ្នកដទៃ ដែលពួកគេចម្រើនប្រយោជន៍បំផុត;
 - មិនទាន់រៀបការ ឬបានរៀបការ ហើយមិនរស់នៅជាមួយស្វាមីភរិយារបស់ពួកគេ ។
- បើអាយុចាប់ពី ១៨ ឆ្នាំ រហូតដល់ ២១ ឆ្នាំ ហើយបំពេញលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម:
 - មិនរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ដែលជាអ្នកទទួលបានអាហារបឋម; ឬ
 - រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយរបស់ពួកគេ ដែលជាអ្នកមិនទទួលបានអាហារបឋម ហើយទិញម្ហូបអាហារបរិភោគដាច់ដោយឡែកពីពួកគេ ។
- មិនរស់នៅជាមួយកូនចៅរបស់ពួកគេដែលមានអាយុក្រោម ២២ ឆ្នាំ ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតលើកម្មវិធីនេះ សូមមើលជំពូក 388-492 WAC រួមទាំង ច្បាប់ WAC 388-492-0020 រហូតដល់ច្បាប់ 388-492-0120 ។

បើអ្នកមានសំណួរអំពីកម្មវិធី សូម ទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារទៅលេខ **1 (877) 380-5784** ។

ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត

ក្រសួងផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតតាមការតម្រូវដោយច្បាប់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ 1993។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះនឹងមិនប៉ះពាល់សេវាកម្មនានា ឬចំនួន នៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយទឹកភ្នែកឯកជនឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាត្រូវស្វែងរក ឬ ទទួលយកជំនួយគឺជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា នរណាម្នាក់បានវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាត្រូវចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសសេវាកម្មយោធាប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬចំណូលចិត្ត នយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងជាមួយ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Elections Office) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬដំឡើងជំនាន់ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនគ្រប់គ្រាន់ប្រយោជន៍ណាមួយនោះទេ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា:

- ខ្ញុំរស់នៅតែម្នាក់ឯង ឬខ្ញុំជាធម្មតាទិញ និងរកធ្វើម្ហូបអាហារដាច់ដោយឡែកពីមនុស្សផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ។
ខ្ញុំចំណាយ \$ _____ សម្រាប់ការជួលអាគារ / បណ្តប់ចំណូលនិរោធជាមធ្យម។
ចំណែករបស់ខ្ញុំ

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម, ខ្ញុំសូមប្រកាសថា:

- ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់អំពីកម្មវិធី WASHCAP ។
- ខ្ញុំបានយល់កម្មវិធី WASHCAP ខ្ញុំព័ត៌មាន និងការទទួលខុសត្រូវ ។
- ខ្ញុំបានយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហាររបស់ខ្ញុំតាមរយៈ កម្មវិធី WASHCAP ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសស្ថិតនៅក្រោមទោសនៃសក្តិភាពទុច្ចរិតដែលស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋនៃទីក្រុងវ៉ាស៊ីនតោនថាវាជាការបំពេញនូវកិច្ចការដាក់ពាក្យសុំនេះគឺជាការបំពេញ និងត្រឹមត្រូវ ។

សរសេរឈ្មោះជាអក្សរព្រុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម ឬ លេខ ID អតិថិជន
អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទចម្បង (XXX) XXX-XXXX <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ
	លេខទូរស័ព្ទចម្បងបន្ថែម ((XXX) XXX-XXXX) <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ
អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ បើខុសគ្នា	ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ

Barcode label



យើងអាចប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បី ៖	យើងអាចផ្តល់ព័ត៌មាននេះទៅឱ្យ ៖
<ul style="list-style-type: none"> • សម្រេចថាអ្នកណាគឺជាអ្នកសម្រាប់កម្មវិធីរបស់យើង។ • ប្រមូលការទូទាត់លើស។ • គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង។ • ឱ្យប្រាកដថាយើងធ្វើតាមច្បាប់។ 	<ul style="list-style-type: none"> • ទិដ្ឋភាពងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋនានាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការ។ • ទិដ្ឋភាពងារអនុវត្តច្បាប់ដែលដេញតាមអ្នកដែលរៀនសូត្រច្រើនជាងច្បាប់។ • ទិដ្ឋភាពងារប្រមូលឯកជនដើម្បីប្រមូលការទូទាត់លើសនូវជំនួយមួយអាហារ។
ការព្រមព្រៀងផ្តល់ជំនួយមួយអាហារ	
<p>យើងត្រូវតែរក្សាទុកឯកសារទាក់ទងនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកគ្រប់គ្រង។ បើមានព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវណាមួយ អ្នកដែលដាក់ពាក្យនោះមិនអាចទទួលបានជំនួយមួយអាហារបានទេ។ សមាជិកទាំងឡាយដែលបំពានវិធានណាមួយដោយចេតនា អាច ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • រងការទោសប្រកាន់ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលអនុវត្តផ្សេងទៀត។ • បានរារាំងពី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំរហូតដល់ជាអចិន្ត្រៃយ៍។ • ដាក់ពិន័យដល់ទៅ \$250,000។ • ជាប់ពន្ធនាគារដល់ទៅ 20 ឆ្នាំ។ • បានរារាំងពី SNAP បន្ថែម 18 ខែ បើគុណការបានចេញដីកា។ <p>ប្រសិនបើគុណការរកឃើញថាអ្នកមានកំហុស ៖</p> <p>ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងប្រតិបត្តិការមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹង ៖ អ្នកអាចត្រូវបាន ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការលក់សារធាតុដែលបានគ្រប់គ្រងបានជម្រុះចេញពីកម្មវិធីរហូតដល់ជាអចិន្ត្រៃយ៍។ • ការលក់កាំភ្លើង គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះបានជម្រុះចេញជាអចិន្ត្រៃយ៍។ • អត្ថប្រយោជន៍ពីការអនុវត្តលើសពី \$500 រួមគ្នា.....បានជម្រុះចេញជាអចិន្ត្រៃយ៍។ • ការរក្សាទុកបន្ទុកទំនិញ ឬអត្តសញ្ញាណបានជម្រុះចេញរយៈពេល 10 ឆ្នាំ។ 	
សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីការមិនរើសអើង	
<p>ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់ពីការរើសអើងលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិសាសន៍ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងតំបន់ករណីមួយចំនួន ឬជំនឿនយោបាយ។ ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិកក៏បានហាមឃាត់លើការរើសអើងផ្នែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិសាសន៍ ពិការភាព អាយុ ភេទ និងតំបន់ករណីមួយចំនួន ឬជំនឿនយោបាយ ជំនឿសាសនា ឬការសងសឹកសម្រាប់សកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលមុននេះនៅក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលធ្វើឡើង ឬឧបត្ថម្ភដោយ USDA។</p> <p>អ្នកពិការដែលតម្រូវឱ្យមានការប្រែប្រួលសម្រាប់ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទា. អក្សរមនុស្សពិការភ្នែក អក្សរពោះព្រួញធំ ការសែតអូឌីយ៉ូ ភាសាសញ្ញាអាមេរិក។ល។) ត្រូវទាក់ទងភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬក្នុងតំបន់) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកដែលមិន ពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនច្រកសហព័ន្ធ តាមលេខ (800) 877-8339។ លើសពីនេះ ព័ត៌មានកម្មវិធីអាចធ្វើឱ្យរកបានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។</p> <p>ដើម្បីដាក់បណ្តឹងកម្មវិធីលើការរើសអើង ចូរបំពេញពាក្យសុំបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA, (AD-3027), ដែលរកបានលើបណ្តាញនេះ ៖ របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងនេតិកវិធីយល់យល់ USDA ទាំងឡាយ ឬសេវាលើទូរស័ព្ទទៅ USDA និងផ្តល់ក្នុងលិខិតទាំងអស់នៃព័ត៌មានដែលបានស្នើក្នុងពាក្យសុំនោះ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងពាក្យសុំដាក់បណ្តឹង ទូរស័ព្ទទៅលេខ (866) 632-9992។ ប្រគល់ពាក្យសុំ ឬលិខិតដែលបានបំពេញរួចទៅ USDA តាម ៖</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) សំបុត្រ ៖ U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 (2) ទូរសារ ៖ (202) 690-7442; ឬ (3) អ៊ីម៉ែល ៖ program.intake@usda.gov។ <p>សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបញ្ហាកម្មវិធីជំនួយមួយអាហារចំបន់បន្ថែម (SNAP) បុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវតែទាក់ទងទៅលេខបណ្តាញទាន់ហេតុការណ៍ / ព័ត៌មានរដ្ឋ (800) 221-5689, ដែលក៏មានជាភាសាអេស្ប៉ាញ ឬ លេខបណ្តាញទាន់ហេតុការណ៍ / ព័ត៌មានរដ្ឋ (ចុចគំនរនេះសម្រាប់បញ្ជីលេខ លេខបណ្តាញទាន់ហេតុការណ៍តាមរដ្ឋ) ដែលកម្មវិធីបានលើបណ្តាញនេះ ៖ ខ្សែបណ្តាញទាន់ហេតុការណ៍ SNAP Hotline។</p> <p>ដើម្បីដាក់បណ្តឹងកម្មវិធីលើការរើសអើងទាក់ទងនឹងការទទួលបានកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាប្រជាជន (HHS) សហរដ្ឋអាមេរិក, ធ្វើទៅ ៖ HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ (202) 619-0403 (ជាសំឡេង) ឬ (800) 537-7697 (TTY)។</p> <p>ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្នើសុំភាពគ្នា។</p>	