PO BOX 11699
TACOMA WA 98411-669

การนัดสัมภาษณ์ผู้สมัคร
Interview Appointment for Applicant

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Date

Client's Name and Address

หมายเลข TTY / TDD: 800-209-5446
หมายเลขโทรฟรี: 877-501-2233

หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ: Client ID

เรียนคุณ Client's Name :

เราได้รับใบสมัครของคุณในวันที่ Date คุณต้องทำแบบสัมภาษณ์ให้เสร็จภายในวันที่ Date
คุณสามารถโทรหาเราได้ที่ 877-501-2233 หรือมาที่สำนักงาน ชั่วโมงการสัมภาษณ์ของเราคือวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 15.00 น. ยกเว้นวันหยุดของรัฐ

จนกว่าจะมีการแจ้งเพิ่มเติม ประชาสัมพันธ์ของศูนย์บริการชุมชน **(CSO)** ปิดทำการสำหรับบริการทั่วไป

การณาติดต่อเราที่ **1-877-501-2233** สำหรับการสัมภาษณ์ เวลาสัมภาษณ์ของเราจะเริ่มตั้งแต่ **8.00 น.** ถึง **15.00 น.**

หากคุณมีข้อสงสัย กรุณาขอข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการสัมภาษณ์

หากเราไม่ได้รับการตอบกลับจากคุณภายในวันที่ Date การสมัครของคุณสำหรับเงินสด ☐ ค่าอาหารพื้นฐาน (Basic Food) ☐ จะถูกปฏิเสธ (Cash)

คำร้องขอความช่วยเหลือของคุณจะถูกปฏิเสธหากไม่มีการสัมภาษณ์

นี่เป็นรายการสิ่งที่อาจจำเป็นสำหรับคุณในการสัมภาษณ์:

- หมายเลขสังคมสงเคราะห์สำหรับบุคคลที่คุณกำลังสมัครให้
- หลักฐานการเป็นพลเมืองหรือสถานะต่างด้าวตามกฎหมาย เช่น หนังสือเดินทาง ใบเกิด เอกสารการย้ายถิ่นฐาน
- หลักฐานการระบุตัวตน เช่น บัตรประจำตัวที่มีรูปถ่าย
- หลักฐานเงินได้ เช่น สำเนาเช็ค ขั้วเช็ค จดหมาย หรือใบรับรองการเงินจากบุคคลใดๆ ที่ให้เงินค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของคุณ
- หลักฐานของแหล่งทรัพยากรที่คุณอาจมี เช่น การจดทะเบียนยานพาหนะ ใบเดินบัญชีธนาคาร หุ้น พันธบัตร กรมธรรม์ประกันชีวิต
- หลักฐานของค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลเด็ก หรือการดูแลผู้ใหญ่ที่พึ่งพิง เช่น ใบเสร็จจากผู้ให้บริการ
- หลักฐานของค่าใช้จ่ายสำหรับที่พักอาศัย เช่น ค่าสินเชื่อที่พักอาศัย ค่าภาษีบ้านและที่ดิน ค่าประกันของเจ้าของบ้าน ใบเสร็จค่าเช่า สำเนาสัญญาเช่าของคุณ ใบเสร็จค่าสาธารณูปโภค หนังสือจากเจ้าของบ้านของคุณ
- หลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลที่ยังไม่ได้ชำระ พรีเมียมการประกันสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการย้ายถิ่นฐานหรือสถานะพลเมืองของคุณ การตั้งครรภ์พร้อมวันกำหนดคลอด การสนับสนุนบุตรบุญธรรมหรือค่าเลี้ยงดูเด็ก

คุณสามารถ:

- สมัครรับเงินสวัสดิการ ส่งแบบทบทวนหรือแก้ไขรายงานที่ www.washingtonconnection.org
- แฟกซ์ข้อมูลมาให้เราที่ 888-338-7410

เขียนหมายเลขผู้รับบริการของคุณบนสำเนาทั้งหมดที่คุณส่งมาให้เรา หมายเลขผู้รับบริการของคุณคือ

หากต้องการติดต่อผู้จัดการเคส WorkFirst หรือนักสังคมสงเคราะห์ โปรดโทร Phone Number (include area code)

โทร 877-501-2233 เพื่อดำเนินการต่อเกี่ยวกับใบสมัครหรือทบทวน แก้ไขรายงาน หรือสอบถามคำถาม

โปรดโทรหากคุณมีคำถามเกี่ยวกับจดหมายฉบับนี้

เอกสารแนบ: DSHS 14-113 สิทธิและความรับผิดชอบของผู้รับบริการ

สิทธิประโยชน์เงินสดและด้านอาหารและความรับผิดชอบของคุณ
Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities

ชื่อผู้รับบริการ (หัวหน้าครอบครัว)
เลขรหัสของผู้รับบริการ

ความรับผิดชอบของคุณ (คุณจะต้องดำเนินการ)

- **แจ้งข้อมูลที่เราต้องการเพื่อพิจารณาเกณฑ์คุณสมบัติของคุณ**
- **ส่งหลักฐานต่าง ๆ ตามที่จำเป็น** เราอาจสามารถจัดหาเอกสารเหล่านี้ให้แก่คุณได้ ข้อมูลที่คุณแจ้งกับหน่วยงานจะผ่านการตรวจรับรองโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางและของมลรัฐ การตรวจรับรองอาจประกอบไปด้วยการติดตามผลจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตรวจสอบการฉ้อโกง
- **ข้อมูลที่แจ้งให้แก่ Department of Social and** Health Services อาจส่งผลต่อความคุ้มครองด้านสุขภาพที่ดูแลโดย Health Care Authority และ Health Benefit Exchange
- **แจ้งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ** (เช่น ที่อยู่ รายได้ ฯลฯ) ตามที่กำหนดใน WAC 388-418-0005 แจ้งข้อมูลภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
- **ให้ความร่วมมือกับ Division of Child Support (DCS)** หากคุณรับเงินให้เปล่าจาก TANF คุณจะต้องให้ความช่วยเหลือแก่ DCS ในการกำหนด ปรับเปลี่ยนหรือบังคับใช้สิทธิ์การอุปการะบุตรที่อยู่ในการดูแลของคุณ และระบุสถานะการปกครองของตนเอง (ตามความเหมาะสม) คุณสามารถปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือกับ DCS หากสามารถพิสูจน์ได้ว่ามีเหตุผลที่เหมาะสมรับรองว่าการให้ความร่วมมือกับ DCS จะทำให้คุณหรือผู้เยาว์ หรือเด็กในอุปการะได้รับอันตรายจากบิดาหรือมารดาที่ไม่มีสิทธิ์ปกครองบุตร
- **พยายามหางาน**หรือหารายได้จากแหล่งต่าง ๆ เท่าที่ทำได้หากคุณต้องการรับความช่วยเหลือเป็นเงินสด
- **กรอกรายละเอียดรายงานและส่วนการพิจารณาข้อมูลทั้งหมดที่กำหนด**
- **ปฏิบัติตามเงื่อนไขในการดำเนินการ**สำหรับความช่วยเหลือที่เป็นเงินสดและความช่วยเหลือด้านอาหาร
- **แจ้งให้เราทราบ**หากคุณต้องการให้บุคคลอื่นรับสิทธิประโยชน์ด้านอาหารในนามของคุณ
- **ให้ความร่วมมือกับฝ่ายควบคุมคุณภาพของเราในการพิจารณารายละเอียดต่าง ๆ**
- **ใช้สิทธิประโยชน์ด้านอาหาร**เฉพาะสำหรับซื้ออาหารให้กับสมาชิกในครัวเรือนเท่านั้น
- **ใช้สิทธิประโยชน์เงินสด**สำหรับสมาชิกในครัวเรือนเท่านั้น
- **คุณจะต้องแจ้งเลขประกันสังคม** (SSN) หรือสถานะการย้ายถิ่นฐานสำหรับผู้ที่ยื่นขอรับความช่วยเหลือ หากคุณเลือกไม่แจ้ง SSN หรือสถานะการย้ายถิ่นฐานสำหรับสมาชิกที่ไม่สมัครเข้ารับบริการ ยังจำเป็นต้องมีการตรวจสอบรายได้และแหล่งรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนเพื่อพิจารณาเกณฑ์คุณสมบัติเช่นเดิม

สิทธิ์ของคุณ (สิ่งที่เราต้องดำเนินการ)

- **รับคำร้อง**พร้อมชื่อ ที่อยู่และลายมือชื่อของคุณหรือผู้แทนของคุณ
- **ช่วยคุณในการกรอกแบบฟอร์มของ DSHS**
- **ดำเนินการตาม**คำร้องขอความช่วยเหลือด้านอาหารของคุณภายใน 7 วันหากคุณผ่านเกณฑ์คุณสมบัติของการรับบริการเร่งด่วน
- **จัดหาใบเสร็จ**ให้แก่คุณในกรณีที่ร้องขอ
- จัดส่งหนังสือระบุข้อวินิจฉัย ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาดำเนินการ 30 วัน
- **คุณสามารถปฏิเสธที่จะพูดคุยกับผู้ตรวจสอบจาก Fraud Early Detection** (FRED) ของ Office of Fraud and Accountability คุณไม่จำเป็นต้องให้ผู้ตรวจสอบดังกล่าวเข้าบ้านของคุณ คุณสามารถแจ้งให้ผู้ตรวจสอบกลับมาใหม่ในภายหลัง การดำเนินการดังกล่าวจะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อเกณฑ์คุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือของคุณ
- **คุณสามารถขอให้มีการไต่สวนเพื่อวินิจฉัย**หากไม่เห็นด้วยกับข้อวินิจฉัยของหน่วยงานที่มีเกี่ยวกับคดีของคุณ คุณสามารถแจ้งให้ซุปเปอร์ไวเซอร์หรือผู้ดูแลพิจารณาทบทวนข้อวินิจฉัยหรือการดำเนินการที่มีการโต้แย้งโดยคุณจะไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการขอให้มีการไต่สวนเพื่อชี้ขาด
- **เราจะแจ้งให้คุณทราบ**กรอบเวลา 60 วันภายใต้โครงการ Temporary Assistance for Needy Families (TANF) กรอบเวลาดังกล่าวไม่มีผลกับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านอาหารหรือด้านการดูแลบุตรของคุณ

สิ่งที่คุณควรทราบเกี่ยวกับบัตร EBT ของคุณ

- **การใช้สิทธิประโยชน์อย่างไม่ถูกต้อง:** สิทธิประโยชน์ด้านอาหารและเงินสดที่จัดสรรให้ผ่านบัตร EBT จะช่วยให้ DSHS ทราบประวัติการทำรายการของคุณเพื่อใช้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ หน่วยงานจะใช้ข้อมูลการทำรายการนี้เพื่อการตรวจสอบการใช้สิทธิประโยชน์เงินสดหรือการแลกอาหารอย่างไม่ถูกต้องเพื่อแลกเป็นเงินสดหรือสิ่งมีมูลค่าอื่น ๆ แทน (การฉ้อโกง)
- **การเปลี่ยนบัตร EBT:** เราอาจคิดค่าใช้จ่ายในการขอรับบัตร EBT ใหม่ เก็บบัตร EBT และเลขประจำตัว (PIN) ของคุณไว้ในที่ปลอดภัย
- **บัตร EBT ที่มียอดคงเหลือสูง:** หากคุณไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์ของคุณครั้งละเป็นเวลาหลายเดือนหรือมียอดคงเหลือสะสมสูงหลังผ่านไปแล้วหลายเดือน เราอาจติดต่อคุณเพื่อพิจารณาสถานการณ์และความจำเป็นของคุณในการรับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว

สิ่งที่ควรทราบ (สิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหาร)

- **หน่วยงานจะมีการส่งข้อมูล**ของผู้ที่ยื่นขอความช่วยเหลือสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหารให้แก่หน่วยงานของรัฐบาลกลางอื่น ๆ เพื่อยืนยันว่าข้อมูลถูกต้อง หากพบว่าข้อมูลใดไม่ถูกต้อง ผู้ที่ยื่นคำร้องอาจไม่ได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหาร หากบุคคลที่แจ้งข้อมูลทราบดีอยู่ว่าข้อมูลดังกล่าวไม่ถูกต้อง บุคคลดังกล่าวอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย โทษสำหรับผู้ที่เจตนาละเมิดหลักเกณฑ์สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านอาหารจะแตกต่างกันไป เริ่มตั้งแต่ตัดสิทธิ์ เสียค่าปรับหรือจำคุก
- **หากคุณจำหน่าย หรือพยายามขาย แลกเปลี่ยนหรือบริจาคสิทธิประโยชน์ด้านอาหารของคุณ**เพื่อแลกกับสิ่งมีมูลค่าอื่น ๆ เช่น เงินสด ยาเสพติด อาวุธหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่อาหารจากผู้ค้าปลีกที่ได้รับอนุญาต (ฉ้อโกง) คุณอาจถูกตัดสิทธิ์ในการรับสิทธิประโยชน์ด้านอาหารเป็นระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งปี สูงสุดคือตัดสิทธิ์ตลอดชีวิตตั้งแต่กระทำความผิดครั้งแรก การตัดสิทธิ์นี้มีผลต่อเนื่องแม้ว่าคุณจะออกจากรัฐวอชิงตันและขอรับสิทธิประโยชน์จากรัฐอื่นก็ตาม
- **หากคุณต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขการทำงานเพื่อรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหาร**และไม่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย คุณอาจถูกตัดสิทธิ์เป็นเวลาหนึ่งเดือนจนกว่าจะปฏิบัติหน้าที่ที่มอบหมายในครั้งแรก หรือสามเดือนจนกว่าจะปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายซึ่งทำผิดเป็นครั้งที่สอง และหกเดือนจนกว่าจะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายกรณีกระทำผิดครั้งที่สาม และต่อเนื่องหลังจากนั้น
- **คุณอาจถูกถอนจากโครงการสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหาร**หากละเมิดหลักเกณฑ์ในโครงการตามที่ระบุในคำเตือนระบุโทษในโครงการสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหารในหน้านี้
- **แจ้งรายจ่ายของครัวเรือนหากคุณต้องการให้ส่วนงานครอบคลุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้เพื่อรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหารด้วย** หากคุณไม่แจ้งข้อมูลและแสดงหลักฐานยืนยันค่าใช้จ่ายเหล่านี้ จะถือว่าคุณไม่ต้องการให้เราแจ้งค่าใช้จ่ายเหล่านี้เพื่อนำไปพิจารณาสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านอาหารเพิ่มเติม

สิ่งที่คุณควรทราบ (สิทธิประโยชน์เงินสด)

- **การรับความช่วยเหลือในโครงการ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)** ถือเป็นการโอนสิทธิ์ด้านการอุปการะบุตรและคู่สมรสของคุณให้แก่ Division of Child Support ซึ่งหมายความว่า DCS จะเป็นผู้เก็บรักษาสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่คุณพึงได้สูงสุดตามยอดความช่วยเหลือจากรัฐที่คุณได้รับ **คุณจะต้องแจ้งให้ DCS ทราบทันทีหากตนเองได้รับเงินอุปการะบุตรหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ** สำหรับบุตรขณะเข้าร่วมโครงการ TANF
- **หากคุณหยุดรับประโยชน์จาก TANF** คุณจะต้องแจ้งให้ DCS ทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการอุปการะบุตร เช่น กรณีที่ผู้เยาว์ย้ายหรือเปลี่ยนแปลงที่อยู่
- **หากคุณรับสิทธิประโยชน์จากโครงการ TANF คุณสามารถขอเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม**เป็นค่าใช้จ่ายฉุกเฉินในครัวเรือนเป็นการชั่วคราว

ภายใต้กฎหมายสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลางและข้อบังคับด้านสิทธิพลเมืองของกระทรวงเกษตรสหรัฐฯ (USDA) และนโยบายที่เกี่ยวข้อง USDA หน่วยงานในกำกับ สำนักงานและผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงาน รวมทั้งสถาบันต่าง ๆ ที่เข้าร่วมหรือดูแลโครงการของ USDA ไม่สามารถเลือกปฏิบัติใด ๆ เนื่องจากสาเหตุด้านเชื้อชาติ สีผิว ถิ่นกำเนิด ศาสนา เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ (รวมทั้งการแสดงออกทางเพศ) ความโน้มเอียงทางทางเพศ ความพิการ อายุ สถานการณ์สมรส ครอบครัว/บิดามารดา รายได้จากโครงการความช่วยเหลือของรัฐ ความเชื่อทางการเมือง หรือการตอบโต้ใด ๆ เนื่องจากการทำกิจกรรมตามสิทธิ์ของพลเมืองก่อนหน้านี้ และโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ดำเนินการหรือได้รับการสนับสนุนจาก USDA (พิจารณาตามเกณฑ์ความเหมาะสมสำหรับแต่ละโครงการ) กำหนดเวลาการแก้ไขและการส่งข้อร้องเรียนจะแตกต่างกันไปตามแต่ละโครงการ

บุคคลที่มีความพิการซึ่งต้องอาศัยช่องทางการสื่อสารอื่น (เช่น ภาษาเบรล ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ เทปเสียง ภาษามือ ฯลฯ) ควรติดต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือ TARGET Center ของ USDA ที่หมายเลข (202) 720-2600 (เสียงและ TTY) หรือติดต่อ USDA ผ่าน Federal Relay Service ที่หมายเลข (800) 877-8339 นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบข้อมูลโครงการได้ในภาษาอื่น ๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ

ส่งข้อร้องเรียนด้านการเลือกปฏิบัติโดยกรอกแบบฟอร์มการร้องเรียนกรณีเลือกปฏิบัติในโครงการของ USDA AD-3027 ได้ที่ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html หรือที่สำนักงานของ USDA หรือส่งจดหมายจ่าหน้าซองถึง USDA และระบุในจดหมายแจ้งข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในแบบฟอร์มดังกล่าว
แจ้งขอสำเนาแบบฟอร์มร้องเรียนได้โดยติดต่อหมายเลข (866) 632-9992
ส่งแบบฟอร์มที่กรอกรายละเอียดแล้วหรือจดหมายของคุณให้แก่ USDA ทาง:

1. ไปรษณีย์: U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Ave, SW
   Washington, D.C. 20250-9410;
2. โทรสาร: (202) 690-7442 หรือ
3. อีเมล: program.intake@usda.gov

USDA เป็นหน่วยงานให้บริการ นายจ้างและผู้ให้กู้ยืมที่ไม่เลือกปฏิบัติ

หลังจากลงนามด้านล่าง ข้าพเจ้าให้การรับรองว่าตนเองมีสิทธิ์และความรับผิดชอบในการรับสิทธิประโยชน์และเข้าร่วมโครงการของ DSHS ที่มีชี้แจงให้แก่ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าปฏิเสธที่จะลงนามในเอกสารนี้ การกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลต่อสิทธิ์อันพึงได้ของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติตามเงื่อนไขของโครงการ และรับโทษที่กำหนดในโครงการหรือตามกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้อง

ลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้อง	วันที่	ลายมือชื่อผู้ร่วมยื่นคำร้อง	วันที่

รหัส ACES ของเจ้าหน้าที่ DSHS: ☐ ปฏิเสธที่จะลงนาม