



ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ Application for Cash or Food Assistance

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន ឬ បំពេញទម្រង់នេះ សូមសួរមេកាន់ភ្នែកយើង។ រក្សាទុកទម្រង់នេះសំរាប់ធ្វើជាឯកសារសំគាល់។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ ឬ ម្ហូបអាហារដោយរបៀបណា?

អ្នកអាចចាប់ផ្តើម ដំណើរការសុំនេះដោយដាក់ពាក្យដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍តំបន់។ ពាក្យសុំនេះត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក ឬហត្ថលេខាអ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិរបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកដទៃនេះ ទោះបីជាវាមានតែចំណុចទាំងបីនេះក៏ដោយ ។

- អ្នកអាចទទួលបានគុនប្រយោជន៍ច្រើនទៀត រឺ ទទួលបានវាឆាប់ៗបើសិនជាអ្នក ចាប់ផ្តើម បំពេញ និង ប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកមកដោយយើង និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងបានសួររកកាន់តែឆាប់កាន់តែល្អ។
- អ្នកអាចយកពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់។ មើល www.dshs.wa.gov សំរាប់ទីកន្លែង។
- ទូរសារពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់លេខ 1-888-338-7410
- ដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅក្នុងសំបុត្រផ្ញើទៅ : DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- អ្នកព្រមទាំងអាចដាក់ពាក្យសុំតាមរយៈអ៊ិនធើណែតដោយទៅកាន់គេហទំព័រ: www.washingtonconnection.org
- សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព អ្នកអាចដាក់ពាក្យតាមរយៈអ៊ិនធើណែត www.wahealthplanfinder.org ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-923-4633 រឺ ដោយការប្រើ ពាក្យសុំ HCA សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព (HCA 18-001)។

តើខ្ញុំអាចនឹងទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ បានឆាប់កិរិយាណា?

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារភ្លាមៗនោះ, បំពេញចាប់ពីសុំរួចទី ១ ដល់ ទី ១៤ និង យកទម្រង់នេះទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់របស់អ្នក។ យើងធ្វើការសំរេចបើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ ក្នុងកំឡុងពេល ៧ ថ្ងៃ បើសិនជាអ្នកបង្ហាញភស្តុតាងអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និង ជួបនឹងចំណុចណាមួយខាងក្រោមនេះ:

- ក្នុងដេរម៉ាត្រសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិចជាង \$150 និង ធនធានដែលអាចដូរជាប្រាក់បានតិចជាង \$100 នៅក្នុងខែនេះ។
- ប្រាក់ចំណូល និង ប្រភពចំណូល ក្នុងដេរម៉ាត្រសាររបស់អ្នក មានតិចជាងថ្លៃជួលផ្ទះ និង ថ្លៃបង់ទឹកភ្លើង ប្រចាំខែ។
- ក្នុងដេរម៉ាត្រសាររបស់អ្នកមាន បុគ្គលចំណាកស្រុកខ្លះខាត រឺ អ្នកធ្វើកសិកម្មតាមរដូវកាល។

គុនប្រយោជន៍និងត្រូវបានចេញដោយបន្ទប់ពីថ្ងៃដែលយើងសំរេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ពួកយើងត្រូវតែសម្រេចបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ ជំនួយម្ហូបអាហារតាមធម្មតាចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។ បើអ្នកកំពុងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកពីស្ថាប័នកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមគឺជាស្ថាប័នបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញរបស់អ្នក ។ ជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធតាម ធម្មតាចាប់ផ្តើម ពីថ្ងៃដែលយើងមានព័ត៌មានទាំងឡាយណាដើម្បីសំរេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

សិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋ

យោងតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទបញ្ញត្តិសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (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 ដំឡើងយោបាយ ឬការផ្តល់ជូន ឬការសងសឹកសម្រាប់សកម្មភាពសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋមុន ក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើ ឬឧបត្ថម្ភដោយ USDA (មិនមែនមូលដ្ឋានទាំងអស់អនុវត្តលើកម្មវិធីទាំងអស់ទេ) ។ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ដំណោះស្រាយ និងការដាក់បណ្តឹងខុសៗគ្នាតាមកម្មវិធី ។

ធនធានដែលតម្រូវឱ្យមានវិធីទំនាក់ទំនងផ្សេងពីព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ប្រែប្រួល (Braille), ព្រីនអក្សរធំ, ការសែតសម្លេង, ភាសាសញ្ញាអាមេរិក ជាដើម) ត្រូវតែទាក់ទងទីភ្នាក់ងារដែលទទួលខុសត្រូវ ឬមជ្ឈមណ្ឌលគោលដៅ USDA តាមលេខទូរស័ព្ទ (202) 720-2600 (សម្លេង និង TTY) ឬទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាកម្មបន្តសហព័ន្ធតាមលេខទូរស័ព្ទ (800) 877-8339 ។ បន្ថែមទៀតព័ត៌មានកម្មវិធីអាចមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងពីការរើសអើងកម្មវិធី បំពេញបែបបទបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA AD-3027 ដែលរកបានលើបណ្តាញ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html និងនៅការិយាល័យ USDA ឬសេរីលើខិតដែលដាក់អាសយដ្ឋានទៅ USDA និងដាក់បញ្ចូលក្នុងលិខិតរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើសុំក្នុងបែបបទ ។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ (866) 632-9992 ។ បញ្ជូនបែបបទ ឬលិខិតដែលបំពេញរួចទៅ 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. តាមទូរសារ (202) 690-7442 ឬ
3. អ៊ីមែល program.intake@usda.gov ។

USDA គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ទិយោជិត និងអ្នកឱ្យខ្លួនស្មើភាពគ្នា ។

ស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍ និង លេខសន្តិសុខសង្គម

អ្នកអាចនឹងទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភសំរាប់បុគ្គលខ្លះដែលអ្នករស់នៅជាមួយ ទោះបីជាអ្នកដទៃដែលអ្នករស់នៅជាមួយមិនអាចទទួលបានជំនួយដោយសារតែស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់មក យើងនូវស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍របស់រាល់បុគ្គលដែលដាក់ពាក្យសុំ។ ស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំអាចត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ USCIS (ពីមុនស្គាល់ជា INS) តាម រយៈការបញ្ជូនព័ត៌មានពីពាក្យសុំទេ។ USCIS ។ ព័ត៌មានទទួលបានពី USCIS ដែលផ្អែកលើការបញ្ជូនមក អាចប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបរិមាណផលប្រយោជន៍ ។

ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), អ្នកត្រូវតែផ្តល់មកដោយយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គម(SSN)សំរាប់រាល់បុគ្គលដែលរស់នៅជាមួយអ្នកណាដែលដាក់ពាក្យសុំ TANF វិជ្ជមានឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋាន។ យើងព្រមទាំងត្រូវការ SSN របស់ឪពុកម្តាយ និង ប្តីប្រពន្ធ ណាដែលរស់នៅជាមួយអ្នកប៉ុន្តែពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ។

បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយមូលដ្ឋាន និងកម្មវិធីផ្សេងទៀត

ពួកយើងត្រូវតែធ្វើតាមវិន័យ SNAP សម្រាប់ការអនុវត្តពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ វារាប់បញ្ចូលទាំងការអនុវត្តពាក្យសុំក្នុងរយៈពេលកំណត់ ការចេញសេចក្តីប្រកាសត្រឹមត្រូវ និងការផ្តល់យោបល់ឲ្យអ្នកពីសិទ្ធិរដ្ឋ បាលរបស់អ្នក ។ ពួកយើងមិនអាចបដិសេធជំនួយមូលដ្ឋានរបស់អ្នកដោយគ្រាន់តែពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្សេងត្រូវបានបដិសេធទេ ។

កិច្ចការសំងាត់ និង ជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធ និង មូលដ្ឋាន

កិច្ចការមូលដ្ឋាន និង អាហាររ៉ាប់រង ឆ្នាំ២០០៨ដែលបានធ្លាប់ធ្វើការកែតម្រូវ បានអនុញ្ញាតដោយក្រសួងធ្វើការប្រមូលផ្តុំព័ត៌មានយើងបានសួរសំរាប់ការដាក់ពាក្យសុំ រួមទាំង SSN បុគ្គលនីមួយៗនៅក្នុង គ្រួសារ។ ពួកយើងប្រើ SSNs ដើម្បីបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ បញ្ជាក់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន បង់ការកែប្រែប្រាក់ និងប្រមូលការទាមទារ ។ ពួកយើងផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានជាមួយភ្នាក់ងារផ្សេងដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្ម វិធីរបស់ពួកយើង និងធ្វើតាមច្បាប់ ។ ការ ផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត យ៉ាងណាមិញការអាក់ខានមិនផ្តល់ SSN វិភាគតាមពាក្យសុំសំរាប់សំរាប់ SSN មួយដោយពុំមានហេតុផល សមរម្យនឹងមានលទ្ធផលក្នុងការបដិសេធក្នុង កម្មវិធី អាហាររ៉ាប់រងរដ្ឋទៅរាល់បុគ្គលខ្លះខ្លះនីមួយៗណាដែលមិនបានផ្តល់ SSN។ យើងបញ្ជាក់ព័ត៌មានខ្លះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់របស់កំរិត រួមទាំងប្រាក់ ចំណូលសហព័ន្ធ និង ប្រព័ន្ធបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបាន។

ព័ត៌មានដែលបានរាយការណ៍ទៅកាន់ក្រសួងសង្គមកិច្ច និង សេវាសុខាភិបាល អាចប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពដែលចាត់ចែងដោយអាជ្ញាធរគាំពារសុខភាព និងការផ្លាស់ប្តូរ គុណប្រយោជន៍។

យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បី:	យើងអាចដោយព័ត៌មាននេះទៅកាន់:
<ul style="list-style-type: none"> សំរេចថាអ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់យើង។ ប្រមូលប្រាក់បង់ហួសកំណត់ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង ប្រកដដោយច្បាស់ថាយើងគោរពតាមច្បាប់កំណត់ 	<ul style="list-style-type: none"> ភ្នាក់ងារ រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ សំរាប់ការប្រើប្រាស់ផ្លូវការ ភ្នាក់ងារច្បាប់បង្ខំដោយមាន ដើម្បីតាមចាប់ផ្តល់ដាច់បទឧក្រិដ្ឋមិនគោរពតាមច្បាប់។ ភ្នាក់ងារប្រមូលយកដោយសំងាត់ ដើម្បីប្រមូលយកការបង់ប្រាក់ហួសកំណត់លើជំនួយឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋាន។

ការប្រាប់ដោយដឹងជាមុនពីការពិន័យជំនួយឧបត្ថម្ភមូលដ្ឋាន

ពួកយើងបញ្ជាក់ជាមួយភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថាព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺត្រឹមត្រូវ ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអាចមិនទទួលបានជំនួយអាហារ ។

សមាជិកទាំងឡាយដែលមានបំណងធ្វើខុសវិន័យអាច ៖

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

បើគុណការរកឃើញអ្នកមានកំហុសនៃ ៖

ការទទួលបានផលប្រយោជន៍ក្នុងការទិញដូរ ដែលរួមមាន ៖

អ្នកអាច ៖

- ការលក់សារធាតុគ្រប់គ្រងមិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ពីរឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការលក់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះមិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការរត់ពន្ធផលប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមបញ្ចូលគ្នាមិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការបោកបន្លំកន្លែងស្នាក់នៅ ឬអត្តសញ្ញាណមិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។

ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ
Application for Food and Cash Assistance
 សូមកាន់យើងខ្ញុំបើសិនជាអ្នកត្រូវការជួយបំពេញទំនំនេះ

1. ឈ្មោះដើម <input type="checkbox"/> អក្សរកាត់តំណាងឈ្មោះកណ្តាល <input type="checkbox"/> ត្រកូល <input type="checkbox"/>	2. លេខសំគាល់អតិថិជន (បើសិនជាដឹង)
3. អាសយដ្ឋាន ផ្លូវដែលរស់នៅ	4. លេខទូរស័ព្ទម្យ៉ាង <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ
5. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ (បើសិនជាខុសពីខាងលើ)	6. លេខទូរស័ព្ទបន្តបន្សំ <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ

8. ខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំ (ត្រូវលើប្រអប់ដែលជ្រើសរើស):
 ប្រាក់សុទ្ធ ម្ហូបអាហារ ការថែទាំកុមារ

9. ខ្ញុំ រឺ ធនាគារក្នុងត្រួតពិនិត្យសាររបស់ខ្ញុំ (ត្រូវលើប្រអប់ណាដែលកំណត់អោយអ្នក):
 នៅក្នុងស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុប្រទេស ពិការភាព
 មិនអាចធ្វើការបានដោយសារតែបញ្ហាសុខភាព មានផ្ទៃពោះ ; ឈ្មោះ : _____ ថ្ងៃកំណត់: _____

10. តើអ្នកបានប្រាក់ប៉ុន្មានដែលត្រូវសាររបស់អ្នកនឹងទទួលបាននៅខែនេះ? \$ _____

11. តើត្រូវសាររបស់អ្នកមានប្រាក់សុទ្ធ និង ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារប៉ុន្មាន? \$ _____

12. តើត្រូវសាររបស់អ្នកបង់ថ្លៃផ្ទះ រឺ បង់ថ្លៃផ្ទះបណ្តាក់អស់ប៉ុន្មាន? \$ _____

13. តើសេវាកម្មសុខាភិបាលអ្វីខ្លះដែលត្រូវសារអ្នកបង់? ម៉ាស៊ីនកំដៅ រឺ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ សេវាទូរស័ព្ទ ផ្សេងៗ: _____

14. តើនៅក្នុងចំណោមត្រូវសាររបស់អ្នកមាន បុគ្គលចំណាកស្រុកខ្លះខាត រឺ អ្នកធ្វើកសិកម្មតាមរដូវកាល ដែររឺទេ? បាទ រឺ ចាស ទេ

15. បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ, តើមានសមាជិកនៅក្នុងត្រូវសាររបស់អ្នកប៉ុន្មានអ្នកដែលអ្នកទិញ និង រៀបចំ ម្ហូបអាហារអោយ? _____

16. បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំការថែទាំកុមារ, តើសកម្មភាពអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវការថែទាំ (ត្រូវទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)?
 ការងារ សាលារៀន ការងារជាចម្បង ការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាលម្ហូបអាហារមូលដ្ឋាន (BFET)

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

17. ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែម្នាក់ ។ ខ្ញុំនិយាយភាសា: _____ រឺ សញ្ជា ; បកប្រែសំបុត្ររបស់ខ្ញុំទៅជាភាសា: _____

18. រាយឈ្មោះសមាជិកទាំងអស់ ទោះបីជាអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ពួកគេក៏ដោយ(សរសេរលើក្រដាសបន្ថែមបើសិនជាចាំបាច់)។

ឈ្មោះ (ដើម, កណ្តាល, ត្រកូល)	ភេទ	តើបុគ្គលនេះត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នក?	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត	ត្រូវសារប្រអប់បើសិនជាអ្នកបានប្រយោជន៍សំរាប់បុគ្គលនេះ	ជំរើសសំរាប់អ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំ			ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ (សំរាប់ជនជាតិអាមេរិកគិរី និងជនដើមអាហ្វ្រិកា)
					លេខសន្តិសុខសង្គម	ត្រូវសារប្រអប់បើសិនជាមានសញ្ជាតិ	ជនជាតិ(មើលលំនាំខាងក្រោម)	
		រូបខ្ញុំផ្ទាល់		<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"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. ជីវប្រវត្តិកុលសម្ព័ន្ធរបស់ខ្ញុំគឺ ជនជាតិដើមអាហ្វ្រិកា រឺ អាមេរិកទ្វីប : បាទ រឺ ចាស ទេ

ព័ត៌មានជីវប្រវត្តិអង្គការ និង កុលសម្ព័ន្ធ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបរិមាណផលប្រយោជន៍ទេ ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រើដើម្បីធានាភារកិច្ចវិធីផលប្រយោជន៍ត្រូវបានបែងចែកដោយមិនគិតពីជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឬសញ្ជាតិដើម ។ សំរាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ, USDA ស្នើអោយយើងខ្ញុំឆ្លើយចំពោះអ្នកបើសិនជាព័ត៌មាននេះមិនបានផ្តល់អោយទេ។ **ឧទាហរណ៍**
ពូជអម្បូរ: ស្បែកស, ស្បែកខ្មៅ រឺ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ, អាស៊ី, ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ, ជននៅលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិក, អាមេរិកគិរីខាងជើង, ជនជាតិដើមអាហ្វ្រិកា, រឺ សាសន៍ណាមួយ។

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

IV. ភស្តុតាងប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន

- ខ្ញុំ, ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ ណាមួយដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានការងារធ្វើដែលនឹងបញ្ចប់នៅ 30 ថ្ងៃបន្ទាប់: បាទ រឺ ចាស ទេ
- ខ្ញុំ, ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ ណាមួយដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានប្រាក់ចំណូលពីកន្លែងធ្វើការ : បាទ រឺ ចាស ទេ បើសិនជាមាន, សូមបំពេញផ្នែកនេះ :

អ្នកណាមកចាក់ចំណូលនេះ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម តើការងារនេះជាភារកិច្ចសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បរិមាណចំណាយការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំខែ : \$ _____	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀបរាប់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀបរាប់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 st និង 15 th , រឺ រៀបរាប់ថ្ងៃសុក្រ):
---	---

អ្នកណាមកចាក់ចំណូលនេះ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម តើការងារនេះជាភារកិច្ចសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បរិមាណចំណាយការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំខែ : \$ _____	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀបរាប់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀបរាប់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 st និង 15 th , រឺ រៀបរាប់ថ្ងៃសុក្រ):
---	---

V. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (បានក្នុងករណី របាយការណ៍សំរាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារ)

- គុនប្រយោជន៍សំរាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើ
- ចំណូលបានមកពីសន្តិសុខសង្គម
- ចំណូលបានមកពីកុលសម្ព័ន្ធ
- ចំណូលបានមកពីការលេងល្បែង
- គុនប្រយោជន៍វិស័យអប់រំ (ប្រាក់កំចាត់សិក្សា, ប្រាក់សិក្សា, work - study)
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីរដ្ឋសំរាប់គ្រួសារមានចំណូលតិច (SSI)
- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន រឺ ភាពទទួលខុសត្រូវប្តី/ប្រពន្ធ
- គុនប្រយោជន៍ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីការផ្តល់ជូន
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- រដ្ឋបាណឌាហាន (VA) រឺ គុនប្រយោជន៍ទាហាន
- ឧស្សាហកម្ម និង ការងារ (L&I)
- គុនប្រយោជន៍រៀបរាប់ដាក់រដ្ឋ
- ប្រាក់ចំណេញបានមកពីការប្រាក់

ប្រភេទ ប្រាក់ចំណូលមិនចំណេញ	អ្នកណាទទួលបានចំណូលនេះ?	ចំនួនប្រាក់ចំណូលទាំងមូលប្រចាំខែ
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. ចំណាយប្រចាំខែ

ថ្លៃផ្ទះរួម	ថ្លៃបង់ប្រាក់កំចាត់ចិញ្ចឹម	ទំហំថ្លៃផ្គត់ផ្គង់	ថ្លៃធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ	ពន្ធដី និង ផ្ទះ	ថ្លៃបង់ផ្សេងទៀត
\$	\$	\$	\$	\$	\$

តើសេវាសាធារណៈអ្វីខ្លះដែលគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ដាច់ដោយឡែកពីថ្លៃឈ្នួល ឬថ្លៃបញ្ចាំ?

កម្ពុជា (អគ្គិសនី/ប្រាក់) អគ្គិសនី (មិនមែនកម្ពុជា) ទឹក ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ/ទូរស័ព្ទដៃ លូទឹកស្អុយ សម្រាម

បុគ្គលណាម្នាក់ រឺ ភ្នាក់ងារ ដូចជាអាយុប្រាក់ជំនួយបង់ថ្លៃផ្ទះ ជួយខ្ញុំបង់ថ្លៃនៃកម្មវិធី រឺ ចំណែកទាំងអស់លើការចំណាយទាំងនោះ : បាទ រឺ ចាស ទេ

បើសិនជាមាន, រចនា: _____ ចំណាយអ្វី: _____ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលពួកគេបង់: \$ _____

ខ្ញុំបានទទួលការបង់ប្រាក់លើច្បាប់ជំនួយថាមពលលំនៅដ្ឋានមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIHEAP) ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក ។

ខ្ញុំ, ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ ណាមួយនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវបង់ រឺ បង់ (គូសលើប្រអប់ទាំងឡាយដែលគំណាង) :

<input type="checkbox"/> ការមើលថែកូន រឺ មនុស្សពេញវ័យត្រូវការពឹងផ្អែក (រួមទាំងចំណាយថ្លៃធ្វើដំណើរ)	ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____	អ្នកណាបង់ប្រាក់:
<input type="checkbox"/> វិកលចរិតប្រាក់រឺ វិជ្ជាសាស្ត្រសំរាប់ជនពិការ រឺ អាយុ ៦០ ឆ្នាំឡើងទៅ(រួមបញ្ចូលទាំងចំណាយការធ្វើដំណើរ និង ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព)	ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____	អ្នកណាបង់ប្រាក់:
<input type="checkbox"/> ឧបត្ថម្ភកូន (ក្នុងករណីសុខភាព)	ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____	អ្នកណាបង់ប្រាក់:

បើសិនជាអ្នកមិនរាយការណ៍ការចំណាយដែលបានដាក់រាយនៅខាងលើទេ យើងនឹងសំរេចថាធ្វើនេះគឺជាការថ្លែងការដោយគ្រួសាររបស់អ្នកមិនចង់ទទួលបានការដកយល់សំរាប់ការចំណាយទេ ។

ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខ សន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់ អតិថិជន
VII. អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ		
<p>អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិគឺជាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកអនុញ្ញាតិដោយ DSHS ទិញយកជាមួយអំពីគុនប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះបុគ្គលនោះ ប៉ុន្តែអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើទេ។</p> <p>តើអ្នកមាន អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិមួយដែររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>តើបុគ្គលនោះជាអ្នកមើលថែរបស់អ្នកស្របច្បាប់រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញពាក្យ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ (DSHS 14-532)។</p>		
ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនង	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន ប្រអប់សំបុត្រ	ទីក្រុង	លេខកូដ ZIP
ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត		
<p>ក្រសួងផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតតាមការតម្រូវដោយច្បាប់ចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាតិថ្ងៃទី 1993។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះនឹងមិនប៉ះពាល់សេវាកម្មទូទាត់ ឬចំនួន ថវិកាប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬ ទទួលយកជំនួយគឺជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា ឧបសគ្គណាមួយបានរារាំងជាមួយសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណូលចិត្ត នយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងជាមួយ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Elections Office) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើឡើងវិញនូវការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p>		
សេចក្តីសំរេច និង ហត្ថលេខា		
<p style="text-align: center;">បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយបន្តប្រាក់សុទ្ធ, រាល់មនុស្សពេញវ័យ(រឺ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ) នៅក្នុងត្រួតពិនិត្យតែចុះហត្ថលេខា</p> <p style="text-align: center;">បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយបន្តប្រាក់សុទ្ធ, អ្នកដាក់ពាក្យសុំ (រឺ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ)ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រគល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និង គោរពតាមការរាយការណ៍នៃការស្នើសុំ។ • ផ្តល់ភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។ • ចុះសិទ្ធិដាក់លាក់ណាមួយទៅកាន់ការខុសប្រកាន់ ទៅកាន់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសំរាប់ត្រួតសារខ្លះខាត(ទាណព)។ យ៉ាងណាមេញ, ខ្ញុំអាចសួរដោយ DSHS មិនបន្តការខុសប្រកាន់បើសិនជាមានត្រូវថ្នាក់ដល់ខ្ញុំ រឺ តួនាទីរបស់ខ្ញុំ។ • ធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយការងារស្នើសុំជំនួយមួយអាហារ។ <p>បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើទាំងនេះទេ, ខ្ញុំប្រហែលនឹងអាចត្រូវបដិសេធគុនប្រយោជន៍ រឺ ត្រូវបង់ប្រាក់ទៅដោយពួកគេវិញ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចក្លាយទៅជាអ្នកដាច់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្មបើសិនជាខ្ញុំ មានបំណងធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍បន្ត រឺ អាក់ខានរាយការណ៍រឿងអ្វីមួយដែលខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍។</p> <p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតដោយ DSHS ទំនាក់ទំនងបុគ្គលផ្សេងទៀត រឺ ភ្នាក់ងារនៅពេលចាំបាច់ណាមួយដើម្បីជួយខ្ញុំប្រមូលយកភស្តុតាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។</p> <p>ខ្ញុំបានអាន រឺ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន(DSHS 14-113)។ ខ្ញុំប្រកាសជាផ្លូវការ រឺ</p> <p>សំរេចក្រោមការពិន័យលើការភ្លេចកុហក ក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ដោយនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ រួមទាំងព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពផលប្រយោជន៍ និង ប្រជាជនមានសញ្ជាតិនៃរាល់សមាជិកដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំសំរាប់គុនប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ពិតជាត្រឹមត្រូវ និង ពិតប្រាកដ។</p>		
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យ
ហត្ថលេខា អ្នកតំណាង រឺ អ្នកជួយ	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ អ្នកតំណាង រឺ អ្នកជួយ
ហត្ថលេខា សាក្សី បើសិនជាចុះជាមួយនិងសញ្ញា "X"	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះ សាក្សី