



အခြေအနေများ ပြောင်းလဲခြင်း

သင့်အမည် _____

ဝယ်ယူသူ ID သို့မဟုတ် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် _____

Change of Circumstances

ကဏ္ဍအားလုံးကို ဂရုစိုက်ဖတ်ရှုပါ။ သင့်အိမ်ထောင်စုနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အကွက်များအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ခြင်းပါ။ ဤဖောင်ကို လက်မှတ်ထိုး၊ ရက်စွဲတပ်ပြီး သင့်ဒေသခံရုံးသို့ ပြန်လည်ပေးပို့ပါ။ သင့်တွင် မေးခွန်းများရှိပါက သို့မဟုတ် ဤဖောင်ကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် ပြန်လည်ပေးပို့ရန် စာပို့ခပေးချေပြီးသား စာအိတ်လိုအပ်ပါက သင့်ဒေသခံရုံးသို့ ဆက်သွယ်ပါ။

သင့်တာဝန်ဝတ္တရားများ- သင့်အိမ်ထောင်စုသည် ငွေသား၊ အခြေခံအစားအစာ (Basic Food) သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီများ ရရှိနေပါက၊ သင် ရရှိသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များအပေါ် မူတည်၍ WAC 388-418-0005, 182-504-0105 နှင့် 182-504-0110 တို့တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အပြောင်းအလဲများကို အကြောင်းကြားရပါမည်။ ငွေသားနှင့် အစားအစာ အကူအညီပေးရေး အစီအစဉ်များအတွက်၊ အပြောင်းအလဲဖြစ်ပွားသည့် ရက်စွဲနောက်ပိုင်း လာမည့်လ၏ 10 ရက်နေ့ထက် နောက်ကျဘက် အဆိုပါအပြောင်းအလဲများအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရပါမည်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီအတွက်၊ အပြောင်းအလဲဖြစ်ပွားပြီး 30 ရက်အတွင်း ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရပါမည်။ သင်အကြောင်းကြားရန် မလိုအပ်သော အပြောင်းအလဲတစ်ခုကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြခဲ့လျှင်ပင်၊ ၎င်းသည် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များအပေါ် မည်သို့သက်ရောက်မှုရှိသည်ကို ကျွန်ုပ်တို့ စစ်ဆေးရပါမည်။ ၎င်းသည် အကျိုးခံစားခွင့်များ လျော့နည်းသွားခြင်း သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်စဲသွားခြင်းတို့ကို ဖြစ်ပေါ်စေနိုင်ပါသည်။ အခြေခံအစားအစာ (Basic Food) အတွက်၊ သင်သည် နေရပ်အသစ်သို့ ပြောင်းရွှေ့ခြင်းကို မိမိသဘောဆန္ဒအလျောက် အကြောင်းကြားပါက၊ သင့်အား ဘောင်မပိုရသေးလျှင်ပင် ကဏ္ဍ 2 တွင် သင့်နေထိုင်စရိတ်အသစ်ကိုလည်း သင် အစီရင်ခံတင်ပြရပါမည်။ သင်သည် သင်၏နေထိုင်စရိတ်အသစ်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား မပေးပါက၊ ကျွန်ုပ်တို့သည် \$0 ကို အသုံးပြုပါမည်။ ၎င်းသည် သင်ရရှိမည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျော့နည်းစေနိုင်ပါသည်။

1. ကျွန်ုပ်၏ လိပ်စာပြောင်းလဲသွားသည်။

ကျွန်ုပ် နေရာရွှေ့ပြောင်းခဲ့သည်။ ပြောင်းရွှေ့သည့်ရက်စွဲ- _____ ကျွန်ုပ်၏ စာပို့လိပ်စာ ပြောင်းလဲသွားသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အိုးမဲ့အိမ်မဲ့ ဖြစ်နေသည်။

ကျွန်ုပ်၏ နေထိုင်ရာ လိပ်စာအသစ်မှာ- မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ စာတိုက်သင်္ကေတ _____	ကျွန်ုပ်၏ စာပို့လိပ်စာအသစ် (မတူညီပါက) မှာ- မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ စာတိုက်သင်္ကေတ _____
--	--

2. ကျွန်ုပ်၏ နေထိုင်စရိတ် ပြောင်းလဲသွားသည်။

အခြေခံအစားအစာ (Basic Food) အတွက်၊ ကုန်ကျစရိတ်တိုးလာလျှင် သို့မဟုတ် နေရပ်အသစ်သို့ ပြောင်းရွှေ့လျှင်သာ အစီရင်ခံပါ။ နေထိုင်စရိတ်ဆိုင်ရာ အခြားအပြောင်းအလဲများကို သင်၏နောက်တစ်ကြိမ် သက်တမ်းဝက် အတည်ပြုချက် သို့မဟုတ် အရည်အချင်းစစ်ဆေးမှု ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်တွင် တင်ပြပါ။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ခြင်းပါ။

<input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်သည် အိမ်ငှားနေသည်။	<input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်သည် ဝယ်ယူနေသည်။	<input type="checkbox"/> ကျွန်ုပ်သည် အစိုးရထောက်ပံ့သော အိမ်ရာတွင် နေထိုင်သည်။
လစဉ်အိမ်ငှားခ ပမာဏ \$ _____	သင့်ဝေစု (မတူညီပါက) \$ _____	လစဉ် အိမ်အရစ်ကျ ပေးဆောင်ရမည့် ပမာဏ \$ _____
လစဉ် ပေးဆောင်ရမည့် ပမာဏ (သင့်ကျသင့်ငွေကိုသာ ဖော်ပြပါ) \$ _____		

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့အတွက် သီးခြားပေးဆောင်ရပါသည် (သက်ဆိုင်သမျှ အားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ခြင်းပါ)-

<input type="checkbox"/> အပူပေးစက် / အအေးပေးစက် စရိတ်များ ကျွန်ုပ် ပေးဆောင်ရသည်မှာ- \$ _____ တစ်လလျှင်။	<input type="checkbox"/> တယ်လီဖုန်း ကျွန်ုပ် ပေးဆောင်ရသည်မှာ- \$ _____ တစ်လလျှင်။	<input type="checkbox"/> အိမ်အာမခံ ကျွန်ုပ် ပေးဆောင်ရသည်မှာ- \$ _____ တစ်လလျှင်။	<input type="checkbox"/> အိမ်ခြံမြေအခွန် ကျွန်ုပ် ပေးဆောင်ရသည်မှာ- \$ _____ တစ်လလျှင်။
---	---	--	--

3. ကျွန်ုပ်၏အိမ်သို့ တစ်စုံတစ်ယောက် ပြောင်းရွှေ့ရောက်လာခြင်း သို့မဟုတ် အပြင်သို့ ပြောင်းရွှေ့သွားခြင်း ရှိသည်။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ခြင်းပြီး ပြောင်းရွှေ့သည့်ရက်စွဲကို ဖော်ပြပါ။

ကျွန်ုပ်၏အိမ်သို့ တစ်စုံတစ်ယောက် ပြောင်းရွှေ့ရောက်လာသည်။ ရက်စွဲ- _____ ပြောင်းရွှေ့ရောက်လာသူအားလုံးကို စာရင်းပြုစုပါ (မွေးကင်းစကလေးများ အပါအဝင်)-

အမည်(များ)	ကျား/မ	ကျွန်ုပ်နှင့် တော်စပ်ပုံ	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်

ကျွန်ုပ်သည် အတူနေဖော်များနှင့်အတူ အစားအသောက်များကို ဝယ်ယူပြီး ချက်ပြုတ်စားသောက်သည် (သက်ဆိုင်ရာ အကွက်တွင် အမှန်ဖြစ်ခြင်းပါ)-

ဟုတ် မဟုတ်

ကျွန်ုပ်သည် တစ်စုံတစ်ယောက်ကို အောက်ပါတို့တွင် ထည့်သွင်းလိုပါသည်-

ငွေသား အခြေခံအစားအစာ ကလေးစောင့်ရှောက်မှု

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ

ထိုသို့ဆိုလျှင် မည်သူနည်း။ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ-

ကျွန်ုပ်၏အိမ်မှ တစ်စုံတစ်ယောက် ပြောင်းရွှေ့ထွက်ခွာသွားသည်။ ရက်စွဲ- _____ ပြောင်းရွှေ့ထွက်ခွာသွားသူအားလုံးကို စာရင်းပြုစုပါ-

အမည်(များ)	ကျွန်ုပ်နှင့် တော်စပ်ပုံ

အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်(များ)သည် ကျွန်ုပ်တို့သို့ ပြန်လည်ပြောင်းရွှေ့လာလိမ့်မည်ဟု မျှော်လင့်ရသည် (သက်ဆိုင်ရာ အကွက်တွင် အမှန်ဖြစ်ခြင်းပါ)- ဟုတ် မဟုတ်

ကျွန်ုပ်သည် တစ်စုံတစ်ယောက်ကို အောက်ပါတို့တွင် ထည့်သွင်းလိုပါသည်-

ငွေသား အခြေခံအစားအစာ ကလေးစောင့်ရှောက်မှု

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကူအညီ

ထိုသို့ဆိုလျှင် မည်သူနည်း။ အမည်များကို စာရင်းပြုစုပါ-

4. ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်စု၏ ရရှိနိုင်သော အရင်းအမြစ်များ ပြောင်းလဲသွားသည်။ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးတို့တွင် အောက်ပါတို့ ရှိလာသည် (သက်ဆိုင်သမျှ အားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ခြင်းပါ)-

ဘဏ်စာအုပ်တစ်အုပ် (သက်ဆိုင်သမျှ အားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ခြင်းပါ)- ချက်လက်မှတ်စာရင်း စုငွေစာရင်း အချိန်စေ့မှ ထုတ်ယူရမည့်အပ်ငွေ (CD's)

ငွေကြေးဈေးကွက်စာရင်း (Money Market) စာရင်းထဲရှိ ငွေပမာဏ- \$ _____ စာရင်းဖွင့်လှစ်သည့်ရက်စွဲ- _____

ယာဉ်တစ်စီး- ခုနှစ်- _____ ထုတ်လုပ်သည့်ကုမ္ပဏီ- _____ မော်ဒယ်- _____ လက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ- _____

အခွန်ပြန်အမ်းငွေ- \$ _____ လက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ- _____ လုပ်ငန်းခွင်မှရရှိသော ဝင်ငွေခွန်သက်သာခွင့် (EITC) ပမာဏမှာ မည်မျှနည်း- \$ _____

အလုံးအရင်းလိုက်ရရှိသောငွေ (နောက်ကြောင်းပြန် အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ လျော်ကြေးများ သို့မဟုတ် အမွေဆက်ခံခြင်းများ အပါအဝင်)- _____

အခြားသော အရင်းအမြစ်များ (စာရင်းပြုစုပါ)- _____ လက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ- _____

5. ကျွန်ုပ်အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေ ပြောင်းလဲသွားသည်။ ဝင်ငွေ၏ ဥပမာများတွင် အလုပ် သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းမှ ရရှိသော အမြတ် သို့မဟုတ် လုပ်ခလစာများ၊ အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ SSI၊ အလုပ်သမားနှင့် စက်မှုလက်မှု (Labor and Industries, L&I)၊ ကလေးသူငယ် ထောက်ပံ့ကြေး၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ (veterans benefits, VA) လက်ဆောင်များ သို့မဟုတ် ချေးငွေများ ပါဝင်သည်။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ခြစ်ပါ။

- ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ် စတင်ခဲ့သည်။ ဝင်ငွေ စတင်သည့်ရက်စွဲ- _____ မည်သူဝင်ငွေ စတင်ခဲ့သနည်း- _____
 စုစုပေါင်းပမာဏ (အခွန်မဆောင်မီ) - \$ _____ တစ် နာရီ လ အချိန်ပြည့် အချိန်ပိုင်း
 ဝင်ငွေအမျိုးအစား- _____ အလုပ်ရှင်အမည် (ရှိလျှင်)- _____
 ဝင်ငွေရရှိသည့် ရက်စွဲ(များ) (ဥပမာ- လစဉ် 1 ရက်နေ့နှင့် 15 ရက်နေ့ သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)- _____
- ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ် ပြီးဆုံးခဲ့သည်။ ဝင်ငွေ ရပ်နားသည့်ရက်စွဲ- _____ မည်သူဝင်ငွေ ရပ်နားခဲ့သနည်း- _____
 ဝင်ငွေရပ်နားရသည့် အကြောင်းရင်း- _____
- ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အလုပ် တိုးလာခဲ့သည်။ ဝင်ငွေ တိုးလာသည့်ရက်စွဲ- _____ မည်သူဝင်ငွေ စတင်ခဲ့သနည်း- _____
 စုစုပေါင်းပမာဏ (အခွန်မနှုတ်မီ ဒေါ်လာပမာဏ) \$ _____ တစ် နာရီ လ လျှင်
 ဝင်ငွေအမျိုးအစား- _____ အလုပ်ရှင်အမည် (ရှိလျှင်)- _____
 အလုပ်လုပ်နေပါက၊ ၎င်းသည် အချိန်ပိုင်းမှ အချိန်ပြည့်သို့ ပြောင်းလဲခြင်းဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
- ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် လျော့နည်းသွားသည်။ လျော့နည်းမှု စတင်သည့်ရက်စွဲ- _____ မည်သူဝင်ငွေ စတင်ခဲ့သနည်း- _____
 စုစုပေါင်းပမာဏ (အခွန်မနှုတ်မီ ဒေါ်လာပမာဏ) - \$ _____ တစ် နာရီ လ လျှင်
 ဝင်ငွေအမျိုးအစား- _____ အလုပ်ရှင်အမည် (ရှိလျှင်)- _____

6. ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုတွင် အခြားအပြောင်းအလဲများရှိသည်။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ခြစ်ပါ။ အကျိုးခံစားခွင့်များ တိုးလာစေနိုင်သော နှုတ်ယူမှုများပါ အတည်မပြုရသေးသည့် အပြောင်းအလဲများကို အပြောင်းအလဲအတွက် အတည်ပြုချက်များ ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိခြင်းမရှိသရွေ့ သင့်နောက်တစ်ကြိမ် ပြန်လည်သုံးသပ်မှုအထိ အပ်ဒိတ်လုပ်မည်မဟုတ်ပါ။

- ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသူငယ်စောင့်ရှောက်ရေး (ကလေးထိန်း) ကုန်ကျစရိတ်သည် တစ်လလျှင် \$ _____ တစ်လလျှင် \$ _____ သို့ ပြောင်းလဲသွားခဲ့သည်။
- ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း စတင်သူ- _____၊ ခန့်မှန်း မွေးဖွားမည့်ရက်စွဲ- _____။
- ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း ပြီးဆုံးသူ- _____၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်း ပြီးဆုံးသည့်ရက်စွဲ- _____။
- ကလေးသူငယ် ထောက်ပံ့ကြေးပေးချေမှုများသည် တစ်လလျှင် \$ _____ မှ တစ်လလျှင် \$ _____ သို့ ပြောင်းလဲသွားခဲ့သည်။ မည်သူက ပေးဆောင်သနည်း- _____
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်သည် တစ်လလျှင် \$ _____ မှ တစ်လလျှင် \$ _____ သို့ ပြောင်းလဲသွားခဲ့သည်။ မည်သူက ပေးဆောင်သနည်း- _____
- အိမ်ထောင်ရေးအခြေအနေ ပြောင်းလဲသူ- _____ အိမ်ထောင်ရှိ ကွာရှင်းထား ကွဲနေသည် မုဆိုးဖို/မ
- ပုဂ္ဂလိက ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ အကျိုးဝင်မှု ပြီးဆုံးသူ- _____၊ အာမခံ အကျိုးဝင်မှု ပြီးဆုံးသည့်ရက်စွဲ- _____
- ပုဂ္ဂလိက ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ အကျိုးဝင်မှု စတင်သူ- _____၊ အာမခံ အကျိုးဝင်မှု စတင်သည့်ရက်စွဲ- _____
 အာမခံ အကျိုးဝင်မှု ပြီးဆုံးလျှင် သို့မဟုတ် စတင်လျှင် အာမခံကုမ္ပဏီအမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ်ကို စာရင်းပြုစုပါ-
- ကျွန်ုပ်သည် လွန်ခဲ့သော 12 လအတွင်း ဝင်ငွေအိမ်ထောင်စုများ စွမ်းအင်ကူညီထောက်ပံ့မှုအက်ဥပဒေ (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA) အရ ငွေပေးချေမှုကို လက်ခံရရှိခဲ့သည်။ ပမာဏ- _____
- ထို သို့မဟုတ် လောင်းကစားမှ \$4,500 နှင့်အထက် အနိုင်ရရှိမှု (အခွန်မနှုတ်မီ ဒေါ်လာပမာဏ) - \$ _____
 မည်သူ- _____၊ လက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ- _____

အခြားအပြောင်းအလဲများ (ဖော်ပြပါ)

အစားအစာ အကူအညီဆိုင်ရာ ပြစ်ဒဏ် သတိပေးချက်

သင့်အချက်အလက်များ မှန်ကန်မှုရှိမရှိကို ကျွန်ုပ်တို့သည် အခြားအေဂျင်စီများနှင့် စစ်ဆေးပါသည်။ အချက်အလက်တစ်စုံတစ်ရာ မှားယွင်းနေပါက လျှောက်ထားသူများသည် အစားအစာ အကူအညီ ရရှိမည်မဟုတ်ပါ။

- စည်းကမ်းချက် တစ်စုံတစ်ရာကို တမင်တကာ ချိုးဖောက်သော အဖွဲ့ဝင်တိုင်းသည်-**
- သက်ဆိုင်ရာ အခြား ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်ဥပဒေများအရ တရားစွဲဆိုခြင်း ခံရနိုင်သည်
 - တစ်နှစ်မှ ရာသက်ပန်အထိ SNAP အစီအစဉ်မှ ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်
 - ဒေါ်လာ \$250,000 အထိ ဒဏ်ရိုက်ခံရနိုင်သည်
 - ထောင်ဒဏ် 20 နှစ်အထိ ကျခံရနိုင်သည်။ သို့မဟုတ်
 - တရားရုံးက အမိန့်ချမှတ်လိုက်ပါက SNAP မှ နောက်ထပ် 18 လကြာ ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်။
- သင့်တွင် အောက်ပါတို့အတွက် အပြစ်ရှိကြောင်း တရားရုံးက တွေ့ရှိပါက-
- အောက်ပါတို့နှင့် ပတ်သက်သော အရောင်းအဝယ်တွင် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရယူခြင်း- သင်သည်-**
- ထိန်းချုပ်ထားသော မူးယစ်ဆေးဝါး ရောင်းချခြင်း..... နှစ်နှစ်မှသည် ရာသက်ပန်အထိ ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်။
 - သေနတ်၊ ခဲယမ်း သို့မဟုတ် ပေါက်ကွဲစေတတ်သော ပစ္စည်းများ ရောင်းချခြင်း ရာသက်ပန် ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်။
 - စုစုပေါင်း \$500 ထက်ပိုသော အကျိုးခံစားခွင့်များကို တရားမဝင် ရောင်းဝယ်ခြင်း ရာသက်ပန် ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်။
 - နေထိုင်ခွင့် သို့မဟုတ် မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း လိမ်လည်ခြင်း 10 နှစ်ကြာ ပိတ်ပင်ခံရနိုင်သည်

မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း

ဤသည် 1993 ခုနှစ် အမျိုးသား မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ရေး အက်ဥပဒေအရ လိုအပ်သော မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆောင်ရွက်ပေးပါသည်။
မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခြင်းတို့သည် ဤအေဂျင်စီမှ သင့်အား ပံ့ပိုးပေးနိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည်မဟုတ်ပါ။ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ပုံစံကို ဖြည့်သွင်းရာတွင် အကူအညီလိုပါက ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပါမည်။ အကူအညီ ရယူရန် သို့မဟုတ် လက်ခံရန် ဆုံးဖြတ်ချက်သည် သင့်အပေါ်၌သာ မူတည်ပါသည်။ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ပုံစံကို သီးသန့် ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။ မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်ခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် ငြင်းပယ်ခြင်းဆိုင်ရာ သင့်အခွင့်အရေး၊ မှတ်ပုံတင်ရန် ဆုံးဖြတ်ခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက်ထားခြင်းတွင် သင်၏ သီးသန့်လွတ်လပ်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြားနိုင်ငံရေး ဦးစားပေးမှုကို ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်တို့ကို တစ်စုံတစ်ယောက်က နှောင့်ယှက်သည်ဟု သင်ယုံကြည်ပါက အောက်ပါသို့ တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်- Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)။

သင်သည် မဲပေးရန် မှတ်ပုံတင်လိုပါသလား သို့မဟုတ် သင့်မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို အပ်ဒိတ်လုပ်လိုပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
အကယ်၍ သင်သည် မည်သည့်အကွက်ကိုမျှ အမှန်မဖြစ်ပါက၊ ဤအချိန်တွင် မဲပေးရန် မမှတ်ပုံတင်ရန် ဆုံးဖြတ်ထားသည်ဟု ယူဆပါမည်။

ကြေညာချက်နှင့် လက်မှတ်

ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် ကျွန်ုပ်သိရှိသလောက် မှန်ကန်ပြီး ပြည့်စုံကြောင်း မမှန်မကန် သက်သေခံမှုဆိုင်ရာ ပြစ်ဒဏ်များအောက်တွင် ကျွန်ုပ်ဖော်ပြအပ်ပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် မှားယွင်းသော၊ လှည့်ဖြားသော သို့မဟုတ် မပြည့်စုံသော အချက်အလက်များကို ပေးအပ်ပါက ဥပဒေ (RCW 74.08.055 နှင့် RCW 74.08.331) အရ ပြစ်ဒဏ် ခံရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်ပေးအပ်သော အချက်အလက်များကို စိစစ်အတည်ပြုခြင်း ခံရနိုင်ကြောင်း နားလည်ပြီး ထိုသို့စိစစ်ရန် သဘောတူပါသည်။ လိုအပ်သော အထောက်အထားများကို ကျွန်ုပ်မပေးနိုင်ပါက၊ ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား အထောက်အထားများ ရယူရန်အတွက် DSHS အား အခြားသူများ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီများကို ဆက်သွယ်ရန် အခွင့်အာဏာ ပေးအပ်ပါသည်။ ဤပုံစံပေါ်ရှိ ကျွန်ုပ်၏ လက်မှတ်သည် ကျွန်ုပ်အစီရင်ခံရန် လိုအပ်သော အပြောင်းအလဲအားလုံးကို အစီရင်ခံပြီးဖြစ်ကြောင်း ဆိုလိုပါသည်။

လက်မှတ်	ရက်စွဲ	ဖုန်းနံပါတ်
အခြား အရွယ်ရောက်ပြီးသူ အိမ်ထောင်စုဝင် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	ဖုန်းနံပါတ်