

ការផ្លាស់ប្តូរកាលៈទេសៈ

ឈ្មោះរបស់អ្នក

លេខសម្គាល់អតិថិជន ឬ
SOCIAL SECURITY NUMBER
(លេខសន្តិសុខសង្គម)

អានគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ដោយយកចិត្តទុកដាក់។ សូមជ្រកប្រអប់ទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះគ្រួសាររបស់អ្នក។ សូមចុះហត្ថលេខា និងផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះមកការិយាល័យយុវជនមូលដ្ឋានរបស់អ្នកវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការស្រាវជ្រាវសំបុត្រដែលបានបង់ថ្លៃប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះមកវិញតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទាក់ទងការិយាល័យយុវជនរបស់អ្នក។

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក៖ ប្រសិនបើគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបានសាច់ប្រាក់ អាហារមូលដ្ឋាន ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្រោមប្រការ WAC 388-418-0005, 182-504-0105 និង 182-504-0110 ដោយផ្អែកលើអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបាន។ សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយជាសាច់ប្រាក់ និង food assistance programs (កម្មវិធីជំនួយស្បៀងអាហារ) អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះត្រឹមថ្ងៃទី 10 ខែបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការផ្លាស់ប្តូរបានធ្វើឡើង។ សម្រាប់ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរបានធ្វើឡើង។ ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលអ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវប្រាប់យើង យើងត្រូវតែមើលថាតើវាប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច។ នេះអាចបណ្តាលឱ្យមានអត្ថប្រយោជន៍កិច្ចជាងមុន ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអាចនឹងចប់។ សម្រាប់អាហារមូលដ្ឋាន ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ទៅនៅលំនៅដ្ឋានថ្មី អ្នកក៏ត្រូវរាយការណ៍អំពីការចំណាយលើលំនៅដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកទី 2 ផងដែរ ទោះបីជាអ្នកមិនទាន់ទទួលបានវិក្កយបត្រក៏ដោយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីការចំណាយលើលំនៅដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នកទេ យើងនឹងប្រើប្រាស់ \$0។ នេះអាចបណ្តាលឱ្យអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កិច្ចជាងមុន។

1. អាសយដ្ឋានរបស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ។

ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ។ កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ទីលំនៅ៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្ររបស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ។ ខ្ញុំជាជនគ្មានផ្ទះសំបែង។

អាសយដ្ឋានរស់នៅថ្មីរបស់ខ្ញុំគឺ៖			អាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រថ្មីរបស់ខ្ញុំ (បើខុសពីនេះ) គឺ៖		
លេខអាជ្ញាធរមិន (បើមាន)			លេខអាជ្ញាធរមិន (បើមាន)		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ

2. ការចំណាយលើលំនៅដ្ឋានរបស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ។

សម្រាប់អាហារមូលដ្ឋាន សូមរាយការណ៍ តែក្នុងករណី អ្នកមានការកើនឡើង ឬអ្នកផ្លាស់ទៅលំនៅដ្ឋានថ្មី។ រាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតនៅក្នុងការចំណាយលើលំនៅដ្ឋាននៅពេល បញ្ជាក់ពាក់កណ្តាលបន្ទាប់ ឬការត្រួតពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបានឡើងវិញរបស់អ្នក។ សូមជ្រកប្រអប់ទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។

<input type="checkbox"/> ខ្ញុំកំពុងជួលផ្ទះ។	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំកំពុងទិញផ្ទះ។	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំរស់នៅក្នុងផ្ទះដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភធន។
ចំនួនទឹកប្រាក់ផ្ទៃជួលប្រចាំខែ \$	ចំណែករបស់អ្នក បើខុសពីនេះ \$	ចំនួនទឹកប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះប្រចាំខែ \$
ចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់ប្រចាំខែ (រាយតែចំណែករបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ) \$		

ខ្ញុំបង់ដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ (ជីកចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖

<input type="checkbox"/> ការចំណាយលើប្រព័ន្ធហ្វាស៊ីនកម្តៅ / អ្វីម៉ាស៊ីនក្រដាត់ ខ្ញុំបង់៖ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។	<input type="checkbox"/> ទូរសព្ទ ខ្ញុំបង់៖ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងផ្ទះ ខ្ញុំបង់៖ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។	<input type="checkbox"/> ពន្ធលើអចលនទ្រព្យ ខ្ញុំបង់៖ \$ _____ ក្នុងមួយខែ។
--	---	--	--

3. មាននរណាម្នាក់បានរើចេញនៅ ឬរើចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ ជីកចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្ត និងបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ។

<input type="checkbox"/> មាននរណាម្នាក់បានរើចេញនៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ រាយឈ្មោះជនទាំងអស់ដែលបានរើចេញនៅ (រួមទាំងទារកទើបនឹងកើត)៖				ខ្ញុំទិញ និងរៀបចំអាហារជាមួយមិត្តរួមបន្ទប់របស់ខ្ញុំ (ជីកប្រអប់ដែលអនុវត្ត)៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ខ្ញុំបង់ដាក់បញ្ចូលនរណាម្នាក់នៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍៖ <input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ <input type="checkbox"/> អាហារមូលដ្ឋាន <input type="checkbox"/> ការថែទាំកូន <input type="checkbox"/> ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ បើដូច្នោះ តើនរណា? សូមរាយឈ្មោះ៖
ឈ្មោះ	ភេទ	ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងខ្ញុំ	SOCIAL SECURITY NUMBER (លេខសន្តិសុខសង្គម)	
<input type="checkbox"/> មាននរណាម្នាក់បានរើចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ រាយឈ្មោះជនទាំងអស់ដែលបានរើចេញ៖				ខ្ញុំរំពឹងថាជនទាំងនោះនឹងរើមកនៅជាមួយខ្ញុំវិញ (ជីកប្រអប់ដែលអនុវត្ត)៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ឈ្មោះ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងខ្ញុំ	ខ្ញុំចង់ដាក់បញ្ចូលនរណាម្នាក់នៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍៖ <input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ <input type="checkbox"/> អាហារមូលដ្ឋាន <input type="checkbox"/> ការថែទាំកូន <input type="checkbox"/> ជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ បើដូច្នោះ តើនរណា? សូមរាយឈ្មោះ៖
--------	-------------------------	--

4. ធនធានគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ។ ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានទទួលបាន (ធ្វើកំណត់ទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖

- គណនីធនាគារ (ធ្វើកំណត់ទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖ គណនីចរន្ត គណនីសន្សំ CD's គណនីទិវង្សារូបិយវត្ថុ
 ចំនួនទឹកប្រាក់នៅក្នុងគណនី៖ \$ _____ កាលបរិច្ឆេទបើកគណនី៖ _____
- ឃានជំនិះ៖ ឆ្នាំផលិត៖ _____ ម៉ាក៖ _____ ម៉ូដែល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទទទួលបាន៖ _____
- ប្រាក់ពន្ធបង្វិលសង្គម៖ \$ _____ កាលបរិច្ឆេទទទួលបាន៖ _____
 តើ Earned Income Tax Credit (ឥណទានពន្ធលើប្រាក់ចំណូលដែលទទួលបាន, EITC) ប៉ុន្មាន៖ \$ _____
- ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប (រាប់បញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានអនុភាពប្រតិបត្តិការ ការទូទាត់ជម្រះ ឬមរកក)៖ _____
- ធនធានផ្សេងទៀត (សូមរាយឈ្មោះ)៖ _____ កាលបរិច្ឆេទទទួលបាន៖ _____

5. ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ។ ឧទាហរណ៍នៃប្រាក់ចំណូលរួមមាន ប្រាក់ចំណូល ឬប្រាក់ឈ្នួលពីការងារ ឬមុខរបរផ្ទាល់ខ្លួន អត្ថប្រយោជន៍នៃភាពអត់ការងារធ្វើ សន្តិសុខសង្គម, SSI, Labor and Industries (ការងារ និងឧស្សាហកម្ម, L&I) ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន veterans benefits (អត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន, VA) អំណោយ ឬប្រាក់កម្ចី។ សូមធ្វើកំណត់ទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។

- ប្រាក់ចំណូល ឬការងារ បានចាប់ផ្តើមថ្មី។ កាលបរិច្ឆេទដែលប្រាក់ចំណូលបានចាប់ផ្តើម៖ _____
 ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកណាបានចាប់ផ្តើម៖ _____
 ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប (មុនបង់ពន្ធ)៖ \$ _____ ក្នុងមួយ ម៉ោង ខែ ពេញម៉ោង ក្រៅម៉ោង
 ប្រភេទប្រាក់ចំណូល៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក (បើមាន)៖ _____
 កាលបរិច្ឆេទដែលបុគ្គលទទួលបានប្រាក់ចំណូល (ឧ. ថ្ងៃទី 1 និងថ្ងៃទី 15 នៃខែនីមួយៗ ឬរៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ)៖ _____
- ប្រាក់ចំណូល ឬការងារ បានចប់។ កាលបរិច្ឆេទដែលឈប់ទទួលបានប្រាក់ចំណូល៖ _____
 នរណាឈប់ទទួលបានប្រាក់ចំណូល៖ _____
 មូលហេតុដែលឈប់ទទួលបានប្រាក់ចំណូល៖ _____
- ប្រាក់ចំណូល ឬការងារ បានកើនឡើង។ កាលបរិច្ឆេទដែលប្រាក់ចំណូលបានកើនឡើង៖ _____
 ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកណាបានចាប់ផ្តើម៖ _____
 ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប (ចំនួនទឹកប្រាក់ដុល្លារមុនពេលបង់ពន្ធ) \$ _____ ក្នុងមួយ ម៉ោង ខែ
 ប្រភេទប្រាក់ចំណូល៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក (បើមាន)៖ _____
 បើធ្វើការ តើនេះជាការផ្លាស់ប្តូរពី ក្រៅម៉ោង ទៅ ពេញម៉ោងឬ? បាទ/ចាស ទេ
- ប្រាក់ចំណូល ឬការងារ បានថយចុះ។ កាលបរិច្ឆេទដែលការថយចុះបានចាប់ផ្តើម៖ _____
 ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកណាបានចាប់ផ្តើម៖ _____
 ចំនួនទឹកប្រាក់សរុប (ចំនួនទឹកប្រាក់ដុល្លារមុនពេលបង់ពន្ធ)៖ \$ _____ ក្នុងមួយ ម៉ោង ខែ
 ប្រភេទប្រាក់ចំណូល៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក (បើមាន)៖ _____

6. គ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត។ សូមធ្វើកំណត់ទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។ ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនបានបញ្ជាក់នៅក្នុង ការកាត់ប្រាក់ដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានការកើនឡើងនៃអត្ថប្រយោជន៍នឹងមិនត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទេរហូតដល់អ្នកពិនិត្យ មើលឡើងវិញនៅលើកម្រោយ លុះត្រាតែយើងទទួលបានការផ្ញើផ្តាត់ការផ្លាស់ប្តូរ។

- ការចំណាយលើការថែទាំកូនរបស់ខ្ញុំ (ការមើលកូន) បានផ្លាស់ប្តូរពី៖ \$ _____ / ខែទៅ \$ _____ / ខែ។
- ការមានផ្ទៃពោះបានចាប់ផ្តើមសម្រាប់៖ _____; កាលបរិច្ឆេទរើងឆ្លងទន្លេ៖ _____ ។
- ការមានផ្ទៃពោះបានចប់សម្រាប់៖ _____; កាលបរិច្ឆេទនៃការមានផ្ទៃពោះបានចប់៖ _____ ។
- ការទូទាត់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូនបានផ្លាស់ប្តូរពី៖ \$ _____ / ខែទៅ \$ _____ / ខែ។
 អ្នកណាបង្ក៖ _____
- ការចំណាយលើថ្លៃពេទ្យបានកើនឡើងពី៖ \$ _____ / ខែទៅ \$ _____ / ខែ។
 អ្នកណាបង្ក៖ _____
- ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់៖ បានរៀបការ លែងលះ រស់នៅបែកគ្នា
- ផ្ត្រីមេម៉ាយ
- ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនបានចប់សម្រាប់៖ _____; កាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងបានចប់៖ _____
- ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនបានចាប់ផ្តើមសម្រាប់ _____;
 កាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងបានចាប់ផ្តើម៖ _____
 សូមរាយឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងលេខទូរសព្ទ ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងបានចប់ ឬបានចាប់ផ្តើម៖ _____

- ខ្ញុំបានទទួលប្រាក់ក្រោម Low Income Home Energy Assistance Act (ច្បាប់ជំនួយលើថ្លៃថាមពលនៅផ្ទះសម្រាប់គ្រួសារមានប្រាក់ចំណូលទាប, LIHEAA) ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក។ ចំនួនទឹកប្រាក់: _____
- ចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានផ្តល់ ឬឈ្នះលើស្របចំនួន \$4,500 ឬច្រើនជាងនេះ (ចំនួនទឹកប្រាក់ដុល្លារមុនពេលបង់ពន្ធ): \$ _____; អ្នកណា: _____; កាលបរិច្ឆេទទទួលបាន: _____

ការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀត (សូមពិពណ៌នា)

ការព្រមានអំពីការពិន័យពាក់ព័ន្ធនឹងជំនួយអាហារ

យើងឆែកពិនិត្យជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថា ព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺត្រឹមត្រូវ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមិនអាចទទួលបានជំនួយស្បៀងអាហារទេ។

សមាជិកណាដែលបំពានច្បាប់ណាមួយដោយចេតនាអាច៖

- ត្រូវបានកាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋផ្សេងទៀតដែលចូលជាធរមាន
- ត្រូវបានដកសិទ្ធិពី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំរហូតដល់អចិន្ត្រៃយ៍
- ត្រូវបានពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000
- ជាប់គុករហូតដល់ 20 ឆ្នាំ ឬ
- ត្រូវបានដកសិទ្ធិពី SNAP សម្រាប់រយៈពេល 18 ខែបន្ថែមលើគុណការចេញដីកា។

បើគុណការរកឃើញថាអ្នកមានទោសពិ៖

បទទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងប្រតិបត្តិការដែលពាក់ព័ន្ធនឹង៖	អ្នកអាច៖
• បទលក់សារធាតុញៀនដែលគ្រប់គ្រង	ត្រូវបានដកសិទ្ធិចាប់ពីរឆ្នាំរហូតដល់អចិន្ត្រៃយ៍។
• បទលក់អាវុធ គ្រាប់រសេរ ឬគ្រឿងផ្ទុះ	ត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។
• បទលក់ដូរអត្ថប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមគ្នា	ត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។
• បទក្លែងបន្លំនៅខ្លួន ឬអគ្គសញ្ញាណ	ត្រូវបានដកសិទ្ធិសម្រាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ

ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត

Department offers voter registration services (ក្រសួងផ្តល់សេវាចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត) ដូចដែលតម្រូវដោយ National Voter Registration Act of 1993 (ច្បាប់ស្តីពីការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាតិឆ្នាំ 1993)។ **ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារនេះទេ។**

បើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាលក្ខណៈឯកជន។ បើអ្នកជឿថានរណាម្នាក់បានជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬនិន្នាការនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់៖ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋ Washington PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើប្រអប់ណាមួយទេ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះទេ។

សេចក្តីប្រកាស និងហត្ថលេខា

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ក្រោមទោសប្បញ្ញត្តិនៃការស្លាប់ពានថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យគឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញតាមរយៈចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត បំភ័ន្ត ឬមិនពេញលេញ ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវពិន័យតាមច្បាប់ (RCW 74.08.055 និង RCW 74.08.331)។ ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំផ្តល់ឱ្យគឺជាកម្មវត្ថុនៃការផ្ទៀងផ្ទាត់ ហើយយល់ព្រមផ្តល់ការផ្ទៀងផ្ទាត់។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងដែលត្រូវការនោះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ DSHS ទាក់ទងបុគ្គល ឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានភស្តុតាងជំនួសខ្ញុំ។ ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំនៅលើទម្រង់នេះមានន័យថា ខ្ញុំបានរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងអស់ដែលខ្ញុំត្រូវរាយការណ៍។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរសព្ទ
ហត្ថលេខាសមាជិកគ្រួសារពេញវ័យផ្សេងទៀត ឬអ្នកតំណាង	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរសព្ទ