



# ການປ່ຽນແປງຂອງສະຖານະການ

ຊື່ຂອງທ່ານ

ລະຫັດລູກຄ້າ ຫຼື SOCIAL SECURITY NUMBER  
(ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ)

Transforming lives

ອ່ານທຸກພາກຢ່າງລະມັດລະວັງ. ກວດສອບເຄື່ອງໝາຍທຸກຊ່ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ລົງຊື່, ລົງວັນທີ ແລະ ສິ່ງແບບພອມນີ້ກັບໄປຫາສໍານັກງານໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຊ່ອງຈົດໝາຍທີ່ຊໍາລະຄ່າໄປສະນີເພື່ອສິ່ງຄົນແບບພອມນີ້ທາງໄປສະນີ, ຕິດຕໍ່ສໍານັກງານໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

**ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:** ຖ້າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນສິດ, ອາຫານພື້ນຖານ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ, ທ່ານຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງຕາມທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນ WAC 388-418-0005, 182-504-0105 ແລະ 182-504-0110 ໂດຍອີງໃສ່ຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ສໍາລັບເງິນ ແລະ food assistance programs (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ), ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ພາຍໃນວັນທີ 10 ຂອງເດືອນຫຼັງຈາກວັນທີ ທີ່ມີການປ່ຽນແປງເກີດຂຶ້ນ. ຖ້າຕ້ອງການຊ່ວຍຄວາມເຫຼືອທາງດ້ານການແພດ, ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບພາຍໃນ 30 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ມີການປ່ຽນແປງ. ຖ້າທ່ານແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງທີ່ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບ, ພວກເຮົາຕ້ອງເບິ່ງວ່າການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວສິ່ງມີຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານແນວໃດ. ນີ້ອາດຈະເຮັດສິ່ງຜິດໃຫ້ສິດທິປະໂຫຍດໜ້ອຍລົງ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດຈະສິ້ນສຸດລົງ. ສໍາລັບອາຫານພື້ນຖານ, ຖ້າທ່ານສະໜັກໃຈທີ່ຈະລາຍງານການຍ້າຍຖິ່ນຖານໃໝ່, ທ່ານຕ້ອງລາຍງານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສໃໝ່ໃນພາກທີ 2 ດ້ວຍ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮຽກເກັບເງິນກໍຕາມ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສອັນໃໝ່ແກ່ພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະໃຊ້ເງິນ \$0. ນີ້ອາດຈະເຮັດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໜ້ອຍລົງ.

### 1. ທີ່ຢູ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຍ້າຍ. ວັນທີ່ຍ້າຍ: \_\_\_\_\_  ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ.  ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ.

ທີ່ຢູ່ອາໄສໃໝ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: \_\_\_\_\_ ທາງເລກອາພາດເມັນ (ຖ້າມີ) \_\_\_\_\_ ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີໃໝ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ)ແມ່ນ: \_\_\_\_\_ ທາງເລກອາພາດເມັນ (ຖ້າມີ) \_\_\_\_\_

ລະຫັດ	ໄປສະນີ	ຂອງເມືອງ	ລະຫັດ	ໄປສະນີ	ຂອງເມືອງ
-------	--------	----------	-------	--------	----------

### 2. ຄ່າທີ່ພັກອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ.

ສໍາລັບອາຫານພື້ນຖານ, ລາຍງານສະເພາະໃນກໍລະນີມີການເພີ່ມຂຶ້ນ ຫຼື ຍ້າຍໄປທີ່ຢູ່ອາໄສໃໝ່. ລາຍງານການປ່ຽນແປງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສອື່ນໆໄດ້ທີ່ **ການຮັບຮອງການຂັດຂວາງຂອງທ່ານ ຫຼື ການທົບທວນຄືນການມີສິດ.** ເລືອກທາງໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.

ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງເຊົ່າຢູ່.  ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງຊື້.  ຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ.

ຈໍານວນເງິນເຊົ່າລາຍເດືອນ \$	ການແບ່ງປັນຂອງທ່ານ, ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ \$	ຈໍານວນຈໍານອງລາຍເດືອນ \$	ຈໍານວນເງິນທີ່ຊໍາລະລາຍເດືອນ (ລາຍການແບ່ງປັນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ) \$
-------------------------------	--	----------------------------	--

ຂ້າພະເຈົ້າຊໍາລະເງິນແຍກຕ່າງຫາກ (ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

<input type="checkbox"/> ຄ່າທໍາຄວາມຮ້ອນ/ທໍາຄວາມເຢັນ	<input type="checkbox"/> ໂທລະສັບ	<input type="checkbox"/> ປະກັນໄພບ້ານ	<input type="checkbox"/> ພາສີຊັບສິນ
ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____ ຕໍ່ເດືອນ.	ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____ ຕໍ່ເດືອນ.	ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____ ຕໍ່ເດືອນ.	ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____ ຕໍ່ເດືອນ.

### 3. ມີຄົນຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ກວດສອບທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ລະບຸວັນທີ່ຍ້າຍ

ມີຄົນຍ້າຍເຂົ້າມາຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ວັນທີ: \_\_\_\_\_ ລາຍຊື່ທຸກຄົນທີ່ຍ້າຍເຂົ້າ (ລວມທັງເດັກເກີດໃໝ່):

ຊື່(ຂອງ)	ພາດ	ຄວາມສໍາພັນກັບຂ້າພະເຈົ້າ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ)

ຂ້າພະເຈົ້າຊື້ ແລະ ກະກຽມອາຫານຮ່ວມກັບໝູ່ຮ່ວມຫ້ອງ (ກ່ອງເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):  ແມ່ນ  ບໍ່

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການລວມໃຜບາງຄົນໄວ້ໃນ:  ເງິນສິດ  ອາຫານ  ຂັ້ນພື້ນຖານການດູແລເດັກ  ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ

ຖ້າເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ໃຜ? ຊື່ລາຍການ: \_\_\_\_\_

ມີຄົນຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ວັນທີ: \_\_\_\_\_ ລາຍຊື່ຜູ້ທີ່ຍ້າຍອອກທັງໝົດ:

ຊື່(ຂອງ)	ຄວາມສໍາພັນກັບຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຄາດຫວັງວ່າບຸກຄົນນັ້ນຈະຍ້າຍກັບເຂົ້າມາຢູ່ກັບຂ້າພະເຈົ້າ (ກ່ອງເຮັດເຄື່ອງໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):  ແມ່ນ  ບໍ່

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການລວມໃຜບາງຄົນໄວ້ໃນ:  ເງິນສິດ  ອາຫານ  ຂັ້ນພື້ນຖານການດູແລເດັກ  ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ

ຖ້າເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ໃຜ? ຊື່ລາຍການ: \_\_\_\_\_

### 4. ຊັບພະຍາກອນຂອງຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຄົນໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ (ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

ບັນຊີທະນາຄານ (ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):  ກວດສອບ  ຕະຫຼາດ  ເງິນອອມ  ຊິດີ

ຈໍານວນເງິນໃນບັນຊີ: \$ \_\_\_\_\_ ວັນທີ່ເປີດບັນຊີ: \_\_\_\_\_

ຍານພາຫະນະ: ປີ: \_\_\_\_\_ ເຮັດ: \_\_\_\_\_ ຕົວແບບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ່ໄດ້ຮັບ: \_\_\_\_\_

ການຄືນເງິນພາສີ: \$ \_\_\_\_\_ ວັນທີ່ໄດ້ຮັບ: \_\_\_\_\_

Earned Income Tax Credit (ສິນເຊື້ອອາກອນລາຍໄດ້, EITC ) ຫຼາຍປານໃດ \$ \_\_\_\_\_

ລວມຍອດເງິນ (ລວມທັງຜົນປະໂຫຍດຍ້ອນຫຼັງ, ການຕັ້ງຖິ່ນຖານ ຫຼື ມໍລະດົກ): \_\_\_\_\_

ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນອື່ນໆ (ລາຍການ): \_\_\_\_\_ ວັນທີໄດ້ຮັບ: \_\_\_\_\_

**5.  ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງ. ຕົວຢ່າງຂອງລາຍຮັບລວມມີລາຍຮັບ ຫຼື ຄ່າຈ້າງຈາກວຽກ ຫຼື ວຽກເຮັດໃຫ້ເອງ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການໜ່ວຍງານ, ປະກັນສັງຄົມ, SSI, Labor and Industries (ແຮງງານ ແລະ ອຸດສາຫະກຳ, L&I), ເງິນອຸດໜູນເດັກ, veterans benefits (ເງິນສະໜັບສະໜູນ ການທະຫານຜ່ານເສິກ, VA), ຂອງຂວັນ ຫຼື ເງິນກູ້. ເລືອກທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.**

**ລາຍໄດ້ ຫຼື ວຽກ ເລີ່ມແລ້ວ.** ວັນທີເລີ່ມມີລາຍໄດ້: \_\_\_\_\_ ລາຍໄດ້ແມ່ນໃຜເລີ່ມຕົ້ນ: \_\_\_\_\_  
ຈຳນວນເງິນລວມ (ກ່ອນຫັກພາສີ): \$ \_\_\_\_\_ ຕໍ່  ຊົ່ວໂມງ  ເດືອນ  ເດີມເວລາ  ນອກເວລາ  
ປະເພດລາຍຮັບ: \_\_\_\_\_ ຊື່ນາຍຈ້າງ (ຖ້າມີ): \_\_\_\_\_  
ວັນທີບຸກຄົນໄດ້ຮັບລາຍຮັບ (ເຊັ່ນ, ວັນທີ 1 ແລະ 15<sup>th</sup> ແຕ່ລະເດືອນ ຫຼື ທຸກວັນສຸກ): \_\_\_\_\_

**ລາຍໄດ້ ຫຼື ວຽກ ສິ້ນສຸດແລ້ວ.** ວັນທີຢຸດມີລາຍໄດ້: \_\_\_\_\_ ລາຍໄດ້ແມ່ນໃຜເລີ່ມຕົ້ນ: \_\_\_\_\_  
ສາເຫດທີ່ເຮັດໃຫ້ລາຍໄດ້ຢຸດ: \_\_\_\_\_

**ລາຍໄດ້ ຫຼື ວຽກ ເພີ່ມຂຶ້ນ.** ວັນທີລາຍໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ: \_\_\_\_\_ ລາຍຮັບຂອງໃຜເລີ່ມຕົ້ນ: \_\_\_\_\_  
ຈຳນວນເງິນລວມ (ຈຳນວນເງິນໂດລາກ່ອນຫັກພາສີ) \$ \_\_\_\_\_ ຕໍ່  ຊົ່ວໂມງ  ຕໍ່ເດືອນ  
ປະເພດລາຍຮັບ: \_\_\_\_\_ ຊື່ນາຍຈ້າງ (ຖ້າມີ): \_\_\_\_\_  
ຖ້າເຮັດວຽກ, ນີ້ແມ່ນການປ່ຽນແປງຈາກ **ບໍ່ເຕັມເວລາ** ເປັນ **ເຕັມເວລາ** ຫຼື ບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່

**ລາຍໄດ້ ຫຼື ວຽກ ຫຼຸດລົງ.** ວັນທີຫຼຸດລົງເລີ່ມຕົ້ນ: \_\_\_\_\_ ລາຍໄດ້ແມ່ນໃຜເລີ່ມຕົ້ນ: \_\_\_\_\_  
ຈຳນວນເງິນລວມ (ຈຳນວນເງິນໂດລາກ່ອນຫັກພາສີ): \$ \_\_\_\_\_ ຕໍ່  ຊົ່ວໂມງ  ຕໍ່ເດືອນ  
ປະເພດລາຍຮັບ: \_\_\_\_\_ ຊື່ນາຍຈ້າງ (ຖ້າມີ): \_\_\_\_\_

**6.  ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີການປ່ຽນແປງອື່ນໆ. ເລືອກທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ການປ່ຽນແປງການຫັກເງິນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຍິນຍັນເຊິ່ງອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງ ຜົນປະໂຫຍດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການອັບເດດຈົນກ່ວາທ່ານຈະກວດສອບຄັ້ງຕໍ່ໄປເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຍິນຍັນການປ່ຽນແປງ.**

ຄ່າລ້ຽງດູລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ການລ້ຽງລູກ) ມີການປ່ຽນແປງຈາກ: \$ \_\_\_\_\_ / ເດືອນຕໍ່ \$ \_\_\_\_\_ / ເດືອນ.

ການຖືພາເລີ່ມຕົ້ນສໍາລັບ: \_\_\_\_\_; ຄາດວ່າຈະເຖິງວັນຄົບກຳນົດ: \_\_\_\_\_.

ການຖືພາສິ້ນສຸດລົງສໍາລັບ: \_\_\_\_\_; ວັນທີການຖືພາສິ້ນສຸດລົງ: \_\_\_\_\_.

ເງິນຄ່າລ້ຽງດູລູກປ່ຽນຈາກ: \$ \_\_\_\_\_ / ເດືອນຕໍ່ \$ \_\_\_\_\_ / ເດືອນ.  
ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ: \_\_\_\_\_

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດເພີ່ມຂຶ້ນຈາກ: \$ \_\_\_\_\_ / ເດືອນຕໍ່ \$ \_\_\_\_\_ / ເດືອນ.  
ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ: \_\_\_\_\_

ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານມີການປ່ຽນແປງສໍາລັບ: \_\_\_\_\_  ແຕ່ງງານແລ້ວ  ຢ່າຮ້າງ  ແຍກກັນຢູ່  ເປັນໜ້າຍ

ການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດເອກະຊົນສິ້ນສຸດລົງສໍາລັບ: \_\_\_\_\_; ວັນທີການຄຸ້ມຄອງສິ້ນສຸດລົງ: \_\_\_\_\_

ການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດເອກະຊົນໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນສໍາລັບ: \_\_\_\_\_; ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນການຄຸ້ມຄອງ: \_\_\_\_\_  
ລະບຸຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພ ແລະ ເບີໂທລະສັບ ຖ້າການຄຸ້ມຄອງສິ້ນສຸດລົງ ຫຼື ເລີ່ມຕົ້ນ:

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ Low Income Home Energy Assistance Act (ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານໃນບ້ານທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ, LIHEAA) ໃນຮອບ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.  
ຈຳນວນ: \_\_\_\_\_

ຫວຍ ຫຼື ການພະນັນທີ່ມີມູນຄ່າ \$4,500 ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ (ຈຳນວນເງິນໂດລາກ່ອນຫັກພາສີ): \$ \_\_\_\_\_;  
ໃຜ: \_\_\_\_\_; ວັນທີໄດ້ຮັບ: \_\_\_\_\_

ການປ່ຽນແປງອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)

**ຄຳເຕືອນການລົງໂທດກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ**

ພວກເຮົາກວດສອບກັບອົງກອນອື່ນວ່າຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ. ຖ້າຂໍ້ມູນໃດບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜູ້ສະໝັກອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ. ສະມາຊິກຄົນໃດຜ່ານກົດໝາຍໂດຍເຈດຕະນາສາມາດ:

- ຂຶ້ນກັບການດຳເນີນຄະດີພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດອື່ນໆທີ່ນຳໃຊ້.
- ຖືກຕັດສິດຈາກ SNAP ເປັນເວລາໜຶ່ງປີຂຶ້ນໄປຢ່າງຖາວອນ
- ບັບໃໝສູງສຸດ \$250,000
- ຈຳຄຸກສູງສຸດ 20 ປີ; ຫຼື
- ຖືກຕັດສິດຈາກ SNAP ຕໍ່ມອກ 18 ເດືອນຖ້າສາມສັ່ງ.

ຖ້າສາມພົບວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດ:

<b>ການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນທຸລະກຳທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ:</b>	<b>ທ່ານອາດຈະ:</b>
• ການຂາຍສານຄວບຄຸມ.....	ຖືກຕັດສິດຈາກສອງປີໄປຖາວອນ.
• ການຂາຍອາວຸດປືນ, ລູກປືນ ຫຼື ລະເບີດ.....	ຖືກຕັດສິດຢ່າງຖາວອນ.
• ຜົນປະໂຫຍດຈາກການຄ້າມະນຸດລວມກັນຫຼາຍກວ່າ \$500 ລວມກັນ.....	ຖືກຕັດສິດຢ່າງຖາວອນ.
• ການສໍ້ໂກງທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ຕົວຕົນ.....	ຖືກຕັດສິດເປັນເວລາ 10 ປີ

**ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ**

Department offers voter registration services (ກົມໃຫ້ບໍລິການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ) ຕາມ National Voter Registration Act of 1993 (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງແຫ່ງຊາດ ປີ 1993). ຜູ້ສະໜັກລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດທີ່ຈະລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບໍລິການ ຫຼື ຈຳນວນຜົນປະໂຫຍດທີ່ໜ່ວຍງານອາດຈະມອບໃຫ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຊອກຫາ ຫຼື ຍອມຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນເປັນສ່ວນຕົວ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າມີຄົນແຊກແຊງສິດຂອງທ່ານໃນການລົງທະບຽນ ຫຼື ເພື່ອປະຕິເສດການລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງ, ສິດທິສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫຼື ສະໜັກລົງທະບຽນ ເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ສິດທິໃນການເລືອກພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ຄວາມມັກທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນໄດ້ທີ່: ຫ້ອງການການເລືອກຕັ້ງລັດ Washington PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ບໍ່ປຸງການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນຂອງທ່ານບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຮັດເຄື່ອງໝາຍໃນກ່ອງໃດກ່ອງໜຶ່ງ, ຈະຖືວ່າທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງໃນເວລານີ້.

**ຄໍາຖະແຫຼງ ແລະ ລາຍເຊັນ**

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການເວົ້າຕົວວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ນັ້ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ເຮັດໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກລົງໂທດຕາມກົດໝາຍ (RCW 74.08.055 ແລະ RCW 74.08.331). ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ນັ້ນຕ້ອງໄດ້ຮັບການກວດສອບ ແລະ ຕົກລົງທີ່ຈະໃຫ້ການກວດສອບ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດສະແດງຫຼັກຖານທີ່ຈຳເປັນໄດ້, ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ DSHS ຕິດຕໍ່ກັບບຸກຄົນ ຫຼື ໜ່ວຍງານອື່ນເພື່ອຮັບເອົາຫຼັກຖານໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ໝາຍຄວາມວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງລາຍງານ.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ເບີໂທລະສັບ
ເຊັນຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນໆ ຫຼື ຕົວແທນ	ວັນທີ	ເບີໂທລະສັບ