သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်

ဤဖောင်ကို ဖတ်ရှုခြင်း သို့မဟုတ် ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ခြင်းတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ ကျွန်ုပ်တို့ထံ အကူအညီတောင်းခံပေးပါ။
မှတ်တမ်းတင်ထားရန် ဤစာမျက်နှာကို သိမ်းထားပါ။

ငွေသား သို့မဟုတ် အစားအစာအကူအညီကို ဘယ်လိုလျှောက်ထားရမှာပါလဲ။

- သင်သည် ဤပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ကို အသိုက်အဝန်းဝန်ဆောင်မှုရုံးခန်းတွင် တင်ပြခြင်းဖြင့် လုပ်ငန်းစဉ်ကို ယခု**စတင်**နိုင်ပါသည်။ ၎င်းတွင် သင်၏အမည်၊ လိပ်စာ၊ နှင့် လက်မှတ် သို့မဟုတ် သင်၏ တရားဝင်ခွင့်ပြုထားသောကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်တို့ ပါရှိရပါမည်။ ၎င်းတွင် အဆိုပါအမျိုးအမည်သုံးခုသာ ပါဝင်နေလျှင်ပင် သင်၏ ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ကို ယခုတင်ပြနိုင်ပါသည်။
- သင်သည် မေးခွန်းများကိုဖြေဆိုကာ စာမျက်နှာခုနစ်ကို လက်မှတ်ထိုးပြီး သင်၏ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့တောင်းခံထားသော အခြားအချက်အလက်များကို တတ်နိုင်သမျှအမြန်ဆုံး ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးခြင်းဖြင့် ဖောင်ကို ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်လိုက်ပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပိုမိုရရှိနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို မကြာမီ ရရှိနိုင်ပါသည်။
- သင်သည် သင်၏ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ကို ဒေသတွင်းရုံးခန်းထံ ယူသွားနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် 1-888-338-7410 သို့ ဖက်စ်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ တည်နေရာများအတွက် www.dshs.wa.gov ကိုကြည့်ပါ။
- ဖော်ပြပါတစ်ခုထံ သင်၏ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ကို မေးလ်ပို့ပါ-

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

- ဤပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ကို www.washingtonconnection.org တွင် အွန်လိုင်းမှလည်း ဖြည့်စွက်နိုင်ပါသည်
- **ဤ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ပြန်လည်သုံးသပ်ချက် ဖောင်အား ဤဖောင်တွင်ဖော်ပြထားသည့် Washington Apple Health ပရိုဂရမ်များအတွက် အကျိုးဝင်မှုအသစ်ပြန်စရန်အတွက်သာ အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်မှုအတွက် သင်သည် အွန်လိုင်း www.wahealthplanfinder.org တွင်၊ 1-855-923-4633 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့်၊ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်မှု (HCA 18-001) အတွက် HCA လျှောက်လွှာကို အသုံးပြုခြင်းဖြင့် လျှောက်ထားရပါမည်။**

အစားအစာနှင့် ငွေကြေးနှင့်ပတ်သက်၍ မည်မျှမြန်မြန် ရရှိနိုင်ပါသလဲ။

- သင်သည် အစားအစာအကူအညီကို ချက်ခြင်းလိုအပ်နေပါက၊ မေးခွန်း 1 မှ 14 အထိကို ဖြည့်စွက်ကာ ဤဖောင်ကို သင်၏ ဒေသတွင်းရုံးထံ ယူသွားပါ။ သင်က သင်၏အထောက်အထား သက်သေကို ပြသကာ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု စည်းမျဉ်းများနှင့် ပြည့်မီနေလျှင် *7 ရက်အတွင်းတွင်* အစားအစာအကူအညီအတွက် *သင်က* သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ရှိ မရှိ ကျွန်ုပ်တို့က ဆုံးဖြတ်ပါသည်-
- သင်က သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့က ဆုံးဖြတ်လိုက်ပြီး နောက်နေ့တွင် ကျွန်ုပ်တို့က အကျိုးခံစားခွင့်များကို ထုတ်ပြန်ပေးပါသည်။
- များသောအားဖြင့် အစားအစာအကူအညီသည် သင့်လျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့လက်ခံရရှိသည့်နေ့တွင် စတင်ပါသည်။
- များသောအားဖြင့် ငွေကြေးအကူအညီသည် သင်က သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည်ဟု ဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့တွင် အချက်အလက်များအားလုံး ရရှိသည့်နေ့၌ စတင်ပါသည်။
- သင်က သင်၏လျှောက်လွှာကို တင်ပြသည့်နေ့မှ 30 ရက်အတွင်း သင်က အစားအစာအကူအညီအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ရှိ မရှိ ကျွန်ုပ်တို့က ဆုံးဖြတ်ရပါမည်။
- သင်က သင့်လျှောက်လွှာကို အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုထံမှနေ၍ တင်ပြထားပါက၊ စတင်ရက်သည် သင်၏ ထွက်လာသော သို့မဟုတ် ထုတ်လိုက်သောနေ့ရက် ဖြစ်ပါသည်။

သင်က အစားအစာအကူအညီနှင့် အခြားပရိုဂရမ်များကို လျှောက်ထားထားပါက-

ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏လျှောက်ထားမှုကို ဆောင်ရွက်ခြင်းအတွက် SNAP စည်းမျဉ်းများကို လိုက်နာရပါမည်။ ၎င်းတွင် အချိန်ကန့်သတ်ချက်များအတွင်း၌ လျှောက်ထားမှုကို ဆောင်ရွက်ခြင်း၊ သင့်လျော်သော အသိပေးစာများ ထုတ်ပေးခြင်း၊ နှင့် သင်၏ စီမံအုပ်ချုပ်မှုဆိုင်ရာ အခွင့်အရေးများကို အသိပေးပြောပြခြင်းတို့ ပါဝင်ပါသည်။ အခြားသော အကူအညီပရိုဂရမ်များအတွက် သင်၏လျှောက်ထားမှုကို ငြင်းဆိုခံခဲ့ရသောကြောင့် သင်၏ အစားအစာအကူအညီကို ကျွန်ုပ်တို့က ငြင်းပယ်၍မရနိုင်ပါ။

အရပ်သားအခွင့်အရေးများနှင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိရေး

ဖက်ဒရယ် အရပ်သားအခွင့်အရေးဥပဒေနှင့် U.S. Department of Agriculture (ယူအက်စ် လယ်ယာစိုက်ပျိုးရေးဌာန) အရပ်သားအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများနှင့်အညီ၊ ဤအဖွဲ့အစည်းအား လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံသား၊ လိင် (ကျား၊ မ အထောက်အထားနှင့် လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှုတို့ ပါဝင်သည်)၊ ဘာသာရေး ကိုးကွယ်ယုံကြည်မှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက်များပေါ်တွင် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း၊ သို့မဟုတ် ယခင် အရပ်သားအခွင့်အရေး လုပ်ဆောင်ချက်အတွက် ရန်တုံ့နှင်းခြင်း သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်ခြင်းတို့မှ တားမြစ်ထားပါသည်။

ပရိုဂရမ်အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာမဟုတ်သော ဘာသာစကားများဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ ပရိုဂရမ်အချက်အလက်များ ရရှိရန် အခြားသောဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်းများ (ဥပမာ၊ မျက်မမြင်စာ၊ စာလုံးကြီးပုံနှိပ်စာ၊ အော်ဒီယိုတိပ်ခွေ၊ အမေရိကန်ခြေဟန်လက်ဟန်ဘာသာစကား) ကို လိုအပ်သော မသန်စွမ်းမှုရှိနေသူများသည် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်ထားသည့် အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသတွင်း) ထံ ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။ နားလေးသော၊ ကြားနိုင်ရန်ခက်ခဲသော သို့မဟုတ် စကားပြောဆိုမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုရှိနေသောလူများသည် Federal Relay Service ထံ (800) 877-8339 သို့မှတစ်ဆင့် USDA ထံ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

ပရိုဂရမ် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်ကို တင်ပြရန်၊ တိုင်ကြားသူသည် အွန်လိုင်းတွင် https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf မှ၊ USDA ရုံးထံမှ၊ (833) 620-1071 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့်၊ သို့မဟုတ် USDA ထံ လိပ်မူထားသော စာလွှာရေးပို့ခြင်းဖြင့်၊ ရရှိနိုင်သော ဖောင် AD-3027၊ USDA ပရိုဂရမ် ခွဲခြားဆက်ဆံမှု တိုင်ကြားချက်ဖောင်ကို ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်သင့်ပါသည်။ စွပ်စွဲထားသော အရပ်သားအခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှု၏ သဘောသဘာဝနှင့် ရက်စွဲနှင့်ပတ်သက်၍ Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR၊ အရပ်သားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ လက်ထောက်အတွင်းရေးမှူး) ထံ အသိပေးအကြောင်းကြားရန် စာတွင် တိုင်ကြားသူ၏ အမည်၊ လိပ်စာ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်၊ နှင့် လုံလောက်သောအသေးစိတ်အချက်များဖြင့် စွပ်စွဲထားသော ခွဲခြားဆက်ဆံမှုလုပ်ရပ်ကို ရေးသားဖော်ပြချက်တို့ ပါဝင်ရပါမည်။ ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ထားသော AD-3027 ဖောင် သို့မဟုတ် စာကို ဖော်ပြပါထံ တင်ပြရပါမည်-

1. **မေးလ်-** Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314၊ သို့မဟုတ်
2. **ဖက်စ်-** (833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442၊ သို့မဟုတ်
3. **အီးမေးလ်-** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် တန်းတူအခွင့်အရေးပေးသော အဖွဲ့အစည်းတစ်ရပ်ဖြစ်ပါသည်။

ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု ဖော်ပြချက်နှင့် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ

ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု ဖော်ပြချက်ကြောင့် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် အခြားသူများက မရနိုင်လျှင်ပင် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သည့် လူအချို့အတွက် အကူအညီကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင်သည် လျှောက်ထားသော မည်သူမဆို၏ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှုဖော်ပြချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပြောပြရပါမည်။ အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု ဖော်ပြချက်ကို USCIS က စိစစ်အတည်ပြုနိုင်ပါသည် (ယခင်က INS ဟု သိကြသည်)။ USCIS ထံမှ လက်ခံရရှိသော အချက်အလက်များသည် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏများကို သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် နိုင်ငံခြားသားအချို့အတွက် အကျုံးဝင်နိုင်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်မှု ရှိပါသည်။

ဖက်ဒရယ်ဥပဒေ (42 CFR § 435.910၊ 45 Social Security Number (SSN၊ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်)) အောက်တွင်၊ သင်သည် Washington Apple Health၊ TANF၊ သို့မဟုတ် အစားအစာအကူအညီအတွက် လျှောက်ထားထားသည့် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော မည်သူမဆိုအတွက် လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (SSN) ကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်နှင့်အတူနေထိုင်သော်လည်း လျှောက်ထားထားခြင်းမရှိသော မိဘများနှင့် အိမ်ထောင်ဖက်များ၏ SSN များကိုလည်း လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် SSN မရှိသောလူအချို့အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်မှု ရှိပါသည်။

Washington Apple Health အတွက် နိုင်ငံသားဖြစ်မှုနှင့် အထောက်အထား

ယူအက်စ်နိုင်ငံသားများသည် Washington Apple Health ကိုရရှိရန် နိုင်ငံသားဖြစ်မှုနှင့် အထောက်အထားကို သက်သေပြရပါမည်။ အထောက်အထားရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ ငွေကြေးကျသင့်မည့် စာရွက်စာတမ်းမျိုးကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်ပါက၊ ကျွန်ုပ်တို့က ၎င်းအတွက် ပေးပို့ကာ ကုန်ကျစရိတ်ကို ပေးချေပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် Medicare၊ ၎င်းတို့၏ ကိုယ်တိုင်မသန်စွမ်းမှုပေါ်တွင် အခြေခံသည့် Social Security Disability Insurance (SSDI၊ လူမှုဖူလုံရေး မသန်စွမ်းမှု အာမခံ) သို့မဟုတ် Supplemental Security Income (SSI၊ ဖြည့်စွက် လူမှုဖူလုံရေးဝင်ငွေ) ရရှိနေသည့် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ မည်သူမဆိုအတွက် အထောက်အထား မလိုအပ်ပါ။

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ကာလရှည် စောင့်ရှောက်ကုသမှုအတွက် ပြည်နယ်ကို ပြန်လည်ပေးချေခြင်း

ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းဆိုင်ရာ ပြန်လည်ရယူရေး ဥပဒေ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) အောက်တွင်၊ သင်၏ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းဖြင့် သင် အသက် 55 နှစ်ပြည့်ပြီးနောက် လက်ခံရယူခဲ့သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့် ကာလရှည် ဝန်ဆောင်မှု အမျိုးအစားအချို့အတွက် ပြည်နယ်ကပေးချေခဲ့သည့် ကုန်ကျစရိတ်များကို ပြန်လည်ပေးချေရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင်သည် ပြည်နယ်ကသာ ငွေကြေးထောက်ပံ့ထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူခဲ့ပါက အသက်ကန့်သတ်ချက် မရှိပါ။ ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းဆိုင်ရာ ပြန်လည်ရယူရေး ဥပဒေသည် သင်သေဆုံးပြီးနောက် စတင်ပါသည်၊ သင်၏ အသက်ရှင်ကျန်နေသည့် အိမ်ထောင်ဖက် သေဆုံးပြီးနောက်၊ သို့မဟုတ် ကလေးသည် သင်သေဆုံးချိန်တွင် မျက်စိမမြင်ခြင်း/မသန်စွမ်းခြင်းမျိုး ဖြစ်နေခြင်းမရှိလျှင် သင့်ကလေး(များ) အသက် 21 နှစ်ပြည့်သည့်အခါ ငွေပေးချေမှုက အချိန်စေ့ပါသည်။ သင်က ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာတွင် နေထိုင်နေပြီး အိမ်ပြန်ရန် မဖြစ်နိုင်ပါက၊ ပြည်နယ်သည် မည်သည့်အသက်အရွယ်တွင်မဆို သင်၏ တကယ့်ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းနှင့်ပတ်သက်၍ မသေဆုံးမီ ၎င်းကို အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ထားပိုင်ခွင့်အားတင်ပြနိုင်ပါသည်။ သင်က ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းကို ရောင်းချ သို့မဟုတ် လွှဲပြောင်းလိုက်ပါက၊ သို့မဟုတ် သင်သေဆုံးပြီးနောက် ပြည်နယ်သည် ဤ အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ထားပိုင်ခွင့်အရ ရယူနိုင်ပါသည်။ သင်က အိမ်သို့ပြန်လာပါက ပြည်နယ်သည် အာမခံအဖြစ် လက်ဝယ်ထားပိုင်ခွင့်ကို ဖယ်ရှားလိုက်ပါသည်။ ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်းဆိုင်ရာ ပြန်လည်ရယူရေး ဥပဒေနှင့်ပတ်သက်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများစာရင်း အပါအဝင် အချက်အလက်များ ပိုမိုသိရှိရန်၊ အခန်း 182-527 WAC ကို ကြည့်ပါ။

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုနှင့် သင်၏ ငွေကြေးနှင့် အစားအစာအကူအညီ

Food and Nutrition Act (အစားအစာနှင့် အာဟာရဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ) 2008 အရ ကျွန်ုပ်တို့ကို လျှောက်လွှာပေါ်တွင် တောင်းခံထားသော အချက်အလက်များအား ရယူခွင့်ပေးထားပါသည်။ တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များကို ဖော်ပြပေးခြင်းက ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်သော်လည်း၊ အကြောင်းပြချက်ကောင်းမရှိဘဲ အချက်အလက်များကို ဖော်ပြရန် ပျက်ကွက်ခြင်းသည် အခြေခံအစားအစာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ငြင်းပယ်ခြင်းအား ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် Income and Eligibility Verification System (IEVS၊ ဝင်ငွေနှင့် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု စိစစ်အတည်ပြုချက်) အပါအဝင် ကွန်ပျူတာကိုက်ညှိပရိုဂရမ်များဖြင့် အချို့သောအချက်အလက်များကို စိစစ်အတည်ပြုပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် ဖော်ပြပါအတွက် ဤအချက်အလက်ကို အသုံးပြုပါသည်-	**ကျွန်ုပ်တို့သည် ဖော်ပြပါထံ ဤအချက်အလက်ကို ပေးလိုက်နိုင်ပါသည်-**
• ကျွန်ုပ်တို့၏ပရိုဂရမ်များအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသူကို ဆုံးဖြတ်ရန်။ • အစားအစာအကူအညီအတွက် ပိုလွန်ပေးချေမှုများ ရယူရန်။ • ကျွန်ုပ်တို့၏ပရိုဂရမ်များကို စီမံရန်။ • ကျွန်ုပ်တို့က ဥပဒေကိုလိုက်နာကြောင်း သေချာအောင်လုပ်ရန်။	• တရားဝင်အသုံးပြုမှုအတွက် ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ် အေဂျင်စီများ။ • ဥပဒေကိုရှောင်ပုန်းရန် တိမ်းရှောင်ထွက်ပြေးလာသူများကို လိုက်လံရှာဖွေသည့် တရားဥပဒေစိုးမိုးရေးအေဂျင်စီများ။ • အစားအစာအကူအညီ ပိုပေးရသည်များကို စုစည်းရယူရန် ပုဂ္ဂလိက စုစည်းရယူရေး အေဂျင်စီများ။

Department of Social and Health Services (လူမှုရေးနှင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန) ထံ သတင်းပေးပို့ထားသော အချက်အလက်များသည် Health Care Authority (ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာဏာပိုင်) နှင့် ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဖလှယ်ရေးဌာနတို့က စီမံခန့်ခွဲသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်မှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ပါသည်။

အစားအစာအကူအညီ ပြစ်ဒဏ် သတိပေးချက်

ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်အချက်အလက်များက မှန်ကန်ကြောင်းကို အခြားအေဂျင်စီများနှင့်အတူ စစ်ဆေးပါသည်။ အချက်အလက်တစ်ခုခုက မှားနေပါက၊ လျှောက်ထားသူသည် အစားအစာအကူအညီကို ရရှိနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။

စည်းမျဉ်းတစ်ခုခုကို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိချိုးဖောက်သော အဖွဲ့ဝင်များသည်-

- အခြားသော သက်ဆိုင်သည့် ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ် ဥပဒေများအောက်တွင် တရားစွဲဆိုခြင်းကို ခံရနိုင်ပါသည်။
- SNAP ထံမှ တစ်နှစ်ကြာအောင် အပြီးတိုင် ပိတ်ပင်ခံရနိုင်ပါသည်။
- $250,000 အထိ ဒဏ်ငွေရိုက်ခံရနိုင်ပါသည်။
- အနှစ် 20 အထိ ထောင်ဒဏ်ကျခံရနိုင်ပါသည်။
- တရားရုံးကအမိန့်ချလိုက်ပါက နောက်ထပ် 18 လကြာအောင် SNAP ထံမှ ပိတ်ပင်ခံရနိုင်ပါသည်။

သင်က ဖော်ပြပါအတွက် အပြစ်ရှိသည်ဟု တရားရုံးကတွေ့ရှိပါက-

ဖော်ပြပါတို့ပါဝင်သော လွှဲပြောင်းမှုတွင် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိနေခြင်း- **သင် ဖြစ်နိုင်သည်မှာ-**

- ထိန်းချုပ်ဟန့်တားထားသောအရာကို ရောင်းချမှု.. နှစ်နှစ်ကြာအောင် အပြီးတိုင် ပယ်လိုက်ခြင်း။
- လက်နက်၊ ခဲယမ်း၊ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများ ရောင်းချမှု .... အပြီးတိုင် ပယ်လိုက်ခြင်း။
- စုစုပေါင်း $500 ထက်ပိုကာ အကျိုးကျေးဇူးရရှိသော ကူးသန်းခြင်း .... အပြီးတိုင် ပယ်လိုက်ခြင်း။
- နေထိုင်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အထား လိမ်လည်မှု .... 10 နှစ်ကြာအောင် ပယ်လိုက်ခြင်း။

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်

ဤဖောင်ကိုဖြည့်စွက်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပါ။

အစားအစာအကျိုးခံစားခွင့်များအတွက်သာ၊ သင်သည် ဤဖောင်ကို ယနေ့ ပြီးအောင်မဖြည့်နိုင်ပါက၊ သင်၏ **အမည်၊ လိပ်စာ၊** နှင့် **လက်မှတ်**တို့ကို တင်ပြခြင်းဖြင့် လုပ်ငန်းစဉ်ကို စတင်ပါ။ သင်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု **ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ဖောင်ကို ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ရန် စာမျက်နှာ 7 တွင် လက်မှတ်ကို လိုအပ်ပါသည်။** ကျွန်ုပ်တို့သည် ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များ၊ နှင့် သင်၏ ကိစ္စရပ် ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ကို အပြီးသတ်ရန်အတွက် အင်တာဗျူးကို ပြီးစီးအောင်လုပ်ရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

1. အမည်အစစာလုံး အလယ်စာလုံး နောက်ဆုံးစာလုံး

လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် တရားဝင်ကိုယ်စားပြုသူ၏ လက်မှတ်

2. ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အထောက်အထား နံပါတ် (သိထားပါက)

3. သင့်နေရပ်လိပ်စာ မြို့ ပြည်နယ် စာပို့သင်္ကေတ

4. အဓိကဖုန်းနံပါတ်
☐ ဆဲလ်ဖုန်း ☐ အိမ် ☐ မက်ဆေ့ချ်

5. စာပေးပို့ရမည့်လိပ်စာ (မတူညီပါက) မြို့ ပြည်နယ် စာပို့သင်္ကေတ

6. အရန်ဖုန်းနံပါတ်(များ)
☐ ဆဲလ်ဖုန်း ☐ အိမ် ☐ မက်ဆေ့ချ်

7. အီးမေးလ် လိပ်စာ

8. ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားလိုသည်မှာ (သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ခြစ်ပါ)-
- ☐ ငွေကြေး
- ☐ အကူအညီပေးထားသော နေထိုင်ခြင်း / အရွယ်ရောက်သူ မိသားစုအိမ်
- ☐ အစားအစာ
- ☐ အိမ်အရောက် ကာလရှည်စောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ
- ☐ Medicare Savings Program (Medicare စုငွေပရိုဂရမ်) ဘိုးဘွားရိပ်သာ
- ☐ ဘိုးဘွားရိပ်သာ
- ☐ နာတာရှည်ဆေးရုံ
- ☐ နာတာရှည်ဆေးရုံ Healthcare / Workers with Disabilities (HWD၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု / မသန်စွမ်းမှုများရှိနေသည့် အလုပ်သမားများ)
- ☐ aged, blind, or disabled (အသက်ကြီးသူ၊ မျက်စိမမြင်သူ၊ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူ) အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်မှု
- ☐ အသက်ကြီးရင့်သော အရွယ်ရောက်သူများဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကိုက်ညီအောင်လုပ်ထားသည့် ပံ့ပိုးမှုများ

9. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦး (သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ခြစ်ပါ)- ☐ အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှု အခြေအနေတွင် ရှိနေသည်
☐ မသန်စွမ်းမှုရှိနေသည် ☐ ကျန်းမာရေးပြဿနာများကြောင့် အလုပ်မလုပ်နိုင်ပါ
☐ ကိုယ်ဝန်ရှိနေသည်၊ အမည်- ______________________ မွေးရက်- _______

10. ယခုလတွင် သင့်အိမ်ထောင်စုက ပိုက်ဆံမည်မျှရရှိမည်ဟု မျှော်လင့်ထားပါသလဲ။ $__________

11. သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ငွေသားနှင့် ဘဏ်အကောင့်များတွင် ပိုက်ဆံမည်မျှရှိပါသလဲ။ $__________

12. အိမ်ငှားခ သို့မဟုတ် ချေးငွေအတွက် သင့်အိမ်ထောင်စုက မည်မျှ ပေးချေရပါသလဲ။ $__________

13. သင့်အိမ်ထောင်စုသည် မည်သည့် အသုံးဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေရပါသလဲ။ ☐ အပူပေးခြင်း/အအေးပေးခြင်း ☐ တယ်လီဖုန်း ☐ အခြား- __________

14. သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ လူတစ်ဦးဦးသည် ရာသီအလိုက် သို့မဟုတ် ရွှေ့ပြောင်း လယ်ယာလုပ်သား ဖြစ်ပါသလား။ ☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။

15. အစားအစာအကူအညီ လျှောက်ထားထားပါက၊ သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ လူမည်မျှအတွက် သင်က အစားအစာများကို ဝယ်ယူကာ ပြင်ဆင်ချက်ပြုတ်ပေးရပါသနည်း။__________

ရုံးတွင်းအသုံးပြုရန်သာ - အမြန်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သတ်မှတ်ချက်မီသော အိမ်ထောင်စု- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် စစ်ဆေးသူ၏လက်မှတ်တို- __________ ရက်စွဲ- __________

16. ☐ ကျွန်ုပ်သည် စကားပြန်တစ်ဦး လိုအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်ပြောဆိုသော ဘာသာစကား- __________ သို့မဟုတ် ☐ လက်မှတ်၊ ဖော်ပြပါသို့ ကျွန်ုပ်၏စာများကို ဘာသာပြန်ဆိုပေးပါ- __________

17. သင်က ၎င်းတို့အတွက် လျှောက်ထားထားခြင်းမရှိလျှင်ပင် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိလူတိုင်းကို ဖော်ပြပါ (လိုအပ်ပါက၊ ထပ်ဆောင်းစာရွက် ပူးတွဲပေးပါ)။

အမည် (အစ၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)	**ကျား၊ မ**	**ဤလူက သင်နှင့် ဘယ်လိုတော်စပ်တာပါလဲ။**	**မွေးသက္ကရာဇ်**	**သင်က ဤလူအတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိလိုပါက အမှန်ခြစ်ပါ**	**မလျှောက်ထားသူများအတွက် ချန်လုပ်ထားနိုင်သည်**			
					လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	**ယူအက်စ်နိုင်ငံသားဖြစ်ပါက အမှန်ခြစ်ပါ**	**လူမျိုး (အောက်တွင် နမူနာများကို ကြည့်ပါ)**	**မျိုးနွယ်စုအမည် (အမေရိကန်အင်ဒီးယန်း၊ အလာစကာဒေသခံများအတွက်)**
		ကိုယ်တိုင်		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

လျှောက်ထားသူ၏ အမည်	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အထောက်အထား နံပါတ်

18. ကျွန်ုပ်၏ မျိုးနွယ်စုနောက်ခံမှာ စပိန်စကားပြောသူ သို့မဟုတ် လက်တင်စကားပြောသူ ဖြစ်ပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

လူမျိုးနှင့် မျိုးနွယ်စုနောက်ခံ အချက်အလက်များက ဆန္ဒအလျောက်ဖြည့်စွက်ရန်ဖြစ်ပြီး သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏကို သက်ရောက်မှုရှိလိမ့်မည်မဟုတ်ပါ။ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ သို့မဟုတ် မူလနိုင်ငံသားတို့ကို ထည့်မတွက်ဘဲ ပရိုဂရမ်အကျိုးခံစားခွင့်များကို မျှဝေပေးကြောင်း သေချာစေရန် ဤအချက်အလက်များကို အသုံးပြုပါသည်။ အစားအစာအကူအညီအတွက် USDA သည် အချက်အလက်များကို မဖော်ပြထားပါက ကျွန်ုပ်တို့က သင့်အတွက် ဖြေကြားပေးရန် သတ်မှတ်ထားပါသည်။ သင်က အဖြေကိုမဖော်ပြထားပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် "သတင်းမပို့ထားပါ" ကို ရွေးချယ်ပါမည်။ **လူမျိုးဥပမာများ-** လူဖြူ၊ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်အမေရိကန်၊ အာရှသား၊ ဟာဝိုင်အီဒေသခံ၊ ပစိဖိတ်ကျွန်းသား၊ အမေရိကန်အင်ဒီးယန်း၊ အလာစကာဒေသခံ၊ သို့မဟုတ် လူမျိုးပေါင်းစပ်မှုတစ်ခုခု။

I. အထွေထွေအချက်အလက်များ

1. ပြီးခဲ့သော ရက်ပေါင်း 30 တွင်၊ ကျွန်ုပ်သည် အခြား ပြည်နယ်၊ မျိုးနွယ်စု၊ သို့မဟုတ် အခြားရင်းမြစ်ထံမှ ငွေကြေး သို့မဟုတ် အစားအစာကို ရရှိခဲ့ပါသည်။ ☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။
2. ကျွန်ုပ်လျှောက်ထားပေးနေသူသည် Washington ပြည်နယ် နေထိုင်ပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် မည်သူဖြစ်ပါသလဲ- ______
3. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် စပွန်ဆာရထားသော နိုင်ငံခြားသားဖြစ်ပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် မည်သူဖြစ်ပါသလဲ- ______
4. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် အသက် 16 နှစ်အထက်ရှိ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ဖော်ပြပါတွင် ဖြစ်ပါသည် (သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ခြစ်ပါ)- ☐ အထက်တန်းကျောင်း ☐ အထက်တန်းကျောင်းနှင့်ညီမျှသည့် ပရိုဂရမ် ☐ ကောလိပ် ☐ ကုန်သွယ်ရေးကျောင်း မည်သူဖြစ်ပါသလဲ- ______
5. တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကျွန်ုပ်၏အိမ်တွင် ယာယီရှိမနေပါ- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် မည်သူဖြစ်ပါသလဲ- ______
6. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ယူအက်စ် လက်နက်ကိုင်တပ်ဖွဲ့များ၊ အမျိုးသားကာကွယ်ရေးတပ်ဖွဲ့၊ သို့မဟုတ် အရန်တပ်ဖွဲ့များတွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ထားပါသည် သို့မဟုတ် တာဝန်ထမ်းဆောင်နေသူ၏ မှီခိုသူ သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက် ဖြစ်ပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် ဟုတ်ပါက၊ မည်သူဖြစ်ပါသလဲ- ______
7. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလျှောက်ထားပေးနေသော တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကြီးလေးသောပြစ်မှုအတွက် တရားရုံး သို့မဟုတ် ထောင်ကို ရှောင်ထွက်ရန် တရားဥပဒေလက်အောက်မှ ထွက်ပြေးနေပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
8. ကျွန်ုပ် နေထိုင်နေသည့်မှာ- ☐ ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ပိုင် အိမ် သို့မဟုတ် တိုက်ခန်း ☐ အဖွဲ့လိုက်နေအိမ် ☐ အခြား- ______ ☐ အဆောက်အဦ (အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ) ______ဝင်ရောက်ခဲ့သည့်ရက်စွဲ- ______
9. ကျွန်ုပ်သည်- ☐ လူပျိုလူလွတ် ☐ အိမ်ထောင်သည် ☐ ကွာရှင်းထားသူ ☐ ခွဲနေသူ ☐ မုဆိုးဖို၊ မုဆိုးမ ☐ စာရင်းသွင်းထားသော အိမ်တွင်းပေါင်းဖက်မှုတွင်
10. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် 1996 ခုနှစ်၊ စက်တင်ဘာလ 22 ရက်နေ့နောက်ပိုင်းတွင် မူးယစ်ဆေးအတွက် အစားအစာအကူအညီကို ကုန်သွယ်လဲလှယ်ခြင်းကို ကျူးလွန်ခဲ့ပါသည်- ☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။
11. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် 1996 ခုနှစ်၊ စက်တင်ဘာလ 22 ရက်နေ့နောက်ပိုင်းတွင် $500 ကျော်သော အစားအစာအကူအညီ ဝယ်ယူခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်းကို ကျူးလွန်ခဲ့ပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
12. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် 1996 ခုနှစ်၊ စက်တင်ဘာလ 22 ရက်နေ့နောက်ပိုင်းတွင် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းများ၊ သို့မဟုတ် ဖောက်ခွဲရေးပစ္စည်းများအတွက် အစားအစာအကူအညီကို ကုန်သွယ်လဲလှယ်ခြင်းကို ကျူးလွန်ခဲ့ပါသည်-☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
13. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် 1996 ခုနှစ်၊ စက်တင်ဘာလ 22 ရက်နေ့နောက်ပိုင်းတွင် တစ်ခုထက်ပိုသောပြည်နယ်များတွင် အစားအစာကူညီရယူခြင်းကို ကျူးလွန်ခဲ့ပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
14. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည်- က။ သပိတ်မှောက်ခြင်းတွင် ပါဝင်သည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် ခ။ ဘောဒါဆောင်တွင်နေသူ- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
15. ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦးသည် ထီ သို့မဟုတ် အလောင်းအစားမှ $4,500 သို့မဟုတ် ၎င်းထက်ပို၍ အနိုင်ရထားသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
   ဟုတ်ပါက၊ ဘယ်သူပါလဲ- ______ ရရှိသည့်ရက်စွဲ- ______
   ပမာဏ (အခွန်မဆောင်မီ ဒေါ်လာပမာဏ)- ______

II. ကျန်းမာရေးအာမခံအချက်အလက်များ (အခြေခံအစားအစာအတွက် မလိုအပ်ပါ)

ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်ဖက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ဦး-

1. (နာတာရှည်ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာကဲ့သို့သော) ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဆောက်အဦထံ ဝင်ရောက်ရန်စီစဉ်ထားသည်၊ ထိုနေရာတွင် ရှိနေသည်၊ သို့မဟုတ် လတ်တလောမှ ထွက်သွားသည် .... ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
2. ပြီးခဲ့သောသုံးလကာလတစ်ခုခုအတွက် မပေးချေရသေးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံမှုများနှင့်ပတ်သက်၍ အကူအညီလိုအပ်သည် .... ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
3. ကျန်းမာရေးအာမခံရှိသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် (သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ခြစ်ပါ)- ☐ Medicare (Washington Apple Health မဟုတ်)
   ☐ Tricare ☐ ကာလရှည် စောင့်ရှောက်မှု အာမခံ ☐ Indian Health Services (Indian ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ)
   ☐ အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံ-

III. ရင်းမြစ်များ (အထောက်အထားကို ပူးတွဲပေးပါ၊ HWD၊ သို့မဟုတ် အခြေခံအစားအစာအတွက် မလိုအပ်ပါ)

ရင်းမြစ်သည် အခြားသူများထံတွင်ရှိသော ငွေကြေး သို့မဟုတ် ပိုက်ဆံအဖြစ်သို့ ရောင်းချ၊ ကုန်သွယ်၊ သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲနိုင်သည့် သင်ပိုင်ဆိုင်သော သို့မဟုတ် ဝယ်ယူထားသောအရာ တစ်ခုခု ဖြစ်ပါသည်။ ရင်းမြစ်တွင် ပရိဘောဂ၊ သို့မဟုတ် အဝတ်အစားကဲ့သို့သော တစ်ကိုယ်ရေပိုင်ဆိုင်မှုပစ္စည်းများ မပါဝင်ပါ။ ရင်းမြစ်ဥပမာများမှာ-

- ငွေကြေး
- ချက်လက်မှတ်အကောင့်များ
- စုငွေအကောင့်များ
- ကောလိပ်ရန်ပုံငွေများ
- ယုံကြည်အပ်နှံမှုများ
- IRA / 401k
- အိမ်များ၊ မြေများ သို့မဟုတ် အဆောက်အဦများ
- CDs
- ငွေကြေးဈေးကွက်အကောင့်
- ငွေချေးစာချုပ်များ
- အငြိမ်းစားရန်ပုံငွေ
- မြေမြှုပ်သင်္ဂြိုဟ်ခြင်းရန်ပုံငွေများ၊ ကြိုတင်ငွေပေးအစီအစဉ်များ
- လုပ်ငန်းသုံးပစ္စည်းကိရိယာ
- ခြံမွေးတိရစ္ဆာန်
- အသက်အာမခံ

လျှောက်ထားသူ၏ အမည်	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အထောက်အထား နံပါတ်

III. ရင်းမြစ်များ (အထောက်အထားကို ပူးတွဲပေးပါ၊ HWD၊ သို့မဟုတ် အခြေခံအစားအစာအတွက် မလိုအပ်ပါ) (အဆက်)

1. သင်၊ သင့်အိမ်ထောင်ဖက်၊ သို့မဟုတ် သင်က လျှောက်ထားပေးနေသူများက ပိုင်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် ဝယ်ယူနေသည့်အရာများကို ဖော်ပြပါ-

ရင်းမြစ်	ပိုင်ဆိုင်သူ	တည်နေရာ	တန်ဖိုး
			$
			$
			$
			$
			$

2. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်ဖက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလျှောက်ထားပေးနေသူတွင် ကားများ၊ ထရပ်ကားများ၊ ဗန်ကားများ၊ လှေများ၊ RV များ၊ နောက်တွဲယာဉ်များ၊ သို့မဟုတ် အခြားမော်တော်ယာဉ်များ ရှိပါသည်-

ခုနှစ် (ဥပမာ၊ 1980)	ပြုလုပ်သူ (ဥပမာ၊ FORD)	မော်ဒယ် (ဥပမာ၊ ESCORT)	ငှားထားခြင်းဖြစ်ပါက အမှန်ခြစ်ပါ	ယာဉ်ကို ဆေးဘက်ဆိုင်ရာရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ အသုံးပြုပါက အမှန်ခြစ်ပါ	အကြွေးတင်နေသည့်ပမာဏ
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်ဖက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလျှောက်ထားပေးနေသူသည် ပြီးခဲ့သောငါးနှစ်တွင်ရင်းမြစ်တစ်ခုကို ရောင်းချ၊ ကုန်သွယ်၊ ပေးကမ်း၊ သို့မဟုတ် လွှဲပြောင်းထားပါသည် (ယုံကြည်အပ်နှံမှုများ၊ ယာဉ်များ သို့မဟုတ် တစ်သက်တာ အိမ်ခြံမြေပိုင်ဆိုင်မှုများ ပါဝင်သည်)- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

ဟုတ်ပါက၊ ဘာပါလဲ-____________________ ဘယ်အချိန်ပါလဲ- ____________________

IV. နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးသည့်ရန်ပုံငွေစနစ်များ (ယခု သို့မဟုတ် နောင်တွင် ပုံမှန်ငွေပေးချေမှုကို ရရှိရန် အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးက ပြုလုပ်သော ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများ။)

နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးသည့်ရန်ပုံငွေကို ဘယ်သူက ပိုင်ဆိုင်တာပါလဲ။	ကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်း ဖြစ်ပါသလား။	ပမာဏ သို့မဟုတ် တန်ဖိုး	လစဉ်ဝင်ငွေ	ဝယ်ယူခဲ့သောရက်စွဲ
		$	$	
		$	$	
		$	$	

သင်၊ သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်ဖက်သည် နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးသည့်ရန်ပုံငွေတွင် အကျိုးအမြတ်ရှိထားပြီး သင်က Washington Apple Health ကာလရှည် စောင့်ရှောက်ကုသမှု၊ SSI ဆက်စပ် သို့မဟုတ် CN အကျိုးဝင်မှုကို လက်ခံရရှိပါက၊ သင်သည် နှစ်စဉ်ထုတ်ပေးသည့်ရန်ပုံငွေ၏ ကျန်ရှိသောအကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူအဖြစ် Washington ပြည်နယ်ကို ဖော်ပြပေးရပါမည်။

V. ရရှိသောဝင်ငွေ (အထောက်အထားကို ပူးတွဲပေးပါ)

1. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်ဖက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က လျှောက်ထားပေးနေသူသည် ပြီးခဲ့သော ရက်ပေါင်း 30 တွင် ပြီးဆုံးသွားခဲ့သည့် အလုပ်တစ်ခု ရှိခဲ့ပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
2. ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်ဖက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က လျှောက်ထားပေးနေသူတွင် အလုပ်မှ ဝင်ငွေရှိပါသည်- ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

   ဟုတ်ပါက၊ ဤအပိုင်းကို ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ပေးပါ-

ဤဝင်ငွေကို မည်သူက ရရှိတာပါလဲ _____ အလုပ်ရှင်၏ အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ် _____ စတင်သည့်ရက်စွဲ _____ ဤအလုပ်သည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဖြစ်ပါသလား။ ☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။ လစဉ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် အသုံးစရိတ်ပမာဏ- $__________	ရရှိသည့် စုစုပေါင်းပမာဏ (နုတ်ယူခြင်းမပြုမီ ဒေါ်လာပမာဏ) $__________ဖော်ပြပါလျှင်တစ်ကြိမ်- ☐ နာရီ ☐ ရက်သတ္တပတ် ☐ နှစ်ပတ် ☐ တစ်လနှစ်ကြိမ် ☐ လ တစ်ပတ်လျှင် နာရီအရေအတွက်- ________ လစာပေးသည့်ရက်စွဲများ (ဥပမာ၊ 1 ရက်နေ့နှင့် 15 ရက်နေ့ သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)-
ဤဝင်ငွေကို မည်သူက ရရှိတာပါလဲ _____ အလုပ်ရှင်၏ အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ် _____ စတင်သည့်ရက်စွဲ _____ ဤအလုပ်သည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် ဖြစ်ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် လစဉ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ် အသုံးစရိတ်ပမာဏ- $__________	ရရှိသည့် စုစုပေါင်းပမာဏ (နုတ်ယူခြင်းမပြုမီ ဒေါ်လာပမာဏ) $__________ဖော်ပြပါလျှင်တစ်ကြိမ်- ☐ နာရီ ☐ ရက်သတ္တပတ် ☐ နှစ်ပတ် ☐ တစ်လနှစ်ကြိမ် ☐ လ တစ်ပတ်လျှင် နာရီအရေအတွက်- ________ လစာပေးသည့်ရက်စွဲများ (ဥပမာ၊ 1 ရက်နေ့နှင့် 15 ရက်နေ့ သို့မဟုတ် သောကြာနေ့တိုင်း)-

လျှောက်ထားသူ၏ အမည်	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အထောက်အထား နံပါတ်

VI. အခြားဝင်ငွေ (အထောက်အထားကို ပူးတွဲပေးပါ၊ အိမ်ထောင်စုဝင်များအားလုံးထံမှ အစီရင်ခံစာ)

- အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ
- လူမှုဖူလုံရေးဝင်ငွေ
- မျိုးနွယ်ဝင်ငွေ
- ဂိမ်းကစားခြင်းဝင်ငွေ
- ပညာရေးအကျိုးခံစားခွင့်များ (ကျောင်းသားချေးငွေများ၊ ပေးအပ်မှုများ၊ အလုပ် - စာလေ့လာမှု)
- Supplemental Security income (SSI၊ ဖြည့်စွက်လူမှုဖူလုံရေးဝင်ငွေ)
- ကလေး ထောက်ပံ့မှု သို့မဟုတ် အိမ်ထောင်ဖက်ထောက်ပံ့စရိတ်
- မီးရထားလမ်း အကျိုးခံစားခွင့်များ
- ငှားရမ်းမှုဝင်ငွေ
- အငြိမ်းစားယူမှု သို့မဟုတ် ပင်စင်
- Veteran Administration (VA၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း စီမံခန့်ခွဲရေး) သို့မဟုတ် စစ်ဘက် အကျိုးခံစားခွင့်များ
- Labor and Industries (L&I၊ အလုပ်သမားနှင့် စက်မှုလုပ်ငန်းများ)
- ယုံကြည်အပ်နှံမှုများ
- အတိုးများ / အစုပေါ်အမြတ်များ

မရရှိသော ဝင်ငွေအမျိုးအစား	ဝင်ငွေကို ဘယ်သူက ရရှိတာပါလဲ။	လစဉ်ပမာဏစုစုပေါင်း
		$
		$
		$
		$

VII. လစဉ်အသုံးစရိတ်များ

ငှားရမ်းခ	အပေါင်စာချုပ်	နေရာ ငှားရမ်းခ	အိမ်ပိုင်ရှင်၏ အာမခံ	ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်း အခွန်အခများ	အခြားစရိတ်များ
$	$	$	$	$	$

အိမ်ငှားခ သို့မဟုတ် အပေါင်စာချုပ်မှ သီးခြားအနေဖြင့် သင့်အိမ်ထောင်စုသည် မည်သည့် အသုံးဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးချေရပါသနည်း။

☐ အပူ (လျှပ်စစ်/ဂတ်စ်) ☐ လျှပ်စစ် (အပူမဟုတ်ပါ) ☐ ရေ ☐ အိမ်/ဆဲလ်ဖုန်း ☐ ရေဆိုးပိုက် ☐ အမှိုက်

အခြားလူ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီ၊ အစိုးရကထောက်ပံ့ပေးထားသောအိမ်ရာကဲ့သို့သော၊ သည် ကျွန်ုပ်အား အဆိုပါစရိတ်များအား သို့မဟုတ် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းကို ပေးချေရန် ကူညီပေးပါသည်-

☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ် ဟုတ်ပါက၊ မည်သူပါလဲ- ______________________ မည်သည့်အသုံးစရိတ်များပါလဲ- ____________ ၎င်းတို့ပေးချေသောပမာဏ- $ ________________

☐ ကျွန်ုပ်သည် ပြီးခဲ့သော 12 လတွင် Low Income Home Energy Assistance Act (LIHEAA၊ ဝင်ငွေနည်းပါးသော အိမ်ထောင်စု စွမ်းအင်အကူအညီ အက်ဥပဒေ) ငွေပေးချေမှုကို လက်ခံရရှိခဲ့ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်ဖက်၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏အိမ်ထောင်စုရှိ လူတစ်ဦးဦးသည် ဖော်ပြပါကို ပေးချေရပါသည် သို့မဟုတ် ပေးချေရမည်ဖြစ်ပါသည် (သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ခြစ်ပါ)-

☐ ကလေး သို့မဟုတ် အရွယ်ရောက်သော မှီခိုသူစောင့်ရှောက်မှု (သွားလာစရိတ်များ အပါအဝင်)	လစဉ်ပမာဏ- $	ပေးချေသူ-
☐ မသန်စွမ်းသူများ သို့မဟုတ် အသက် 60 + အရွယ်လူများအတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ (သွားလာစရိတ်နှင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ ပရီမီယံကြေးများ အပါအဝင်)	လစဉ်ပမာဏ- $	ပေးချေသူ-
☐ ကလေး ထောက်ပံ့ကြေး (အထောက်အထား ပူးတွဲဖော်ပြပါ)	လစဉ်ပမာဏ- $	ပေးချေသူ-

သင်က အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော အသုံးစရိတ်များကို အစီရင်ခံဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက၊ ဤအသုံးစရိတ်အတွက် နုတ်ယူမှုကို သင်က လက်ခံရရှိလိုခြင်းမရှိကြောင်း သင့်အိမ်ထောင်စု၏ ဖော်ပြချက်အဖြစ် ယူဆလိုက်ပါမည်။

VIII. ခွင့်ပြုပေးထားသောကိုယ်စားလှယ်

ခွင့်ပြုပေးထားသောကိုယ်စားလှယ်သည် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့်ပတ်သက်၍ စကားပြောဆိုရန် DSHS အား သင်က ခွင့်ပြုပေးထားသူ ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် တစ်စုံတစ်ဦးကို အမည်ဖော်ပြနိုင်ပါသည်၊ သို့သော် မဖြစ်မနေမဟုတ်ပါ။

သင့်တွင် ခွင့်ပြုပေးထားသောကိုယ်စားလှယ် ရှိပါသလား။	☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။
ထိုသူသည် သင်၏ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်ပါသလား။	☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်
ထိုသူ့တွင် လုပ်ပိုင်ခွင့်လွှဲစာ ရှိပါသလား။	☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

သင်က သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျိုးဝင်မှုကို အသစ်ပြန်လုပ်နေခြင်းဖြစ်ပါက သင်သည် ခွင့်ပြုပေးထားသောကိုယ်စားလှယ် ဖောင် (DSHS 14-532) ကို ပြည့်စုံအောင်ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ **အခြေခံအစားအစာအတွက်၊ ခွင့်ပြုပေးထားသောကိုယ်စားလှယ်ကသာ အသိအမှတ်ပြုကာလအတွက် တရားဝင်ပါသည်။**

အမည်	တော်စပ်ပုံ	တယ်လီဖုန်း နံပါတ်

စာပို့ရန်လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ

ပိုင်ဆိုင်မှုစိစစ်အတည်ပြုခြင်းအတွက် ခွင့်ပြုချက်

Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူများဆိုင်ရာ) Medicaid ပရိုဂရမ်များအတွက်သာ။

အကူအညီအတွက် လျှောက်ထားရန် သို့မဟုတ် သက်တမ်းပြန်တိုးရန် ကျွန်ုပ် ပေးအပ်ထားသည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ခြင်းရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အဆင့် တာဝန်ရှိသူများက စိစစ်အတည်ပြုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သိရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် Washington State Health Care Authority (HCA၊ ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အာဏာပိုင်) နှင့် Department of Social and Health Services (DSHS၊ လူမှုရေးနှင့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန) အား ကျွန်ုပ်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ ငွေကြေးအချက်အလက်များ၏ တိကျမှုကို စိစစ်အတည်ပြုရန်အတွက် ပိုင်ဆိုင်မှုဆိုင်ရာ စိစစ်အတည်ပြုမှု လုပ်ဆောင်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ ပိုင်ဆိုင်ပစ္စည်း စိစစ်အတည်ပြုမှုလုပ်ငန်းစဉ်၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအဖြစ် HCA နှင့် DSHS တို့သည် ငွေကြေးဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်း၊ ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်အေဂျင်စီ၊ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိကဒေတာဘေ့စ် တစ်ခုခုထံ ဆက်သွယ်ကာ စုံစမ်းစစ်ဆေးနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏လျှောက်ထားမှုနှင့်ပတ်သက်၍ နောက်ဆုံး ဆန့်ကျင်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ချမှတ်လိုက်သည့်အခါ၊ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ကျွန်ုပ်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အဆုံးသတ်သွားသည့်အခါ၊ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က HCA နှင့် DSHS ထံ အသိပေးစာ ရေးသားဖော်ပြခြင်းဖြင့် ဤခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေး ပြန်ရုပ်သိမ်းလိုက်ပါက ဤခွင့်ပြုချက် အဆုံးသတ်သွားမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ **လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးအပ်မှုကို သင် ငြင်းပယ် သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းပါက Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူများဆိုင်ရာ) Medicaid ပရိုဂရမ်များအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။**

လျှောက်ထားသူ၏ အမည်	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အထောက်အထား နံပါတ်

မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှု

ဌာနသည် အလိုအလျောက် မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှုအပါအဝင် မဲပေးသူ စာရင်းသွင်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးစွမ်းပါသည်။ **မဲပေးရန်အတွက် စာရင်းသွင်းရန် လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် စာရင်းသွင်းရန် ငြင်းပယ်ခြင်းသည် ဤအေဂျင်စီထံမှ သင်ရရှိနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏကို သက်ရောက်မှုရှိလိမ့်မည်မဟုတ်ပါ။** မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှု ဖောင်တွင် ဖြည့်စွက်ရာ၌ အကူအညီရယူလိုပါက၊ ကျွန်ုပ်တို့က ကူညီပေးပါမည်။ အကူအညီ ရယူမည်၊ မရယူမည် ဆိုသည်မှာ သင်၏ဆုံးဖြတ်ချက်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှု ဖောင်ကို သီးခြားနေရာတွင် ဖြည့်စွက်ရနိုင်ပါသည်။ မဲပေးရန်အတွက် စာရင်းသွင်းရန် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ရန် သင်၏အခွင့်အရေး၊ စာရင်းသွင်းမည် မသွင်းမည်ကို ဆုံးဖြတ်ခြင်း သို့မဟုတ် မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းမှု လျှောက်ထားခြင်းနှင့်ပတ်သက်၍ သင်၏ လျှို့ဝှက်ထားပိုင်ခွင့်၊ သို့မဟုတ် သင်၏ ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် အခြား နိုင်ငံရေးဦးစားပေးမှုကို ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်နှင့်ပတ်သက်၍ တစ်စုံတစ်ဦးက ကြားဝင်နှောင့်ယှက်ထားသည်ဟု ယုံကြည်ပါက၊ ဖော်ပြပါထံ တိုင်ကြားစာ တင်ပြနိုင်ပါသည်- Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)။

မဲပေးရန် စာရင်းသွင်းလိုပါသလား သို့မဟုတ် သင်၏ မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှုကို အပ်ဒိတ်လုပ်လိုပါသလား။ ☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။

သင်က ဘောက်စ်တစ်ခုကိုမျှ မခြစ်ထားပါက၊ သင်က သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်း၊ အလိုအလျောက် မဲပေးသူ စာရင်းသွင်းမှုကို ငြင်းပယ်ခြင်းမပြုလျှင်**၊ ယခုအကြိမ်တွင် သင်က မဲပေးရန်အတွက် စာရင်းမပေးရန် ဆုံးဖြတ်သည်ဟု ယူဆပါမည်။**

သင်က အထက်ရှိ "မဟုတ်" ကို အမှန်မခြစ်ထားလျှင်၊ သင်သည် အလိုအလျောက် မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ သင်သည် နောက်လာမည့်ရွေးကောက်ပွဲတွင် အနည်းဆုံး အသက် 18 နှစ်ရှိပြီဆိုပါက၊ သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၏ နိုင်ငံသားတစ်ဦး ဖြစ်ပါက၊ DSHS တွင် သင်၏အမည်၊ နေထိုင်ရာနှင့် စာပို့ရန်လိပ်စာ၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ နိုင်ငံသားဖြစ်ကြောင်းအချက်အလက်များကို စိစစ်အတည်ပြုမှု၊ နှင့် ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြပေးထားသောအချက်အလက်များက အမှန်တရားဖြစ်သည်ဟု သက်သေခံပေးထားသော သင်၏လက်မှတ်တို့ ရှိထားပါက သင်သည် အလိုအလျောက် မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှုအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီပါသည်။
သင်သည် မဲပေးရန်အတွက် အလိုအလျောက်စာရင်းပေးလိုပါသလား။ ☐ ရှိပါသည်။ ☐ မရှိပါ။

သင်က "ဟုတ်" ဟူသော ဘောက်စ်ကို အမှတ်ခြစ်ထားပါက၊ သို့မဟုတ် မည်သည့်ဘောက်စ်ကိုမျှ အမှတ်မခြစ်ထားဘဲ သင်က အလိုအလျောက် မဲပေးသူစာရင်းသွင်းမှု သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း သတ်မှတ်ချက်များနှင့် ပြည့်မီပါက၊ DSHS သည် ပြည်နယ် အတွင်းရေးမှူးရုံးခန်းထံ သင်၏အချက်အလက်များကို ပေးပို့လိမ့်မည်ဖြစ်ကာ သင်သည် စာရင်းသွင်းရန် အလိုအလျောက် စာရင်းသွင်းပြီးဖြစ်ပါလိမ့်မည်။

ကြေညာချက်နှင့် လက်မှတ်များ (သင်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု ပြန်လည်သုံးသပ်ချက်ကို ပြည့်စုံအောင်အဆုံးသတ်ရန် အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပါ။)

ကျွန်ုပ်သည် ဖော်ပြပါအတိုင်းဖြစ်ရမည်ကို နားလည်ပါသည်-

- မှန်ကန်သောအချက်အလက်များကို ပေးအပ်ခြင်းနှင့် အစီရင်ခံခြင်းဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်များကို လိုက်နာခြင်း။
- ကျွန်ုပ်က သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း အထောက်အထားပေးအပ်ခြင်း။
- ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် Temporary Assistance for Needy Families (TANF၊ လိုအပ်နေသောမိသားစုများအတွက် ယာယီအကူအညီ) ကို လက်ခံရရှိသည့်အခါ ဝါရှင်တန်ပြည်နယ်ထံ ကလေးထောက်ပံ့ရေးအတွက် ရပိုင်ခွင့်အချို့ကို ပေးအပ်ခြင်း။ သို့ရာတွင်၊ ၎င်းက ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို အန္တရာယ်ဖြစ်စေလိမ့်မည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်သည် DSHS အား ကလေးထောက်ပံ့မှုကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ခြင်းမပြုရန် ပြောကြားနိုင်ပါသည်။
- အစားအစာအကူအညီ လုပ်ငန်းသတ်မှတ်ချက်များနှင့်ပတ်သက်၍ ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ခြင်း။

ထိုအချက်များကို ကျွန်ုပ်က မဆောင်ရွက်ပါက၊ အကျိုးခံစားခွင့်မရရှိရန် ငြင်းပယ်ခံရနိုင်သည် သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြန်လည်အပ်နှံရနိုင်သည်။

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် လွဲမှားသောဖော်ပြချက်တစ်ရပ်ကို တမင်တကာပြုလုပ်လျှင်ဖြစ်စေ အစီရင်ခံသင့်သည့်အရာ တစ်စုံတစ်ခုကို အစီရင်ခံရန် ပျက်ကွက်လျှင်ဖြစ်စေ ရာဇဝတ်ကြောင်းအရ တရားစွဲဆိုခြင်းခံရနိုင်ကြောင်း နားလည်သိရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်က သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီကြောင်း အထောက်အထားရရှိရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ကိုကူညီရန် လိုအပ်သည့်အခါ ကျွန်ုပ်သည် DSHS အား အခြားလူများ သို့မဟုတ် အေဂျင်စီများထံ ဆက်သွယ်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။

ငွေကြေးနှင့် အစားအစာအတွက်- ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများကို ကျွန်ုပ်ထံ ရှင်းပြထားပြီး သို့မဟုတ် ရှင်းပြထားခဲ့ပြီး ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ၊ DSHS 14-113 မိတ္တူကို လက်ခံရရှိထားပါသည်။ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်မှုအတွက်၊ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများကို ကျွန်ုပ်ထံ ရှင်းပြထားပြီး သို့မဟုတ် ရှင်းပြထားခဲ့ပြီး ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ၊ DSHS 14-113 မိတ္တူကို လက်ခံရရှိထားပါသည်။
အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားသည့် အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ နိုင်ငံသားဖြစ်မှုနှင့် နိုင်ငံခြားသားဖော်ပြချက် အချက်အလက်များအပါအဝင် ဤလျှောက်ထားမှုတွင် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်သော အချက်အလက်များသည် Washington ပြည်နယ် ဥပဒေများအောက်ရှိ မုသားသက်သေခံခြင်းဆိုင်ရာ ပြစ်ဒဏ်များအောက်တွင် မှန်ကန်ပြည့်စုံကြောင်း အသိအမှတ်ပြု သို့မဟုတ် သက်သေခံပါသည်။

ငွေကြေးအတွက်၊ အိမ်ထောင်စုရှိ အရွယ်ရောက်ပြီးသူများအားလုံး (သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုထားသောကိုယ်စားလှယ်များ) က လက်မှတ်ရေးထိုးရပါမည်။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အကျုံးဝင်မှုအတွက်၊ လျှောက်ထားသူ (သို့မဟုတ် ခွင့်ပြုထားသောကိုယ်စားလှယ်က လက်မှတ်ရေးထိုးရပါမည်)။

အစားအစာအကူအညီအတွက်၊ မှတ်တမ်းတင်ထားသော လက်ရှိ ခွင့်ပြုထားသောကိုယ်စားလှယ် စာရွက်စာတမ်းမျိုး မရှိလျှင် လျှောက်ထားသူနှင့် ခွင့်ပြုပေးထားသောကိုယ်စားလှယ်တို့ နှစ်ဦးလုံးက လက်မှတ်ထိုးရပါမည်။

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ် (လိုအပ်သည်)	ရက်စွဲ	လျှောက်ထားသူ၏ စာလုံးကြီးဖြင့် အမည်အပြည့်အစုံ	လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော မြို့နှင့် ပြည်နယ်
အခြားသော အရွယ်ရောက်ပြီးသည့် လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	အခြားသော အရွယ်ရောက်ပြီးသူ၏ စာလုံးကြီးဖြင့် အမည်အပြည့်အစုံ	လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော မြို့နှင့် ပြည်နယ်
ကူညီပေးသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ	ကိုယ်စားလှယ်၏ စာလုံးကြီးဖြင့် အမည်အပြည့်အစုံ	လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော မြို့နှင့် ပြည်နယ်
"X" ဖြင့် လက်မှတ်ထိုးထားပါက အသိသက်သေ၏လက်မှတ်	ရက်စွဲ	အသိသက်သေ၏ စာလုံးကြီးဖြင့် အမည်အပြည့်အစုံ	