

ពាក្យរាយការណ៍សិទ្ធិទទួលបាន

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន ឬបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមស្នើសុំជំនួយពីយើង។
រក្សាទុកនេះសម្រាប់ទុកជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។

តើខ្ញុំអាចស្នើសុំជំនួយជាសាច់ប្រាក់ ឬអាហារដោយរបៀបណា?

- អ្នកអាច **ចាប់ផ្តើម**ដំណើរការនេះតាមរយៈការទូរស័ព្ទដោយដាក់ពាក្យរាយការណ៍សិទ្ធិទទួលបានដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍។ ពាក្យសុំនេះត្រូវមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យរាយការណ៍សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកតាមរយៈការទូរស័ព្ទនេះបាន បើទោះបីមានតែចំណុចទាំងបីនេះក៏ដោយ។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍កាន់តែច្រើន ឬទទួលបានវាឆាប់ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទដោយឆ្លើយសំណួរ ចុះហត្ថលេខាលើទំព័រ ទីប្រាំពីរ និងប្រគល់ឱ្យយើងនូវពាក្យរាយការណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងស្នើសុំឱ្យបានឆាប់តាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។
- អ្នកអាចធ្វើការរាយការណ៍នៅការិយាល័យមូលដ្ឋាន ឬផ្ញើទូរសារទៅកាន់លេខ 1-888-338-7410។ សូមមើលគេហទំព័រ www.dshs.wa.gov សម្រាប់ទីតាំងនានា។
- ធ្វើពាក្យរាយការណ៍របស់អ្នកទៅកាន់សេវាកម្មយុវជនចំណោមសេវាកម្មខាងក្រោម៖

DSHS	DSHS
CSD-Customer Service Center	Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 11699	PO Box 45826
Tacoma, WA 98411-6699	Olympia, WA 98504-5826
- អ្នកក៏អាចបំពេញពាក្យរាយការណ៍នេះតាមអនឡាញផងដែរនៅលើគេហទំព័រ www.washingtonconnection.org
- ទម្រង់បែបបទស្នើសុំពាក្យរាយការណ៍សិទ្ធិទទួលបាននេះអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កម្មវិធី Washington Apple Health ដែលមានរាយការណ៍ទម្រង់បែបបទនេះ។ សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យតាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ www.wahealthplanfinder.org 1-855-923-4633 ឬដោយប្រើពាក្យរបស់ HCA សម្រាប់សុំការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព (HCA 18-001)។

តើខ្ញុំអាចទទួលបានជំនួយជាអាហារ និងសាច់ប្រាក់បានឆាប់ប៉ុណ្ណា?

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយអាហារក្លាមៗ សូមសរសេរបំពេញចម្លើយចំពោះសំណួរទី 1 ដល់ទី 14 ហើយយកទម្រង់បែបបទនេះប្រគល់ឱ្យការិយាល័យ មូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ យើងសម្រេចថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយអាហារដែរឬទេ ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ហើយប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញភស្តុតាងនៃ អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និងបំពេញបានតាមវិធាននៃសិទ្ធិទទួលបាន។
- យើងបានចេញជូនអត្ថប្រយោជន៍នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីយើងសម្រេចចិត្តថាអ្នកមានសិទ្ធិ។
- ជំនួយអាហារជាធម្មតាចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។
- ជំនួយជាសាច់ប្រាក់ជាធម្មតាចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដែលយើងមានព័ត៌មានទាំងអស់ដើម្បីសម្រេចថាអ្នកមានសិទ្ធិ។
- យើងត្រូវតែសម្រេចថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយអាហារក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃដែរឬទេគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកដាក់ពាក្យរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកពីស្ថាប័នណាមួយ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមគឺជាកាលបរិច្ឆេទនៃការដោះលែង ឬដោះបន្តកពីការងារ របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយអាហារ និងកម្មវិធីផ្សេងទៀត៖

យើងត្រូវតែអនុវត្តតាមវិធាន SNAP សម្រាប់ដំណើរការដាក់ពាក្យរបស់អ្នក។ នេះរាប់ទាំងការដំណើរការពាក្យសុំក្នុងរយៈពេលកំណត់ ការចេញសេចក្តី ជូនដំណឹងសមស្រប និងជូនដំណឹងអ្នកអំពីសិទ្ធិរដ្ឋបាលរបស់អ្នក។ យើងមិនអាចបដិសេធជំនួយអាហាររបស់អ្នកបានទេ ដោយសារពាក្យរបស់អ្នកសុំកម្ម វិធីជំនួយផ្សេងទៀតត្រូវបានបដិសេធ។

សិទ្ធិស៊ីវិល និងការមិនរើសអើង

ដោយអនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ U.S. Department of Agriculture (ក្រសួងកសិកម្ម សហរដ្ឋអាមេរិក, USDA) ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យមានការរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឆ្នើមកំណើតជាតិសាសន៍ ភេទ (រួមទាំងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងទំនោរភេទ) ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការរាយបក ឬការសងសឹកលើសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិល ពីមុន។

ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះអាចផ្សព្វផ្សាយជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ជនពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងដើម្បីទទួលបាន ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧ. អក្សរធំ អក្សរពុម្ព ខ្សែអាត់សំឡេង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក) គួរតែទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេដាក់ពាក្យសុំ អត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលចង់ មានបញ្ហាច្រឡំកិច្ចសន្យា ឬមានអសមត្ថភាពក្នុងការនិយាយ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ Federal Relay Service (សេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធ) តាមរយៈលេខ (800) 877-8339។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងពីបទរើសអើងនៃកម្មវិធីនេះ អ្នកប្តឹងគួរតែបំពេញទម្រង់បែបបទលេខ AD-3027 ពាក្យបណ្តឹងពីបទរើសអើងនៃកម្មវិធី USDA ដែលអាចទទួលបានតាមអ៊ីនធឺណិតនៅលើគេហទំព័រ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> ពីការិយាល័យ USDA ណាមួយដោយទូរសព្ទទៅលេខ (833) 620-1071 ឬដោយសរសេរលិខិតផ្ញើទៅកាន់ USDA។ សំបុត្រត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទរបស់អ្នក ដើមបណ្តឹង និងការពណ៌នាលម្អិតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីសកម្មភាពរើសអើងដែលចោទប្រកាន់ដើម្បីជូនដំណឹងដល់ Assistant Secretary for Civil Rights (ជំនួយការលេខាធិការទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល, ASCR) អំពីលក្ខណៈ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការរើសអើងសិទ្ធិពលរដ្ឋដែលចោទប្រកាន់។ ទម្រង់បែបបទ AD-3027 ឬលិខិតត្រូវតែដាក់ជូនទៅ៖

1. **ផ្ញើសារ៖** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ឬ
2. **ទូរសារ៖** (833) 256-1665 ឬ (202) 690-7442 ឬ
3. **អ៊ីមែល៖** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកផ្តល់ឱកាសស្នើសុំភាពត្រឹមត្រូវ។

ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ និង Social Security Numbers (លេខរបបសន្តិសុខសង្គម)

អ្នកប្រហែលជាទទួលបានជំនួយសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលអ្នករស់នៅជាមួយ ទោះបីជាអ្នកផ្សេងទៀតដែលអ្នករស់នៅជាមួយមិនអាចទទួលបានជំនួយដោយសារតែស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេក៏ដោយ។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យ។ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់មាជិកគ្រួសារអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយ USCIS (ពីមុនគេស្គាល់ថាជា INS)។ ព័ត៌មានដែលទទួលបានពី USCIS អាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍។ យើងមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអាចរ៉ាប់រងលើធនបរទេសមួយចំនួន។

នៅក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (មាត្រា 42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងនូវ Social Security Number (លេខរបបសន្តិសុខសង្គម, SSN) សម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលអ្នករស់នៅជាមួយដែលដាក់ពាក្យសុំ Washington Apple Health, TANF ឬជំនួយអាហារ។ យើងក៏អាចត្រូវការលេខ SSN របស់ឪពុកម្តាយ និងសហព័ន្ធដែលរស់នៅជាមួយអ្នកផងដែរ ប៉ុន្តែមិនបានដាក់ពាក្យ។ យើងមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អ្នកមួយចំនួនដែលមិនមាន SSN។

សញ្ជាតិ និងអត្តសញ្ញាណសម្រាប់កម្មវិធី Washington Apple Health

ពលរដ្ឋអាមេរិកត្រូវតែបញ្ជាក់សញ្ជាតិ និងអត្តសញ្ញាណ ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Washington Apple Health។ យើងអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានភស្តុតាង។ បើយើងត្រូវការឯកសារដែលនឹងធ្វើឱ្យអ្នកចំណាយប្រាក់ យើងធ្វើ ហើយបង់ថ្លៃចំណាយ។ យើងមិនត្រូវការភស្តុតាងសម្រាប់នរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលបានទទួលបានគម្រោង Medicare, Social Security Disability Insurance (ការធានារ៉ាប់រងលើពិការភាពផ្នែករបបសន្តិសុខសង្គម, SSDI) ដោយផ្អែកលើពិការភាពផ្ទាល់ខ្លួន ឬ Supplemental Security Income (ប្រាក់ចំណូលបន្ថែម, SSI) របស់ពួកគេ។

ការសងរដ្ឋសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងការថែទាំរយៈពេលវែង

ក្រោមច្បាប់ស្តីពីការស្តារអចលនវត្ថុរបស់រដ្ឋ Washington (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080) អចលនទ្រព្យរបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវសងថ្លៃចំណាយដែលរដ្ឋបានបង់សម្រាប់ប្រភេទមួយចំនួននៃសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មថែទាំរយៈពេលវែង និងការគាំទ្រដែលអ្នកបានទទួលបន្ទាប់ពីអ្នកមានអាយុ 55 ឆ្នាំ។ មិនមានការកំណត់អាយុទេ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មផ្តល់មូលនិធិពីរដ្ឋតែប៉ុណ្ណោះ។ ការស្តារអចលនទ្រព្យចាប់ផ្តើមបន្ទាប់ពីការស្លាប់របស់អ្នក ការបង់ប្រាក់គឺដល់ពេលកំណត់បង់បន្ទាប់ពីការស្លាប់របស់អ្នកបន្តបន្ទាប់របស់អ្នកដែលនៅរស់ ឬនៅពេលដែលកូនរបស់អ្នកមានអាយុ 21 ឆ្នាំ លុះត្រាតែកូននោះពិការភ្នែក/ពិការនៅពេលអ្នកស្លាប់។ រដ្ឋអាចដាក់សិទ្ធិឃាត់ទុកលើអចលនទ្រព្យរបស់អ្នកនៅអាយុណាមុនពេលស្លាប់ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលចាស់ដរាប ហើយទំនងជាមិនគ្រលប់ទៅផ្ទះវិញទេ។ រដ្ឋអាចទាញប្រាក់លើសិទ្ធិឃាត់ទុកនេះ ប្រសិនបើអ្នកលក់ ឬផ្ទេរអចលនទ្រព្យឬបន្ទាប់ពីអ្នកស្លាប់។ បើអ្នកគ្រលប់មកផ្ទះវិញ រដ្ឋនឹងដកហូតសិទ្ធិឃាត់ទុកនេះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម រួមទាំងបញ្ជីសេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងការស្តារអចលនវត្ថុ សូមមើលជំពូក 182-527 WAC។

ឯកជនភាព និងជំនួយសាច់ប្រាក់ និងជំនួយអាហាររបស់អ្នក

ច្បាប់ស្តីពីអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភឆ្នាំ 2008 អនុញ្ញាតឱ្យយើងប្រមូលព័ត៌មានដែលយើងស្នើសុំនៅលើពាក្យនេះ។ ការផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដោយគ្មានហេតុផលត្រឹមត្រូវអាចបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធនូវអត្ថប្រយោជន៍អាហារមូលដ្ឋាន។ យើងផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានមួយចំនួនជាមួយនឹងកម្មវិធីផ្តល់ជំនួយតាមកុំព្យូទ័រ រួមមាន Income and Eligibility Verification System (ប្រព័ន្ធផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូល និងសិទ្ធិ, IEVS) របស់សហព័ន្ធ។

យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បី៖	យើងអាចផ្តល់ព័ត៌មាននេះទៅ៖
<ul style="list-style-type: none"> សម្រេចចិត្តថាអ្នកណាមានសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធីរបស់យើង។ ទាញប្រាក់បង់លើសសម្រាប់ជំនួយអាហារ។ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង។ ធានាថា យើងអនុវត្តតាមច្បាប់។ 	<ul style="list-style-type: none"> ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋសម្រាប់ប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការ។ ទីភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់តាមចាប់ផ្តើមនៃការគេចខ្លួនដើម្បីគេចពីសំណាញ់ច្បាប់។ ទីភ្នាក់ងារប្រមូលទិន្នន័យប្រាក់ឯកជននឹងប្រមូលទិន្នន័យប្រាក់បង់លើសសម្រាប់ជំនួយស្បៀងអាហារ។
<p>ព័ត៌មានដែលបានរាយការណ៍ទៅ Department of Social and Health Services (ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខាភិបាល) អាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងដោយ Health Care Authority (អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព) និងកម្មវិធីផ្គត់ផ្គង់ប្រយោជន៍សុខភាព។</p>	
ការព្រមានអំពីការពិន័យពាក់ព័ន្ធនឹងជំនួយអាហារ	
<p>យើងដែកពិន័យជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថាព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺត្រឹមត្រូវ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមិនអាចទទួលបានជំនួយស្បៀងអាហារទេ។</p>	
<p>សមាជិកណាដែលបំពានច្បាប់ណាមួយដោយចេតនាអាច៖</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ត្រូវបានកាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋផ្សេងទៀតដែលចូលជាធរមាន។ ត្រូវបានរារាំងមិនឱ្យទទួលបានកម្មវិធី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំរហូតដល់អចិន្ត្រៃយ៍។ ត្រូវបានពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000។ ជាប់គុករហូតដល់ 20 ឆ្នាំ។ ត្រូវបានរារាំងមិនឱ្យទទួលបាន SNAP សម្រាប់រយៈពេល 18 ខែបន្ថែមបើកុលាការចេញដីកា។ 	
<p>បើកុលាការកេរ្តិ៍ឈ្មោះអ្នកមានទោសពី៖</p>	
<p>បទទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងប្រតិបត្តិការដែលពាក់ព័ន្ធនឹង៖</p>	<p>អ្នកអាចនឹង៖</p>
<ul style="list-style-type: none"> បទលក់សារធាតុញៀនដែលគ្រប់គ្រង..... 	<p>ត្រូវបានដកសិទ្ធិចាប់ពីឆ្នាំរហូតដល់អចិន្ត្រៃយ៍។</p>
<ul style="list-style-type: none"> ការលក់អាវុធ គ្រាប់រំលោភ ឬគ្រឿងផ្ទុះ..... 	<p>ត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។</p>
<ul style="list-style-type: none"> បទលក់ដូរអត្ថប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមគ្នា..... 	<p>ត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។</p>
<ul style="list-style-type: none"> បទក្លែងបន្លំនៅដ្ឋាន ឬអត្តសញ្ញាណ..... 	<p>ត្រូវបានដកសិទ្ធិសម្រាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ។</p>

ពាក្យរាយការណ៍សិទ្ធិទទួលបាន

ស្របតាមការកំណត់របស់អង្គការសហប្រជាជាតិសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជា

សម្រាប់តែអត្ថប្រយោជន៍អាហារតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះបានទេនៅថ្ងៃនេះ សូមចាប់ផ្តើមដំណើរការដោយដាក់
ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក។ ហត្ថលេខានៅលើ ទំព័រ 7 គឺជាម្រឹមឱ្យបំពេញទម្រង់បែបបទរាយការណ៍សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ យើង
ប្រហែលជាត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម និងដើម្បីបញ្ចប់ការសម្ភាសន៍ ដើម្បីបញ្ចប់ការរាយការណ៍របស់អ្នក។

1. នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល	ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ ឬអ្នកកំណត់ដែលមានការអនុញ្ញាត	2. លេខសម្គាល់អតិថិជន (បើសិន)
3. អាសយដ្ឋានផ្លូវដែលអ្នករស់នៅ	ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស	4. លេខទូរសព្ទទីផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទចម្ងាយ <input type="checkbox"/> សារ
5. អាសយដ្ឋានផ្លូវបុគ្គល (បើសិន)	ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស	6. លេខទូរសព្ទបន្ទាប់បន្សំ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទចម្ងាយ <input type="checkbox"/> សារ

8. ខ្ញុំសូមដាក់ពាក្យសុំ (ជើងទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)៖
- ☐ សាច់ប្រាក់ ☐ ការរស់នៅដោយមានជំនួយ / ផ្ទះគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ
- ☐ អាហារ ☐ សេវាកម្មថែទាំរយៈពេលវែងនៅផ្ទះ
- ☐ Medicare Savings Program (កម្មវិធីសន្សំ Medicare) ☐ មណ្ឌលចាស់ជរា
- ☐ ការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ ☐ Healthcare / Workers with Disabilities (ការថែទាំសុខភាព / កម្មករនិយោជិតមានពិការភាព, HWD)
- ☐ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ aged, blind, or disabled (មនុស្សចាស់ អ្នកពិការភ្នែក ឬជនមានពិការភាព)
- ☐ ជំនួយតាមគម្រោងសម្រាប់សេវាកម្មមនុស្សចាស់

9. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ (ជើងទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)៖ ☐ ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ
- ☐ មានពិការភាព ☐ មិនអាចធ្វើការបានដោយសារតែបញ្ហាសុខភាព

☐ មានផ្ទៃពោះ ឈ្មោះ៖ _____ ថ្ងៃឆ្លងទន្លេ៖ _____

10. តើអ្នករំពឹងថាគ្រួសាររបស់អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ប៉ុន្មានក្នុងខែនេះ? \$ _____

11. តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់ប៉ុន្មានជាសាច់ប្រាក់ និងក្នុងគណនីធនាគារ? \$ _____

12. តើគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ថ្លៃជួល ឬប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះ? \$ _____

13. តើគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ថ្លៃសេវាសាធារណៈ? ☐ ប្រព័ន្ធយានស្តុកស្តុក/ត្រដាត ☐ ទូរសព្ទ ☐ ផ្សេងទៀត៖ _____

14. តើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកជាម្ចាស់ស៊ីឈ្នួលធ្វើស្រែចម្ការតាមរដូវកាល ឬជនចំណាកស្រុកដែរទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

15. ប្រសិនបើកំពុងស្នើសុំជំនួយអាហារ តើអ្នកទិញ និងរៀបចំអាហារសម្រាប់មនុស្សប៉ុន្មាននាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក? _____

សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងការវិភាគ - ត្រូវបានកំណត់ដោយសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មរ៉ាប់រង៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ហត្ថលេខាសម្រាប់អ្នកពិនិត្យ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

16. ☐ ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ ខ្ញុំនិយាយ៖ _____ ឬ ☐ ធ្វើសញ្ញា បកប្រែលិខិតរបស់ខ្ញុំទៅជា៖ _____

17. រាយឈ្មោះអ្នកគ្រប់គ្រងនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ទោះបីជាអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំក៏ដោយ (ភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការ)។

ឈ្មោះ (នាមខ្លួន នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	ភេទ	តើបុគ្គលនេះត្រូវជា អ្វីនឹងអ្នក?	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	សូមជ្រើសរើសប្រសិនបើ អ្នកចង់បានអត្ថប្រយោជន៍ សម្រាប់បុគ្គលនេះ	SOCIAL SECURITY NUMBER (លេខរបបសន្តិសុខសង្គម)	សូមជ្រើសរើសប្រសិនបើ បុគ្គលនេះជា ពលរដ្ឋអាមេរិក	ជាតិសាសន៍ (សូមមើលកំរងខាង ក្រោម)	ឈ្មោះកូលសម្ព័ន្ធ (សម្រាប់ជនជាតិពណ៌ ខ្មៅអាមេរិកាំង ជនជាតិដើមអាឡាស្កា)
		ខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់		<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"/>		



ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ	SOCIAL SECURITY NUMBER (លេខរបបសន្តិសុខសង្គម)	លេខសម្គាល់អតិថិជន
<p>18. សារការជនជាតិរបស់ខ្ញុំគឺជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ព័ត៌មានសារការអំពីជាតិសាសន៍ និងជនជាតិគឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបាន ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។</p> <p>ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីធានាថាអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីត្រូវបានចែកចាយដោយមិនគិតពីជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឬប្រភពដើមកំណើតជាតិសាសន៍ឡើយ។ ចំពោះជំនួយអាហារ USDA កម្រៃឱ្យយើងឆ្លើយជំនួសអ្នកប្រសិនបើមិនមានព័ត៌មានណាមួយត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ។ យើងនឹងដឹក "មិនរាយការណ៍" បើអ្នកមិនផ្តល់ចម្លើយ។ ឧទាហរណ៍នៃជាតិសាសន៍៖ ជនជាតិស្បែកស ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក ជនជាតិអាស៊ី ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ជនជាតិរស់នៅកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ជនជាតិគណ្តាដើមអាមេរិកាំង ជនជាតិដើមអាឡាស្កា ឬការរួមបញ្ចូលគ្នានៃជាតិសាសន៍ណាមួយ។</p>		
<p>I. ព័ត៌មានទូទៅ</p> <p>1. ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃកន្លងមកនេះ ខ្ញុំបានទទួលសាច់ប្រាក់ ឬអាហារពីរដ្ឋ កុលសម្ព័ន្ធ ឬប្រភពផ្សេងទៀត។ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>2. នរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យរស់នៅក្រៅរដ្ឋ Washington៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ អ្នកឈ្មោះ៖ _____</p> <p>3. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺជាជនបរទេសដែលទទួលបានការឧបត្ថម្ភ៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ អ្នកឈ្មោះ៖ _____</p> <p>4. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំឡើងទៅគឺរៀននៅ (ជីកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)៖ <input type="checkbox"/> វិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> កម្មវិធីមានកម្លាំងមូលនឹងវិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> មហាវិទ្យាល័យ <input type="checkbox"/> សាលាពាណិជ្ជកម្ម អ្នកឈ្មោះ៖ _____</p> <p>5. នរណាម្នាក់ចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំជាបណ្តោះអាសន្ន៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ អ្នកឈ្មោះ៖ _____</p> <p>6. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានប្រើក្នុងផ្ទះកម្លាំងប្រដាប់អាវុធសារព្រឹក ឆ្នាំជាតិ ឬកងទ័ពបម្រុង ឬជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ឬសហព័ទ្ធរបស់អ្នកដែលបានបម្រើ៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស អ្នកឈ្មោះ៖ _____</p> <p>7. ខ្ញុំ ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំឱ្យកំពុងរត់គេចវេសចំពោះមុខច្បាប់ដើម្បីចៀសវាងឡើងកុលការ ឬជាប់គុកពីបទឧក្រិដ្ឋកម្ម៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>8. ខ្ញុំកំពុងរស់នៅក្នុង៖ <input type="checkbox"/> ផ្ទះ ឬអាជ្ញាធរមិនផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ <input type="checkbox"/> ផ្ទះរស់នៅជាក្រុម <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖ _____ <input type="checkbox"/> អគារ (សូមរាយប្រភេទ)៖ _____ កាលបរិច្ឆេទបានចូល៖ _____</p> <p>9. ខ្ញុំនៅ៖ <input type="checkbox"/> លើ <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ ឬពោះម៉ាយ <input type="checkbox"/> នៅក្នុងភាពជាដៃគូក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះបញ្ជី</p> <p>10. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទជួញដូរអាហារយកគ្រឿងញៀនបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>11. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទទិញ ឬលក់ដំនូយអាហារលើសពី \$500 ក្រោយថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>12. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទជួញដូរដំនូយអាហារយកកាំភ្លើង គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះក្រោយថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>13. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទទទួលបានដំនូយអាហារនៅក្នុងរដ្ឋច្រើនជាងមួយក្រោយ ថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>14. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ៖ a. កំពុងធ្វើកូដកម្ម៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ b. អ្នកនៅជាមួយគេ៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>15. ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំបានឈ្នះលុយ \$4,500 ឬច្រើនជាងនេះនៅក្នុងការលេងស្លោត ឬលេងល្បែងស៊ីសង៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស អ្នកឈ្មោះ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទបានទទួល៖ _____ ចំនួនទឹកប្រាក់ (ចំនួនទឹកប្រាក់ដុល្លារមុនពេលបង់ពន្ធ)៖ _____</p>		
<p>II. ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព (មិនចាំបាច់សម្រាប់អាហារមូលដ្ឋាន)</p> <p>ខ្ញុំ សហព័ទ្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ៖</p> <p>1. មានគម្រោងចូល ស្នាក់នៅ ឬទ្រើបតែចាកចេញពីមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ (ដូចជាមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលចាស់ជរា)..... <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>2. ត្រូវការជំនួយជាមួយវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនទាន់បង់ប្រាក់សម្រាប់រយៈពេលបីខែកន្លងមកណាមួយ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>3. មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ជីកទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)៖ <input type="checkbox"/> Medicare (មិនមែនកម្មវិធី Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងក្តោបរួម <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងថែទាំរយៈពេលវែង <input type="checkbox"/> Indian Health Services (សេវាកម្មសុខភាពគណ្តា) <input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត៖ _____</p>		
<p>III. ធនធាន (ភ្ជាប់គ្នាជាមួយ មិនចាំបាច់សម្រាប់ HWD ឬអាហារមូលដ្ឋាន)</p> <p>ធនធានគឺជាអ្វីមួយដែលអ្នកមាន ឬកំពុងទិញ ដែលអាចយកទៅលក់ ផ្តល់ជូន ឬផ្ទេរយកសាច់ប្រាក់ ឬប្រាក់ដែលកាន់កាប់ដោយអ្នកដទៃ។ ធនធានមិនរាប់បញ្ចូលទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដូចជាគ្រឿងសង្ហារឹម ឬសម្លៀកបំពាក់ទេ។ ឧទាហរណ៍នៃធនធានគឺ៖</p> <ul style="list-style-type: none">• សាច់ប្រាក់• បរិក្ខារបច្ចេកទេស• វិញ្ញាបនបត្រប្រាក់បញ្ញើ (CDs)• មូលនិធិបញ្ចុះសព គម្រោងបង់ប្រាក់ជាមុន• គណនីចរន្ត• IRA / 401k• គណនីទីផ្សាររូបិយវត្ថុ• បរិក្ខារអាជីវកម្ម• គណនីសន្សំ• ផ្ទះ ដី ឬអគារ• សញ្ញាប័ណ្ណ• បសុសត្វ• មូលនិធិមហាវិទ្យាល័យ• មូលនិធិសោធននិរត្តន៍• ការធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត		

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ		SOCIAL SECURITY NUMBER (លេខរបបសន្តិសុខសង្គម)		លេខសម្គាល់អតិថិជន	
III. ធនធាន (ភ្ជាប់តម្លៃតាម មិនចាំបាច់សម្រាប់ HWD ឬអាហារមូលដ្ឋាន) (ត)					
1. សូមរាយបញ្ជីធនធានដែលអ្នក សហព័ទ្ធរបស់អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យមានកម្មសិទ្ធិ ឬកំពុងទិញ៖					
ធនធាន៖	អ្នកកាន់កាប់	ទីតាំង	តម្លៃ		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
2. ខ្ញុំ សហព័ទ្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យមានវេយនៃ ឡានដឹកទំនិញ ឡានជិះ ទូក យានជំនិះកម្សាន្ត (RVs) រថសណ្តោង ឬយានយន្តផ្សេងទៀត៖					
ឆ្នាំ (ឧ. 1980)	ម៉ាក (ឧ. FORD)	ម៉ូដែល (ឧ. ESCORT)	តួសន្លឹកបើកបរ	តួសន្លឹកបើកបរយានជំនិះត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងផ្សេងៗ	ចំនួនទឹកប្រាក់ជំពាក់
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. ខ្ញុំ សហព័ទ្ធរបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំបានលក់ ជួញដូរ ចែកចាយ ឬផ្ទេរធនធានក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ (រួមទាំងបរិយាកាស យានជំនិះ ឬអចលនទ្រព្យកម្មសិទ្ធិមួយជីវិត)៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស តើអ្វី៖ _____ ពេលណា៖ _____					
IV. ប្រាក់បំណាច់ប្រចាំឆ្នាំ(ការវិនិយោគដែលធ្វើឡើងដោយសមាជិកគ្រួសារណាមួយដើម្បីទទួលបានការទូទាត់ទៀងទាត់ក្នុងពេលនេះ ឬនាពេលអនាគត។)					
អ្នកណាកាន់កាប់ប្រាក់បំណាច់ប្រចាំឆ្នាំ?	ក្រុមហ៊ុន ឬស្ថាប័ន?	ចំនួនទឹកប្រាក់ ឬតម្លៃ	ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទទិញ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
ប្រសិនបើអ្នក ឬសហព័ទ្ធរបស់អ្នកមានផលប្រយោជន៍លើប្រាក់បំណាច់ប្រចាំឆ្នាំ ហើយអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំរយៈពេលវែង Washington Apple Health ការធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធ SSI ឬ CN អ្នកត្រូវតែដាក់ឈ្មោះរដ្ឋ Washington ជាអ្នកទទួលបានផលដែលនៅសល់នៃប្រាក់បំណាច់ប្រចាំឆ្នាំ។					
V. ចំណូលរកបាន (ភ្ជាប់តម្លៃតាម)					
1. ខ្ញុំ សហព័ទ្ធរបស់ខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានការងារដែលបានបញ្ចប់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃកន្លងមកនេះ៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ					
2. ខ្ញុំ សហព័ទ្ធរបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានប្រាក់ចំណូលពីការងារ៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបំពេញផ្នែកនេះ៖					
អ្នកដែលរកបានចំណូលនេះ៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក និងលេខទូរសព្ទ _____ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាស្វ័យនិយោជន៍មែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយប្រចាំខែសម្រាប់ស្វ័យនិយោជន៍៖ \$ _____			ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលទទួលបាន (ចំនួនទឹកប្រាក់ផ្សេងៗទៀតក្នុងពេលកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់៖ <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍៖ _____ ថ្ងៃបើកប្រាក់ខែ (ឧ, ទី1 និងទី15 ឬរៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ)៖ _____		
អ្នកដែលរកបានចំណូលនេះ៖ _____ ឈ្មោះនិយោជក និងលេខទូរសព្ទ _____ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម _____ តើការងារនេះជាស្វ័យនិយោជន៍មែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយប្រចាំខែសម្រាប់ស្វ័យនិយោជន៍៖ \$ _____			ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលទទួលបាន (ចំនួនទឹកប្រាក់ផ្សេងៗទៀតក្នុងពេលកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់៖ <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍៖ _____ ថ្ងៃបើកប្រាក់ខែ (ឧ, ទី1 និងទី15 ឬរៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ)៖ _____		

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ	SOCIAL SECURITY NUMBER (លេខរបបសន្តិសុខសង្គម)	លេខសម្គាល់អតិថិជន																
ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត																		
<p>Department offers voter registration services (ក្រសួងផ្តល់សេវាចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត) រួមទាំងការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារនេះទេ។ បើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាលក្ខណៈឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថានរណាម្នាក់បានជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬនីត្នាការនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋ Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>បើអ្នកមិនធ្វើកម្របអបណាមួយទេ យើងនឹងចាត់ទុកថាអ្នកបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះទេ លុះត្រាតែអ្នកមានសិទ្ធិ និងកុំបដិសេធការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។</p> <p>លុះត្រាតែអ្នកធ្វើក "ទេ" ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងករណីអ្នកនឹងមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំនៅក្នុងពេលបោះឆ្នោតលើកក្រោយ អ្នកជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយ DSHS មានឈ្មោះ អាសយដ្ឋានទីលំនៅ និងអាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានសញ្ជាតិ និងហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលបញ្ជាក់ពីការពិតនៃព័ត៌មានដែលមាននៅលើពាក្យសុំនេះ។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>បើអ្នកបានធ្វើកម្របអប "បាទ/ចាស" ឬមិនធ្វើកម្របអបណាមួយ ហើយអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌកម្រៃនៃការទទួលបានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ DSHS នឹងបញ្ជូនព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅ Office of the Secretary of State (ការិយាល័យរដ្ឋលេខាធិការ) ហើយអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិដើម្បីបោះឆ្នោត។</p>																		
សេចក្តីប្រកាស និងហត្ថលេខា (ចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមដើម្បីបំពេញពាក្យរាយការណ៍ស្តីពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក)។																		
<p>ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែ៖</p> <ul style="list-style-type: none">• ផ្តល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌរាយការណ៍។• ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិ។• កំណត់សិទ្ធិមួយចំនួនក្នុងការទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចិញ្ចឹមកូននៅក្នុងរដ្ឋ Washington នៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបាន Temporary Assistance for Needy Families (ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត, TANF)។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ខ្ញុំអាចសុំឱ្យ DSHS មិនទារប្រាក់ឧបត្ថម្ភចិញ្ចឹមកូនបានប្រសិនបើវានឹងបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្ញុំ ឬកូនរបស់ខ្ញុំ។• សហការបំពេញលក្ខខណ្ឌកម្រៃខាងការងារជំនួយអាហារ។ <p>ប្រសិនបើខ្ញុំមិនធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះទេ ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍ ឬត្រូវសងពួកគេវិញ។</p> <p>ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ ប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មិនពិតដោយចេតនា ឬខកខានមិនបានរាយការណ៍អ្វីមួយដែលខ្ញុំគួរតែរាយការណ៍។</p> <p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ DSHS ទាក់ទងបុគ្គល ឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតនៅពេលចាំបាច់ ដើម្បីជួយខ្ញុំទទួលបានភស្តុតាងដែលបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិ។</p> <p>សម្រាប់សាច់ប្រាក់ និងអាហារ៖ ខ្ញុំបានអាន ឬគេបានពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជនគឺឯកសារ DSHS 14-113។ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព ខ្ញុំបានអាន ឬគេបានពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំអំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ ហើយបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជនគឺឯកសារ, HCA 18-003។ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ ឬប្រកាសថា ក្រោមទោសប្បញ្ញត្តិនៃការបំពានសម្បជ្រក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋ Washington ថា រាល់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យក្នុងពាក្យនេះ រួមទាំងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសញ្ជាតិ និងស្ថានភាពជនបរទេស សមាជិកដែលដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ។</p> <p>សម្រាប់សាច់ប្រាក់ មនុស្សពេញវ័យទាំងអស់ (ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត) នៅក្នុងគ្រួសារត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។</p> <p>សម្រាប់ការរ៉ាប់រងសុខភាព អ្នកដាក់ពាក្យ (ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវតែចុះហត្ថលេខា)។</p> <p>សម្រាប់ជំនួយផ្នែកម្ហូបអាហារ ទាំងអ្នកដាក់ពាក្យ និងអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវតែចុះហត្ថលេខា លុះត្រាតែមានឯកសារតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតបច្ចុប្បន្ននៅក្នុងសំណុំឯកសារ។</p> <table><tr><td>ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (ទាមទារ)</td><td>កាលបរិច្ឆេទ៖</td><td>ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ</td><td>ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា</td></tr><tr><td>ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត</td><td>កាលបរិច្ឆេទ៖</td><td>ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់មនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត</td><td>ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា</td></tr><tr><td>ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំនួយការ ឬអ្នកតំណាង</td><td>កាលបរិច្ឆេទ៖</td><td>ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកតំណាង</td><td>ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា</td></tr><tr><td>ហត្ថលេខារបស់សាក្សី ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអក្សរ "X"</td><td>កាលបរិច្ឆេទ៖</td><td>ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់សាក្សី</td><td></td></tr></table>			ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (ទាមទារ)	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ	ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា	ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់មនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា	ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំនួយការ ឬអ្នកតំណាង	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកតំណាង	ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា	ហត្ថលេខារបស់សាក្សី ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអក្សរ "X"	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់សាក្សី	
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ (ទាមទារ)	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ	ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា															
ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់មនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត	ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា															
ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំនួយការ ឬអ្នកតំណាង	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកតំណាង	ទីក្រុង និងរដ្ឋជាទីកន្លែងដែលបានចុះហត្ថលេខា															
ហត្ថលេខារបស់សាក្សី ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអក្សរ "X"	កាលបរិច្ឆេទ៖	ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់សាក្សី																