

**ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ
Eligibility Review**

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການອ່ານ ຫລື ຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້, ກະລຸນາອໍເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກພວກເຮົາ.
ເຕັບຮັກສາເຈິງໜ້ານີ້ໄວ້ສໍາລັບບັນທຶກຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ ຫລື ອາຫານໄດ້ຢ່າງໃດ?

- ທ່ານສາມາດ **ເລີ່ມຕົ້ນ** ການດໍາເນີນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານດຽວນີ້ໂດຍການສົ່ງໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການບໍລິການຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນ. ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂນີ້, ທີ່ຢູ່, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ຫລື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕ່າງໜ້ານີ້ທີ່ຖືກອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຍື່ນໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານດຽວນີ້ໄດ້ເຖິງແມ່ນວ່າມັນຈະບັນຈຸແຕ່ສິ່ງສາມຢ່າງເຫລົ່ານີ້ກໍຕາມ.
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຫລາຍກວ່າ ຫລື ໄດ້ຮັບໄວກວ່າຖ້າຫາກວ່າທ່ານຂຽນປະກອບ, ແລະ ເອົາໃຫ້ພວກເຮົາໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານ ແລະ ຮາຍຮະອຽດອື່ນໆຕ່າງໆທີ່ພວກເຮົາອໍເອົາໂດຍໄວເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້.
- ທ່ານສາມາດເອົາໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານໄປຫາຕ້ອງການທ້ອງຖິ່ນ ຫລື ແຟກຊ໌ໂປທີ່ເລກ **1-888-338-7410**. ຈົ່ງເບິ່ງ www.dshs.wa.gov ເພື່ອສະຖານທີ່.
- ສິ່ງໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານໄປຫາທີ່ຢູ່ຕໍ່ລຶງໄປນີ້:

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
--	---
- ທ່ານສາມາດຂຽນປະກອບໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການລາຍນີ້ໄດ້ທີ່ www.washingtonconnection.org
- ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອໃບນີ້ສາມາດຖືກໃຊ້ໄດ້ຢ່າງດຽວເທົ່ານັ້ນເພື່ອຈະຕໍ່ໃຫມ່ການຄຸ້ມກັນສໍາລັບໂຄງການ **Washington Apple Health** ທີ່ຖືກບັງຄັບໃນຟອມໃບນີ້. ສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບອື່ນໆທ່ານຕ້ອງໄດ້ຂໍເອົາບໍວ່າຈະເປັນທາງອອນລາຍນີ້ທີ່ www.wahealthplanfinder.org, ໂດຍການໂທຫາເລກ **1-855-923-4633**, ຫລື ໂດຍການໃຊ້ໃບຄໍາຮ້ອງຂອງ **HCA** ສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ (**HCA 18-001**).

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອນໍາອາຫານ ແລະ ເງິນສົດໄດ້ໄວເທົ່າໃດ?

- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານໂດຍທັນທີໄລດ, ຈົ່ງຂຽນໃສ່ຄໍາຕາມ **1** ຮອດ **14** ຢູ່ໜ້າ ແລະ ຖືເອົາໃບຟອມນີ້ໄປຫາຕ້ອງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
- ພວກເຮົາຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ບໍ່ ພາຍໃນ **7 ວັນ** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານສະແດງຫລັກຖານຂອງເອກະລັກປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງນໍາກິດຮະບຽບຂອງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
 - ພວກເຮົາເບີກການຊ່ວຍເຫລືອອອກໃຫ້ໃນວັນທີຫລັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
 - ການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຕາມປົກກະຕິແລ້ວເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ.
 - ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດຕາມປົກກະຕິແລ້ວເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
 - ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຕັດສິນວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ບໍ່ ພາຍໃນ **30** ວັນຂອງວັນທີ່ທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
 - ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຈາກສະຖານບັນກັກອ້ງ, ວັນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນວັນທີ່ຂອງການປົດປ່ອຍ ຫລື ການປ່ອຍຕົວອອກມາຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ແລະ ໂຄງການອື່ນໆ

ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດຮະບຽບຂອງໂຄງການ **SNAP** ສໍາລັບການດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ລວມເອົາການດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງພາຍໃນ ຂອບເຂດເວລາ, ການອອກໃບແຈ້ງການທີ່ຖືກຕ້ອງເຫມາະສົມ, ແລະ ການແນະນໍາທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິທາງອໍານາດການປົກຄອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຂອງທ່ານພຽງແຕ່ຍ້ອນວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອຢ່າງອື່ນໆໄດ້ຖືກປະຕິເສດ.

ສິດທິພິລເມືອງ

ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພິລເມືອງຂອງຮຸບຮ່າງ ແລະ ກົດຮະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພິລເມືອງຂອງກົມກະສິກໍາຂອງ **U.S. (USDA)**, ກົມ **USDA**, ອົງການ, ຫ້ອງການ ແລະ ພະນັກງານຂອງເຂົາເຈົ້າ, ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົາຮ່ວມໃນໂຄງການ ຫລື ບໍລິຫານໂຄງການນີ້ໄດ້ຖືກຫວງຫ້າມຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນ ວັນນະໂຍບາຍໂດຍອີງໃສ່ພັນຖານຂອງພົວພັນ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ, ສາສະນາ, ເພດ, ເອກະລັກປະຈໍາຕົວທາງເພດ (ລວມທັງການສະແດງອອກມາທາງເພດ), ການປັບຕົວທາງເພດ, ຄວາມເສຍອົງຄະ, ອາຍຸ, ສະພາບການແຕ່ງງານ, ສະພາບຂອງຄອບຄົວ/ພໍ່ແມ່, ຮາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ຮັບມາຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຫລວງ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງດ້ານການເມືອງ, ຫລື ການແກ້ແຜ່ນ ຫລື ການຕອບໂຕ້ສໍາລັບກົກກັນກ່ຽວກັບສິດທິພິລເມືອງໃນຜ່ານມາ, ຢູ່ໃນໂຄງການ ຫລື ກິຈະກຳແນວໃດແນວນຶ່ງທີ່ຖືກດໍາເນີນການ ຫລື ອອກທົນໃຫ້ໂດຍກົມ **USDA** (ບໍ່ແມ່ນວ່າພັນຖານທີ່ຖືກຫວງຫ້າມທຸກໆຢ່າງຈະກ່ຽວນໍາທຸກໆໂຄງການ). ວັນທີ່ກຳນົດຕາຍໂຕຂອງການຍື່ນວິທີການແກ້ໄຂ ຫລື ການຮ້ອງທຸກຈະແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມໂຄງການ.

ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະຜູ້ທີ່ຕ້ອງການວິທີທາງການຕິດຕໍ່ສື່ສານແບບອິນສໍາລັບຮາຍຮະອຽດຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງວ່າ, ຕົວໜັງສືສໍາລັບຄົນຕາຍອດ, ເອກສານພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ເທັບອັດສຽງ, ພາສາອະເມຣິກັນໃບ້, ອື່ນໆ) ລວມຈະຕິດຕໍ່ຫາຕ້ອງການທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫລື **TARGET Center** ຂອງ **USDA** ໄດ້ທີ່ເລກ **(202) 720-2600** (ສຽງເວົ້າ ຫລື **TTY**) ຫລື ຕິດຕໍ່ຫາ **USDA** ໂດຍຜ່ານ **Federal Relay Service** ໄດ້ທີ່ເລກ **(800) 877-8339**. ນອກຈາກນັ້ນອີກ, ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການຈະມີໄວ້ໃຫ້ອີກຄືກັນເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະຂອງໂຄງການ, ຈົ່ງຂຽນປະກອບໃບຟອມການຮ້ອງທຸກເຮືອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະຂອງ **USDA, AD-3027**, ມືບເຫັນໄດ້ຢູ່ທາງອອນລາຍນີ້ທີ່ http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ຫລື ຢູ່ຕາມຫ້ອງການ **USDA** ທຸກໆບ່ອນ, ຫລື ຂຽນໜັງສືໄສເສທິຢູ່ໂປຫາ **USDA** ແລະ ບອກຢູ່ໃນໜັງສືຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາໃບຟອມ. ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາໃບຟອມການຮ້ອງທຸກ, ຈົ່ງໂທຫາເລກ **(866) 632-9992**. ສິ່ງໃບຟອມ ຫລື ໜັງສືທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ **USDA** ໂດຍທາງ:

- ໂປສະນີທີ່: **U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;**
- ແຟກຊ໌: **(202) 690-7442**; ຫລື
- ທາງອີແມລ໌: **program.intake@usda.gov**.

USDA ເປັນຜູ້ບໍລິການ, ນາຍຈ້າງ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ຍິນໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

ສະພາບການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ

ທ່ານອາດຈະສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບບາງຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາເຖິງແມ່ນວ່າຄົນອື່ນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຍ້ອນສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງເຂົາເຈົ້າກໍຕາມ. ທ່ານຕ້ອງບອກໃຫ້ພວກເຮົາຊາບກ່ຽວກັບສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງທຸກຄົນທີ່ອໍເອິກການຊ່ວຍເຫຼືອ. ສະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວຈະຖືກພິສູດໂດຍພະແນກ **USCIS** (ຮູ້ຈັກແຕ່ກ່ອນວ່າແມ່ນ **INS**). ຮາຍຮະອຽດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກພະແນກ **USCIS** ຈະສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ແລະ ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອ. ພວກເຮົາມີການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບທີ່ຈະຄຸ້ມກັນຄົນຕ່າງດ້ວຍບາງຄົນ.

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຮັຖບານກາງ (**42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6**), ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າໃຫ້ພວກເຮົາເລກຄວາມປອດພ້ອມຂອງສັງຄົມ (**SSN**) ສໍາລັບທຸກຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາທີ່ເຮົາຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອ **Washington Apple Health, TANF**, ຫລື ການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ. ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງການເລກ **SSN** ຂອງພໍ່ແມ່ ແລະ ຄູ່ຜົວເມັງຮູ້ອີກຄືກັນທີ່ອາໄສຢູ່ນໍາທ່ານແຕ່ວ່າບໍ່ໄດ້ອໍເອິກການຊ່ວຍເຫຼືອ. ພວກເຮົາມີການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບສໍາລັບບາງບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີເລກ **SSN**.

ການເປັນສັນຊາດ ແລະ ເອກະລັກປະຈຳຕົວສໍາລັບ Washington Apple Health

ຄົນສັນຊາດ **U.S.** ຕ້ອງພິສູດການເປັນສັນຊາດ ແລະ ເອກະລັກປະຈຳຕົວເພື່ອຈະໄດ້ຮັບໂຄງການ **Washington Apple Health**. ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານເກັບກຳເອົາຫຼັກຖານມາໄດ້. ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາຕ້ອງການເອກະສານທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ເສັງເງິນສໍາລັບທ່ານ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງໄປເອົາມັນ ແລະ ຈ່າຍເງິນໃຫ້. ພວກເຮົາບໍ່ຕ້ອງການຫຼັກຖານສໍາລັບທຸກຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບເມດິແຄຣ໌, ເງິນປະກັນພ້ອມເສັງອົງຄະຄວາມປອດພ້ອມຂອງຊັງຄົມ (**SSDI**) ທີ່ຖືກອີງໃສ່ຄວາມເສັງອົງຄະເຂົາເຈົ້າເອງ ຫລື ເງິນປະກັນພ້ອມເພີ່ມເຕີມ (**SSI**).

ການຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ຮັດສໍາລັບການປົ່ວພະຍາບານ ແລະ ການປົ່ວຮະຍະຍາວ

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍການກູ້ເອົາເງິນຄືນຈາກມູນມໍຣະດົກ (**Washington State Estate Recovery**) (**RCW 41.05a. 090 ແລະ 43.20B.080**) ມູນມໍຣະດົກຂອງທ່ານຈະຕ້ອງການເພື່ອຈ່າຍເງິນຄືນສໍາລັບຄ່າຮາຍຈ່າຍທີ່ກິນໄດ້ຈ່າຍສໍາລັບຄ່າຂອງການປົ່ວພະຍາບານ ແລະ ການປົ່ວຮະຍະຍາວ ແລະ ການຮັບອຸບາງຢ່າງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຮອດອາຍຸ **55** ປີແລ້ວ. ມັນບໍ່ມີຂອບເຂດອາຍຸຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍຣິການທີ່ຖືກອອກເງິນຫຼິ້ນໃຫ້ໂດຍຮັດເທົ່ານັ້ນ. ການກອບກູ້ເອົາມູນມໍຣະດົກເລີ້ມຕົ້ນຫຼັງຈາກການເສັງອົງຄະຂອງທ່ານ; ການຈ່າຍເງິນຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຫຼັງຈາກການເສັງອົງຄະຂອງຄູ່ຜົວເມັງຮູ້ທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານ, ຫລື ເມື່ອເວລາລູກຂອງທ່ານຮອດອາຍຸ **21** ປີ, ນອກຈາກວ່າລູກເປັນຄົນຕາຍອດ/ເສັງອົງຄະໃນເວລາຂອງການເສັງອົງຄະຂອງທ່ານ. ຮັດສາມາດຍື່ນການຜູກມັດໃສ່ທີ່ດິນເຮືອນຂອງທ່ານກ່ອນການເສັງອົງຄະ, ໃນທຸກໆອາຍຸ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນເບິ່ງແຍງດູແລຜູ້ເຖົ້າ ແລະ ບໍ່ຄ້າຍຄືວ່າຈະກັບຄືນມາເຮືອນ. ຮັດສາມາດສາມາດເກັບເອົາການຜູກມັດອັນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຂາຍ ຫລື ໂອນທີ່ດິນເຮືອນຂຸນ, ຫລື ຫຼັງຈາກການເສັງອົງຄະຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກັບຄືນມາເຮືອນ, ຮັດຈະເອົາການຜູກມັດອອກ. ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ, ລວມທັງລາຍຊື່ຂອງການບໍຣິການປົ່ວທີ່ຕ້ອງຖືກເກັບກຳເອົາຈາກມູນມໍຣະດົກ, ຈົ່ງເບິ່ງກົດໝາຍ **Chapter 182-527 WAC**.

ຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ ແລະ ອາຫານຂອງທ່ານ

ກົດບັນຍັດ **Food and Nutrition Act of 2008**, ອະນຸຍາດໃຫ້ກິນທີ່ຈະເກັບກຳເອົາຮາຍລະອຽດທີ່ພວກເຮົາຂໍເອົາຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ. ການເອົາໃຫ້ຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກຂໍຮ້ອງເອົາແມ່ນຕາມສະມັກໃຈ, ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຄວາມພິດພາດທີ່ຈະເອົາຮາຍຮະອຽດໃຫ້ໂດຍປາສຈາກເຫດຜົນດີຈະເປັນຜົນເຖິງການໃນການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຈຳເປັນ. ພວກເຮົາຈະພິສູດຮາຍລະອຽດບາງຢ່າງນໍາໂຄງການປຽບທຽບໃສ່ໃຫ້ກົງກັນກັບຄອມພິວເຕີ, ລວມທັງຮະບົບພິສູດເງິນຮາຍໄດ້ ແລະ ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ (**IEVS**).

ພວກເຮົາໃຊ້ຮາຍລະອຽດອັນນີ້ເພື່ອຈະ:	ພວກເຮົາອາດຈະເອົາຮາຍລະອຽດອັນນີ້ໃຫ້:
<ul style="list-style-type: none"> ຕັດສິນວ່າໃຜມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ເກັບເອົາເງິນຈ່າຍເກີນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ. ກຳກັບຄອບຄຸມໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ. 	<ul style="list-style-type: none"> ຫ້ອງການຂອງຮັຖບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດສໍາລັບການໃຊ້ເປັນທາງການ. ຫ້ອງການຕໍາຣວດທີ່ຕິດຕາມຊອກຫາບຸກຄົນທີ່ກຳລັງໜີເພື່ອຫລີກກີດຫມາຍ. ຫ້ອງການເກັບເງິນຂອງເອກະຊົນເພື່ອຈະເກັບເອົາເງິນຈ່າຍເກີນຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ.
<p>ຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກລາຍງານໄປຫາກົມສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ສາທາຣະນະສຸກອາດຈະສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບທີ່ຖືກບໍຣິຫານໂດຍ Health Care Authority ແລະ Health Benefit Exchange.</p>	
<p>ຄຳເຕືອນກ່ຽວກັບການປັບໄຫມລົງໂທດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ</p>	
<p>ພວກເຮົາກວດເບິ່ງນໍາຫ້ອງການອື່ນໆວ່າຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ ຫລື ບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າຮາຍລະອຽດອັນໃດອັນນຶ່ງແມ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບຸກຄົນທີ່ອໍເອິກອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ.</p>	
<p>ສະມາຊິກຄົນໃດທີ່ລ່ວງກະເມີດກົດຮະບຽບອັນໃດອັນນຶ່ງໂດຍເຈດຕະນາສາມາດຖືກ:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ຈະຖືກຕັດສິນລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຮັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາຕ່າງໆ. ຖືກກົດກັ້ນຫມິດສິດຈາກໂຄງການ SNAP ເປັນເວລານຶ່ງປີໄປຫາຖາວອນເລີຍ. ຖືກປັບໄຫມສູງເຖິງ \$250,000. ຖືກຈຳອຸກມານເຖິງ 20 ປີ. ຖືກກົດກັ້ນຫມິດສິດຈາກໂຄງການ SNAP ເປັນເວລາ 18 ເດືອນເພີ່ມເຕີມຖ້າຖືກສົ່ງຈາກສານ. 	
<p>ຖ້າຫາກວ່າສານພິບວ່າທ່ານຜິດໃນຂໍ້ຫາ:</p>	
<p>ການຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດທຸຣະກິດທີ່ກ່ຽວພັນນໍາ:</p>	<p>ທ່ານຈະ:</p>
<ul style="list-style-type: none"> ການຄ້າຂາຍສານເສບຕິດ..... 	<ul style="list-style-type: none"> ຖືກຕັດສິດຈາກສອງປີໄປເປັນຖາວອນເລີຍ
<ul style="list-style-type: none"> ການຄ້າຂາຍອາດູດ, ກະສຸນ ຫລື ຮະເບີດ..... 	<ul style="list-style-type: none"> ຖືກຕັດສິດຖາວອນເລີຍ
<ul style="list-style-type: none"> ການຄ້າການຊ່ວຍເຫຼືອເຖື່ອນເປັນຈຳນວນລວມເຂົ້າກັນຫລາຍກວ່າ \$500..... 	<ul style="list-style-type: none"> ຖືກຕັດສິດຖາວອນເລີຍ
<ul style="list-style-type: none"> ການສື່ໂກງທີ່ຢູ່ ຫລື ເອກະລັກປະຈຳຕົວ..... 	<ul style="list-style-type: none"> ຖືກຕັດສິດເປັນເວລາ 10 ປີ

ໃບທວນຄືນເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ Eligibility Review

ສອບຖາມພວກເຮົາຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້

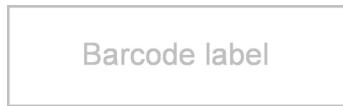
1. ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (ຕ້ອງມີ)	2. ເລກປະຈຳຕົວຂອງລູກຄ້າ (ຖ້າຮູ້ຈັກ)
3. ທີ່ຢູ່ຖືກນິຍົມທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ ຮັດ ຊິບໂລຄ	4. ເລກໂທລະສັບທຳອິດ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມໄວ້
5. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ ຮັດ ຊິບໂລຄ	6. ເລກໂທລະສັບສຳລອງ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ສັ່ງຄວາມໄວ້
8. ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍເອົາ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວນຳ):		7. ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌
<input type="checkbox"/> ເງິນສົດ <input type="checkbox"/> ສະຖານທີ່ຊ່ວຍດຳລົງຊີວິດ/ເຮືອນຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ <input type="checkbox"/> ອາຫານ <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວຮະຍະຍາວຢູ່ໃນເຮືອນ <input type="checkbox"/> ໂຄງການປະຢັດເງິນເມດີເຊີ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ <input type="checkbox"/> ໂຄງການເບິ່ງແຍງຄົນປ່ວຍໃນວາຣະສຸດທ້າຍ <input type="checkbox"/> ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ/ພະນັກງານທີ່ເສຍອົງຄະ (HWD) <input type="checkbox"/> ການຄຸ້ມກັນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສຳລັບຄົນຊາຮາ.ຕາບອດຫລືເສຍອົງຄະ <input type="checkbox"/> ການຊົມຮູ້ທີ່ຖືກເຮັດອອກມາໃຫ້ເຫມາະສົມສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸແກ່		
9. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ): <input type="checkbox"/> ຢູ່ໃນສະພາບການຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ <input type="checkbox"/> ມີຄວາມເສຍອົງຄະ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຍ້ອນບັນຫາສຸຂະພາບ <input type="checkbox"/> ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ: ຊື່: _____ ວັນທີຄອດລູກ: _____		
10. ທ່ານຄາດຫມາຍວ່າຄອບຄົວຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນເທົ່າໃດໃນເດືອນນີ້? \$ _____		
11. ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີເງິນເປັນເງິນສົດ ແລະ ໃນບັນຊີທະນາຄານຫລາຍປານໃດ? \$ _____		
12. ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນ ຫລື ຄ່າງວດເຮືອນເທົ່າໃດ? \$ _____		
13. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່ານໍ້າຄ່າໄຟແຜນວໃດແດ່ທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍ? <input type="checkbox"/> ອາຍດຸ່ນ/ອາຍເຢັນ <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____		
14. ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເປັນຄົນເຮັດຟາມຕາມຣະດູ ຫລື ເຄື່ອນຍ້າຍໄປມາບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ		
15. ຖ້າຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ, ມີຈັກຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ທ່ານຊື່ ແລະ ຄົວກິນອາຫານເພື່ອ? _____		

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

16. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການນາຍພາສາ. ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າພາສາ: _____ ຫລື ພາສາໃບ; ແປຫນັງສືຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ເປັນພາສາ: _____

17. ຂຽນຊື່ທຸກໆຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານໃສ່ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາໃຫ້ເອົາເຈົ້າກໍຕາມ (ຕັດຄັດເຈັ້ງເພີ່ມໃສ່, ຖ້າຈຳເປັນ).

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ	ຄົນຜູ້ນີ້ ສົມພັນ ນຳທ່ານ ແນວໃດ?	ວັນເກີດ	ຫມາຍໃສ່ຖ້າ ວ່າທ່ານຕ້ອງ ການການ ຊ່ວຍເຫລືອ ສຳລັບຄົນນີ້	ຕາມໃຈສຳລັບຜູ້ບໍ່ໄດ້ຂໍເອົາ			
					ເລກ ຄວາມປອດພັ ຍ ຂອງສັງຄົມ	ຫມາຍໃສ່ ຖ້າເປັນ ຄົນສັນຊາດ U.S.	ຜົວຜັນ (ເບິ່ງຕົວ ຢ່າງຂ້າງລຸ່ມ)	ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ (ສຳລັບຄົນອະເມຣິ ກັນອິນດຽນ, ຄົນ ອາລາສຄາດັງເດີມ)
		ຂ້າພະເຈົ້າເອງ		<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"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		



ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
<p>18. ເບື້ອງຫລັງຊົນເຜົ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຄົນຮີສແປນິກ ຫລື ລາຕິໂນ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຮາຍຮະອຽດເບື້ອງຫລັງກ່ຽວກັບຜົວພັນ ແລະ ຊົນເຜົ່າແມ່ນສະມັກໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອ. ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ໄດ້ຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະຮັບປະກັນວ່າການຊ່ວຍເຫລືອຂອງໂຄງການໄດ້ຖືກແຈກຢາຍໃຫ້ໂດຍປາສຈາກການເບິ່ງໃສ່ຜົວພັນ, ສີສັນ, ຫລື ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ, ກົມກະສິກຳ USDA ບິ່ງໃຫ້ພວກເຮົາຕອບໃຫ້ທ່ານຖ້າທ່ານວ່າບໍ່ມີຮາຍຮະອຽດແນວໃດໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້. ຕົວຢ່າງຂອງຜົວພັນ: ຄົນຂາວ, ຄົນດຳ ຫລື ຄົນແອຟຣິກັນອະເມຣິກັນ, ຄົນເອເຊັດ, ຄົນຮາວາຍອຽນດັ່ງເດີມ, ຄົນເກາະປາຊີຟິກ, ຄົນອະເມຣິກັນອິນດຽນ, ອາລາສກາດັ່ງເດີມ, ຫລື ການປະສົມຜົວພັນຕ່າງໆ.</p>		
I. ຮາຍລະອຽດທົ່ວໄປ		
<ol style="list-style-type: none"> ໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ, ຫລື ການຄຸ້ມກັນເປັນປົວສຸຂະພາບາກຮັດອື່ນ, ຊົນເຜົ່າ, ຫລື ບ່ອນອື່ນ. <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ອາສັຍຢູ່ນອກຮັດວິຊາ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ຖືກຮັບປະກັນເຊົ່າມາ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາຍຸ 16 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າຢູ່ໃນ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): <input type="checkbox"/> ຮາຍສະກຸນ ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ນອກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊົ່ວຄາວ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ແມ່ນໃຜ: _____ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຄີຍຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບທະຫານຂອງ U.S. , ທະຫານປ້ອງກັນຊາດ ຫລື ທະຫານສຳຮອງ ຫລື ເປັນຄົນຫວັງເພິງ ຫລື ຄູ່ຜົວເມັງຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ເຄີຍຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ: _____ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ກຳລັງຫນີຈາກກົດຫມາຍເພື່ອຈະຫລີກລ້ຽງໄປສາມ ຫລື ເຂົ້າຄຸກສຳລັບອາສາກັມໂທດອາດາຍ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຂ້າພະເຈົ້າອາສັຍຢູ່ໃນ: <input type="checkbox"/> ເຮືອນ ຫລື ຫ້ອງແຖວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຢູ່ເປັນຫມູ່ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____ <input type="checkbox"/> ສະຖານທີ່ (ຂຽນບອກຊະນິດ): _____ ວັນທີ່ເຂົ້າໄປ: _____ ຂ້າພະເຈົ້າເປັນ: <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກທາງກັນ <input type="checkbox"/> ຫນ້າຍ <input type="checkbox"/> ຢູ່ໃນຄວາມສັມພັນຢູ່ເຮືອນນຳກັນທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຄ້າຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານສຳລັບປາເສບຕິດຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຊື້ ຫລື ການຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານກາຍເກີນ \$500 ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການຄ້າຂາຍການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານສຳລັບປີນ, ລູກກະສຸນ, ຫລື ຮະເບີດ ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມພິດໃນການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານຢູ່ໃນຫລາຍກວ່າຮັດນຶ່ງ ຫລັງຈາກເດືອນເຊັບເທັມເບີ 22, 1996: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: a. ເດີນປະທ້ວງ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ b. ຄົນກິນນອນ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊະນະ \$3,750 ຫລື ຫລາຍກວ່າໃນຫວຍລິເຕີຣີຫລືການພະນັນ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ: _____ ວັນທີ່ໄດ້ຮັບ: _____ ຈຳນວນເງິນ (ຈຳນວນເງິນໂດລາກ່ອນຫັກພາສີ): _____ 		
II. ຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບປະກັນພັຍພະຍາບານ (ບໍ່ຕ້ອງການສຳລັບອາຫານຈຳເປັນ)		
<p>ຂ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:</p> <ol style="list-style-type: none"> ວາງແຜນວ່າຈະເຂົ້າໄປຢູ່ໃນ, ຫລື ຫາກອອກຈາກສະຖານທີ່ພະຍາບານ (ເຊັ່ນວ່າໂຮງພະຍາບານຫລືເຮືອນເບິ່ງຜູ້ເຖົ້າ) <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳໃບບັນພະຍາບານທີ່ຍັງບໍ່ທັນຈ່າຍເທື່ອສຳລັບສາມເດືອນຜ່ານມາເດືອນໃດເດືອນນຶ່ງ..... <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ມີປະກັນພັຍສຸຂະພາບ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): <input type="checkbox"/> ເມດິແຄຣ໌ (ບໍ່ແມ່ນ Washington Apple Health) <input type="checkbox"/> Tricare (ທຣາຍແຄຣ໌) <input type="checkbox"/> ປະກັນພັຍປື້ນປົວຮະຍະຍາວ <input type="checkbox"/> ການປື້ນປົວສຸຂະພາບຊົນເຜົ່າອິນດຽນ <input type="checkbox"/> ປະກັນພັຍສຸຂະພາບອື່ນໆ: 		
III. ຊັບສິນບັດ (ຄັດຫລັກຖານມານຳ: ບໍ່ຕ້ອງການສຳລັບໂຄງການ HWD , ຫລື ອາຫານຈຳເປັນ)		
<p>ຊັບສິນບັດແມ່ນທຸກໆຢ່າງທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫລື ຊື່ເອົາມາຊື່ງສາມາດຂາຍໄດ້, ແລກປ່ຽນໄດ້, ຫລື ປ່ຽນມາເປັນເງິນສົດໄດ້ ຫລື ເງິນທີ່ຖືກກຳໄວ້ໂດຍຄົນອື່ນ. ຊັບສິນບັດບໍ່ໄດ້ລວມເອົາຊັບສິນສ່ວນຕົວເຊັ່ນວ່າເຟນີເຈີ, ຫລື ເຄື່ອງນຸ່ງ. ຕົວຢ່າງຂອງຊັບສິນບັດແມ່ນ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ເງິນສົດ • ບັນຊີເຊັກກືງ • ບັນຊີເຊວວີງ • ເງິນທຶນເຮົາຄອນເຫລດ • ເງິນສິນເຊື້ອ • ເງິນ IRA / 401k • ເຮືອນ, ດິນ ຫລື ຕຶກອາຄານ • ເງິນສົດ • ບັນຊີເງິນຕະລາດ • ບອນດ໌ • ເງິນເປັຽບຳນານ • ເງິນຝັງສົບ, ແຜນການຈ່າຍກ່ອນ • ອຸປະກອນເຄື່ອງຈັກການຄ້າ • ສັດລ້ຽງ • ປະກັນພັຍເຊີວິດ 		

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ			
III. ຊັບສົມບັດ (ຄັດຫຼັກຖານມານາ: ບໍ່ຕ້ອງການສຳລັບໂຄງການ HWD , ຫລື ອາຫານຈຳເປັນ) (ຕໍ່)					
ກະຮຸນາຂຽນລາຍຊື່ຊັບສົມບັດທີ່ທ່ານ, ຜົວເມັຽຂອງທ່ານ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ເປັນເຈົ້າຂອງຫລື ຊື່ເອົາ:					
ຊັບສົມບັດ	ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່			
		ມູນຄ່າ			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
2. ຫ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຫ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຫ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ ມີຣິດ, ຣິດທຮັກ, ຣິດແວນ, ເຮືອ, RVs, ຣິດເທຣເລີ, ຫລື ຣິດຍົນແນວອື່ນ:					
ປີ (ເຊັ່ນ, 1980)	ຍີ່ຫໍ້ (ເຊັ່ນ, FORD)	ແບບ (ເຊັ່ນ, ESCORT)	ຫມາຍໃສ່ຖ້າເຊົ່າ	ຫມາຍໃສ່ຖ້າຣິດຖືກໃຊ້ສຳລັບ ຈຸດປະສົງດ້ານພະຍາບານ	ຈຳນວນເງິນທີ່ຍັງ ຕິດຫນີ້ຢູ່
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. ຫ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຫ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຫ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ ໄດ້ຂາຍ, ແລກປ່ຽນເອົາ, ເອົາໃຫ້ໄປ, ຫລື ໂອນຊັບສົມບັດໃນຫ້າປີຜ່ານມາ (ລວມທັງ ເງິນສົນເຊື້ອ, ຣິດ, ເງິນສິດ ຫລື ມໍຣະດົກຊີວິດ): <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນຫຍັງ: _____ ເມື່ອໃດ: _____					
IV. ເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ (ການລົງທຶນທີ່ຖືກເຮັດໂດຍສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດຄົນນຶ່ງເພື່ອຈະໄດ້ເງິນຈ່າຍເປັນປົກກະຕິດຽວມື້ຫລືໃນອະນາຄົດ)					
ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ?	ບໍຣິສັດ ຫລື ສະຖາບັນ?	ຈຳນວນເງິນ ຫລື ມູນຄ່າ	ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ວັນທີເຊົ່າເຮັດ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານ, ຫລື ຄູ່ຜົວເມັຽຂອງທ່ານ, ມີຜົນປະໂຫຍດໃນເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ ແລະ ທ່ານຮັບເອົາໂຄງການປົນປົວຣະຍະຍາວຂອງ Washington Apple Health, ການຄຸ້ມກັນ SSI ຫລື ກ່ຽວຂ້ອງນຳ SSI, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ບິ່ງຊື່ຮັດວິຊາຕົນໃຫ້ເປັນຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງເງິນຈ່າຍປະຈຳປີ.					
V. ຮາຍໄດ້ທີ່ເຮັດວຽກເອົາ (ຄັດຫຼັກຖານມານາ)					
1. ຫ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຫ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຫ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ມີວຽກທີ່ໄດ້ສິ້ນສຸດລົງໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ					
2. ຫ້າພະເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຫ້າພະເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຫ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍໃຫ້ ມີຮາຍໄດ້ຈາກວຽກ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາຂຽນພາກສ່ວນນີ້:					
ໃຜເຮັດເງິນຮາຍໄດ້ອັນນີ້ _____			ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນຫັກອອກ) \$ _____ ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ: _____ ວັນທີເບີກເງິນ (ເຊັ່ນວ່າ, ວັນທີ 1 st ແລະ 15 th , ຫລື ທຸກໆວັນສຸກ): _____		
ຊື່ ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____					
ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ _____					
ວຽກອັນນີ້ແມ່ນວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຈຳນວນເງິນຮາຍຈ່າຍວຽກງານສ່ວນຕົວປະຈຳເດືອນ: \$ _____					
ໃຜເຮັດເງິນຮາຍໄດ້ອັນນີ້ _____			ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນຫັກອອກ) \$ _____ ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ: _____ ວັນທີເບີກເງິນ (ເຊັ່ນວ່າ, ວັນທີ 1 st ແລະ 15 th , ຫລື ທຸກໆວັນສຸກ): _____		
ຊື່ ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ _____					
ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ _____					
ວຽກອັນນີ້ແມ່ນວຽກງານສ່ວນຕົວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຈຳນວນເງິນຮາຍຈ່າຍວຽກງານສ່ວນຕົວປະຈຳເດືອນ: \$ _____					

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
-----------------	------------------------	------------------

VI. ຮາຍໄດ້ອື່ນໆ (ຄັດຫຼັກຖານມານຳ; ໃບລາຍງານສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນ)

<ul style="list-style-type: none"> ເງິນວ່າງງານ ເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ ຮາຍໄດ້ຈາກຊົນເຜົ່າ ຮາຍໄດ້ຈາກການພະນັນ ເງິນການສຶກສາ (ເງິນຍືນຂອງນັກຮຽນ, ເງິນຫິນ, ຫລືເຮັດວຽກນຳຮຽນນຳ) 	<ul style="list-style-type: none"> ເງິນຄວາມປອດພັຍເພີ່ມເຕີມ (SSI) ເງິນລ້ຽງລູກ ຫລື ຄູ່ຜົວເມັຽ ເງິນທາງຮົດໄຟ ເງິນເຊົ່າເຮືອນ 	<ul style="list-style-type: none"> ເງິນເບັ້ຽບຳນານ ຫລື ເບັ້ຽລ້ຽງ ເງິນນັກຮົບເກົ່າ (VA) ຫລື ເງິນທະຫານ ເງິນແຮງງານ ແລະ ອຸສຫະກັມ (L&I) ເງິນສິນເຊື້ອ ເງິນດອກເບັ້ຽ/ເງິນແບ່ງປັນກັນ
ຊະນິດຂອງຮາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ທາເອົາ	ໃຜໄດ້ຮັບຮາຍໄດ້?	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນທັງຫມົດ
		\$
		\$
		\$

VII. ຮາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນ

ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ \$	ຄ່າງວດເຮືອນ \$	ຄ່າເຊົ່າບ່ອນວ່າງ \$	ປະກັນພັຍເຈົ້າຂອງເຮືອນ \$	ພາສີທີ່ດິນ \$	ຄ່າທຳນຽມອື່ນໆ \$
ຄຳນຳຄ່າໄຟແນວໃດແດດທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຕ່າງຫາກຈາກຄ່າເຊົ່າເຮືອນ ຫລື ງວດເຮືອນ?					
<input type="checkbox"/> ອາຍອຸນ (ໄຟຟ້າ/ແກສ) <input type="checkbox"/> ໄຟຟ້າ (ບໍ່ແມ່ນອາຍອຸນ) <input type="checkbox"/> ນ້ຳ <input type="checkbox"/> ໂທຣະສັບເຮືອນ/ມືຖື <input type="checkbox"/> ນ້ຳເສັຽ <input type="checkbox"/> ຂີ້ເຫຍື້ອ					
ບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນ, ເຊັ່ນວ່າເຮືອນຫລວງ, ຊ່ວຍຮັບເຈົ້າຈ່າຍທັງຫມົດ ຫລື ສ່ວນນຶ່ງຂອງຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ					
ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນໃຜ: _____ ຮາຍຈ່າຍອື່ນໃດ: _____ ຈຳນວນເງິນທີ່ເອົາເຈົ້າຈ່າຍ: \$ _____					
<input type="checkbox"/> ຮັບເຈົ້າໄດ້ຮັບເງິນຈ່າຍຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອພະລັງງານເຮືອນສຳລັບຄົນມີຮາຍໄດ້ຕ່ຳ (LIHEAA) ໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາ.					
ຮັບເຈົ້າ, ຜົວເມັຽຂອງຮັບເຈົ້າ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງຮັບເຈົ້າຈ່າຍ ຫລື ຄວນຈະຈ່າຍ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):					
<input type="checkbox"/> ຄ່າຝາກລູກ ຫລື ຄ່າເບິ່ງແຍງຜູ້ໃຫຍ່ຫວັງເພິ່ງ (ລວມທັງຄ່າອື່ນສິ່ງໄປມາ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$			ໃຜຈ່າຍ:	
<input type="checkbox"/> ໃບຍືນພະຍາບານສຳລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ ຫລື ອາຍຸ 60 + (ລວມທັງຄ່າອື່ນສິ່ງ ແລະ ຄ່າທຳນຽມປະກັນພັຍສຸຂະພາບ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$			ໃຜຈ່າຍ:	
<input type="checkbox"/> ເງິນລ້ຽງລູກ (ຄັດຫຼັກຖານມາ)	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ: \$			ໃຜຈ່າຍ:	
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ລາຍງານຮາຍຈ່າຍທີ່ຖືກບິ່ງລາຍຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ແນວໃດແນວນຶ່ງ, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າອັນນີ້ເປັນຄຳຮຽກຮ້ອງໂດຍຄອບຄົວຂອງທ່ານວ່າທ່ານບໍ່ຢາກໄດ້ຮັບເງິນຫັກອອກສຳລັບຮາຍຈ່າຍເຫລົ່ານີ້.					

VIII. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດແມ່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ກິມ DSHS ທີ່ຈະເວົ້າລົມນຳກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດບິ່ງຊື່, ແຕ່ວ່າບໍ່ຕ້ອງກຳໄດ້.		
ທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ຄົນຜູ້ນີ້ມີສິດອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ປະກອບໃບຟອມຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (DSHS 14-532) ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງຕໍ່ການຄຸ້ມກັນການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫມ່.		
ຊື່	ຄວາມສັມພັນ	ເລກໂທຣະສັບ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຮັດ ຊືບໂຄດ

ຄຳອະນຸຍາດສຳລັບຫຼັກຖານພິສູດຊັບສິນ

ສຳລັບໂຄງການ Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid ເທົ່ານັ້ນ.
 ຮັບເຈົ້າເຮົາເວົ້າວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຮັບເຈົ້າເຮົາໃຫ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາ ຫລື ຕໍ່ໃຫມ່ໃນການຊ່ວຍເຫລືອຈະຖືກພິສູດເບິ່ງໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງວ່າມັນຖືກຕ້ອງຫລືບໍ່. ຮັບເຈົ້າເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ Washington State Health Care Authority (HCA) ແລະ Department of Social and Health Services (DSHS) ຈະທຳການພິສູດຊັບສິນເພື່ອຈະພິຈາລະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງ ຮັບເຈົ້າຄົນ ແລະ ເພື່ອຈະພິສູດຄວາມຖືກຕ້ອງແນ່ນອນຂອງຮາຍຮະອຽດດ້ານການເງິນຂອງຮັບເຈົ້າ. ຮັບເຈົ້າເຮົາເວົ້າວ່າ HCA ແລະ DSHS ຈະສືບສວນ ແລະ ຕິດຕໍ່ໄປຫາສະຖາບັນການເງິນຕ່າງໆ, ຫ້ອງການຂອງຮັດ ຫລື ຮັດຖະບານກາງ, ຫລື ຄັງເກັບຮັກສາຮາຍຮະອຽດເອກຊົນ, ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງການດຳເນີນການພິສູດຊັບສິນ. ຮັບເຈົ້າເຮົາເວົ້າວ່າຄຳອະນຸຍາດອັນນີ້ຈະຈົບລົງເມື່ອເວລາຄຳຕັດສິນໄປທາງກົງກັນຂ້າມຂັ້ນສູດທ້າຍໄດ້ຖືກເຮັດອອກມາໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງ ຮັບເຈົ້າ, ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຮັບເຈົ້າຈົບລົງ, ຫລື ຖ້າຫາກວ່າ ຮັບເຈົ້າຈະຍົກເລີກຄຳອະນຸຍາດອັນນີ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການສົ່ງໃບຫນັງສືແຮງການໄປຫາ HCA ຫລື DSHS. ຖ້າຫາກວ່າຮັບເຈົ້າຍົກເລີກຫລືປະຕິເສດທີ່ຈະເອົາຄຳອະນຸຍາດໃຫ້, ຮັບເຈົ້າເຮົາເວົ້າວ່າຮັບເຈົ້າຈະບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການ Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid ທຸກໆໂຄງການ.

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ	ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
-----------------	------------------------	------------------

ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ

ກົມສະເໜີການບໍລິການດ້ານການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃຫ້, ລວມທັງການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. **ການສະມັກທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ການປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ ຈະບໍ່ສະທ້ອນຕໍ່ການບໍລິການ ຫລື ຈຳນວນຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກ ຫ້ອງການແຫ່ງນີ້** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຂຽນປະກອບໃບຟອມຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຂໍເອົາ ຫລື ຮັບເອົາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແມ່ນຂອງທ່ານເອງ. ທ່ານຈະຂຽນປະກອບໃບຟອມຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍສ່ວນຕົວໄດ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າຄົນໃດຄົນນຶ່ງໄດ້ເຂົ້າແຊກແຊງນຳສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ທີ່ຈະປະຕິເສດທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ສິດທິຂອງທ່ານໃນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວໃນການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ໃນການສະມັກທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດ, ຫລື ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະເລືອກເອົາພັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫລື ຄວາມຊ່ວຍໃຈທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານຈະຍິນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ນຳ: **Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).**

ທ່ານຢາກຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນ ຫລື ດັດແປງໃຫມ່ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຫມາຍໃສ່ບອກໃດ, ພວກເຮົາຈະຖືວ່າທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຈົດຊື່ລົງທະບຽນເພື່ອຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໃນເວລານີ້. ນອກຈາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ, ແລະບໍ່ປະຕິເສດ, ການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ນອກຈາກວ່າທ່ານຫມາຍໃສ່ບອກ “ ບໍ່ແມ່ນ “ ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້, ທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ທ່ານຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດຖ້າຫາກວ່າທ່ານຈະມີອາຍຸຢ່າງຫນ້ອຍ **18** ປີ ກ່ອນການເລືອກຕັ້ງເທື່ອຫນ້າ, ທ່ານເປັນປະຊາຊົນຂອງສະຫາຣັດອະເມຣິກາ, ແລະ ກົມ **DSHS** ມີຊື່ຂອງທ່ານ, ທີ່ຢູ່ເຮືອນ ຫລື ໄປສະນີຂອງທ່ານ, ວັນເກີດ, ຫລັກຖານພິສູດຮາຍຮະອຽດການເປັນສັນຊາດ, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານທີ່ຍືນຍັນຄວາມຈິງຂອງຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງຂໍໃບນີ້.

ທ່ານຢາກຈະຖືກຈົດຊື່ທີ່ຈະປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຫມາຍໃສ່ບອກທີ່ຖືກຫມາຍວ່າ “ ແມ່ນ “ ຫລື ບໍ່ຫມາຍໃສ່ຈັກບອກເລີຍ ແລະ ທ່ານສອດຄ່ອງນຳກິດກຳນົດເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດໂລດ. ກົມ **DSHS** ຈະສົ່ງຮາຍຮະອຽດຂອງທ່ານໄປຫາຫ້ອງການຂອງ **Secretary of State** ແລະ ທ່ານຈະຖືກຈົດຊື່ລົງທະບຽນປ່ອນບັດເລືອກຕັ້ງໂດຍອັດຕະໂນມັດໂລດ.

ການແຈ້ງການ ແລະ ລາຍເຊັນ

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດ, ຜູ້ໃຫຍ່ທຸກໆຄົນ (ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ) ຢູ່ໃນຄອບຄົວຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່.
ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ ຫລື ການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບ, ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ) ຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່.

ຂ້າພະເຈົ້າເຮົາໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງ:

- ເອົາຮາຍລະອຽດທີ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດກຳນົດຂອງການລາຍງານ.
- ເອົາຫລັກຖານໃຫ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.
- ແຕ່ງຕັ້ງສິດທິບາງຢ່າງໃນເງິນລ້ຽງລູກ, ໃຫ້ແກຣັດວິຊາຕົນເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຮັບເອົາເງິນຊ່ວຍເຫລືອຊົ່ວຄາວສຳລັບຄອບຄົວອັດສິນ (**TANF**). ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ກົມ **DSHS** ທີ່ຈະບໍ່ຕິດຕາມນຳເອົາເງິນລ້ຽງລູກ ຖ້າຫາກວ່າມັນຈະເປັນອັນຕະຮາຍໃຫ້ແກ້ຂ້າພະເຈົ້າຫລືລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຮ່ວມມືນຳກິດກຳນົດວຽກງານຂອງການຊ່ວຍເຫລືອອາຫານ.

ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຮັດສິ່ງເຫລົ່ານີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກປະຕິເສດໃນການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍແທນຄືນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຮົາໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖືກຕັດສິນລົງໂທດອາດຍາຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຮັດໂດຍເຈຕະນາເຕັມທີ່ໃຫ້ຄຳແຈ້ງການທີ່ບໍ່ມີຄວາມຈິງ ຫລື ຜິດພາດທີ່ຈະລາຍງານສິ່ງໃດສິ່ງນຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນຈະລາຍງານ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ກົມ **DSHS** ທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາບຸກຄົນ ຫລື ອົງການອື່ນ ເມື່ອຈຳເປັນເພື່ອຈະຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າອອກເອົາຫລັກຖານວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບມາ. ສຳລັບເງິນສົດ ແລະ ອາຫານ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ຖືກອະທິບາຍສູ່ຂ້າພະເຈົ້າຝັງ ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໃບໂກປີຂອງໃບຟອມສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, **DSHS 14-113**. ສຳລັບການຄຸ້ມກັນການປົ່ວສຸຂະພາບ,, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫລື ຖືກອະທິບາຍສູ່ຂ້າພະເຈົ້າຝັງ ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບໃບໂກປີຂອງໃບຟອມສິດທິ ແລະ ຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, **HCA 18-003**, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢືນ ຫລື ແຈ້ງວ່າພາຍໃຕ້ການປັບໂຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດພາຍໃຕ້ກົດຫມາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນວ່າຮາຍຮະອຽດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຄຳຮ້ອງຂໍໃບນີ້, ລວມທັງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການເປັນສັນຊາດ ແລະ ສະພາບຄົນຕ່າງດ້າວຂອງສະມາຊິກຜູ້ຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ, ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຜູ້ໃຫຍ່ອີກຄົນນຶ່ງ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຜູ້ໃຫຍ່ອີກຄົນນຶ່ງຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຊ່ວຍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີ	ຊື່ຂອງຜູ້ຊ່ວຍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຂຽນເປັນຕົວພິມ	ເມືອງ ແລະ ຮັດບ່ອນທີ່ເຊັນຊື່
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານຖ້າເຊັນຊື່ເປັນຕົວ “X”	ວັນທີ	ຊື່ຂອງພະຍານຂຽນເປັນຕົວພິມ	