

### ពាក្យសុំ

WASHCAP គឺជាកម្មវិធីជំនួយអាហារសម្រាប់អ្នកដែល៖

- ទទួលបាន Supplemental Security Income (ប្រាក់ចំណូលបន្ថែមពីរបបសន្តិសុខសង្គម, SSI)។
- បំពេញលក្ខខណ្ឌសន្តិសុខសង្គមនៃការរៀបចំការរស់នៅ "A"
- មានអាយុចាប់ពីដប់ប្រាំបីឆ្នាំឡើងទៅ។
- មិនមានប្រាក់ចំណូល។
- មានការរៀបចំការរស់នៅដែលបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖
  - មិនរស់នៅក្នុងស្ថាប័នណាមួយ;
  - រស់នៅតែម្នាក់ឯង ឬរស់នៅជាមួយអ្នកដទៃដែលទិញ និងចម្អិនអាហារដាច់ដោយឡែកពីពួកគេ;
  - មិនរៀបការ ឬបានរៀបការ ហើយមិនរស់នៅជាមួយប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក។
- បើមានអាយុចាប់ពី 18 ដល់ 21 ឆ្នាំ និងបំពេញលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖
  - មិនរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយរបស់ខ្លួន ដែលទទួលបាន Basic Food (អាហារមូលដ្ឋាន) ឬ
  - រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយរបស់ខ្លួនដែលមិនទទួលបាន Basic Food និងទិញអាហារដាច់ដោយឡែកពីពួកគាត់។
- មិនរស់នៅជាមួយកូនរបស់ខ្លួនដែលមានអាយុក្រោម 22 ឆ្នាំ។

ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមមើលជំពូក 388-492 WAC រួមទាំងជំពូក WAC 388-492-0020 ដល់ជំពូក 388-492-0120។

**បើអ្នកមានសំណួរអំពី WASHCAP សូមទូរសព្ទទៅលេខគតតិចថ្ងៃ 1 (877) 380-5784។**

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា៖

- ខ្ញុំរស់នៅតែម្នាក់ឯង ឬខ្ញុំតែងតែទិញ និងចម្អិនអាហាររបស់ខ្ញុំដាច់ដោយឡែកពីអ្នកផ្សេងទៀតនៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបង់ប្រាក់ \$ \_\_\_\_\_ សម្រាប់ថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ/ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះរាល់ខែ។  
ចំណែករបស់ខ្ញុំ

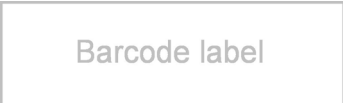
ដោយចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំសូមប្រកាសថា៖

- ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់អំពី WASHCAP។
- ខ្ញុំយល់ពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ WASHCAP របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហាររបស់ខ្ញុំតាមរយៈ WASHCAP។

**ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសស្បថចំពោះការប្រកាសច្បាប់នៃរដ្ឋ Washington ថាព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យនៅក្នុង ពាក្យសុំនេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ។**

ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ		ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព
អាសយដ្ឋាន		
អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ បើខុសគ្នា		
លេខទូរសព្ទទីមួយ (XXX) XXX-XXXX <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> សារ	លេខទូរសព្ទទីពីរសម្រាប់ផ្ញើសារ (XXX) XXX-XXXX <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> សារ	SOCIAL SECURITY NUMBER (លេខសន្តិសុខសង្គម) ឬលេខសម្គាល់អតិថិជន

<b>យើងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បី៖</b>	<b>យើងអាចផ្តល់ព័ត៌មាននេះទៅ៖</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• សម្រេចចិត្តថាអ្នកណាមានសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធីរបស់យើង។</li> <li>• ប្រមូលទារប្រាក់បង់លើស។</li> <li>• គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង។</li> <li>• ធានាថា យើងអនុវត្តតាមច្បាប់។</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ទិញកាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋសម្រាប់ប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការ។</li> <li>• ទិញកាក់ងារអនុវត្តច្បាប់តាមចាប់ផ្តើមដែលរត់គេចខ្លួនដើម្បីគេចពីសំណាញ់ច្បាប់។</li> <li>• ទិញកាក់ងារប្រមូលទារប្រាក់បង់កំណត់នឹងប្រមូលទារប្រាក់បង់លើសសម្រាប់ជំនួយស្បៀងអាហារ។</li> </ul>



**ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត**

ក្រសួងផ្តល់សេវាចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត រួមទាំងការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ **ការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នក អាចទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារនេះទេ។** បើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬទទួលយកជំនួយគឺជាការសម្រេចរបស់អ្នក។

អ្នកអាចបំពេញពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតជាលក្ខណៈឯកជន។ បើអ្នកជឿថានរណាម្នាក់បានជ្រៀតជ្រែកសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត សិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬនិន្នាការនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់៖ Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើអ្នកមិនធ្វើកម្រងប្រអប់ណាមួយទេ យើងនឹងចាត់ទុកថាអ្នកបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះទេ លុះត្រាតែអ្នកមានសិទ្ធិ និងកុំបដិសេធការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

លុះត្រាតែអ្នកគូសផឹក "ទេ" ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងករណីអ្នកនឹងមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំនៅក្នុងពេលបោះឆ្នោតលើកក្រោយ អ្នកជាពលរដ្ឋនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយ DSHS មានឈ្មោះ អាសយដ្ឋានទីលំនៅ និងអាសយដ្ឋានធ្វើសុំបុត្រ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ការផ្ទេរផ្ទះកំណើតមានសញ្ជាតិ និងហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលបញ្ជាក់ពីការពិតនៃព័ត៌មានដែលមាននៅលើពាក្យសុំនេះ។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិដែរទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើអ្នកបានគូសផឹកប្រអប់ "បាទ/ចាស" ឬមិនគូសផឹកប្រអប់ណាមួយ ហើយអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃ ការទទួលបានសិទ្ធិចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ DSHS នឹងបញ្ជូនព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅ Office of the Secretary of State (ការិយាល័យរដ្ឋនេខាធិការ) ហើយអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិដើម្បីបោះឆ្នោត។

**ការព្រមានអំពីការពិន័យពាក់ព័ន្ធនឹងជំនួយអាហារ**

យើងឆែកពិនិត្យជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថាព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺត្រឹមត្រូវ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំមិនអាចទទួលបានជំនួយអាហារទេ។

**សមាជិកណាដែលបំពានច្បាប់ណាមួយដោយចេតនាអាច៖**

- ត្រូវបានកាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋផ្សេងទៀតដែលចូលជាធរមាន។
- ត្រូវបានរារាំងមិនឲ្យទទួលបានកម្មវិធី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំរហូតដល់អចិន្ត្រៃយ៍។
- ត្រូវបានពិន័យជាប្រាក់រហូតដល់ \$250,000។
- ជាប់គុករហូតដល់ 20 ឆ្នាំ។
- ត្រូវបានរារាំងមិនឲ្យទទួលបាន SNAP សម្រាប់រយៈពេល 18 ខែបន្ថែមបើកុលាការចេញដីកា។

**បើកុលាការកមើញថាអ្នកមានទោសពី៖**

<b>បទទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងប្រតិបត្តិការដែលពាក់ព័ន្ធនឹង៖</b>	<b>អ្នកអាច៖</b>
• បទលក់សារធាតុញៀនដែលគ្រប់គ្រង .....	ត្រូវបានដកសិទ្ធិចាប់ពីពីរឆ្នាំរហូតដល់ជាអចិន្ត្រៃយ៍។
• បទលក់អាវុធ គ្រាប់រំសេវ ឬគ្រឿងផ្ទុះ.....	ត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។
• បទលក់ដូរអត្ថប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមគ្នា .....	ត្រូវបានដកសិទ្ធិជាអចិន្ត្រៃយ៍។
• បទក្លែងបន្លំនៅដ្ឋាន ឬអគ្គសញ្ញាណ .....	ត្រូវបានដកសិទ្ធិសម្រាប់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ។

**សេចក្តីផ្តើមការណ៍ស្តីពីការរើសអើង**

ដោយអនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិ និងគោលនយោបាយសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ U.S. Department of Agriculture (ក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក, USDA) ស្ថាប័ននេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យមានការរើសអើង ដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ពិការភាព អាយុ ភេទ (រួមទាំងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងនិន្នាការរដ្ឋ) ជំនឿសាសនា ពិការភាព អាយុ ជំនឿនយោបាយ ឬការវាយបក ឬការសងសឹកលើសកម្មភាពសិទ្ធិស៊ីវិលពីមុន។

ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីនេះអាចផ្សព្វផ្សាយជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ជនពិការដែលត្រូវការមធ្យោបាយទំនាក់ទំនង ផ្សេងសម្រាប់ព័ត៌មានកម្មវិធី (ឧ. អក្សរស្នាម អក្សរពុម្ពធំ ខ្សែអាត់សំឡេង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក។) ត្រូវតែទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ (រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន) ដែលពួកគេដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ បុគ្គលដែលផ្តល់ មានបញ្ហាត្រចៀកធ្ងន់ ឬមានអសមត្ថភាពក្នុងការនិយាយ អាចទាក់ទង USDA តាមរយៈ: Federal Relay Service (សេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធ) តាមរយៈលេខ (800) 877-8339។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្មវិធីពីបទរើសអើង អ្នកប្តឹងត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទលេខ AD-3027 USDA Program Discrimination Complaint Form (ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងពីបទរើសអើងកម្មវិធី, USDA) ដែលអាចទទួលបានតាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> ពីការិយាល័យ USDA ណាមួយដោយទូរសព្ទទៅលេខ (833) 620-1071 ឬដោយសរសេរសំបុត្រផ្ញើទៅកាន់ USDA។ សំបុត្រត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកដើមបណ្តឹង និងការពណ៌នាលម្អិតលម្អាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីសកម្មភាព រើសអើងដែលចោទប្រកាន់ដើម្បីជូនដំណឹងដល់ Assistant Secretary for Civil Rights (ជំនួយការលេខាធិការទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល, ASCR) អំពីលក្ខណៈ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការរើសអើងសិទ្ធិពលរដ្ឋដែលចោទប្រកាន់។

ទម្រង់ AD-3027 ដែលបានបំពេញ ឬលិខិតត្រូវតែដាក់ជូន៖

- (1) តាមសំបុត្រ: 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: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

ចំពោះព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហា Supplemental Nutrition Assistance Program (កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម, SNAP) បុគ្គលទាំងឡាយត្រូវតែទាក់ទងទៅកាន់លេខទូរសព្ទ ទាន់ហេតុការណ៍សម្រាប់កម្មវិធី USDA SNAP តាមរយៈលេខ (800) 221-5689 ដែលជាភាសាអេស្ប៉ាញផងដែរ ឬហៅទៅកាន់ [លេខសម្រាប់ព័ត៌មាន/លេខទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍តាមរដ្ឋ](#) (ចុចតំណសម្រាប់បញ្ជីលេខទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍តាមរដ្ឋ) មានតាមអនឡាញនៅ: [លេខទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍ SNAP](#)។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬអ្នកដទៃទាក់ទងនឹងកម្មវិធីដែលទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ សហព័ន្ធតាមរយៈ: HHS។ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៅលើបណ្តាញអនឡាញតាមរយៈវិបធានលម្អិតរបស់ OCR នៅគេហទំព័រ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>។ អ្នកក៏អាចទាក់ទង OCR តាមរយៈសំបុត្រផ្ញើតាមអាសយដ្ឋាន: Centralized Case Management Operations (ប្រតិបត្តិការគ្រប់គ្រងករណីមជ្ឈិម), U.S. Department of Health and Human Services (ក្រសួងសុខភាព និងសេវាមនុស្សរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក) 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ទូរសារ: (202) 619-3818 ឬអ៊ីមែល: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov)។ សម្រាប់ដំណើរការកាន់តែលឿន យើងសូមលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យប្រើវិបធានលម្អិតអនឡាញរបស់ OCR ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាជានិច្ចការដាក់ពាក្យដោយផ្ញើតាមសំបុត្រ។ អ្នកដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋអាចផ្ញើអ៊ីមែលទៅ OCR តាមរយៈ: [OCRAid@hhs.gov](mailto:OCRAid@hhs.gov) ឬហៅទូរសព្ទទៅ OCR ដោយមិនគិតថ្លៃតាមលេខ 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697។ សម្រាប់មនុស្សច្នៃ មានបញ្ហាត្រចៀកធ្ងន់ ឬមានបញ្ហាពិបាកនិយាយ សូមចុច 7-1-1 ដើម្បីចូលប្រើសេវាបញ្ជូនតម្រូវការតាមសំឡេង។ យើងក៏ផ្តល់ទម្រង់ផ្សេងទៀតផងដែរ (ដូចជាអក្សរស្នាម និងអក្សរពុម្ពធំ) ជំនួយបន្ថែម និងសេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង។

ស្ថាប័ននេះគឺជាស្ថាប័នដែលផ្តល់ឱកាសស្មើគ្នា។