

သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် ရေရှည်ထောက်ပံ့မှုဆိုင်ရာ စီ
စီမံအုပ်ချုပ်ရေးနှင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်း စီ
စီမံအုပ်ချုပ်ရေးတို့က ပေးအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများလက်ခံရရှိမှုဆိုင်ရာ သင်
သင်၏အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services Offered by Aging and Long-
Term Support Administration and Developmental Disabilities Administration

လျှောက်ထားသူအမည်
အမှတ်စဉ်

ရရှိနိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုများ

ဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရာတွင် သ
သင့်ပြည်မိမိအလိုက်ဝန်ဆောင်မှုများကို ရွေးချယ်နိုင်သည့် အခ
အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ သ
သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်း စီမံအုပ်ချုပ်ရေး (AL TSA) နှင့် ဖွ
ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်း စီမံအုပ်ချုပ်ရေး (DDA)
ဝန်ဆောင်မှုများအနေဖြင့် သင်လိုအပ်သည့် အရာအားလုံးအတွက်မူ ကူ
ကူညီနိုင်မည် မဟုတ်ပါ။

AL TSA နှင့် DDA အနေဖြင့် အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုတို့ကို ပေးအပ်ထားပါသည်-

- အရွယ်ရောက်ပြီးဖြစ်သော မိသားစုအတွက် နေအိမ်တစ်လုံး၊ ဘိုးဘွားရိပ်
ပိသာ၊ ထောက်ပံ့ရေးဝန်ဆောင်မှုများဖြင့်တင်ပေးခြင်း၊ သူ
သူနာပြုအစီအစဉ်ထောက်ပံ့ခြင်း၊ သက်ကြီးရွယ်အိုများ နေထိုင်ရာအိမ်၊
ကလေးသူငယ်စောင့်ရှောက်ရေး ဂေ
ဂေဟာ၊ ကလေးသူငယ်ဆိုင်ရာ လိုင်စင်ရ ဝန်ထမ်းနေအိမ်ဖြစ်သည့် DDA
အုပ်စုလိုက် ဂေဟာများ၊ အုပ်စုလိုက် လေ့ကျင့်ရေးဂေဟာများ၊ ICF/IDs ။
သို့မဟုတ်
- လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏ နေအိမ်၊ မှတ်ချက်- AL TSA နှင့် DDA များအနေဖြင့် အ
အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်၏ နေအိမ်တွင် 24 နာရီ/တစ်ရက်အပြည့် တ
တစ်ကိုယ်ရည် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု
ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများ ပေးအပ်နိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ အကယ်၍ 24
နာရီ ပြုစုစောင့် ရှောက်မှုအား လိုလားပါက အခြားသော ရွေးချယ်မှုများ
ားကို စဉ်းစားနိုင်ပါသည်။

ယခု စာရွက်စာတမ်းပါ သင်၏ AAA အစီအစဉ် မန်နေဂျာ၊ DDA အစီအစဉ်
မန်နေဂျာ သို့မဟုတ် HCS လူမှု ဝန်ဆောင်မှု ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်တို့ကို
အစီအစဉ် ဆောင်ရွက်သူ အဖြစ် ခေါ်ဆိုသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။

သင်၏အခွင့်အရေးများ

သင့်အနေဖြင့် အောက်ပါ အခွင့်အရေးများ ရရှိပါသည်-

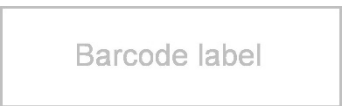
- သင့်အား ဂုဏ်သိက္ခာရှိစွာ၊ လေးစားမှုရှိစွာနှင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိဘဲ ။
ပြုစုစောင့် ရှောက်ခြင်း။
- သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ဥပဒေများ နှင့် DSHS
စည်းမျဉ်းစည်းကမ်း ကန့်သတ်မှုများတွင်း ထားရှိခြင်း။
- အကြမ်းဖက်ခြင်း၊ ဥပက္ခာပြုခြင်း၊ ငွေကြေးအမြတ်ထုတ်ခြင်း သိ
သို့မဟုတ် စွန့်ပစ်ခြင်းတို့ လုပ်ဆောင်မည်မဟုတ်ပါ။ သင် သိ
သို့မဟုတ် သင်သိသော အခြား သူတစ်ဦးအနေဖြင့် အ
အကြမ်းဖက်ခြင်း၊ ဥပက္ခာပြုခြင်း၊ အမြတ်ထုတ်ခြင်းခံရ
သည်ဟု သိရပါက အကူအညီရယူရန် DSHS ရှိ 1-866-(End Harm) /
1-866-363-4276 သို့ အခမဲ့ ခေါ်ဆိုနိုင်ခြင်း။
- သင်၏ ပိုင်ဆိုင်မှုအား လေးစားမှုရှိခြင်း။
- သင်ရရှိနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို အသိပေးခြင်း နှ
နှင့် သင့်ဆန္ဒအတိုင်း ဝန်ဆောင်မှုများကို ရွေးချယ်မှု ပြုလုပ်စေခြင်း။
- သင်၏ ကိစ္စရပ်ကို သင်၏ အစီအစဉ်ဆောင်ရွက်သူနှင့်အတူ ပူ
ပူးပေါင်းဆောင် ရွက်ခြင်း။
- သင့်ဆန္ဒမပါသော မေးခွန်း သို့မဟုတ် တစ်စုံတစ်ရာကို အတ
အတင်းအကြပ် စေခိုင်း မှ မရှိခြင်း။
- အေဂျင်စီဆုံးဖြတ်ချက်များကို အသိပေးခြင်းနှင့် သင်၏ ဧ
စောင့်ရှောက်ရေး
အစီအစဉ်နှင့် နောက်ဆက်တွဲအစီအစဉ်အကျဉ်းချုပ်ကို မိတ္တူပေးခြင်း။
- သင်နှင့်သင့်အစီအစဉ်ဆောင်ရွက်သူအနေဖြင့် သဘောမတူပါက ကြ
ကြီးကြပ်သူ တစ်ဦးနှင့် ဆွေးနွေးစေခြင်း။
- သင့်အနေဖြင့် တိုင်ကြားမှုတစ်ခု ပြုလုပ်ထားသည့်တိုင် ကြ
ကြားမှုဆိုင်ရာစီမံ အုပ်ချုပ် သူတစ်ဦးကို တောင်းခံနိုင်ခြင်း။

- သင့်အနေဖြင့် ကြားနာမှုဆိုင်ရာ စီ
စီမံအုပ်ချုပ်သူတစ်ဦး တောင်းဆိုထားသည့် တိုင်အောင် အန
အန္တရာယ်တစ်စုံတစ်ရာအား ကြောက်လန့်မှုမရှိဘဲ တိုင်ကြားစား တစ
တစ်စောင်ကို ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။
- 1-888-201-1014
ကိုခေါ်ဆိုပြီး ထောက်ခံပြောဆိုသူတစ်ဦးနှင့် ဆွေးနွေး နိုင်ခြင်း။
- ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ငြင်းဆိုနိုင်ခြင်း။
- သင့်အနေဖြင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား ပြောဆိုခြင်း သို့မဟုတ် နာ
နားလည်ခြင်း မရှိပါက အခမဲ့ ဘာ
ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုကို ထောက်ပံ့ပေးခြင်း။
- ထောက်ပံ့သူကို ရွေးချယ်ခြင်း၊ အလုပ်ဖြုတ်ခြင်းနှင့် အရ
အရည်အချင်း ပြည့်မီ သော ထောက်ပံ့သူတစ်ဦးကို အပြောင်းအလဲပြု
ပြုလုပ်နိုင်ခြင်း နှင့်
- သင်ရွေးချယ်သည့် ထောက်ပံ့သူ၏ နောက်ကြောင်းစစ်ဆေးမှုဆိုင်ရာ
ရာ ရလဒ် များ ကို လက်ခံရရှိခြင်း။

သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများ

သင့်အနေဖြင့် အောက်ပါ တာဝန်ဝတ္တရားများကို ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါသည်-

- အစီအစဉ်ဆောင်ရွက်သူကို သင်အဆင်ပြေသော နေရာတစ်ခုတွင် သင်
သင်၏ အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှုကို အန
အနည်းဆုံး တစ်နှစ်လျှင်တစ်ကြိမ် ပြုလုပ်စေခြင်း။
- အစီအစဉ်ဆောင်ရွက်သူကို သ
သင်၏ နေထိုင်မှုပတ်ဝန်းကျင်ကို အန
အနည်းဆုံး တစ်နှစ်လျှင် တစ်ကြိမ် ကြည့်ရှုစေခြင်း။
- သင်၏ အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှုကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်ရန် လုံ
လုံလောက်သည့် အချက် အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးအပ်ခြင်း။
- သင့်အတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ငွေကြေးဆိုင်ရာ ဆံ
ဆုံးဖြတ်ချက် များကို အခြားပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးက ဆောင်ရွက်ပါက သင့် အစ
အစီအစဉ်ဆောင်ရွက် သူကို ပြောပြခြင်း။
- သင်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးသို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ရေးအစီအစဉ်ဆိုင်ရာ ဖ
ဖွံ့ဖြိုး တိုးတက်မှုတွင် ပါဝင်လုပ်ရှားခြင်းနှင့် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်း။
- သင်၏ ထောက်ပံ့သူအနေဖြင့် ခွ
ခွင့်ပြုထားခြင်းမရှိသော ဝန်
ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် နာရီများအတွက် ပေးဆောင်မှုမပြုလုပ်နိုင်
နိုင်သည်ကို သိရှိခြင်း။
- သင်၏ ကိုယ်ပိုင်ကျန်းမာရေး ထောက်ပံ့မှုကို ရွေးချယ်ခြင်း။
- အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် ထောက်ပံ့သူတစ်ဦးကို ရွေးချယ်ခြင်း။
- ဘေးအန္တရာယ်ကင်းရှင်းသည့် လုပ်ငန်းနေရာတစ်ခုကို ပေးအပ်ခြင်း။
- ထောက်ပံ့သူ၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ နောက်ကြောင်းစစ်ဆေးမှုများကို ထိန်း
သိမ်းထားခြင်း။
- ထောက်ပံ့သူနှင့် ပြဿနာတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက သို့မဟုတ် သင်
သင်၏ ထောက်ပံ့ သူထံမှ သတ်မှတ်ထားသော နာ
နာရီအပြည့်အဝ မရရှိပါက အစီအစဉ် ဆောင် ရွက်သူအား အသိပေးခြင်း။
- သင့်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးဆောင်မည်ဆိုပါက ထောက်
က်ပံ့သူ ထံ လစဉ် ပေးဆောင်ခြင်း။
- တစ်စုံတစ်ဦးအား အန္တရာယ်ဖြစ်စေမည့် အပြုအမူ မပြုလုပ်ခြင်း။ နှင့်
- အောက်ပါ အစီအစဉ်များတွင် အပြောင်းအလဲပြုလုပ်ပါက သင်
သင်၏အစီအစဉ် ဆောင်ရွက်သူထံ အသိပေးခြင်း-
 - ✓ သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေ။
 - ✓ မိသားစုသို့မဟုတ် အေဂျင်စီများမှ ရရှိသည့် အကူအညီ။
 - ✓ သင်နေထိုင်သည့်နေရာ၊ သို့မဟုတ်
 - ✓ သင်၏ ငွေကြေးအခြေအနေ



အစီအစဉ်ဆောင်ရွက်သူ၏တာဝန်ဝတ္တရားများ

သင်၏အစီအစဉ်ဆောင်ရွက်သူအနေဖြင့် အောက်ပါတို့ကို တာဝန်ရှိပါသည်-

- သင့်အား ဂုဏ်သိက္ခာရှိစွာနှင့်လေးစားစွာ ကုသပေးခြင်း။
- သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာကို ထိန်းသိမ်းထားခြင်း။
- ALTA နှင့် DDA တို့က သင့်အတွက် လုပ်ဆောင်ပေးနိုင်သော သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်ပေးနိုင်ခြင်းမရှိသည့်အရာများကို အသိပေးခြင်း။
- သင်၏ ထောက်ပံ့ရေးအခြေအနေနှင့် သင့်အနေဖြင့် မည်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရွေးချယ်နိုင်သည်ကို ဆုံးဖြတ်ပေးရန်အတွက် အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှု တစ်ခု လုပ်ဆောင်ရန် သင်နှင့်အခြားသူများထံမှ အချက်အလက်ရယူခြင်း။
 - ✓ အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှုတွင် သင်၏အားသာချက်များ၊ ကန့်သတ်ချက်များ၊ ဘေး၊ ဖျော်မှန်းချက်များနှင့် ဦးစားပေးမှုများ ပါဝင်မည်ဖြစ်သည်။
 - ✓ အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှုတွင် မိမိသားစု သို့မဟုတ် အေဂျင်စီများထံမှ သင်၏အခြေအနေအထား၊ သင်၏ရရှိနိုင်သော အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို မည်သို့ပြုလုပ်လိုသည်ကို ပါဝင်မည်ဖြစ်သည်။
- ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်တစ်ခု သို့မဟုတ် တစ်ကိုယ်ရည် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့မှုတစ်ခုအား ဖြေရှင်းပေးသည့် ထောက်ပံ့ရေးရုံး အစီအစဉ်အား တိုးတက်စေရန်သင့်အားကူညီခြင်းနှင့် သင်၏ တစ်ကိုယ်ရည် မှုနှိုင်းချက်များ၊ ဦးစားပေးမှုများနှင့် ရွေးချယ်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။
- သင်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ရေးအစီအစဉ်ကို နှစ်စဉ် သို့မဟုတ် သင်အခြေအနေပြောင်းလဲမှုရှိလျှင် နောက်ဆုံးရ အချက်အလက်များဖြစ်စေရန် သင်နှင့်အခြားသူများထံမှ အချက်အလက်ရယူခြင်း။
- လိုအပ်သည့် အချက်အလက်များကို ပေးအပ်နိုင်ရန် သင့်အား လုံလောက်သည့် အချိန် ပေးခြင်း။
- သင်၏ ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ရေးအစီအစဉ်နှင့် ပတ်သက်ပြီး ပေါ်ပေါက်လာသည့် ပြဿနာများကို ဖြေရှင်းခြင်း။
- သင်၏ အခွင့်အရေးများကို လေးစားခြင်းနှင့် သင်အနေဖြင့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ အာရုံကြောဆိုင်ရာ၊ အာရုံခံမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အားနည်းချက်များ ရှိပါက ဝန်ဆောင်မှုများကိုရယူရန် လိုအပ်သည့် အကူအညီများကို ထောက်ပံ့ခြင်း။
- သင့်အနေဖြင့် ရှာဖွေရန် အဆင်မပြေပါက အရည်အချင်းပြည့်မီ မိသားစု ထောက်ပံ့ သူတစ်ဦးအား ကူညီရှာဖွေပေးခြင်း။

အကြံပြုညွှန်ကြားချက်များ

သင့်အနေဖြင့် အကြံပြုညွှန်ကြားချက်များ ပြုလုပ်နိုင်သည့် အခါ အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ အကြံပြု ညွှန်ကြားချက်များတွင် သင်သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် သေတမ်းစာတစ်စောင် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်ရှေ့နေ၏ ရေရှည် လုပ်ဆောင်ခွင့် ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် အဆိုပါ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ဆောင်ရွက်ရန် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စွမ်းဆောင်နိုင်မှုမရှိတော့ပါက သင်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်ကုသမှုတို့ကို လက်ခံခြင်းဆိုင်ရာ အခွင့်အရေးအပါအဝင် သင်၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ နှင့်/သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးစောစာင့် ရှောက်မှုဆန္ဒများကို အကြံပြုညွှန်ကြားချက်များက အတိုချုပ်ဖော်ပြထားပါသည်။ သင်၏ အကြံပြုညွှန်ကြားချက်များကို အချိန်မရွေး ပယ်ဖျက်နိုင်ပါသည်။

ဖောက်သည်များနှင့်ဝန်ထမ်းများ (ခေါင်းစဉ် VI နှင့် VII) အတွက် သတိပေးချက် ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် လူမှုရေးနှင့်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာနသည် အလုပ်ရှင်တန်းတူအခွင့်အရေး အရေးတစ်ခု ဖြစ်ပြီး မည်သည့် အလုပ်အကိုင်နယ်ပယ်ကိုမဆို ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိခြင်း၊ အသက်အရွယ်၊ ကျား/မ၊ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ စိတ်တိမ်းညွတ်မှု၊ ကျား/မ ဖြစ်တည်ခြင်း၊ ကျား/မ ဖြစ်တည်မှုဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ခြင်း/ထုတ်ဖော်ခြင်း၊ အိမ်ထောင်သည်ဖြစ်ခြင်း/မဖြစ်ခြင်း၊ လူမျိုး၊ အယူဝါဒ၊ အသားအရောင်၊ နှုတ်ခွင့်သားဖြစ်မှု၊ ကိုးကွယ်ယုံကြည်မှု၊ နိုင်ငံရေးဆက်နွယ်မှု၊ စစ်ဘက်ဆိုင်ရာ အခြေ အနေ၊ ဂုဏ်သရေရှိစစ်မှုထမ်းဟောင်းများ၊ ဝိသက်နမိနိုင်ငံတွင်းစစ်မှုထမ်းခဲ့သော စစ်ပြန်များ၊ မကြာသေးမီက ကွဲကွာသွားသော သို့မဟုတ် အခြား ထောက်ပံ့ထားခြင်းခံရသော စစ်ပြန်များ၊ အာရုံခံမှုဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုကို ပိုင်ဆိုင်ထားခြင်း သို့မဟုတ် လမ်းပြခွင့် သို့မဟုတ် တိရစ္ဆာန်များ၏ အကူအညီကို ရယူအသုံးပြုသည့် မသန်စွမ်းသူ တစ်ဦး စသည်တို့အတွက် ခွဲခြားမှုမရှိဘဲ တန်းတူလစာ သို့မဟုတ် လိုအပ်သည့်သတင်းအချက်အလက်များကို ပေးအပ်ထားပါသည်။

မဲဆန္ဒရှင်မှတ်ပုံတင်ဝန်ဆောင်မှု

1993 ခုနှစ် အမျိုးသား မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်ခြင်းဥပဒေတွင် ပြည်နယ်များအားလုံး အနေ ဖြင့် ၎င်းတို့ ၎င်းတို့၏ အများပြည်သူ အထောက်အကူပြု ရုံးများမှတစ်ဆင့် မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင် ခြင်းဆိုင်ရာ အကူအညီတို့ကို ရယူနိုင်ပါသည်။ မဲဆန္ဒရှင်အတွက် မှတ်ပုံ တင်ရန်လျှောက် ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ပယ်ဖျက်ခြင်းတို့ကြောင့် ယခုအကျင့်စီက သင့် အား ထောက်ပံ့မည့် ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစား ခွင့်ပမာဏ တို့အပေါ် သက်ရောက်ခြင်း မရှိပါ။ မဲဆန္ဒရှင် မှတ်ပုံတင်လျှောက်လွှာကို ဖြည့်လိုပါကလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ကူညီသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။ မဲဆန္ဒရှင်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် လျှောက် ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ပယ်ဖျက်ခြင်းဆိုင်ရာ သင့်ဆုံးဖြတ်ချက်ကို မဲဆန္ဒရှင်မှတ်ပုံတင်ရေး ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။ မဲဆန္ဒရှင်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန်လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ပယ်ဖျက်ခြင်း ဆိုင်ရာ သင့်အခွင့်အရေး၊ မဲဆန္ဒရှင်အတွက် မှတ်ပုံ တင်ရန်လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကိုပယ်ဖျက်ခြင်း နှင့်ပတ်သက်သည့် သင်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အခွင့်အရေး သို့မဟုတ် သင်၏ နိုင်ငံရေးပါတီ သို့မဟုတ် သင်နှစ်သက်သည့် အခြားနိုင်ငံရေး ပါတီအား ရွေးချယ်နိုင်သည့် သင့်အခွင့်အရေးကို တစ်တစ်စုံတစ်ဦးက ကြားဝင်နှောင့်ယှက်သည်ဟု ယူဆရပါက အောက်ဖော်ပြပါ ရုံးသို့ တိုင်ကြားစာပေးပို့နိုင်ပါသည်-

Washington State Elections Office
PO Box 40229
Olympia WA 98504-0229
1-800-448-4881

သင်၏လက်မှတ်

သင့်အနေဖြင့် သင်၏အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများကို နားလည်သဘောတူ ပေါက်ပြီး သင့်အစီအစဉ်ဆောင်ရွက်သူ၏ တာဝန်ဝတ္တရားများကိုလည်း နားလည် သဘောပေါက်ပါက အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော မျဉ်းပေါ်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုး ပါ။

လျှောက်ထားသူအမည်

ရက်စွဲ

ကိုယ်စားလှယ်ရှေ့နေ၏လက်မှတ်

ရက်စွဲ

သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် ရေရှည်ထောက်ပံ့မှုဆိုင်ရာ စီမံအုပ်ချုပ်ရေးနှင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ မသ
မသန်စွမ်း စီမံအုပ်ချုပ်ရေးတို့က ပေးအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများလက်ခံရရှိမှုဆိုင်ရာ သင်၏အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ

ညွှန်ကြားချက်

1. ယခု လျှောက်လွှာအား ကနဦး CARE အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှုပြီးဆုံးပါက လျှောက်ထားသူထံပေးအပ်ပြီး ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ရေး အစ အစီ အစဉ်ကို ပြန်လည်ဆန်းစစ်ပါ။ လျှောက်ထားသူအနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိထားပြီး လျှောက်လွှာ၏ ယခုပေးရင်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်း မရ မရှိခဲ့ပါက နောက်တစ်ကြိမ်အကဲဖြတ်စစ်ဆေးမှု ပြုလုပ်ရန်အတွက် ယခု လျှောက်လွှာအား လျှောက်ထားသူထံ ပေးပို့ပါ။ လျှောက်ထားသူ၏ အခ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရား များနှင့်ပတ်သက်သည့် မည မညသည့်မေးခွန်းများကိုမဆို ဖြေဆိုနိုင်ရန်အတွက် လျှောက်လွှာအား လျှောက်ထားသူနှင့်အတူ ပြန်လည်ဆန်းစစ်မှု ပြုလုပ်ပါ။
2. သက်ကြီးရွယ်အိုနှင့် ရေရှည်ထောက်ပံ့မှုဆိုင်ရာ စီမံအုပ်ချုပ်ရေးနှင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်း စီမံအုပ်ချုပ်ရေးတို့က ပေးအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများ လက်ခံ ရရှိမှုဆိုင်ရာ သူ/သူမ ၏အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများကို နားလည်သဘောပေါက်ခြင်း ရှိ/မရှိကို ဖော်ပြနိုင်ရန်အတွက် လေ လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူ၏ ကိုယ်စားလှယ်အနေဖြင့် လျှောက်လွှာနှစ်ခုလုံးတွင် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည် ဖြစ်ပါသည်။
3. လျှောက်လွှာအား မိတ္တူဖြင့်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်း စီမံခန့်ခွဲမှုစနစ် (DMS) ဖြင့်ဖြစ်စေ ဖိုင်ထားရှိပြီး အခြားမိတ္တူတစ်စောင်ကို လျှောက်ထားသူထံ ပေးအပ် ပါ။