Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

ການໃຫ້ອະນຸຍາດແກ່ຜູ້ຖືບັດ EBT ສຳຮອງ

ຊື່ລູກຄ້າ
ID ລູກຄ້າ

ຜູ້ຖືບັດ EBT ສຳຮອງແມ່ນໃຜ?

ຜູ້ຖືບັດສຳຮອງ ແມ່ນບຸກຄົນຮັບຜິດຊອບທີ່ທ່ານເລືອກ ແລະ ໄວ້ວາງໃຈໃນການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆຂອງທ່ານ ເພື່ອຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ. ຜູ້ກ່ຽວຈະສາມາດເຂົ້າໄປຮັບເງິນສົດ ແລະ/ຫຼື ເງິນຊື້ອາຫານພື້ນຖານຂອງທ່ານໄດ້ ແລະ ໄດ້ຮັບບັດ Washington Quest EBT ຂອງຜູ້ກ່ຽວເອງໄດ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງມີ ຜູ້ຖືບັດ EBT ສຳຮອງບໍ?

ບໍ່. ທຸກຄົນສາມາດເລືອກທີ່ຈະມີຜູ້ຖືບັດສຳຮອງໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອຊື້ອາຫານ ຫຼື ເງິນສົດຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງເປັນ ຜູ້ຖືບັດສຳຮອງ ເພື່ອນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດັ່ງກ່າວຕາມຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ.

ສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນພິຈາລະນາກ່ອນການເລືອກຜູ້ຖືບັດສຳຮອງ ແມ່ນມີຫຍັງແດ່?

ເລືອກຄົນທີ່ທ່ານໄວ້ວາງໃຈ. ພະແນກຈະບໍ່ໃຊ້ແທນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ຖ້າບຸກຄົນນີ້ໃຊ້ເງິນດັ່ງກ່າວໄປໃນທາງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ ຜູ້ຖືບັດ EBT ສຳຮອງ:

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້ໄປຍັງຫ້ອງການປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ທັງທ່ານ ແລະ ຜູ້ທີ່ທ່ານເລືອກຈະຕ້ອງໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້. ທ່ານສາມາດຖອດຖອນຜູ້ຖືບັດສຳຮອງອອກໄດ້ໂດຍການໂທຫາ 1-877-501-2233 ເພື່ອຮ້ອງຂໍໃຫ້ປ່ຽນຜູ້ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງບັນຊີຂອງທ່ານ.

ຜູ້ຖືບັດສຳຮອງ ຕ້ອງເຂົ້າມາທີ່ຫ້ອງການປະຈຳທ້ອງຖິ່ນ ພ້ອມດ້ວຍຖືບັດ ID ທີ່ຖືກຕ້ອງມານຳ ເພື່ອຮັບບັດຂອງຕົນ.

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າມາທີ່ຫ້ອງການນຳ ຜູ້ຖືບັດສຳຮອງ ທີ່ທ່ານເລືອກ.

ຜູ້ຖືບັດສຳຮອງຂອງທ່ານແມ່ນໃຜ (ພິມໃຫ້ຈະແຈ້ງ – ຂໍ້ມູນນີ້ ຈະຖືກເກັບໄວ້ເປັນຄວາມລັບ)

ນາມສະກຸນ	ຊື່		ຊື່ກາງ
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ

ທີ່ຢູ່ນີ້ແມ່ນອັນດຽວກັນກັບທີ່ຢູ່ຂອງລູກຄ້າບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ເບີໂທ (ພ້ອມດ້ວຍລະຫັດພື້ນທີ່)

ປະເພດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ບຸກຄົນຂ້າງເທິງອາດຈະສາມາດໃຊ້ໄດ້ (ໝາຍອັນໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງອັນ):

☐ ອາຫານ ☐ ເງິນສົດ

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງທີ່ຈະຮັບໜ້າທີ່ເປັນ ຜູ້ຖືບັດສຳຮອງ ຕາງໜ້າໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຍອມຮັບຄວາມຮັບຜິດຊອບທຸກຢ່າງໃນການນຳໃຊ້ເງິນສົດ ແລະ/ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊື້ອາຫານຂອງບຸກຄົນນີ້ ດ້ວຍຜົນປະໂຫຍດຂອງຜູ້ກ່ຽວ ແລະ ເພື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງຜູ້ກ່ຽວ. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນດີກັບເງື່ອນໄຂຂອງການຮັບເງິນສົດ / ເງິນຊື້ອາຫານພື້ນຖານ ຂອງ **Electronic Benefit Transfer** (ການໂອນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງເອເລັກໂຕນິກ) – ໂຄງການ **EBT.**

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ແທນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດັ່ງກ່າວ ຖ້າຕົນນຳເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດັ່ງກ່າວໄປໃຊ້ໃນທາງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ. ສານອາດຈະພິຈາລະນາດຳເນີນຄະດີອື່ນໆຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງພວກເຂົາໄປໃນທາງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຖືບັດ EBT ສຳຮອງ	ວັນທີ