

ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ
Application for Cash or Food Assistance

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអាន ឬ បំពេញទម្រង់នេះ សូមសួរមេកាន់ពួកយើង។ រក្សាទុកទម្រង់នេះសំរាប់ធ្វើជាឯកសារសំគាល់។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ ឬ ម្ហូបអាហារដោយរបៀបណា?

អ្នកអាចចាប់ផ្តើម ដំណើរការសុំនេះដោយដាក់ពាក្យដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ការិយាល័យសេវាកម្មសហគមន៍តំបន់។ ពាក្យសុំនេះត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងហត្ថលេខារបស់អ្នក រឺហត្ថលេខាអ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិរបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកឯទៀតនេះ ទោះបីជាវាមានតែចំណុចទាំងបីនេះក៏ដោយ ។

- អ្នកអាចទទួលបានគុនប្រយោជន៍ច្រើនទៀត រឺ ទទួលបានវាដាច់ដោយសេរីជាអ្នក ចាប់ផ្តើម បំពេញ និង ប្រគល់ពាក្យសុំរបស់អ្នកមកអោយយើង និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងបានសួររកកាន់តែជាប់កាន់តែល្អ។
• អ្នកអាចយកពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់។ មើល www.dshs.wa.gov សំរាប់ទីកន្លែង។
• ទូរសារពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅកាន់លេខ 1-888-338-7410
• ដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកទៅក្នុងសំបុត្រផ្ញើទៅ : DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
• អ្នកព្រមទាំងអាចដាក់ពាក្យសុំតាមរយៈអ៊ិនធើណែតដោយទៅកាន់គេហទំព័រ: www.washingtonconnection.org
• សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព អ្នកអាចដាក់ពាក្យតាមរយៈអ៊ិនធើណែត www.wahealthplanfinder.org ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-923-4633 រឺ ដោយការប្រើ ពាក្យសុំ HCA សំរាប់ការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាព (HCA 18-001)។

តើខ្ញុំអាចនឹងទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ បានជាប់រហូតណា?

បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារភ្លាមៗនោះ, បំពេញចាប់ពីសំនួរទី 9 ដល់ ទី 10 និង យកទម្រង់នេះទៅកាន់ការិយាល័យតំបន់របស់អ្នក។ យើងធ្វើការសម្រេចបើសិនជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ ក្នុងកំឡុងពេល 7 ថ្ងៃ បើសិនជាអ្នកបញ្ជាក់ស្តីពីអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក និង ជួបនឹងចំណុចណាមួយខាងក្រោមនេះ:

- ក្នុងចំណោមគ្រួសាររបស់អ្នកនឹងមានប្រាក់ចំណូលតិចជាង \$150 និង ធនធានដែលអាចដូរជាប្រាក់បានតិចជាង \$100 នៅក្នុងខែនេះ។
• ប្រាក់ចំណូល និង ប្រភពចំណូល ក្នុងចំណោមគ្រួសាររបស់អ្នក មានតិចជាងថ្លៃឈ្នួលផ្ទះ និង ថ្លៃបង់ទឹកភ្លើង ប្រចាំខែ។
• ក្នុងចំណោមគ្រួសាររបស់អ្នកមាន បុគ្គលចំណាកស្រុកខ្លះខាត រឺ អ្នកធ្វើកសិកម្មតាមរដូវកាល។

គុនប្រយោជន៍និងត្រូវបានចេញអោយបន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលយើងសម្រេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ពួកយើងត្រូវតែសម្រេចបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ ជំនួយម្ហូបអាហារតាមធម្មតាចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានពាក្យសុំរបស់អ្នក។ បើអ្នកកំពុងបញ្ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកពីស្ថាប័នកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមគឺជាថ្ងៃនៃការចាកចេញរបស់អ្នក ។ ជំនួយឧបត្ថម្ភប្រាក់សុទ្ធតាម ធម្មតាចាប់ផ្តើម ពីថ្ងៃដែលយើងមានព័ត៌មានទាំងឡាយណាដើម្បីសម្រេចសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។

សិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋ

យោងតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធ និងបទបញ្ជាសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋក្រសួងកសិកម្មសហរដ្ឋអាមេរិក (USDA) និងគោលនយោបាយ USDA ទីភ្នាក់ងាររបស់វា ការិយាល័យ និងបុគ្គលិក និងស្ថាប័នដែលចូលរួមក្នុង និងចាត់ចែងកម្មវិធី USDA ស្ថាប័ននេះគឺត្រូវបានហាមឃាត់ពីការរើសអើង ដែលផ្អែកលើពូជសាសន៍, ពណ៌សម្បុរ, ជាតិកំណើត, អាយុ, ពិការភាព, ភេទ, អត្តសញ្ញាណភេទ (ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងការប្តូរអត្តសញ្ញាណ និងការប្តូរភេទ), ទំនោរភេទ, ពិការភាព, អាយុ, ស្ថានភាពរៀបការ, ស្ថានភាពគ្រួសារ/ស្ថានភាពឪពុកម្តាយ, ប្រាក់ចំណូលដែលបានពីកម្មវិធីជំនួយសាធារណៈ ជំនឿនយោបាយ ឬការផ្តាព្រួង ឬការសងសឹកសម្រាប់សកម្មភាពសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋមិន ក្នុងកម្មវិធី ឬសកម្មភាពណាមួយដែលបានធ្វើ ឬឧបត្ថម្ភដោយ USDA (មិនមែនមូលដ្ឋានទាំងអស់អនុវត្តលើកម្មវិធីទាំងអស់ទេ) ។ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ដំណោះស្រាយ និងការដាក់បណ្តឹងខុសៗគ្នាតាមកម្មវិធី ។

ព័ត៌មានរបស់កម្មវិធីអាចធ្វើឱ្យមាននៅក្នុងភាសាផ្សេងពីអង់គ្លេស។ អ្នកដែលមានពិការភាពដែលទាមទារធ្លោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀតសម្រាប់ ព័ត៌មានរបស់កម្មវិធី (ឧទាហរណ៍ អក្សរស្តាម ពុម្ពធំ ខ្សែអាត់សំឡេង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក ជាដើម) គួរតែទាក់ទងភ្នាក់ងារទទួលខុសត្រូវ (រដ្ឋ ឬក្នុងតំបន់) ដែលពួកគេបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកដែលចង់ត្រឡប់ ពីពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយអាចទាក់ទង USDA តាមរយៈសេវាបញ្ជូនបន្តសហព័ន្ធនៅលេខ (800) 877-8339។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី បំពេញបែបបទបណ្តឹងការរើសអើងកម្មវិធី USDA, AD-3027, រកឃើញតាមអនឡាញនៅ៖ https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, ពីការិយាល័យ USDA ណាមួយ ដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ (833) 620-1071 ឬដោយសរសេរសំបុត្រដែលមានអាសយដ្ឋានទៅកាន់ USDA។

សំបុត្រនេះត្រូវតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទរបស់ដើមបណ្តឹង និងសកម្មភាពរើសអើងលម្អិតគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីជូនដំណឹងជំនួយការរដ្ឋលេខាធិការទទួលបន្ទុកសិទ្ធិស៊ីវិល (ASCR) អំពីលក្ខណៈ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការរើសអើងចំពោះសិទ្ធិស៊ីវិលដែលត្រូវបានចោទប្រកាន់។ បែបបទ AD-3027 ឬសំបុត្រដែលបានបំពេញត្រូវតែដាក់ស្នើទៅ៖

1. សំបុត្រ៖ Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria VA 22314; ឬ
2. ទូរសារ៖ (833) 256-1664 ឬ (202) 690-7442; ឬ
3. អ៊ីមែល៖ FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINT@usda.gov

ស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍ និង លេខសន្តិសុខសង្គម

អ្នកអាចនឹងទទួលបានជំនួយបន្ថែមសំរាប់បុគ្គលខ្លះដែលអ្នករស់នៅជាមួយ ទោះបីជាអ្នកដទៃដែលអ្នករស់នៅជាមួយមិនអាចទទួលបានជំនួយដោយសារតែស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់មក យើងនូវស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំ។ ស្ថានភាពជនអន្តោប្រវេសន៍សម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យសុំអាចត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ USCIS (ក៏មិនស្គាល់ជា INS) តាម រយៈការបញ្ជូនព័ត៌មានពីពាក្យសុំទៅ USCIS ។ ព័ត៌មានទទួលបានពី USCIS ដែលផ្អែកលើការបញ្ជូនមក អាចប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបរិមាណផលប្រយោជន៍ ។

ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), អ្នកត្រូវតែផ្តល់មកដោយយើងនូវលេខសន្តិសុខសង្គម(SSN)សំរាប់បុគ្គលដែលរស់នៅជាមួយអ្នកណាដែលដាក់ពាក្យសុំ TANF ជំនួយបន្ថែមមួយអាហារ។ យើងត្រូវទាំងត្រូវការ SSN របស់ខ្ញុំក្នុងខ្លួន និង ប្តីប្រពន្ធ ណាដែលរស់នៅជាមួយអ្នកប៉ុន្តែពួកគេមិនដាក់ពាក្យសុំ។

បើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យសុំជំនួយមួយអាហារ និង កម្មវិធីផ្សេងទៀត

ពួកយើងត្រូវតែធ្វើតាមវិធី SNAP សម្រាប់ការអនុវត្តពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ វាប៉ះពាល់ទាំងការអនុវត្តពាក្យសុំក្នុងរយៈពេលកំណត់ ការចេញសេចក្តីប្រកាសត្រឹមត្រូវ និងការផ្តល់យោបល់ឲ្យអ្នកពិសិទ្ធិរដ្ឋ បាលរបស់អ្នក ។ ពួកយើងមិនអាចបដិសេធជំនួយមួយអាហាររបស់អ្នកដោយគ្រាន់តែពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធីជំនួយផ្សេងត្រូវបានបដិសេធទេ ។

កិច្ចការសំងាត់ និង ជំនួយបន្ថែមប្រាក់សុទ្ធ និង មួយអាហារ

កិច្ចការមួយអាហារ និង អាហាររំលែក ឆ្នាំ២០០៨,ដែលបានធ្លាប់ធ្វើការកែតម្រូវ បានអនុញ្ញាតដោយក្រសួងធ្វើការប្រមូលផ្តុំព័ត៌មានយើងបានស្នើសុំការដាក់ពាក្យសុំ រួមទាំង SSN បុគ្គលនីមួយៗនៅក្នុង គ្រួសារ។ ពួកយើងប្រើ SSNs ដើម្បីបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ បញ្ជាក់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន បង្ហាញការរៀបចំ និងប្រមូលការទាមទារ ។ ពួកយើងផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានជាមួយភ្នាក់ងារផ្សេងដើម្បីគ្រប់គ្រងកម្ម វិធីរបស់ពួកយើង និងធ្វើតាមច្បាប់ ។ ការ ផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ យ៉ាងណាមេញ,ការអានខាងមុខផ្តល់ SSN រឹតតែស្មុគស្មាញសំរាប់សំរាប់ SSN មួយដោយពុំមានហេតុផល សមរម្យនឹងមានលទ្ធផលក្នុងការបដិសេធក្នុង កម្មវិធី អាហារមូលដ្ឋានទៅរាល់បុគ្គលផ្តល់ខ្លួននិយាយណាដែលមិនបានផ្តល់ SSN។យើងបញ្ជាក់ព័ត៌មានខ្លះតាមរយៈកម្មវិធីផ្តល់របស់កំពូទ័រ រួមទាំងប្រាក់ ចំណូលសហព័ន្ធ និង ប្រព័ន្ធបញ្ជាក់សិទ្ធិទទួលបាន។

ព័ត៌មានដែលបានរាយការណ៍ទៅកាន់ក្រសួងសង្គមកិច្ច និង សេវាសុខាភិបាល អាចប៉ះពាល់សិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងគាំពារសុខភាពដែលចាត់ចែងដោយអាជ្ញាធរគាំពារសុខភាព និងការផ្លាស់ប្តូរ គុណប្រយោជន៍។

យើងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បី៖	យើងអាចអោយព័ត៌មាននេះទៅកាន់៖
<ul style="list-style-type: none"> សំរេចថាអ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីរបស់យើង។ ប្រមូលប្រាក់បង់ហួសកំណត់ គ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់យើង ប្រកដោយច្បាស់ថាយើងគោរពតាមច្បាប់កំណត់ 	<ul style="list-style-type: none"> ភ្នាក់ងារ រដ្ឋ និង សហព័ន្ធ សំរាប់ការប្រើប្រាស់ផ្លូវការ ភ្នាក់ងារច្បាប់បង្ខំដោយមាន ដើម្បីតាមចាប់ផ្តន្តដែលជាប់បទឧក្រិដ្ឋមិនគោរពតាមច្បាប់។ ភ្នាក់ងារប្រមូលយកដោយសំងាត់ ដើម្បីប្រមូលយកការបង់ប្រាក់ហួសកំណត់លើជំនួយបន្ថែមមួយអាហារ។

ការប្រាប់អោយដឹងជាមុនពីការពិន័យជំនួយបន្ថែមមួយអាហារ

ពួកយើងបញ្ជាក់ជាមួយភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតថាព័ត៌មានរបស់អ្នកគឺត្រឹមត្រូវ ។ បើព័ត៌មានណាមួយមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំអាចមិនទទួលបានជំនួយអាហារ ។

សមាជិកទាំងឡាយដែលមានចំណងធ្វើខុសវិន័យអាច ៖

- កាត់ទោសក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបានផ្សេងទៀត ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP រយៈពេលមួយឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ធាកតិរិយដល់ \$250,000 ។
- ជាប់ពន្ធនាគារដល់ 20 ឆ្នាំ ។
- បញ្ឈប់ពី SNAP សម្រាប់រយៈពេល 18 ខែបន្ថែម បើគុណការបង្គាប់បញ្ជា ។

បើគុណការរកឃើញអ្នកមានកំហុសនៃ ៖

ការទទួលបានផលប្រយោជន៍ក្នុងការទិញដូរ ដែលរួមមាន ៖ អ្នកអាច ៖

- ការលក់សារធាតុគ្រប់គ្រង មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ពីរឆ្នាំដល់អចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការលក់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ..... មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការរត់ពន្ធផលប្រយោជន៍លើសពី \$500 រួមបញ្ចូលគ្នា មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ការបោកបន្លំកន្លែងស្នាក់នៅ ឬអត្តសញ្ញាណ មិនមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់រយៈពេល 10 ឆ្នាំ ។

ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារ
Application for Food and Cash Assistance

សូមកាន់យើងខ្ញុំបើសិនជាអ្នកត្រូវការជួយបំពេញទម្រង់នេះ

1. ឈ្មោះដើម អក្សរកាត់តំណាងឈ្មោះកណ្តាល ត្រកូល	បត្តិលេខអ្នកដាក់ពាក្យសុំ រឺ អ្នកតំណាងអញ្ជាសិទ្ធិ(ត្រូវអោយមាន)	2. លេខសំគាល់អតិថិជន (បើសិនជាដឹង)
3. អាសយដ្ឋាន ផ្លូវដែលរស់នៅ	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដ ZIP	4. លេខទូរស័ព្ទចម្បង <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ
5. អាសយដ្ឋានសំបុត្រ (បើសិនជាខុសពីខាងលើ)	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដ ZIP	6. លេខទូរស័ព្ទចម្បង <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ
8. ខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំ (ត្រូវលើប្រអប់ដែលជ្រើសរើស): <input type="checkbox"/> ប្រាក់សុទ្ធ <input type="checkbox"/> ម្ហូបអាហារ <input type="checkbox"/> ការថែទាំកុមារ		7. អាសយដ្ឋានសំបុត្រអេឡិចត្រូនិច

9. ខ្ញុំ រឺ ណាមួយនាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ (ត្រូវលើប្រអប់ណាដែលតំណាងអោយអ្នក):

នៅក្នុងស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុប្រទេស ពិការភាព
 មិនអាចធ្វើការបានដោយសារតែបញ្ហាសុខភាព មានផ្ទៃពោះ ; ឈ្មោះ : _____ ថ្ងៃកំណត់ : _____

10. តើអ្នកបានប្រាក់ប៉ុន្មានដែលគ្រួសាររបស់អ្នកនឹងទទួលបាននៅខែនេះ? \$ _____

11. តើគ្រួសាររបស់អ្នកមានប្រាក់សុទ្ធ និង ប្រាក់នៅក្នុងធនាគារប៉ុន្មាន? \$ _____

12. តើគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ថ្លៃផ្ទះ រឺ បង់ថ្លៃផ្ទះបណ្តាក់អស់ប៉ុន្មាន? \$ _____

13. តើសេវាកម្មសាធារណៈអ្វីខ្លះដែលគ្រួសារអ្នកបង់? ម៉ាស៊ីនកំដៅ រឺ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ សេវាទូរស័ព្ទ ផ្សេងៗ : _____

14. តើនៅក្នុងចំណោមគ្រួសាររបស់អ្នកមាន បុគ្គលចំណាកស្រុកខ្លះខាត រឺ អ្នកធ្វើកសិកម្មក្រោមរដូវកាល ដែររឺទេ? បាទ រឺ ចាស ទេ

15. បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ, តើមានសមាជិកនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកប៉ុន្មានអ្នកដែលអ្នកទិញ និង រៀបចំ ម្ហូបអាហារអោយ? _____

16. បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំការថែទាំកុមារ, តើសកម្មភាពអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវការថែទាំ (ត្រូវទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)?

ការងារ សាលារៀន ការងារជាមួយ ការងារ និងការបណ្តុះបណ្តាលម្ហូបអាហារមូលដ្ឋាន (BFET)

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

17. ខ្ញុំត្រូវការអ្នកបកប្រែម្នាក់ រឺ ខ្ញុំនិយាយភាសា: _____ រឺ សញ្ជា ; បកប្រែសំបុត្ររបស់ខ្ញុំទៅជាភាសា: _____

18. រាយឈ្មោះសមាជិកទាំងអស់ ទោះបីជាអ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ពួកគេក៏ដោយ(សរសេរលើក្រដាសបន្ថែមបើសិនជាចាំបាច់)។

ឈ្មោះ (ដើម, កណ្តាល, ត្រកូល)	ភេទ	តើបុគ្គលនេះត្រូវជាអ្វីនិងអ្នក?	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត	ត្រូវលើប្រអប់បើសិនជាអ្នកចង់បានកុម្មវិធីប្រយោជន៍សំរាប់បុគ្គលនេះ	ជំរើសសំរាប់អ្នកមិនដាក់ពាក្យសុំ			
					លេខសន្តិសុខសង្គម	ត្រូវលើប្រអប់បើសិនជាមានសញ្ជាតិ	ធនធាន(មើលលំនាំទាមទារក្រោម)	ឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ (សំរាប់ធនធានអាមេរិកនិង ធនដើមអាហ្វ្រិក)
		រូបខ្ញុំផ្ទាល់		<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"/>		

19. ជីវប្រវត្តិកុលសម្ព័ន្ធរបស់ខ្ញុំ ធនធានដើមអេស្បាញ រឺ អាមេរិកឡាទីន : បាទ រឺ ចាស ទេ

ព័ត៌មានជីវប្រវត្តិអម្បូរ និង កុលសម្ព័ន្ធ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបរិមាណផលប្រយោជន៍ទេ ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រើដើម្បីធានាភារកិច្ចផលប្រយោជន៍ត្រូវបានបែងចែកដោយមិនគិតពីជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឬសញ្ជាតិដើម ។ សំរាប់ជំនួយឧបត្ថម្ភម្ហូបអាហារ, USDA ស្នើរអោយយើងខ្ញុំឆ្លើយចំពោះអ្នកបើសិនជាព័ត៌មាននោះមិនបានផ្តល់អោយទេ។ ឧទាហរណ៍ ពូជអម្បូរ: ស្បែកស, ស្បែកខ្មៅ រឺ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ, អាស៊ី, ធនធានដើមហាវ៉ៃ, ធននៅលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិក, អាមេរិកអិលឌីន, ធនធានដើមអាហ្វ្រិក, រឺ សាសន៍លាយគ្នា។

I. ព័ត៌មានទូទៅ

1. ក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃកន្លងមក ខ្ញុំបានទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភ ប្រាក់សុទ្ធ និង ម្ហូបអាហារពីរដ្ឋ កុលសម្ព័ន្ធ រឺ ធនធាន ផ្សេងទៀត។ បាទ រឺ ចាស ទេ
2. បុគ្គលណាម្នាក់ដែលខ្ញុំកំពុងដាក់ពាក្យសុំមិនរស់នៅក្នុងរដ្ឋស៊ីនតោន៖ បាទ រឺ ចាស ទេ អ្នកណា? : _____
3. ខ្ញុំ រឺ រណនាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំគឺជាជនបរទេសដែលបានផ្គត់ផ្គង់៖ បាទ រឺ ចាស ទេ អ្នកណា? : _____
4. ខ្ញុំ រឺ រណនាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់ខ្ញុំមានអាយុ ១៦ ឆ្នាំ រឺ ចាស់ជាងនេះគឺស្ថិតនៅក្នុង (គូសទាំងអស់ដែលត្រូវ)៖ វិទ្យាល័យ
 កម្មវិធីសមូហភាពវិទ្យាល័យ មហាវិទ្យាល័យ សាលារៀនពាណិជ្ជ អ្នកណា? : _____
5. មានរណនាម្នាក់បណ្តោះអាសន្ននៅក្រៅផ្ទះរបស់ខ្ញុំ៖ បាទ រឺ ចាស ទេ អ្នកណា? : _____
6. ខ្ញុំ រឺ រណនាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានបម្រើនៅក្នុងកងទ័ពអាមេរិក សន្តិសុខជាតិ ឬជនប្រឡង ឬជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់បុគ្គលដែលធ្លាប់បម្រើការ បាទ រឺ ចាស ទេ
 ប្រសិនបើបាទ រឺ ចាស អ្នកណា? : _____
7. ខ្ញុំ រឺ រណនាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ គឺជាប់ធ្វើបទឧក្រិដ្ឋកិច្ចពីច្បាប់ដែលមិនចង់ទោសកុលាការ រឺ ពន្ធនាគារក្នុងបទឧក្រិដ្ឋមួយ។ បាទ រឺ ចាស ទេ
8. ខ្ញុំកំពុងរស់នៅក្នុង៖ ផ្ទះ រឺ ផ្ទះរួម របស់ខ្ញុំ ផ្ទះជាក្រុម ផ្សេងៗ : _____
 វិទ្យាស្ថាន (រាយប្រភេទទីមួយៗ) : _____ កាលបរិច្ឆេទ ពេលចុះ : _____
9. ខ្ញុំ : នៅលើ រៀបការហើយ លែងលះ នៅផ្សេងគ្នា មេម៉ាយ
 នៅជាមួយគ្នាមិនរៀបការ
10. ខ្ញុំ ឬរណនាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តូរជំនួយម្ហូបអាហារសម្រាប់ឆ្នាំច្រើនក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ រឺ ចាស ទេ
11. ខ្ញុំ ឬរណនាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទិញ ឬលក់ជំនួយម្ហូបអាហារលើពី \$500 ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ រឺ ចាស ទេ
12. ខ្ញុំ ឬរណនាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការប្តូរជំនួយម្ហូបអាហារសម្រាប់កាំភ្លើង អាវុធ ឬគ្រឿងផ្ទុះ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ រឺ ចាស ទេ
13. ខ្ញុំ ឬរណនាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំត្រូវដាក់ទោសនៃការទទួលបានជំនួយម្ហូបអាហារលើសពីរដ្ឋមួយ ក្រោយពីថ្ងៃទី 22 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 1996 បាទ រឺ ចាស ទេ
14. ខ្ញុំ ឬរណនាម្នាក់ក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ៖ a. កំពុងធ្វើបាតុកម្ម ៖ បាទ រឺ ចាស ទេ b. នៅព្រំដែន ៖ បាទ រឺ ចាស ទេ

II. ធនធាន (ភ្ជាប់ភស្តុតាង សម្រាប់ ជំនួយប្រាក់សុទ្ធប្តីប្រពន្ធ)

ប្រភពធនធានគឺជាប្រភពទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានកម្មសិទ្ធិ រឺ របស់ដែលទិញទោចលក់បាន, ឬផ្ទេរ, រឺ ប្តូរទៅជាប្រាក់សុទ្ធ រឺ ទិន្នន័យកាន់ដោយអ្នកផ្សេងៗ។
 ធនធានមិនបានរួមបញ្ចូលសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនដូចជា៖ គ្រឿងសង្ហារឹម, សំលៀកបំពាក់។ ធនធានមានដូចជា៖

- ប្រាក់សុទ្ធ
- គុនប្រយោជន៍រៀបរយ
- ប្រាក់ធានា CDs តាមរយៈធនាគារ
- មូលនិធិបញ្ចុះសតដែលបានគ្រងទុកជាមុន
- គណនីយចរន្ត
- IRA រឺ ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍ពីកន្លែងធ្វើការ
- គណនីប្រាក់ទីផ្សារ
- សំភារៈធ្វើជំនួញ
- គណនីយសន្សំ
- ផ្ទះ , ដី រឺ អាគារ
- កុងត្រា
- ប្រាក់ភាគហ៊ុន
- មូលនិធិ សាលាមហាវិទ្យាល័យ
- មូលនិធិប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងជីវិត

សូមរាយធនធានដែល អ្នក, ប្តីប្រពន្ធអ្នក រឺ អ្នកគ្រប់គ្នាដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ដែលអ្នកជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ រឺ កំពុងទិញ៖

ធនធាន	អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ	ទឹកប្រាក់	តំលៃ
			\$
			\$
			\$
			\$

2. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ រណនាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមាន ឡាន, ឡានដឹកទំនិញ, ឡានដឹកអ្នកដំណើរ, ទូក, ឡានសណ្តោង, រឺ យានយន្តផ្សេងទៀត៖

ឆ្នាំ (ឧ: 1980)	ម៉ាក (ឧ: FORD)	ម៉ូដែល (ឧ: ESCORT)	តួសម្រាប់ស៊ីន	តួសម្រាប់ស៊ីនជាយានយន្តនោះប្រើសំរាប់គោលការ គាំពារសុខភាពវិទ្យាសាស្ត្រ	ប្រាក់ដំណាក់
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ខ្ញុំ, ប្តីប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ រណនាម្នាក់ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំ ធ្លាប់បានលក់, ផ្លាស់ប្តូរ, អោយ, រឺ ផ្ទេរធនធានក្នុងកំឡុងពេល៣០ថ្ងៃកន្លងមក(រួមទាំងប្រាក់ធានា CDs តាមរយៈធនាគារ, យានយន្ត រឺ ច្បាប់កាន់កម្មសុទ្ធត្រូវសម្បត្តិ)
 បាទ រឺ ចាស ទេ បើសិនជាមាន, អ្វី? : _____ នៅពេលណា : _____

III. ប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ (ការវិនិយោគធ្វើដោយរាល់សមាជិកនៅក្នុងគ្រួសារក្នុងការទទួលបានប្រាក់បង់ជាធម្មតា រឺ នៅពេលអនាគត)

អ្នកណាជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិប្រាក់រកបានប្រចាំឆ្នាំ?	ក្រុមហ៊ុន រឺ ស្ថាប័ន?	ចំនួនទឹកប្រាក់	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែ	កាលបរិច្ឆេទ បានទិញ
		\$	\$	
		\$	\$	

ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខ សន្តិសុខសង្គម	អត្តលេខសំគាល់ អតិថិជន
------------------------	-------------------	-----------------------

IV. ភស្តុតាងប្រាក់ចំណូលដែលរកបាន

- ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ ណាមួយដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានការងារធ្វើដែលនឹងបញ្ចប់នៅ 30 ថ្ងៃបន្ទាប់: បាទ រឺ ចាស ទេ
- ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ ណាមួយដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានប្រាក់ចំណូលពីកន្លែងធ្វើការ : បាទ រឺ ចាស ទេ បើសិនជាមាន, សូមបំពេញផ្នែកនេះ :

អ្នកណាមកចាក់ចំណូលនេះ ឈ្មោះ/ក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បរិមាណចំណាយការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំខែ : \$ _____	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 st និង 15 th , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ):
--	---

អ្នកណាមកចាក់ចំណូលនេះ ឈ្មោះ/ក្រុមហ៊ុន និង លេខទូរស័ព្ទ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម តើការងារនេះជាការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បរិមាណចំណាយការងារកម្មសិទ្ធិផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំខែ : \$ _____	ចំនួនបានមកទាំងមូល(ចំនួនទឹកប្រាក់ជាមូលដ្ឋានដែលមិនទាន់បានកាត់កង) \$ _____ រៀងរាល់: <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពីរដងក្នុងមួយខែ <input type="checkbox"/> ខែ ចំនួនម៉ោងរៀងរាល់ សប្តាហ៍: _____ ថ្ងៃ បើកលុយ (ឧ: 1 st និង 15 th , រឺ រៀងរាល់ថ្ងៃសុក្រ):
--	---

V. ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត (បានភ្ជាប់ភស្តុតាង របាយការណ៍សំរាប់រាល់សមាជិកគ្រួសារ)

- កូនប្រយោជន៍សំរាប់អ្នកគ្មានការងារធ្វើ
- ចំណូលបានមកពីសន្តិសុខសង្គម
- ចំណូលបានមកពីកុលសម្ព័ន្ធ
- ចំណូលបានមកពីការលេងល្បែង
- កូនប្រយោជន៍វិស័យអប់រំ (ប្រាក់កំចាត់សិក្សា, ប្រាក់សិក្សា, work - study)
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីរដ្ឋសំរាប់គ្រួសារមានចំណូលតិច (SSI)
- ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ រឺ ភាពទទួលខុសត្រូវប្តីប្រពន្ធ
- កូនប្រយោជន៍ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- ប្រាក់ចំណូលដែលបានមកពីការផ្តល់ផ្ទះ
- ប្រាក់ចូលនិវត្តន៍
- រដ្ឋបាលទាហាន (VA) រឺ កូនប្រយោជន៍ទាហាន
- ឧស្សាហកម្ម និង ការងារ (L&I)
- កូនប្រយោជន៍ជឿជាក់រដ្ឋ
- ប្រាក់ចំណេញបានមកពីការប្រាក់

ប្រភេទ ប្រភពចំណូលមិនចំណេញ	អ្នកណាទទួលបានចំណូលនេះ?	ចំនួនប្រាក់ចំណូលទាំងមូលប្រចាំខែ
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. ចំណាយប្រចាំខែ

ថ្ងៃទទួលផ្ទះ	ថ្ងៃបង់ប្រាក់កំចាត់ចេញផ្ទះ	ទំហំថ្លៃធុឡ	ថ្លៃធានារ៉ាប់រងម្ចាស់ផ្ទះ	ពន្ធពិនិច្ឆ័យ និង ផ្ទះ	ថ្លៃបង់ផ្សេងទៀត
\$	\$	\$	\$	\$	\$
តើសេវាសាធារណៈអ្វីខ្លះដែលគ្រួសាររបស់អ្នកបង់ដាច់ដោយឡែកពីថ្លៃធុឡ ឬថ្លៃបង់ផ្សេងៗ?					
<input type="checkbox"/> កម្ពុជា (អគ្គិសនី/ហ្វូស) <input type="checkbox"/> អគ្គិសនី (មិនមែនកម្ពុជា) <input type="checkbox"/> ទឹក <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទេស្ត/ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> លូទឹកស្អុយ <input type="checkbox"/> សម្រាម					
បុគ្គលណាម្នាក់ រឺ ភ្នាក់ងារ ដូចជាអោយប្រាក់ជំនួយបង់ថ្លៃផ្ទះ ឬថ្លៃបង់ចំណែកមួយ រឺ ចំណែកទាំងអស់លើការចំណាយទាំងនោះ : <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជាមាន, នរណា: _____ ចំណាយអ្វី: _____ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលពួកគេបង់: \$ _____					
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំបានទទួលការបង់ប្រាក់លើច្បាប់ជំនួយថាមពលលើផ្ទះមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIHEAP) ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក ។					
ខ្ញុំ ប្តី/ប្រពន្ធខ្ញុំ រឺ ណាមួយនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវបង់ រឺ បង់ (គូសលើប្រអប់ទាំងឡាយដែលតំណាង) :					
<input type="checkbox"/> ការមើលថែកូន រឺ មនុស្សពេញវ័យត្រូវការពឹងផ្អែក (រួមទាំងចំណាយថ្លៃធ្វើដំណើរ)		ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____		អ្នកណាបង់ប្រាក់: _____	
<input type="checkbox"/> វិកលចរិតបង់ប្រាក់វិជ្ជាសាស្ត្រសំរាប់ធនធាន រឺ អាយុ ៦០ ឆ្នាំឡើងទៅ(រួមបញ្ចូលទាំងចំណាយការធ្វើដំណើរ និង ការបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព)		ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____		អ្នកណាបង់ប្រាក់: _____	
<input type="checkbox"/> ឧបត្ថម្ភកូន (ភ្ជាប់ភស្តុតាង)		ចំនួនដែលត្រូវបង់ប្រចាំខែ: \$ _____		អ្នកណាបង់ប្រាក់: _____	
បើសិនជាអ្នកមិនរាយការណ៍ពាក់កែវការចំណាយដែលបានដាក់រាយនោះទេ យើងនឹងសំរេចថាទង្វើនេះគឺជាការថ្លែងការងារដោយគ្រួសាររបស់អ្នកមិនចង់ទទួលបានការដកយល់សំរាប់ការចំណាយនេះទេ។					

ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ		លេខ សន្តិសុខសង្គម		អត្តលេខសំគាល់ អតិថិជន	
VII. អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ					
<p>អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិគឺជាបុគ្គលណាម្នាក់ដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យអោយ DSHS រិយាយជាមួយអ្នកប្រយោជន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះបុគ្គលនោះ ប៉ុន្តែអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើទេ។</p> <p>តើអ្នកមាន អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិមួយដែររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>តើបុគ្គលនេះជាអ្នកមើលថែរបស់អ្នកស្របច្បាប់រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ រឺ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញពាក្យ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ (DSHS 14-532)។</p>					
ឈ្មោះ		ទំនាក់ទំនង		លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ	
អាសយដ្ឋាន ប្រអប់សំបុត្រ		ទីក្រុង		លេខកូដ ZIP	
ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបោះឆ្នោត					
<p>ក្រសួងផ្តល់ជូននូវសេវាដល់អ្នកបោះឆ្នោតដែលរួមទាំងការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតស្វ័យប្រវត្តិ។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះនិងមិនបិទពាល់សេវាកម្មនានា ឬចំនួននៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារនេះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត យើងនឹងជួយអ្នក។ ការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវស្វែងរក ឬទទួលយកជំនួយគឺជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាឯកជន។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា នរណាម្នាក់បានរំខានជាមួយសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការបដិសេធមិនចុះឈ្មោះ បោះឆ្នោត សិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះឯកជនភាពក្នុងការសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យសុំចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬចំណូលចិត្ត នយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងជាមួយ ការិយាល័យបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Elections Office) PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)។</p> <p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬដំឡើងជំនាន់ការចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នកដែររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានប្រអប់ឈ្មោះនេះទេ យើងនឹងចាត់ទុកថាអ្នកបានសម្រេចចិត្តមិនចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនៅពេលនេះ លុះត្រាតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន និងមិនបដិសេធការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតស្វ័យប្រវត្តិ។</p> <p>លុះត្រាតែអ្នកបានកូសយក “ទេ” ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកគឺមានសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើអ្នកនឹងមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំត្រឹមការបោះឆ្នោតបន្ទាប់ អ្នកគឺជាពលរដ្ឋរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ហើយ DSHS មានឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋានរស់នៅ និងថ្លៃសំបុត្រ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ព័ត៌មានអំពីការផ្ទេរផ្ទះកំណត់ និងហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលអះអាងពីការពិតនៃព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅលើពាក្យសុំនេះ។</p> <p>តើអ្នកចង់ឱ្យគេចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិដែររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកបានកូសប្រអប់ដែលសម្គាល់ “បាទ/ចាស” ឬមិនត្រូវបានប្រអប់ឈ្មោះ ហើយអ្នកបំពេញបានតាមតម្រូវការភាពមានសិទ្ធិទទួលបានការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតស្វ័យប្រវត្តិ DSHS និងធ្វើព័ត៌មានរបស់អ្នកទៅ ការិយាល័យរដ្ឋលេខាធិការ ហើយអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតដោយស្វ័យប្រវត្តិ។</p>					
សេចក្តីសំរេច និង ហត្ថលេខា					
<p>បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំនឹងរួមបញ្ចូលប្រាក់សុទ្ធ រាល់មនុស្សពេញវ័យ (រឺ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ) នៅក្នុងគ្រួសារត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។</p> <p>បើសិនជាដាក់ពាក្យសុំនឹងរួមបញ្ចូលប្រាក់សុទ្ធ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ (រឺ អ្នកតំណាងអញ្ញាសិទ្ធិ) ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រគល់ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ និង គោរពតាមការរាយការណ៍នៃការស្នើសុំ។ • ផ្តល់កសិកម្មជាដាច់ខាតសិទ្ធិទទួលបាន។ • ចុះសិទ្ធិជាក់លាក់ណាមួយទៅកាន់ការខ្វះខាត ទៅកាន់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសំរាប់គ្រួសារខ្លះខាត(ទាណពរ)។ យ៉ាងណាមេញ, ខ្ញុំអាចស្នើអោយ DSHS មិនបន្តការខ្វះខាតបន្តបើសិនជាមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្ញុំ រឺ កូនរបស់ខ្ញុំ។ • ធ្វើសហប្រតិបត្តិការជាមួយការងារស្នើសុំជំនួយមូលហេតុ។ <p>បើសិនជាខ្ញុំមិនធ្វើទាំងនេះទេ, ខ្ញុំប្រហែលនឹងអាចត្រូវបដិសេធកូនប្រយោជន៍ រឺ ត្រូវបង់ប្រាក់ទៅអោយរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។</p> <p>ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចក្លាយទៅជាអ្នកជាប់ទោសឧក្រិដ្ឋកម្មបើសិនជាខ្ញុំ មានបំណងធ្វើសេចក្តីច្នៃងការណ៍បន្តិ រឺ អាក់ខានរាយការណ៍រឿងអ្វីមួយដែលខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍។</p> <p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតអោយ DSHS ទំនាក់ទំនងបុគ្គលផ្សេងទៀត រឺ ភ្នាក់ងារនៅពេលចាំបាច់ណាមួយដើម្បីជួយខ្ញុំប្រមូលយកកសិកម្មជាដាច់ខាតសិទ្ធិទទួលបាន។</p> <p>ខ្ញុំបានអាន រឺ ត្រូវបានពន្យល់ពីសិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំ និង ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ សិទ្ធិ និង ទំនួលខុសត្រូវរបស់អតិថិជន(DSHS 14-113)។ ខ្ញុំប្រកាសជាផ្លូវការ រឺ សំរេចក្រោមការពិន័យលើការភ្នាក់ងារ ក្រោមច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់អោយនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ រួមទាំងព័ត៌មានស្តីពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន និង ប្រជាជនមានសញ្ជាតិរបស់សមាជិកដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំសំរាប់កូនប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ពិតជាត្រឹមត្រូវ និង ពិតប្រាកដ។</p>					
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យសុំ		កាលបរិច្ឆេទ		ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	
ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀត		កាលបរិច្ឆេទ		ឈ្មោះ អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យ	
ហត្ថលេខា អ្នកតំណាង រឺ អ្នកជួយ		កាលបរិច្ឆេទ		ឈ្មោះ អ្នកតំណាង រឺ អ្នកជួយ	
ហត្ថលេខា សាក្សី បើសិនជាចុះជាមួយនិងសញ្ញា "X"		កាលបរិច្ឆេទ		ឈ្មោះ សាក្សី	