

ຄຳຮ້ອງສະໝັກເປັນເງິນສົດຫຼືຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອາໄສຊີວິດຕາມແບບຮ່ວມຮູ້, ກະລຸນາຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພວກເຮົາ ຮັກສາໜ້ານີ້ໄວ້ເປັນຫຼັກຖານຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະສະໝັກເປັນເງິນສົດຫຼືຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຄືແນວໃດ?

ທ່ານສາມາດ **ເລັ່ມ** ຂະບວນການດຽວນີ້ໂດຍການສົ່ງໃບສະໝັກນີ້ດ້ວຍຕົນເອງຢູ່ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ. ຄຳຮ້ອງສະໝັກຕ້ອງມີຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະລາຍເຊັນ ຫຼືລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕ້ອງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຍື່ນໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້ໃນທັນທີເຖິງແມ່ນວ່າມັນມີພຽງແຕ່ສາມລາຍການນີ້.

- ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄວຍິ່ງຂຶ້ນ ຖ້າວ່າທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຮ່ວມໂດຍການຕອບຄຳຖາມ, ການລົງລາຍເຊັນໃສ່ໜ້າຫຼັກ ແລະ ການສົ່ງຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໃຫ້ກັບພວກເຮົາ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ພວກເຮົາຮ້ອງຂໍໃຫ້ໄວເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້.
- ທ່ານສາມາດເອົາໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄປຫາຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນ. ເບິ່ງ www.dshs.wa.gov ສຳລັບສະຖານທີ່ຕ່າງໆ.
- ແຜ່ກຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານໄປທີ່ເບີ 1-888-338-7410
- ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານໄປຍັງທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້: DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- ທ່ານຍັງສາມາດສະໝັກທາງອອນລາຍໄດ້ອີກດ້ວຍ ທີ່ www.washingtonconnection.org
- ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ທ່ານຕ້ອງສະໝັກອອນລາຍຢູ່ www.wahealthplanfinder.org, ໂດຍການໂທຫາ 1-855-923-4633, ຫຼືໂດຍການໃຊ້ຄຳຮ້ອງສະໝັກ HCA ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (HCA 18-001).

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ແລະ ເງິນສົດໄດ້ໄວບາບໃດ?

ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານໂດຍທັນທີ, ໃຫ້ຕື່ມຄຳຖາມ 1 ຕື່ງ 14 ແລະເອົາແບບຮ່ວມນີ້ໄປຫາຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານພາຍໃນ 7 ວັນຖ້າວ່າທ່ານສະແດງຫຼັກຖານສະແດງຕົວຕົນຂອງທ່ານ ແລະ ປະຕິບັດຕາມອັນໃດອັນໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຄິດເຮືອນຂອງທ່ານຈະມີລາຍໄດ້ລວມໜ້ອຍກວ່າ \$150 ໂດລາ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຂອງແຫຼວໜ້ອຍກວ່າ \$100 ໂດລາໃນເດືອນນີ້.
- ລາຍຮັບ ແລະຊັບພະຍາກອນຂອງຄິດເຮືອນຂອງທ່ານໜ້ອຍກວ່າຄ່າເຊົ່າ ແລະເຄື່ອງໃຊ້ສອຍລາຍເດືອນຂອງທ່ານ.
- ຄິດເຮືອນຂອງທ່ານປະກອບມີຜູ້ອົບພະຍົບທີ່ຂາດເຂີນ ຫຼືພະນັກງານກະສິກາຕາມລະດູການ.

ສິດທິປະໂຫຍດແມ່ນຈະຖືກອອກໃຫ້ພາຍໃນມື້ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດ. ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານພາຍໃນ 30 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານປົກກະຕິແລ້ວຈະເລີ່ມໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບໃບສະໝັກຂອງທ່ານ. ຖ້າວ່າທ່ານກຳລັງອື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຈາກສະຖາບັນ, ວັນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນວັນທີ່ການປ່ອຍຕົວຫຼືການປິດຕຳແໜ່ງຂອງທ່ານ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດໂດຍປົກກະຕິຈະເລີ່ມໃນມື້ທີ່ພວກເຮົາມີຂໍ້ມູນທັງໝົດເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດ.

ສິດທິພົນລະເຮືອນ ແລະ ການບໍ່ຈຳແນກ

ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ U.S. Department of Agriculture (ກະຊວງກະສິກຳຂອງສະຫະລັດ, USDA), ສະຖາບັນນີ້ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຈຳແນກບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ (ລວມທັງເອກະລັກທາງເພດ ແລະ ແນວທາງທາງເພດ), ສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ຫຼື ຕອບໂຕ້ສຳລັບກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້.

ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ. ບຸກຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກ ໃນການຮັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ເທບບັນທຶກສຽງ, ພາສາມືອາເມລິກາ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບໜ່ວຍງານ (ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ອື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ບຸກຄົນຫຼືໜວກ, ຫຼື ມີຄວາມພິການທາງການປາກເວົ້າ ສາມາດຕິດຕໍ່ USDA ໄດ້ຜ່ານການບໍລິການຖ່າຍທອດຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ເບີ (800) 877-8339.

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໆກ່ຽວກັບການຈຳແນກຂອງໂຄງການ, ຜູ້ຮ້ອງທຸກຄົນຕື່ມແບບຮ່ວມ AD-3027, ເຊິ່ງແມ່ນແບບຮ່ວມການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການຈຳແນກຂອງໂຄງການຂອງ USDA ທີ່ສາມາດຊອກຫາໄດ້ທາງອອນລາຍທີ່: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, ຈາກທຸກຫ້ອງການຂອງ USDA, ໂດຍການໂທຫາເບີ (833) 620-1071 ຫຼື ໂດຍການຂຽນຈົດໝາຍສົ່ງໄປຫາທີ່ຢູ່ຂອງ USDA. ຈົດໝາຍຈະຕ້ອງມີຊື່, ທີ່ຢູ່, ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ ແລະ ຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການດຳເນີນການຈຳແນກຖືກກ່າວຫາໃນລາຍລະອຽດທີ່ພຽງພໍເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ Assistant Secretary for Civil Rights (ຜູ້ຊ່ວຍເລຂາທິການດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງ, ASCR) ຊາບກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ວັນທີຂອງການລະເມີດສິດທິພົນລະເມືອງທີ່ຖືກກ່າວຫາ.

ແບບຮ່ວມ AD-3027 ຫຼື ຈົດໝາຍທີ່ຂຽນສຳເລັດແລ້ວ ຕ້ອງສົ່ງໄປຫາ:

1. **ທາງໄປສະນີ:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ຫຼື
2. **ແຜ່ກ:** (833) 256-1665 ຫຼື (202) 690-7442; ຫຼື
3. **ອີເມວ:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

ສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງ ແລະ ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບບາງຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ກັບເຖິງແມ່ນວ່າຄົນອື່ນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ກັບບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເນື່ອງຈາກສະຖານະພາບຄົນເຂົ້າເມືອງ. ທ່ານຕ້ອງບອກພວກເຮົາເຖິງສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງຂອງຜູ້ທີ່ສະໝັກ. ສະຖານະຄົນຕ່າງດ້ວຍຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງຜູ້ສະໝັກກອາດຈະຖືກກວດສອບໂດຍ USCIS (ໃນເມື່ອກ່ອນເອີ້ນວ່າ INS) ໂດຍຜ່ານການສົ່ງຂໍ້ມູນຈາກແອັບພລິເຄຊັນໄປຫາ USCIS. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ USCIS, ອີງຕາມການອັບສະໂນນີ້, ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ຈໍານວນຜົນປະໂຫຍດ.

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ, SSN) ແກ່ພວກເຮົາສໍາລັບໃຜກໍ່ຕາມທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາຜູ້ທີ່ສະໝັກຂໍ TANF ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ. ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງການ SSNs ຂອງພໍ່ ແມ່ ແລະ ຄູ່ສົມລົດທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານແຕ່ບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້.

ຖ້າວ່າທ່ານກໍາລັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ແລະ ໂຄງການອື່ນໆ

ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງ SNAP ສໍາລັບການປະມວນຜົນຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ. ນີ້ປະກອບມີການປະມວນຜົນຄໍາຮ້ອງສະໝັກພາຍໃນກໍານົດເວລາ, ການອອກແຈ້ງການທີ່ເໝາະສົມ, ແລະການແນະນໍາໃຫ້ທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິການບໍລິຫານຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຂອງທ່ານໄດ້ພຽງແຕ່ເນື່ອງຈາກວ່າຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆໄດ້ຖືກປະຕິເສດ.

ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດ ແລະອາຫານຂອງທ່ານ

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະໂພລິເວນາການຂອງປີ 2008, ຕາມການດັດແກ້, ອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກເກັບກໍາຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຂໍຢູ່ໃນໃບສະໝັກ, ລວມທັງ SSN ຂອງສະມາຊິກແຕ່ລະຄົວເຮືອນ. ພວກເຮົາໃຊ້ SSN ເພື່ອກວດສອບຕົວຕົນ, ຍິ່ງຍືນການມີສິດ, ປ້ອງກັນການສໍ້ໂກງ, ແລະເກັບກໍາຂໍ້ຮຽກຮ້ອງພວກເຮົາແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນຂ່າວສານກັບອົງການອື່ນເພື່ອຄຸ້ມຄອງໂຄງການຂອງພວກເຮົາແລະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການແມ່ນມີຄວາມສະໝັກໃຈ. ແນວໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ສະໜອງ SSN ຫຼື ຫຼັກຖານສະແດງການສະໝັກສໍາລັບ SSN ໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນພຽງພໍ ຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຜົນຖານໃຫ້ແກ່ແຕ່ລະຄົນທີ່ບໍ່ສະໜອງ SSN. ພວກເຮົາກວດສອບຂໍ້ມູນບາງຢ່າງດ້ວຍໄປແກນການຫາຂໍ້ມູນທີ່ກົງກັນທາງຄອມພິວເຕີ, ລວມທັງ Income and Eligibility Verification System (ລະບົບການກວດສອບລາຍຮັບ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບ, IEVS) ຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຂໍ້ມູນທີ່ລາຍງານໃຫ້ Department of Social and Health Services (ພະແນກບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ສຸຂະພາບ) ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Health Care Authority (ອົງການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ) ແລະ Health Benefit Exchange (ການແລກປ່ຽນຜົນປະໂຫຍດດ້ານສຸຂະພາບ).

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອ:	ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ກັບ:
<ul style="list-style-type: none"> ຕັດສິນໃຈວ່າໃຜມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ເກັບເງິນເກີນ. ຄຸ້ມຄອງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ. 	<ul style="list-style-type: none"> ອົງການຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ເພື່ອນໍາໃຊ້ຢ່າງເປັນທາງການ. ອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍກໍາລັງໄລ່ຕາມຜູ້ຄົນທີ່ລົບຫຼີ ເພື່ອຫຼີກລ້ຽງກົດໝາຍ. ອົງການເກັບກໍາຂໍ້ມູນເອກະຊົນ ເພື່ອເກັບຄ່າຊ່ວຍເຫຼືອສະບຽງອາຫານເກີນ.

ຄໍາເຕືອນການລົງໂທດກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ

ພວກເຮົາກວດສອບກັບອົງກອນອື່ນວ່າຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ. ຖ້າຂໍ້ມູນໃດບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜູ້ສະໝັກອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ.

ສະມາຊິກຄົນໃດຜ່ານກົດໝາຍໂດຍເຈດຕະນາສາມາດ:

- ຂຶ້ນກັບການດໍາເນີນຄະດີພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດອື່ນໆທີ່ນໍາໃຊ້.
- ຖືກຂັດຂວາງຈາກ SNAP ສໍາລັບໜຶ່ງປີຢ່າງຖາວອນ.
- ບັບໃໝເຖິງ \$250,000.
- ຈໍາຄຸກສູງເຖິງ 20 ປີ.
- ຖືກຫ້າມຈາກ SNAP ຕື່ມອີກ 18 ເດືອນຖ້າສານສົ່ງ.

ຖ້າວ່າສານພິບວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດ:

ການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນການທຸລະກໍາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ:	ທ່ານອາດຈະ:
ການຂາຍສານຄວບຄຸມ	ຖືກຕັດສິດຕັ້ງແຕ່ສອງປີ ໄປຫາ ຖາວອນ.
ການຂາຍອາວຸດເສີກ, ລູກປືນ ຫຼື ລະເບີດ	ຖືກຕັດສິດຢ່າງຖາວອນ.
ຜົນປະໂຫຍດດ້ານການຄ້າຜິດກົດໝາຍລວມກັນຫຼາຍກວ່າ \$500	ຖືກຕັດສິດຢ່າງຖາວອນ.
ການສໍ້ໂກງທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ	ຖືກຕັດສິດເປັນເວລາ 10 ປີ.

ຄຳຮ້ອງສະໝັກສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ແລະ ເງິນສົດ

ຖາມພວກເຮົາ ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມນີ້.

ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດໄດ້ໃນມື້ນີ້, ໃຫ້ລົ້ມຂະບວນການໂດຍການສົ່ງ ຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງຄົງຈະຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກກ່ອນທີ່ຈະສາມາດອະນຸມັດໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດໄດ້. ຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນໃສ່ໜ້າຫຼັກ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານສຳເລັດ.

1. ຊື່ແທ້ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	2. ໝາຍເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ (ຖ້າຮູ້)
3. ທີ່ຢູ່ຖະໜົນບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ _____ ວັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____	4. ໝາຍເລກໂທລະສັບຫຼັກ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ບ້ານ <input type="checkbox"/> ຂໍຄວາມ
5. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ _____ ວັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____	6. ໝາຍເລກໂທລະສັບສ່ຳຮອງ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ບ້ານ <input type="checkbox"/> ຂໍຄວາມ
8. ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍ (ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): <input type="checkbox"/> ເງິນສົດ <input type="checkbox"/> ອາຫານ <input type="checkbox"/> ການດູແລເດັກ		7. ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____
9. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຄົນໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): <input type="checkbox"/> ຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການນຳໃຊ້ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ <input type="checkbox"/> ມີຄວາມພິການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ ເນື່ອງຈາກບັນຫາສຸຂະພາບ <input type="checkbox"/> ກຳລັງຖືພາ; ຊື່: _____ ວັນຄົບກຳນົດເກີດ: _____		
10. ທ່ານຄາດຫວັງໃຫ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ເງິນເທົ່າໃດໃນເດືອນນີ້?		\$ _____
11. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີເງິນເປັນເງິນສົດ ແລະ ເງິນໃນບັນຊີທະນາຄານເທົ່າໃດ?		\$ _____
12. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຜ່ອນບ້ານຈຳນວນເທົ່າໃດ?		\$ _____
13. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະປະໂພກຫຍັງແດ່? <input type="checkbox"/> ເຄື່ອງເຮັດຄວາມຮ້ອນ/ເຄື່ອງເຮັດຄວາມເຢັນ <input type="checkbox"/> ໂທລະສັບ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____		
14. ມີໃຜຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເປັນກຳມະກອນປະຈຳສວນຕາມລະດູການ ຫຼື ເຄື່ອນທີ່ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່		
15. ຖ້າກຳລັງສະໝັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ, ທ່ານຊື່ ແລະ ກຽມອາຫານໃຫ້ຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຈັກຄົນ? _____		
16. ຖ້າກຳລັງສະໝັກຂໍການດູແລເດັກ, ທ່ານຕ້ອງການການດູແລສຳລັບກິດຈະກຳຫຍັງ (ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)? <input type="checkbox"/> ບ່ອນເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ໂຮງຮຽນ <input type="checkbox"/> WorkFirst <input type="checkbox"/> Basic Food Employment and Training (ການຈ້າງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມດ້ານອາຫານພື້ນຖານ, BFET)		

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ - ຄົວເຮືອນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການແບບເລັ່ງດ່ວນ: ແມ່ນ ບໍ່ ຊື່ຜູ້ຮັບຮັບກວດຄັດກອງ: _____ ວັນທີ: _____

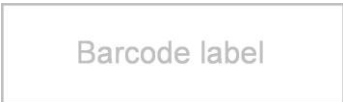
17. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ. ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າ: _____ ຫຼື ພາສາມື; ແບບໜັງສືຕ່າງໆຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປເປັນ: _____

18. ລະບຸລາຍຊື່ທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ສະໝັກຂໍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າກໍຕາມ (ຄັດຕິດເອກະສານເພີ່ມເຕີມ, ຖ້າຈຳເປັນ).

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ	ບຸກຄົນນີ້ມີສາຍພົວພັນກ່ຽວຂ້ອງກັບທ່ານແນວໃດ?	ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍຖ້າທ່ານຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດສຳລັບບຸກຄົນນີ້	ບໍ່ໃສ່ຂໍ້ມູນກໍໄດ້ ສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ສະໝັກ			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (ເວກບັດປະກັນສັງຄົມ)	ໝາຍຖ້າເປັນຜົນລະເມືອງສະຫະລັດ	ເຊື້ອຊາດ (ເບິ່ງຕົວຢ່າງຂ້າງລຸ່ມນີ້)	ຊື່ຊົນເຜົ່າ (ສຳລັບຊາວອິນເດຍແດງ, ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສັກ)
		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"/>		

19. ພື້ນຫຼັງດ້ານຊົນເຜົ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ ຮິສແປນິກ ຫຼື ລາຕິໂນ: ແມ່ນ ບໍ່

ຂໍ້ມູນພື້ນຫຼັງດ້ານເຊື້ອຊາດ ແລະ ຊົນເຜົ່າແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຈຳນວນຜົນປະໂຫຍດ. ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງໂຄງການໄດ້ຖືກແຈກຢາຍໂດຍບໍ່ມີການຄຳນຶງເຖິງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ ຫຼື ຊາດກຳເນີດ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ USDA ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ພວກເຮົາຕອບໃຫ້ທ່ານ ຖ້າວ່າບໍ່ມີການສະໜອງຂໍ້ມູນ. ພວກເຮົາຈະເລືອກ "ບໍ່ມີລາຍງານ" ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຕອບ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດ: ຄົນຜິວຂາວ, ຄົນຜິວດຳ ຫຼື ອາຟຣິກາອາເມລິກາ, ຄົນອາຊີ, ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ, ຊາວເກາະປາຊີຟິກ, ຊາວອິນເດຍແດງ, ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສັກ ຫຼື ຫຼາຍເຊື້ອຊາດປະສົມກັນ.



ຊື່ຜູ້ສະໝັກ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ)	ໝາຍເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
-------------	---	---------------------

I. ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

- ໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບເງິນສົດ ຫຼື ອາຫານຈາກລັດອື່ນ, ຊົນເຜົ່າ ຫຼື ແຫຼ່ງອື່ນໆ. ແມ່ນ ບໍ່
- ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍໃຫ້ ແມ່ນອາໄສຢູ່ນອກລັດ Washington: ແມ່ນ ບໍ່ ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນເປັນຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ: ແມ່ນ ບໍ່ ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ທີ່ມີອາຍຸ 16 ປີຂຶ້ນໄປ ແມ່ນຢູ່ໃນ (ໝາຍເຫັນເຖິງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):
 ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມປາຍ ຫຼັກສູດທີ່ທຽບເທົ່າກັບໂຮງຮຽນມັດທະຍົມປາຍ ວິທະຍາໄລ ໂຮງຮຽນການຄ້າ ໃຜ: _____
- ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນການຊົ່ວຄາວ: ແມ່ນ ບໍ່ ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໜ້າທີ່ຢູ່ໃນກອງກຳລັງປະກອບອາວຸດສະຫະລັດ, ໜ່ວຍປ້ອງກັນຊາດ ຫຼື ກອງກຳລັງສຳຮອງ ຫຼື ເປັນຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງບຸກຄົນໃດທີ່ໄດ້ໄປຮັບໜ້າທີ່: ແມ່ນ ບໍ່ ຖ້າແມ່ນ, ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍໃຫ້ແມ່ນ ກຳລັງລົບໜີຈາກກົດໝາຍເພື່ອຫຼີກເວັ້ນການໄປຂຶ້ນສານ ຫຼື ຈ່າຄຸກ ສຳລັບອາຊີຍາກຳທາງອາຍາ: ແມ່ນ ບໍ່
- ຂ້າພະເຈົ້າອາໄສຢູ່ໃນ: ເຮືອນ ຫຼື ອາພາດເມັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ເຮືອນກຸ່ມ ອື່ນໆ: _____
 ສະຖານທີ່ (ລະບຸປະເພດ): _____ ວັນທີເຂົ້າຢູ່: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ: ໂສດ ແຕ່ງງານແລ້ວ ຍ່າຮ້າງ ແຍກກັນຢູ່ ໜ້າຍ ເປັນຄູ່ຮັກທີ່ຈິດທະບຽນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຄົນໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກຕັດສິນວົງໃໝ່ໃນການຊື້ຂາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານສຳລັບຢາຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996: ແມ່ນ ບໍ່
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກຕັດສິນໃນຂໍ້ຫາຊື້ ຫຼື ຂາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານເກີນ \$500 ຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996: ແມ່ນ ບໍ່
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກຕັດສິນໃນສະຖານການນຳການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານໄປແລກປ່ຽນອາວຸດປືນ, ລູກປືນ ຫຼື ລະເບີດຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996: ແມ່ນ ບໍ່
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກຕັດສິນໃນສະຖານການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານໃນຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງລັດ ຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996: ແມ່ນ ບໍ່
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຄົນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນ: a. ກຳລັງປະທ້ວງຢຸດງານ: ແມ່ນ ບໍ່ b. ນັກຮຽນໂຮງຮຽນກິນອອນ: ແມ່ນ ບໍ່

II. ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ (ຄັດຕິດເອກະສານຫຼັກຖານ; ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດເທົ່ານັ້ນ)

ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ ແມ່ນທຸກສິ່ງທຸກຢ່າງທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ກຳລັງຈະຊື້ທີ່ສາມາດຂາຍ, ຊື້ຂາຍ ຫຼື ແລກປ່ຽນເປັນເງິນສົດ ຫຼື ເງິນທີ່ຖືຄອງໂດຍຜູ້ອື່ນ. ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ ບໍ່ລວມຊັບສິນສ່ວນຕົວ ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງເຜີ້ມເຈີ ຫຼື ເຄື່ອງນຸ່ງຮົ່ມ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ ແມ່ນ:

- ເງິນສົດ
- ຄວາມໄວ້ວາງໃຈ
- CDs
- ກອງທຶນຜັງສົບ, ແຜນຈ່າຍລ່ວງໜ້າ
- ບັນຊີເງິນຝາກກະແສລາຍວັນ
- IRA / 401k
- ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ
- ອຸປະກອນທຸລະກິດ
- ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ
- ເຮືອນ, ທີ່ດິນ ຫຼື ອາຄານ
- ພັນທະບັດ
- ການລ້ຽງສັດ
- ກອງທຶນວິທະຍາໄລ
- ກອງທຶນບ້ານນານ
- ປະກັນຊີວິດ

1. ກະລຸນາລະບຸລາຍຊື່ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນທີ່ທ່ານ, ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍໃຫ້ ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼືກຳລັງຈະຊື້:

ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ	ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ	ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າ
			\$
			\$
			\$
			\$

2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍໃຫ້ ມີລົດ, ລົດບັນທຸກ, ລົດຕັ້ງ, ເຮືອ, RVs, ລົດຜ່ວງ ຫຼື ຍານພາຫະນະທີ່ຕິດເຄື່ອງຈັກອື່ນໆ:

ປີ (ຕົວຢ່າງ: 1980)	ອີ່ຫໍ້ (ຕົວຢ່າງ: FORD)	ລຸ້ນ (ຕົວຢ່າງ: ESCORT)	ໝາຍ ຖ້າເປັນການເຊົ່າ	ໝາຍ ຖ້າຍານພາຫະນະຖືກໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງທາງການແລເມດ	ຈ່າຍເງິນທີ່ຍັງຕິດໜີ້ຢູ່
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍໃຫ້ ໄດ້ຂາຍ, ຄ່າຂາຍ, ມອບ ຫຼື ໂອນ ຊັບພະຍາກອນໃດໜຶ່ງໃນສອງປີຜ່ານມາ (ລວມທັງສິນເຊື່ອ, ຍານພາຫະນະ ຫຼື ສັງຫາລິມະຊັບເພື່ອຊີວິດ): ແມ່ນ ບໍ່ ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນຫຍັງ: _____ ເມື່ອໃດ: _____

III. ເງິນປະຈຳປີ (ການລົງທຶນທີ່ລົງທຶນໂດຍສະມາຊິກຄົວເຮືອນຄົນໃດໜຶ່ງ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນປົກກະຕິໃນບັດຈຸບັນ ຫຼື ໃນອະນາຄົດ.)

ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງເງິນປະຈຳປີ?	ບໍລິສັດ ຫຼື ສະຖາບັນ?	ຈ່າຍເງິນ ຫຼື ມູນຄ່າ	ວາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ວັນທີຊື້
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

ຊື່ຜູ້ສະໝັກ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ)	ໝາຍເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
-------------	---	---------------------

IV. ລາຍໄດ້ (ແນບຫຼັກຖານ)

1. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກໃຫ້ ມີວຽກເຮັດທີ່ສິ້ນສຸດລົງໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ: ແມ່ນ ບໍ່
2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍໃຫ້ ມີລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ: ແມ່ນ ບໍ່
ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກນີ້:

ຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ນີ້ ຊື່ນາຍຈ້າງ ແລະ ເປີໂທລະສັບ ວັນທີ່ເລີ່ມ	ຈຳນວນລວມທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນການຫັກອອກ) \$ _____ ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ: _____ ວັນທີ່ຈ່າຍເງິນ (ຕົວຢ່າງ: ວັນທີ 1 ແລະ ວັນທີ 15 ຫຼື ທຸກໆວັນສຸກ):
ວຽກນີ້ແມ່ນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງຫຼືບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຈຳນວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງປະຈຳເດືອນ: \$ _____	

ຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ນີ້ ຊື່ນາຍຈ້າງ ແລະ ເປີໂທລະສັບ ວັນທີ່ເລີ່ມ	ຈຳນວນລວມທີ່ໄດ້ຮັບ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນການຫັກອອກ) \$ _____ ທຸກໆ: <input type="checkbox"/> ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> ອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ <input type="checkbox"/> ເດືອນ ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ: _____ ວັນທີ່ຈ່າຍເງິນ (ຕົວຢ່າງ: ວັນທີ 1 ແລະ ວັນທີ 15 ຫຼື ທຸກໆວັນສຸກ):
ວຽກນີ້ແມ່ນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງຫຼືບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຈຳນວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງປະຈຳເດືອນ: \$ _____	

V. ລາຍຮັບອື່ນໆ (ແນບຫຼັກຖານ; ລາຍງານສຳລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທັງໝົດ)

- ເງິນສົ່ງເຄາະຫວ່າງງານ
- ລາຍຮັບປະກັນສັງຄົມ
- ລາຍຮັບຊົນເຜົ່າ
- ລາຍໄດ້ຈາກເກມ
- ເງິນສະຫວັດດີການດ້ານການສຶກສາ (ເງິນກູ້ຢືມນັກສຶກສາ, ທຶນຊ່ວຍເຫຼືອ, ການເຮັດວຽກ-ການສຶກສາ)
- Supplemental Security income (ລາຍໄດ້ເສີມທາງດ້ານຄວາມປອດໄພ, SSI)
- ເງິນຄ່າດູແລເດັກ ຫຼື ເງິນລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ
- ສະຫວັດດີການທາງລົດໄຟ
- ລາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົ່າ
- ເງິນບໍານານ ຫຼື ເປັຍບໍານານ
- ສະຫວັດດີການຈາກ Veteran Administration (ອົງການບໍລິຫານນັກຮົບເກົ່າ, VA) ຫຼື ທະຫານ
- Labor and Industries (ແຮງງານ ແລະ ອຸດສາຫະກຳ, L&I)
- ຄວາມໄວ້ວາງໃຈ
- ດອກເບ້ຍ / ເງິນບັນຜົນ

ປະເພດລາຍຮັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໃຜໄດ້ຮັບລາຍໄດ້?	ລວມຍອດເງິນເດືອນ
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນ

ເຊົ່າ	ການຈ່າຍນໍ້າ	ເຊົ່າພື້ນທີ່	ປະກັນໄພຂອງເຈົ້າຂອງເຮືອນ	ພາສີຊັບສິນ	ຄ່າທ່ານງານອື່ນໆ
\$	\$	\$	\$	\$	\$

ຄ່າສາທາລະນະໂພກໃດແດ່ ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍ ຕ່າງໜ້າ ຈາກຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຈ່າຍນໍ້າ?
 ຄວາມຮ້ອນ (ໄຟຟ້າ/ອາຍແກັສ) ໄຟຟ້າ (ບໍ່ເຮັດ ຄວາມຮ້ອນ) ນໍ້າ ໃນເຮືອນ/ໂທລະສັບມືຖື ທໍ່ລະບາຍນໍ້າ ຂີ້ເຫຍື້ອ

ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການອື່ນ, ເຊັ່ນ: ທີ່ຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບການອຸດໜູນ, ຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍຄ່າທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້:
 ແມ່ນ ບໍ່ ຖ້າແມ່ນ, ໃຜ: _____ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫຍັງ: _____ ຈຳນວນທີ່ຈ່າຍ: \$ _____

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນຕາມ Low Income Home Energy Assistance Act (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານສຳລັບເຮືອນທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ, LIHEAA) ໃນ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.

ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເປັນຜູ້ຈ່າຍ ຫຼື ອາດຈະໄດ້ຈ່າຍ (ໝາຍໝົດທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

<input type="checkbox"/> ການເບິ່ງແຍງດູແລຜູ້ເພີ່ງພາອາໄສທີ່ເປັນເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ (ລວມທັງຄ່າຂົນສົ່ງ)	ຈຳນວນລາຍເດືອນ: \$	ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ໃບບິນຄ່າປົນປົດສຳລັບຄົນພິການ ຫຼື ອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ (ລວມທັງ ຄ່າຂົນສົ່ງ ແລະ ຄ່າປະກັນໄພສຸຂະພາບ)	ຈຳນວນລາຍເດືອນ: \$	ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ເງິນລ້ຽງດູເດັກ (ແນບຫຼັກຖານ)	ຈຳນວນລາຍເດືອນ: \$	ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ:

ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ລາຍງານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນານີ້ເປັນຄ່າຖະແຫຼງທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້.

ຊື່ຜູ້ສະໝັກ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ)	ໝາຍເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ
VII. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ		
ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແມ່ນຄົນທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ DSHS ສືບທະນາ ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດລະບຸຊື່ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໄດ້, ແຕ່ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງລະບຸ.		
ທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່		
ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຕື່ມແບບຟອມຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (DSHS 14-532).		
ຊື່	ສາຍພົວພັນ	ເປີໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ	ເມືອງ	ລັດ ລະຫັດໄປສະນີ
ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ		
<p>ພະແນກ ໃຫ້ການບໍລິການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ, ລວມທັງການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງອັດຕະໂນມັດ. ການສະໜັກລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບໍລິການ ຫຼື ຈຳນວນຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກອົງການນີ້. ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການຕັດສິນວ່າຈະຊອກຫາ ຫຼື ຍອມຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນສິດທິຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນເປັນສ່ວນຕົວ. ຖ້າວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າມີຄົນແຊກແຊງສິດຂອງທ່ານໃນການລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດ ການລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງ, ສິດທິຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫຼື ໃນການສະໜັກລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ສິດຂອງທ່ານໃນການເລືອກຜັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ຄວາມມັກທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ກັບ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ບັບປຸງການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນຂອງທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່</p> <p>ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ເລືອກກ່ອງໃດໜຶ່ງ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາວ່າ ທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈບໍ່ລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງໃນເວລານີ້, ຍົກເວັ້ນວ່າ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ແລະບໍ່ປະຕິເສດ, ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນອັດຕະໂນມັດ.</p> <p>ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານເລືອກ "ບໍ່" ຂ້າງເທິງ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນອັດຕະໂນມັດ. ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນອັດຕະໂນມັດຖ້າທ່ານມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີໃນການເລືອກຕັ້ງຄັ້ງຕໍ່ໄປ, ທ່ານເປັນພົນລະເມືອງຂອງສະຫະລັດອາເມລິການ ແລະ DSHS ມີຊື່ທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ວັນເດືອນປີເກີດ, ການກວດສອບສັນຊາດ. ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຢັ້ງຢືນຄວາມຈິງຂອງຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ໃນຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້.</p> <p>ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງໂດຍອັດຕະໂນມັດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່</p> <p>ຖ້າທ່ານໝາຍເອົາບ່ອນໝາຍ "ແມ່ນແລ້ວ," ຫຼື ບໍ່ໝາຍໃສ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງ ແລະ ທ່ານຕອບສະໜອງໄດ້ຕາມຄວາມຕ້ອງການການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງອັດຕະໂນມັດ, DSHS ຈະສົ່ງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄປໃຫ້ Office of the Secretary of State (ຫ້ອງການລັດຖະມົນຕີ) ແລະ ທ່ານຈະຖືກລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງໂດຍອັດຕະໂນມັດ.</p>		
ການຍືນຍັນ ແລະ ການລົງລາຍເຊັນ (ລົງລາຍເຊັນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອໃຫ້ໃບສະໝັກຂອງທ່ານສຳເລັດ.)		
<p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດການລາຍງານ. ໃຫ້ຜູ້ກຖານສະແດງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດ. ມອບສິດບາງຢ່າງໃຫ້ແກ່ການລົງດູເດັກ, ໃຫ້ລັດ Washington ເມື່ອຂ້ອຍໄດ້ຮັບ Temporary Assistance for Needy Families (ການຊ່ວຍເຫຼືອຄອບຄົວສຳລັບ ຄອບຄົວທີ່ຂີດສົນ, TANF). ຕຖືກແນວໃດກໍຕາມ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍໃຫ້ DSHS ບໍ່ໃຫ້ດຳເນີນການລົງດູເດັກ ຖ້າມັນເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຮ່ວມມືກັບຄວາມຕ້ອງການວຽກງານການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານສະບຽງອາຫານ. <p>ຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຮັດສິ່ງເຫຼົ່ານີ້, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກປະຕິເສດຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ຕ້ອງຈ່າຍຄືນ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖືກດຳເນີນຄະດີທາງອາຍາໄດ້ ຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຄວາມຜິດ ຫຼື ບໍ່ລາຍງານບາງຢ່າງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນລາຍງານ.</p> <p>ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ DSHS ຕິດຕໍ່ກັບບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການອື່ນເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກການສະແດງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ອະທິບາຍສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບສຳນືກຂອງສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, DSHS 14-113. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຍືນ ຫຼື ປະກາດພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງຂໍ້ເທັດຈິງພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ Washington ວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ໃນໃບສະໝັກນີ້, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເປັນພົນລະເມືອງ ແລະ ສະຖານະຄົນຕາງດ້າວຂອງສະມາຊິກທີ່ຍື່ນຂໍຜົນປະໂຫຍດເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.</p> <p>ຖ້າວ່າຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສິດ, ຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນ (ຫຼືຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ) ໃນຄົວເຮືອນຕ້ອງລົງນາມ.</p> <p>ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ, ທັງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈະຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະມີເອກະສານລະບຸຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃນປະຈຸບັນຢູ່ໃນແຜ່ນແລ້ວເທົ່ານັ້ນ.</p>		
ລາຍເຊັນຜູ້ສະໝັກ (ຕ້ອງມີ)	ວັນທີ	ພິມຊື່ຜູ້ສະໝັກ ເມືອງ ແລະ ລັດທີ່ລົງລາຍເຊັນ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນໆ	ວັນທີ	ພິມຊື່ຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນໆ ເມືອງ ແລະ ລັດທີ່ລົງລາຍເຊັນ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຊ່ວຍ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີ	ພິມຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ ເມືອງ ແລະ ລັດທີ່ລົງລາຍເຊັນ
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ ຖ້າວ່າເຊັນດ້ວຍ "X"	ວັນທີ	ພິມຊື່ຂອງພະຍານ