

ການກວດສອບການມີສິດໄດ້ຮັບ

ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອ່ານຫຼືການຕາມແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກພວກເຮົາ
ຮັກສາໜ້ານີ້ໄວ້ເປັນຫຼັກຖານຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າຈະສະໜັບສະໜູນເປັນຈຸນິດສິດຫຼືຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຄືແນວໃດ?

- ທ່ານສາມາດ **ເລັ່ມ** ຂະບວນການໄດ້ດຽວນີ້ ໂດຍການສົ່ງການກວດສອບນີ້ຢູ່ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ. ຄ່າຮ້ອງຂໍສະໜັບສະໜູນມີຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ລາຍເຊັນ ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຍື່ນການກວດສອບຂອງທ່ານໄດ້ໃນຕອນນີ້ ຖ້າມີພຽງແຕ່ສາມລາຍການເຫຼົ່ານີ້ເທົ່ານັ້ນ.
- ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໄວຍິ່ງຂຶ້ນ ຖ້າວ່າທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມໂດຍການຕອບຄໍາຖາມ, ການລົງລາຍເຊັນໃສ່ໜ້າເຈັດ ແລະ ການສົ່ງການກວດສອບຂອງທ່ານໃຫ້ກັບພວກເຮົາ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ພວກເຮົາຮ້ອງຂໍໃຫ້ໄວເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້.
- ທ່ານສາມາດນໍາການກວດສອບຂອງທ່ານໄປສົ່ງໃຫ້ຫ້ອງການປະຈໍາທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ແຜ່ກໂປຣັກ 1-888-338-7410. ເບິ່ງ www.dshs.wa.gov ສໍາລັບສະຖານທີ່ຕ່າງໆ.
- ສົ່ງການກວດສອບຂອງທ່ານທາງໄປສະນີໄປຫາທີ່ຢູ່ໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS
Home and Community Services – Long Term Care Services
PO Box 45826
Olympia, WA 98504-5826

- ທ່ານສາມາດຍື່ນການກວດສອບນີ້ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ www.washingtonconnection.org
- ແບບຟອມການກວດສອບການມີສິດໄດ້ຮັບນີ້ ພຽງແຕ່ຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອຕໍາຍາກການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບບັນດາໂຄງການ Washington Apple Health ທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ເທົ່ານັ້ນ. ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງສະໜັບສະໜູນອອນລາຍຢູ່ www.wahealthplanfinder.org, ໂດຍການໂທຫາ 1-855-923-4633 ຫຼື ໂດຍການໃຊ້ຄໍາຮ້ອງສະໝັກ HCA ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (HCA 18-001).

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານ ແລະ ຈຸນິດສິດໄດ້ໄວບາບໃດ?

- ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານໂດຍທັນທີ, ໃຫ້ຕື່ມຄໍາຖາມ 1 ຕຖົງ 14 ແລະເອົາແບບຟອມນີ້ໄປຫາຫ້ອງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຫຼື ບໍ່ ພາຍໃນ 7 ວັນ ຖ້າວ່າທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນຂອງທ່ານ ແລະ ບັນລຸໄດ້ຕາມກົດລະບຽບວ່າດ້ວຍການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ພວກເຮົາຈະອອກເງິນສິດທິປະໂຫຍດ ພາຍໃນມື້ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານປົກກະຕິແລ້ວຈະເລັ່ມໃນວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບໃບສະໝັກຂອງທ່ານ.
- ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຈຸນິດສິດໂດຍປົກກະຕິຈະເລັ່ມໃນມື້ທີ່ພວກເຮົາມີຂໍ້ມູນທັງໝົດເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດ.
- ພວກເຮົາຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານພາຍໃນ 30 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານ.
- ຖ້າວ່າທ່ານກໍາລັງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຈາກສະຖາບັນ, ວັນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນແມ່ນວັນທີ່ການປ່ອຍຕົວຫຼືການປິດດໍາແຫນ່ງຂອງທ່ານ.

ຖ້າວ່າທ່ານກໍາລັງສະໜັບສະໜູນການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ແລະ ໂຄງການອື່ນໆ:

ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງ SNAP ສໍາລັບການປະມວນຜົນຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ. ນີ້ປະກອບມີການປະມວນຜົນຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ພາຍໃນກໍານົດເວລາ, ການອອກແຈ້ງການທີ່ເໝາະສົມ, ແລະການແນະນໍາໃຫ້ທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິການບໍລິຫານຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິເສດ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຂອງທ່ານໄດ້ພຽງແຕ່ເນື່ອງຈາກວ່າຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆໄດ້ຖືກປະຕິເສດ.

ສິດທິພົນລະເຮືອນ ແລະ ການບໍ່ຈໍາແນກ

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

ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ. ບຸກຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກ ໃນການຮັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ເທບບັນທຶກສຽງ, ພາສາມືອາເມລິກາ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບໜ່ວຍງານ (ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນຊ່ວຍເຫຼືອ. ບຸກຄົນຫຼຸບໜວກ, ຫຼື ມີຄວາມພິການທາງການປາກເວົ້າ ສາມາດຕິດຕໍ່ USDA ໄດ້ຜ່ານການບໍລິການຖ່າຍທອດຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ເບີ (800) 877-8339.

ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການຈໍາແນກຂອງໂຄງການ, ຜູ້ຮ້ອງທຸກຄວນຕື່ມແບບຟອມ AD-3027, ເຊິ່ງແມ່ນແບບຟອມການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການຈໍາແນກຂອງ ໂຄງການຂອງ 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.

ແບບຟອມ AD-3027 ຫຼື ຈົດໝາຍທີ່ຂຽນສໍາເລັດແລ້ວ ຕ້ອງສົ່ງໄປຫາ:

- ທາງໄປສະນີ: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, ຫ້ອງ334
Alexandria, VA 22314; ຫຼື
- ແຜ່ກ: (833) 256-1665 ຫຼື (202) 690-7442; ຫຼື
- ອີເມວ: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

ສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງ ແລະ Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບບາງຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາ ເຖິງແມ່ນວ່າຄົນອື່ນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບ ອັນດັ່ງກ່າວຈາກສະຖານະພາບຄົນເຂົ້າເມືອງຂອງ ພວກເຂົາກໍຕາມ. ທ່ານຕ້ອງບອກພວກເຮົາເຖິງສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງຂອງຜູ້ທີ່ສະໝັກ. ສະຖານະພາບຄົນເຂົ້າເມືອງຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນອາດສາມາດໄດ້ຮັບການ ກວດສອບໂດຍ USCIS (ເມື່ອກ່ອນແມ່ນ INS). ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ USCIS ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ຈໍານວນຜົນປະໂຫຍດ. ພວກເຮົາມີການຄຸ້ມ ຄອງທາງດ້ານການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ອາດຈະຄຸ້ມຄອງຄົນຕ່າງດ້ວຍບາງຄົນ.

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນ ສັງຄົມ, SSN) ຂອງບຸກຄົນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ນໍາ ທີ່ສະໜັກຂໍ Washington Apple Health, TANF ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ. ພວກເຮົາອາດຈະ ຕ້ອງການ SSN ຂອງແມ່ ແລະ ຄູ່ສົມວົດທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານແຕ່ບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້. ພວກເຮົາມີການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບບາງຄົນທີ່ບໍ່ມີ SSN.

ຂໍ້ມູນການເປັນພົນລະເມືອງ ແລະ ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ ສໍາລັບ Washington Apple Health

ພົນລະເມືອງສະຫະລັດຕ້ອງໄດ້ຜູກກັນເປັນພົນລະເມືອງ ແລະ ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບ Washington Apple Health. ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັກ ຖານ. ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການເອກະສານທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ເສຍເງິນ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຂໍເອກະສານນັ້ນເອງ ແລະ ຈ່າຍຄ່າເອງ. ພວກເຮົາບໍ່ຕ້ອງການເອກະສານຫຼັກຖານສໍາລັບ ບຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບ Medicare, Social Security Disability Insurance (ການປະກັນໄພຄວາມພິການຈາກປະກັນສັງຄົມ, SSDI) ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມ ພິການຂອງຜູ້ກ່ຽວເອງ ຫຼື Supplemental Security Income (ລາຍຮັບເສີມດ້ານຄວາມປອດໄພ, SSI).

ການຈ່າຍຄືນໃຫ້ແກ່ລັດ ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດ ແລະ ການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ

ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຊົດເຊີຍຈາກຊັບສິນ ແຫ່ງລັດ Washington (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), ຊັບສິນຂອງທ່ານ ອາດຈະຕ້ອງໄດ້ນໍາໄປຈ່າຍຊົດ ເຊີຍຄືນແກ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ລັດໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ກັບການບໍລິການ ແລະ ການສະໜັບສະໜູນ ທາງການແພດ ແລະ ໄລຍະຍາວບາງປະເພດ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກທ່ານມີອາຍຸຄົບ 55 ປີ. ບໍ່ມີຂີດຈໍາກັດດ້ານອາຍຸ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດເທົ່ານັ້ນ. ການຊົດເຊີຍຈາກຊັບສິນ ຈະເລີ່ມຫຼັງຈາກການເສຍຊີວິດຂອງທ່ານ; ການຈ່າຍເງິນແມ່ນຈະ ມີກໍານົດຈ່າຍຫຼັງຈາກການເສຍຊີວິດຂອງຄູ່ສົມວົດທີ່ຍັງມີຊີວິດຢູ່ຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອລູກຂອງທ່ານມີອາຍຸຄົບ 21 ປີ, ເດີນເສຍແຕ່ວ່າເດັກຈະເປັນຄົນຕາບອດ/ພິການ ໃນເວລາ ທີ່ທ່ານເສຍຊີວິດ. ລັດສາມາດຍື່ນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຊົດຊັບສິນກ່ອນຕາຍ ຕໍ່ຊັບສິນທີ່ແທ້ຈິງຂອງທ່ານໄດ້ ໃນທຸກໆໄວອາຍຸ, ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນບ້ານພັກຄົນລຸລາ ແລະ ບໍ່ມີແນວໂນ້ມ ທີ່ຈະໄດ້ບ້ານ. ລັດສາມາດເກັບກູ້ເງິນຈາກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຊົດຊັບສິນນີ້ໄດ້ ຖ້າທ່ານຂາຍ ຫຼື ໂອນຊັບສິນ ຫຼື ຫຼັງຈາກການເສຍຊີວິດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານໄດ້ກັບຄືນບ້ານ ລັດຈະຖອນ ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຊົດຊັບສິນນີ້. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ລວມທັງບັນຊີລາຍການການບໍລິການທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ມີການຊົດເຊີຍຄືນຈາກຊັບສິນ, ໃຫ້ເບິ່ງພາກ 182-527 WAC.

ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສິດ ແລະ ອາຫານຂອງທ່ານ

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະ ໄພລະນາການ ປີ 2008, ອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາເກັບກໍາຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຂໍຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍແມ່ນເປັນຄວາມ ສະໝັກໃຈ, ແນວໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່ພຽງພໍ ສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດເງິນຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານພື້ນຖານ. ພວກເຮົາກວດ ສອບຂໍ້ມູນບາງຢ່າງດ້ວຍໃບແຕກການຫາຂໍ້ມູນທີ່ກົງກັນທາງຄອມພິວເຕີ, ລວມທັງ Income and Eligibility Verification System (ລະບົບການກວດສອບລາຍຮັບ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບ, IEVS) ຂອງລັດຖະບານກາງ.

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອ:	ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ກັບ:
<ul style="list-style-type: none"> ຕັດສິນໃຈວ່າໃຜມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ເກັບເງິນທີ່ຈ່າຍເກັບສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຄືນ. ຄຸ້ມຄອງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ໃຫ້ແນວໃຈວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ. 	<ul style="list-style-type: none"> ອົງການຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ເພື່ອນໍາໃຊ້ຢ່າງເປັນທາງການ. ອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍກໍາລັງໄດ້ຕາມຜູ້ຄົນທີ່ລົບໜີ ເພື່ອຫຼີກລ່ຽງກົດໝາຍ. ອົງການເກັບກໍາຂໍ້ມູນເອກະຊົນ ເພື່ອເກັບຄ່າຊ່ວຍເຫຼືອສະບຽງອາຫານເກີນ.
<p>ຂໍ້ມູນທີ່ລາຍງານໃຫ້ Department of Social and Health Services (ພະແນກບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ສຸຂະພາບ) ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ການດູແລສຸຂະພາບ ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Health Care Authority (ອົງການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ) ແລະ Health Benefit Exchange (ການແລກປ່ຽນຜົນປະໂຫຍດ ດ້ານສຸຂະພາບ).</p>	
ຄໍາເຕືອນການລົງໂທດກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ	
<p>ພວກເຮົາກວດສອບກັບອົງກອນອື່ນວ່າຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ. ຖ້າມີຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜູ້ສະໝັກອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ.</p> <p>ສະມາຊິກຄົນໃດຜ່ານກົດໝາຍໂດຍເຈດຕະນາສາມາດ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ຂຶ້ນກັບການດໍາເນີນຄະດີພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດອື່ນໆທີ່ນໍາໃຊ້. ຖືກຂັດຂວາງຈາກ SNAP ສໍາລັບໜຶ່ງປີຢ່າງຖາວອນ. ບັບໃໝເຖິງ \$250,000. ຈ່າຍຄຸກສູງເຖິງ 20 ປີ. ຖືກຫ້າມຈາກ SNAP ຕົ້ມອີກ 18 ເດືອນຖ້າສາມສິ່ງ. <p>ຖ້າວ່າສານພິບວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດ:</p> <p>ການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນການທຸລະກໍາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ: ທ່ານອາດຈະ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ການຂາຍສານຄອບຄຸມ ຖືກຕັດສິດຕັ້ງແຕ່ສອງປີ ໄປຫາ ຖາວອນ. ການຂາຍອາດູດເສິກ, ລູກປືນ ຫຼື ລະເບີດ ຖືກຕັດສິດຢ່າງຖາວອນ. ຜົນປະໂຫຍດດ້ານການຄ້າຜິດກົດໝາຍລວມກັນຫຼາຍກວ່າ \$500 ຖືກຕັດສິດຢ່າງຖາວອນ. ການສົ່ງໂກງທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ ຖືກຕັດສິດເປັນເວລາ 10 ປີ. 	

ການກວດສອບການມີສິດໄດ້ຮັບ

ຖາມພວກເຮົາ ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມນີ້.

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານເທົ່ານັ້ນ, ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດໄດ້ໃນມື້ນີ້, ໃຫ້ເລີ່ມຂະບວນການໂດຍການສົ່ງ ຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ. ການລົງລາຍເຊັນໃສ່ ໜ້າ 7 ແມ່ນຕ້ອງໄດ້ເຮັດ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ແບບຟອມກວດສອບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາເລັດສົມບູນ. ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຈັດການສໍາເລັດເພື່ອດໍາເນີນການກວດສອບກໍລະນີຂອງທ່ານໃຫ້ສໍາເລັດ.

1. ຊື່ແທ້ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ			2. ໝາຍເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ (ຖ້າຮູ້)
3. ທີ່ຢູ່ຖະໜົນບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	4. ໝາຍເລກໂທລະສັບຫຼັກ <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຂໍຄວາມ
5. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	6. ໂທລະສັບສໍາຮອງ <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຂໍຄວາມ

8. ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງສະໜັກຂໍ (ໝາຍທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

ຕົງສິດ ການຢູ່ອາໄສແບບມີການຊ່ວຍເຫຼືອ / ເຮືອນຄອບຄົວສໍາລັບຜູ້ໃຫຍ່

ອາຫານ ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລລະຍາວໃນເຮືອນ

Medicare Savings Program (ໂຄງການເງິນອອມຂອງ Medicare) ບ້ານຜັກຄົນລຸລາ

ການດູແລຄົນເຈັບປ່ວຍສູນທ້າຍ Healthcare / Workers with Disabilities (ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ / ພະນັກງານທີ່ພິການ, HWD)

ການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບ aged, blind, or disabled (ຜູ້ສູງອາຍຸ, ຄົນຕາບອດ ຫຼື ຄົນພິການ)

ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ບໍ່ໃຫ້ໜາະສົມ ສໍາລັບການບໍລິການຜູ້ສູງອາຍຸ

9. ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ໝາຍໝົດທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): ຢູ່ໃນສະຖານະການການນໍາໃຊ້ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ

ມີຄວາມພິການ ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຕໍ່ນີ້ອາດຈາກບັນຫາສຸຂະພາບ

ກໍາລັງຖືພາ; ຊື່: _____ ວັນທີຄົບກໍານົດເກີດ: _____

10. ທ່ານຄາດຫວັງໃຫ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ເງິນເທົ່າໃດໃນເດືອນນີ້? \$ _____

11. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີເງິນເປັນເງິນສົດ ແລະ ເງິນໃນບັນຊີທະນາຄານເທົ່າໃດ? \$ _____

12. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຜ່ອນບ້ານຈໍານວນເທົ່າໃດ? \$ _____

13. ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່ານໍ້າໃຊ້ຫ້ອງແດ່? ເຄື່ອງເຮັດຄວາມຮ້ອນ/ເຄື່ອງເຮັດຄວາມເຢັນ ໂທລະສັບ ອື່ນໆ: _____

14. ມີໃຜຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເປັນພະນັກງານເຮັດໄຮ່ຕາມລະດູການ ຫຼື ຄ້ອນຍ້າຍບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

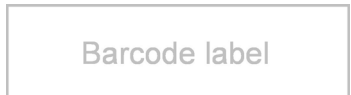
15. ຖ້າວ່າການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ, ທ່ານຊື້ ແລະ ກຽມອາຫານໃຫ້ຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຈັກຄົນ? _____

ສໍາລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ໃຊ້ທ່ານນັ້ນ – ຄົວເຮືອນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການແບບເລັ່ງຄ່ວນ: ແມ່ນ ບໍ່ ຊື່ຫຍໍ້ຂອງຜູ້ກວດຄັດກອງ: _____ ວັນທີ: _____

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

17. ລະບຸລາຍຊື່ທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ສະໜັກຂໍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າກໍຕາມ (ຄັດຕິດເອກະສານເພີ່ມເຕີມ, ຖ້າຈໍາເປັນ).

ຊື່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ	ບຸກຄົນນີ້ມີສາຍພົວພັນກ່ຽວຂ້ອງກັບທ່ານແນວໃດ?	ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍຖ້າທ່ານຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບບຸກຄົນນີ້	ບໍ່ໃສ່ຂໍ້ມູນກໍໄດ້ ສໍາລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ສະໜັກ			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ)	ໝາຍຖ້າເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ	ເຮືອນຊາດ (ບ່ອນທີ່ທ່ານຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້)	ຊື່ຊົນເຜົ່າ (ສໍາລັບຊາວອິນເດຍແດດ, ຊາວພື້ນເມືອງອາວາສັກກາ)
		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"/>		



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

18. ພື້ນຖານດ້ານຊົນເຜົ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ ຮີສແປນິກ ຫຼື ລາຕີໂນ: ແມ່ນ ບໍ່
ຂໍ້ມູນພື້ນຖານດ້ານຊົນເຜົ່າ ແລະ ຊົນເຜົ່າແມ່ນເປັນຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຈຳນວນຜົນປະໂຫຍດ. ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງໂຄງການໄດ້ຖືກແຈກຢາຍໄດຍບໍ່ມີການຄຳນຶງເຖິງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ງ ຫຼື ຊາດກຳເນີດ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ USDA ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ພວກເຮົາຕອບໃຫ້ທ່ານ ຖ້າວ່າບໍ່ມີການສະໜອງຂໍ້ມູນ. ພວກເຮົາຈະເລືອກ "ບໍ່ມີລາຍງານ" ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຄຳຕອບ. **ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດ:** ຄົນຜິວຂາວ, ຄົນຜິວດຳ ຫຼື ອາຟຣິກາອາເມລິກາ, ຄົນອາຊີ, ຊາວຮາວາຍເພິ່ນເມືອງ, ຊາວເກາະປາຊີຟິກ, ຊາວອິນເດຍແດງ, ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສັກ ຫຼື ຫຼາຍເຊື້ອຊາດປະສົມກັນ.

I. ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

- ໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບເງິນສົດ ຫຼື ອາຫານຈາກລັດອື່ນ, ຊົນເຜົ່າ ຫຼື ແຫຼ່ງອື່ນໆ. ແມ່ນ ບໍ່
- ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໝັກຂໍໃຫ້ ແມ່ນອາໄສຢູ່ນອກລັດ Washington: ແມ່ນ ບໍ່ ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນເປັນຄົນຕ່າງດ້ວຍທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ: ແມ່ນ ບໍ່ ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ທີ່ມີອາຍຸ 16 ປີຂຶ້ນໄປ ແມ່ນຢູ່ໃນ (ໝາຍໝົດທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມປາຍ
 ຫຼັກສູດທີ່ທຽບເທົ່າກັບໂຮງຮຽນມັດທະຍົມປາຍ ວິທະຍາໄລ ໂຮງຮຽນການຄ້າ ໃຜ: _____
- ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງອອກຈາກເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນການຊົ່ວຄາວ: ແມ່ນ ບໍ່ ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໜ້າທີ່ຢູ່ໃນກອງກຳລັງປະກອບອາວຸດສະຫະລັດ, ໜ່ວຍບ້ອງກັນຊາດ ຫຼື ກອງກຳລັງສຳຮອງ ຫຼື ເປັນຜູ້ເຜິ້ງພາອາໄສ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງບຸກຄົນໃດທີ່ໄດ້ຮັບໜ້າທີ່: ແມ່ນ ບໍ່ ຖ້າແມ່ນ, ໃຜ: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ ຫຼື ຄົນທີ່ຂ້ອຍກຳລັງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍກຳລັງໜີຈາກກົດໝາຍເພື່ອຫຼີກເວັ້ນການໄປສານ ຫຼື ຄຸກສຳລັບອາດຊະຍາກຳທາງອາຍາ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຂ້າພະເຈົ້າອາໄສຢູ່ໃນ: ເຮືອນ ຫຼື ອາພາດເມັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ ເຮືອນກຸ່ມ ອື່ນໆ: _____
 ສະຖານທີ່ (ລະບຸປະເພດ): _____ ວັນທີເຂົ້າຢູ່: _____
- ຂ້າພະເຈົ້າ: ໂສດ ແຕ່ງງານແລ້ວ ຢ່າຮ່າງ ແຍກກັນຢູ່ ໜ້າຍ ເປັນຄູ່ຮັກທີ່ຈິດທະບຽນ
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຄົນໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກຕັດສິນລົງໂທດໃນການຊື້ຂາຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານສຳລັບຢາຫຼັງຈາກວັນທີ 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 ຫຼັງຈາກ ວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996: ແມ່ນ ບໍ່
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຄົນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນ: a. ກຳລັງປະທັວງຢຸດງານ: ແມ່ນ ບໍ່ b. ນັກຮຽນໂຮງຮຽນກັນນອນ: ແມ່ນ ບໍ່
- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊະນະວາງວັນຖືກຫວຍ ຫຼື ຊະນະການພະນັນຈຳນວນ \$4,500 ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ: ແມ່ນ ບໍ່
ຖ້າແມ່ນ, ໃຜ: _____ ວັນທີໄດ້ຮັບ: _____
ຈຳນວນ (ຈຳນວນເງິນກ່ອນພາສີ): _____ # _____

II. ຂໍ້ມູນການປະກັນໄພສຸຂະພາບ (ບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບອາຫານພື້ນຖານ)

- ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:**
- ວາງແຜນທີ່ຈະເຂົ້າຢູ່, ເຂົ້າຢູ່ແລ້ວ ຫຼື ຫາກອອກຈາກສະຖານການແພດ (ເຊັ່ນ: ໂຮງໝໍ ຫຼື ບ້ານພັກຄົນຊະລາ) ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແມ່ນ ບໍ່
 - ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງໃບບັນຄຳປື້ນປິດທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຈ່າຍໃນໄລຍະສາມເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແມ່ນ ບໍ່
 - ມີປະກັນໄພສຸຂະພາບ: ແມ່ນ ບໍ່ (ໝາຍໝົດທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ): Medicare (ບໍ່ແມ່ນ Washington Apple Health)
 Tricare ການປະກັນໄພການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ Indian Health Services (ການບໍລິການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍ)
 ການປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ: _____

III. ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ (ຄັດຕິດເອກະສານຫຼັກຖານ; ບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບ HWD ຫຼື ອາຫານພື້ນຖານ)

- ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ ແມ່ນທຸກສິ່ງທຸກຢ່າງທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ກຳລັງຈະຊື້ທີ່ສາມາດຂາຍ, ຊື້ຂາຍ ຫຼື ແລກປ່ຽນເປັນເງິນສົດ ຫຼື ເງິນທີ່ຖືຄອງໂດຍຜູ້ອື່ນ. ຊັບພະຍາກອນບໍ່ລວມເອົາຊັບສິນສ່ວນຕົວເຊັ່ນ: ເຄື່ອງເຜີນິເຈີ ຫຼື ເຄື່ອງນຸ່ງ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ ແມ່ນ:
- ເງິນສົດ
 - ອາວາມໄວ້ວາງໃຈ
 - CDs
 - ກອງທຶນຜັງສືບ, ແຜນຈ່າຍລ່ວງໜ້າ
 - ບັນຊີເງິນຝາກກະສະລາຍວັນ
 - IRA / 401k
 - ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ
 - ອຸປະກອນທຸລະກິດ
 - ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ
 - ເຮືອນ, ທີ່ດິນ ຫຼື ອາຄານ
 - ຜົນທະບັດ
 - ການລ່ຽງສັດ
 - ກອງທຶນວິທະຍາໄລ
 - ກອງທຶນບຳນານ
 - ປະກັນຊີວິດ

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

III. ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນ (ຄັດຕິດເອກະສານຫຼັກຖານ; ບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບ HWD ຫຼື ອາຫານພື້ນຖານ) (ຕໍ່)

1. ກະຊວງລະບຸລາຍຊື່ແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນທ່ານ, ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງສະໜັກຂໍໃຫ້ ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ກຳລັງຈະຊື້:

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

2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໜັກມີລົດ, ລົດບັນທຸກ, ລົດຕູ້, ເຮືອ, RVs, ລົດພ່ວງ, ຫຼື ພາຫະນະອື່ນໆ:

ປີ (ຕົວຢ່າງ: 1980)	ຍີ່ຫໍ້ (ຕົວຢ່າງ: FORD)	ລຸ້ນ (ຕົວຢ່າງ: ESCORT)	ໝາຍ ຖ້າເປັນການເຊົ່າ	ໝາຍ ຖ້າຍານພາຫະນະຖືກໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງທາງການແລະ	ຈຳນວນທີ່ຍັງຕັດຫຍິບ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໜັກຂໍໃຫ້ ໄດ້ຂາຍ, ຄ້າຂາຍ, ມອບ ຫຼື ໂອນ ຊັບພະຍາກອນໃດໜຶ່ງໃນຫ້າປີຜ່ານມາ (ລວມທັງສິນເຊື້ອ, ຍານພາຫະນະ ຫຼື ສັງຫາລິມະຊັບເພື່ອຊີວິດ): ແມ່ນ ບໍ່
ຖ້າແມ່ນ, ແມ່ນຫຍັງ: _____ ເມື່ອໃດ: _____

IV. ຕົງປະຈຳປີ (ການລົງທຶນທີ່ເຮັດໂດຍສະມາຊິກຄົວເຮືອນໃດໜຶ່ງເພື່ອຮັບເງິນເດືອນປັກກະຕິໃນບັດຈຸບັນ ຫຼື ໃນອະນາຄົດ.)

ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງຕົງປະຈຳປີ?	ບໍລິສັດ ຫຼື ສະຖາບັນ?	ຈຳນວນ ຫຼື ມູນຄ່າ	ວາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ	ວັນທີຊື້
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ມີຄວາມສົນໃຈຕໍ່ຕົງປະຈຳປີ ແລະ ທ່ານຍອມຮັບການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງ Washington Apple Health, SSI ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຫຼື CN, ທ່ານຕ້ອງລະບຸລຸ້ນລະຊື່ລົດ Washington ເປັນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງຕົງປະຈຳປີ.

V. ວາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ (ຄັດຕິດເອກະສານຫຼັກຖານ)

1. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໜັກໃຫ້ ມີວຽກເຮັດທີ່ສິ້ນສຸດລົງໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ: ແມ່ນ ບໍ່
 2. ຂ້າພະເຈົ້າ, ຄູ່ສົມລົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງສະໜັກຂໍໃຫ້ ມີວາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ: ແມ່ນ ບໍ່
 ຖ້າແມ່ນ, ກະຊວງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກນີ້:

ຜູ້ທີ່ມີວາຍໄດ້ _____ ຊື່ນາຍຈ້າງ ແລະ ເປີໃຫລະສັບ _____ ວັນທີ່ເລີ່ມ _____ ວຽກນີ້ແມ່ນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງຫຼືບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຈຳນວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງປະຈຳເດືອນ: \$ _____	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):
ຜູ້ທີ່ມີວາຍໄດ້ _____ ຊື່ນາຍຈ້າງ ແລະ ເປີໃຫລະສັບ _____ ວັນທີ່ເລີ່ມ _____ ວຽກນີ້ແມ່ນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງຫຼືບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຈຳນວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງປະຈຳເດືອນ: \$ _____	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):

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

VI. ວາຍຮັບອື່ນໆ (ຄັດຕິດເອກະສານຫຼັກຖານ; ວາຍງານສໍາລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທັງໝົດ)		
<ul style="list-style-type: none"> • ຕົງນສິ່ງເອກະຫວ່າງງານ • ວາຍຮັບປະກັນສັງຄົມ • ວາຍຮັບຊົນເຜົ່າ • ວາຍໄດ້ຈາກເກມ • ຕົງນສະຫວັດດີການດ້ານການສຶກສາ (ຕົງນກູ້ຢືມນັກສຶກສາ, ທຶນຊ່ວຍເຫຼືອ, ການເຮັດວຽກ-ການສຶກສາ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supplemental Security income (ວາຍໄດ້ເສີມທາງດ້ານຄວາມປອດໄພ, SSI) • ຕົງນຄ່າດູແລເດັກ ຫຼື ຕົງນລ້ຽງດູຊ່ຽມລົດ • ສະຫວັດດີການທາງລົດໄຟ • ວາຍຮັບຈາກຄ່າເຊົ່າ 	<ul style="list-style-type: none"> • ຕົງນບໍານານ ຫຼື ເບ້ຍບໍານານ • ສະຫວັດດີການຈາກ Veteran Administration (ອົງການບໍລິຫານນັກຮົບເກົ່າ, VA) ຫຼື ທະຫານ • Labor and Industries (ແຮງງານ ແລະ ອຸດສາຫະກຳ, L&I) • ຄວາມໄວ້ວາງໃຈ • ດອກເບ້ຍ / ຕົງນປັນຜົນ

ປະເພດວາຍຮັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໃຜໄດ້ຮັບວາຍໄດ້?	ວອມຍອດຕົງນເດືອນ
		\$
		\$
		\$
		\$

VII. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນ

ເຊົ່າ \$	ການຈ່າຍນໍາ \$	ເຊົ່າພື້ນທີ່ \$	ປະກັນໄພຂອງເຈົ້າຂອງເຮືອນ \$	ພາສີຊັບສິນ \$	ຄ່າທຳນຽມອື່ນໆ \$
-------------	------------------	--------------------	-------------------------------	------------------	---------------------

ຄ່າສາທາລະນະປະໂພກໃດແດ່ ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍ ຕ່າງຫຼາກ ຈາກຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຈ່າຍນໍາ?
 ຄວາມຮ້ອນ (ໄຟຟ້າ/ອາຍແກັສ) ໄຟຟ້າ (ບໍ່ເຮັດ ຄວາມຮ້ອນ) ນໍ້າ ໃນເຮືອນ/ໃຫລະລັບມິຕິ ທໍ່ລະບາຍນໍ້າ ຂີ້ເຫຍື້ອ

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

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຈ່າຍຕາມ Low Income Home Energy Assistance Act (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານສໍາລັບເຮືອນທີ່ມີວາຍໄດ້ຕໍ່າ, LIHEAA) ໃນ 12 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.

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

<input type="checkbox"/> ການເບິ່ງແຍງດູແລຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສທີ່ເປັນເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ (ວອມທັງຄ່າຂົນສົ່ງ)	ຈໍານວນວາຍເດືອນ: \$	ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ໃບບິນຄ່າປັບປັບສໍາລັບຄົນພິການ ຫຼື ອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ (ວອມທັງ ຄ່າຂົນສົ່ງ ແລະ ຄ່າປະກັນໄພສຸຂະພາບ)	ຈໍານວນວາຍເດືອນ: \$	ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ:
<input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກ (ແນບຫຼັກຖານ)	ຈໍານວນວາຍເດືອນ: \$	ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍ:

ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ວາຍງານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນານີ້ເປັນຄ່າຖະແຫຼງທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້.

VIII. ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດແມ່ນຄົນທີ່ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ DSHS ສົນທະນານໍາ ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຕັ້ງຊື່ໃຜຜູ້ໜຶ່ງ, ແຕ່ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງ.
 ທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
 ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງເຈົ້າຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
 ບຸກຄົນນີ້ມີໃບມອບສິດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຕື່ມແບບຟອມຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (DSHS 14-532) ຖ້າທ່ານຈະຕໍາອາຍການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.
ສໍາລັບອາຫານພື້ນຖານ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ແມ່ນມີສິດໃຊ້ໄດ້ສໍາລັບໄລຍະເວລາການກວດສອບເທົ່ານັ້ນ.

ຊື່	ສາຍພົວພັນ	ເວີໃຫລະສັບ
-----	-----------	------------

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ວັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ການອະນຸຍາດໃຫ້ແກ່ການກວດສອບຊັບສິນ

ສໍາລັບໂຄງການ Medicaid ສໍາລັບ Aged, Blind or Disabled (ຄົນສູງອາຍຸ, ຄົນຕາບອດ ຫຼື ຄົນພິການ) ຂອງ Washington Apple Health ເທົ່ານັ້ນ.
 ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າສະໜອງໃຫ້ເພື່ອສະໝັກຂໍ ຫຼື ຕໍາອາຍການຊ່ວຍເຫຼືອ ຈະຂຶ້ນຢູ່ກັບການກວດສອບໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ເພື່ອກຳນົດວ່າມີຄວາມຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ Health Care Authority (ອົງການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, HCA) ຂອງລັດ Washington ແລະ Department of Social and Health Services (ພະແນກບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ສຸຂະພາບ, DSHS) ດຳເນີນການກວດສອບຊັບສິນ ເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເພື່ອກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຂໍ້ມູນທາງດ້ານການຕົງນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ HCA ແລະ DSHS ອາດຈະສືບສວນ ແລະ ຕິດຕໍ່ສະຖາບັນການຕົງນ, ໜ່ວຍງານຂອງລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງ ຫຼື ຖານຂໍ້ມູນເອກະຊົນໃດໜຶ່ງ, ໃນນາມເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຂະບວນການກວດສອບຊັບສິນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການອະນຸຍາດນີ້ຈະສິ້ນສຸດລົງເມື່ອການຕັດສິນໃຈໄປໃນທາງທີ່ບໍ່ເພິ່ງປະສົງຂັ້ນສູນທ້າຍຕໍ່ໃບສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສິ້ນສຸດລົງ ຫຼື ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຖອນການອະນຸຍາດນີ້ໃນເວລາໃດກໍຕາມ ໂດຍການແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ແກ່ HCA ຫຼື DSHS. **ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຖອນ ຫຼື ປະຕິເສດທີ່ຈະໃຫ້ການອະນຸຍາດ, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບໂຄງການ Medicaid ສໍາລັບ Aged, Blind or Disabled (ຄົນສູງອາຍຸ, ຄົນຕາບອດ ຫຼື ຄົນພິການ) ຂອງ Washington Apple Health.**

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

ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ

ພະແນກ ໃຫ້ການບໍລິການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ, ວອມທັງການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງອັດຕະໂນມັດ. **ການສະໝັກລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບໍລິການ ຫຼື ຈຳນວນຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກອົງການນີ້.** ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການຕັດສິນວ່າຈະຊອກຫາ ຫຼື ຍອມຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນສິດທິຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນເປັນສ່ວນຕົວ. ຖ້າວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າມີຄົນແຊກແຊງສິດຂອງທ່ານໃນການລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດ ການລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງ, ສິດທິຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫຼື ໃນການສະໝັກລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ສິດຂອງທ່ານໃນການເລືອກຜັກການເລືອກຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ຄວາມມັກທາງດ້ານການເລືອກອື່ນໆ. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄດ້ກັບ: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ບັບປຸງການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ເລືອກກ່ອງໃດໜຶ່ງ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາວ່າ ທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈບໍ່ລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງໃນເວລານີ້, ຍົກເວັ້ນວ່າ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ແລະບໍ່ປະຕິເສດ, ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນອັດຕະໂນມັດ.

ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານເລືອກ "ບໍ່" ຂ້າງເທິງ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນອັດຕະໂນມັດ. ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນອັດຕະໂນມັດຖ້າທ່ານມີອາຍຸຢ່າງໜ້ອຍ 18 ປີໃນການເລືອກຕັ້ງຄັ້ງຕໍ່ໄປ, ທ່ານເປັນພົນລະເມືອງຂອງສະຫະລັດອາເມລິການ ແລະ DSHS ມີຊື່, ທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ວັນເດືອນປີເກີດ, ການກວດສອບສັນຊາດ. ຂໍ້ມູນຂ່າວສານ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານຍັງຢືນຄວາມຈິງຂອງຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ໃນຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້.

ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງໃດອັນອັດຕະໂນມັດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າທ່ານໝາຍເອົາບ່ອນໝາຍ "ແມ່ນແລ້ວ," ຫຼື ບໍ່ໝາຍໃສ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງ ແລະ ທ່ານຕອບສະໜອງໄດ້ຕາມຄວາມຕ້ອງການການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງອັດຕະໂນມັດ, DSHS ຈະສົ່ງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄປໃຫ້ Office of the Secretary of State (ຫ້ອງການລັດຖະມົນຕີ) ແລະ ທ່ານຈະຖືກລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງໃດອັນອັດຕະໂນມັດ.

ການຢືນຢັນ ແລະ ການລົງລາຍເຊັນ (ລົງລາຍເຊັນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອໃຫ້ການກວດສອບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສຳເລັດ.)

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງ:

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດການລາຍງານ.
- ໃຫ້ຫຼັກຖານສະແດງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດ.
- ມອບສິດບາງຢ່າງໃຫ້ແກ່ການລົງຄຸດດັກ, ໃຫ້ລັດ Washington ເມື່ອຂ້ອຍໄດ້ຮັບ Temporary Assistance for Needy Families (ການຊ່ວຍເຫຼືອຊີ້ວ່າຄວາມສຳລັບຄອບຄົວທີ່ຂັດສິນ, TANF). ຕັ້ງແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍໃຫ້ DSHS ບໍ່ໃຫ້ດຳເນີນການລົງຄຸດດັກ ຖ້າມັນເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຮ່ວມມືກັບຄວາມຕ້ອງການວຽກງານການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານສະບຽງອາຫານ.

ຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຮັດສິ່ງເຫຼົ່ານີ້, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກປະຕິເສດຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ຕ້ອງຈ່າຍຄືນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖືກດຳເນີນຄະດີທາງອາຍາໄດ້ ຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຄວາມຜິດ ຫຼື ບໍ່ລາຍງານບາງຢ່າງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຄວນລາຍງານ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ DSHS ຕິດຕໍ່ກັບບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການອື່ນເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຫຼັກຖານສະແດງວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດ.

ສຳລັບເງິນສິດ ແລະ ອາຫານ: ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ອະທິບາຍສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບສຳນືກຂອງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, DSHS 14-113. ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງແລະ ສຸຂະພາບ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ຫຼື ໄດ້ອະທິບາຍສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ໄດ້ຮັບສຳນືກຂອງສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າ, HCA 18-003.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຢືນ ຫຼື ປະກາດພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງຂໍ້ເທັດຈິງພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ Washington ວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ໃນໃບສະໝັກນີ້, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເປັນພົນລະເມືອງ ແລະ ສະຖານະຄົນຕ່າງດ້ວຂອງສະມາຊິກທີ່ຍື່ນຂໍຜົນປະໂຫຍດເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

ສຳລັບເງິນສິດ, ຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນ (ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ) ໃນຄົວເຮືອນຕ້ອງລົງລາຍເຊັນ.

ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງແລະ ສຸຂະພາບ, ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງລົງລາຍເຊັນ).

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ, ທັງຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈະຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະມີເອກະສານລະບຸຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃນປະຈຸບັນຢູ່ໃນແຟມແລ້ວເທົ່ານັ້ນ.

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	