

ໃບຄໍາຮ້ອງ

WASHCAP ແມ່ນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານສໍາລັບຜູ້ທີ່:

- Receive Supplemental Security Income (ໄດ້ຮັບລາຍຮັບປະກັນເສີມບອດໄພ, SSI)
- ພົບກັບຄໍານິຍາມປະກັນສັງຄົມຂອງການຈັດທີຢູ່ອາໄສ "A"
- ມີອາຍຸສືບແບບປີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ.
- ບໍ່ມີລາຍໄດ້ທີ່ຫາມາໄດ້.
- ມີການຈັດການທີ່ຢູ່ອາໄສຕອບສະໜອງຕາມທຸກເງື່ອນໄຂດ້ານລຸ່ມ:
 - ບໍ່ອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນ;
 - ດຳລົງຊີວິດຢູ່ຄົນດຽວ, ຫຼື ຢູ່ກັບຄົນອື່ນທີ່ຊື່ ແລະ ບຸງແຕ່ງອາຫານແຍກຕ່າງຫາກຈາກພວກເຂົາ;
 - ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ ຫຼື ແຕ່ງງານ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຢູ່ກັບຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຫາກວ່າອາຍຸ 18 ຫາ 21 ປີ ແລະ ເປັນໄປຕາມເງື່ອນໄຂຂ້າງລຸ່ມນີ້:
 - ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່ຂອງພວກເຂົາ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ Basic Food (ອາຫານພື້ນຖານ); ຫຼື
 - ອາໄສຢູ່ກັບພໍ່ແມ່ຂອງພວກເຂົາ ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບ Basic Food ແລະ ຊື່ອາຫານແຍກຕ່າງຫາກຈາກພວກເຂົາ.
- ບໍ່ໄດ້ຢູ່ກັບລູກອາຍຸຕໍາກວ່າ 22 ປີ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການນີ້ເບິ່ງບົດ 388-492 WAC ລວມທັງ WAC 388-492-0020 ຜ່ານ 388-492-0120.
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ WASHCAP, ໂທຫາໄດ້ພຣີ 1 (877) 380-5784.

ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ຄົນດຽວ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າຊື່ ແລະ ແກ້ໄຂອາຫານເປັນປະຈໍາແຍກຕ່າງຫາກຈາກຄົນອື່ນໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍ \$ _____ ສໍາລັບຄ່າເຊົ່າ / ຈໍານອງໃນແຕ່ລະເດືອນ.
ສ່ວນແບ່ງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ

ໂດຍການລົງນາມຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບ WASHCAP.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງ WASHCAP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານຂອງຂ້າພະເຈົ້າຜ່ານ WASHCAP.

ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດວ່າ ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການໃຫ້ການເທັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ Washington ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.

ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີ	ພິມລາຍຊື່
-------------------	-----------

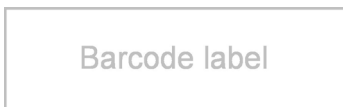
ທີ່ຢູ່

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ

ໝາຍເລກໂທລະສັບຫຼັກ ((XXX) XXX-XXXX) <input type="checkbox"/> ໂທ <input type="checkbox"/> ໜ້າທໍາອິດ <input type="checkbox"/> ຂໍ້ຄວາມ	ຂໍ້ຄວາມທີສອງ ເບີໂທລະສັບ ((XXX) XXX-XXXX) <input type="checkbox"/> ໂທ <input type="checkbox"/> ໜ້າທໍາອິດ <input type="checkbox"/> ຂໍ້ຄວາມ	SOCIAL SECURITY NUMBER (ໝາຍເລກຄວາມບອດໄພທາງສັງຄົມ) ຫຼື ເລກລະຫັດລູກຄ້າ
--	---	--

ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອ: <ul style="list-style-type: none"> • ຕັດສິນໃຈວ່າໃຜມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. • ເກັບເງິນເກືນ. • ຄຸ້ມຄອງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. • ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ. 	ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ກັບ: <ul style="list-style-type: none"> • ອົງການຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ເພື່ອນໍາໃຊ້ຢ່າງເປັນທາງການ. • ອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍກໍາລັງໄລ່ຕາມຜູ້ຄົນທີ່ລົບຫົວເພື່ອຫຼີກລ້ຽງກົດໝາຍ. • ອົງການເກັບກໍາຂໍ້ມູນເອກະຊົນ ເພື່ອເກັບຄ່າຊ່ວຍເຫຼືອສະບຽງອາຫານເກືນ.
--	--

ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ



ກົມສະເໜີໃຫ້ບໍລິການລົງທະບຽນຜູ້ມີສິດເລືອກຕັ້ງ, ລວມທັງການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງອັດຕະໂນມັດ. ການສະໝັກລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດການລົງທະບຽນ ເພື່ອລົງຄະແນນສຽງຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບໍລິການ ຫຼື ຈຳນວນຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກອົງການນີ້.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຊອກຫາ ຫຼື ຍອມຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຂອງທ່ານ.

ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນເປັນສ່ວນຕົວ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າມີຄົນແຊກແຊງສິດຂອງທ່ານໃນການລົງທະບຽນ ຫຼື ເພື່ອປະຕິເສດການລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງ, ສິດທິສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫຼື ສະໝັກລົງທະບຽນ ເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ສິດທິໃນການເລືອກຜັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ຄວາມມັກທາງດ້ານການເມືອງອື່ນໆ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນໄດ້ທີ່: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ (ຕໍ່)

ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ບັບປຸງການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າທ່ານບໍ່ໝາຍໃສ່ທັງສອງປ້ອງ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາວ່າທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈບໍ່ລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງໃນເວລານີ້, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ບໍ່ປະຕິເສດ, ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນອັດຕະໂນມັດ.

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

ທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດເພື່ອລົງຄະແນນສຽງບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າທ່ານໝາຍເອົາປ້ອງໝາຍ "ແມ່ນແລ້ວ," ຫຼື ບໍ່ໝາຍໃສ່ປ້ອງໃດໜຶ່ງ ແລະ ທ່ານຕອບສະໜອງໄດ້ຕາມຄວາມຕ້ອງການການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ ອັດຕະໂນມັດ, DSHS ຈະສົ່ງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄປໃຫ້ Office of the Secretary of State (ຫ້ອງການລັດຖະມົນຕີ) ແລະ ທ່ານຈະຖືກລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ຄໍາເຕືອນການລົງໃຫດກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ

ພວກເຮົາກວດສອບກັບອົງການອື່ນວ່າຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ. ຖ້າຂໍ້ມູນໃດບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຜູ້ສະໝັກອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ.

ສະມາຊິກຄົນໃດຜ່າຜົນກົດໝາຍໂດຍເຈດຕະນາສາມາດ:

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

ຖ້າສານພິບວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດ:

ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນທຸລະກໍາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ:	ທ່ານອາດຈະເປັນ:
• ການຂາຍສານຄວບຄຸມ	ຖືກຕັດສິດຈາກສອງປີໄປຖາວອນ.
• ການຂາຍອາວຸດບິນ, ລູກບິນ ຫຼື ລະເບີດ.....	ຂາດອຸນສົມບັດຖາວອນ.
• ຜົນປະໂຫຍດດ້ານການຄ້າຫຼາຍກວ່າ \$500 ລວມກັນ	ຂາດອຸນສົມບັດຖາວອນ.
• ການສໍ້ໂກງທີ່ຢູ່ອາໄສ ຫຼື ຕົວຕົນ	ຂາດອຸນສົມບັດເປັນເວລາ 10 ປີ.

ຖະແຫຼງການບໍ່ຈໍາແນກ

ອົງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລະບຽບການສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງ U.S. Department of Agriculture (ກະຊວງກະສິກໍາແຫ່ງສະຫະລັດ ອາເມລິກາ, USDA), ນີ້ສະຖາບັນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ຈໍາແນກບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກໍາເນີດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ເພດ (ລວມທັງການລະບຸຕົວຕົນທາງເພດ ແລະ ທັດສະນະທາງເພດ), ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ ຫຼື ການແຕກແຕ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ຕໍ່ກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເຮືອນກ່ອນໜ້າ.

ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ. ຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສໍາລັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ເທບສຽງ, ພາສາອາເມລິກາ ແລະ ອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການ (ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ.

ຄົນຫຼືບຸກຄົນ, ຫຼືບໍ່ໄດ້ຍິນ ຫຼື ມີຄວາມພິການທາງປາກເວົ້າສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ USDA ຜ່ານ Federal Relay Service (ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານກາງ) ໄດ້ທີ່ (800) 877-8339.

ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນໂຄງການກ່ຽວກັບການຈໍາແນກ, ຜູ້ຮ້ອງຮຽນຄວນຕື່ມແບບຟອມ AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນການຈໍາແນກໂຄງການ USDA) ທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບການອອນໄລນ໌ທີ່: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> ຈາກທຸກຫ້ອງການຂອງ USDA, ໂດຍການໂທຫາ (833) 620-1071 ຫຼື ໂດຍການຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA. ຈົດໝາຍຕ້ອງມີຊື່, ທີ່ຢູ່, ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ ແລະ ລາຍລະອຽດເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການກະທໍາທີ່ຈໍາແນກຖືກກ່າວຫາໃນລາຍລະອຽດທີ່ເພີ່ມເຕີມໃຫ້ Assistant Secretary for Civil Rights (ຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສິດທິພົນລະເຮືອນ) (ASCR) ຊາບກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ວັນທີຂອງການລະເມີດສິດທິພົນລະເຮືອນທີ່ຖືກກ່າວຫາ.

ແບບຟອມ ຫຼື ຈົດໝາຍຂອງ AD-3027 ທີ່ເຮັດສໍາເລັດນັ້ນຕ້ອງຖືກສົ່ງໄປຫາ:
(1) ໄປສະນີ: Food and Nutrition Service, USDA (2) ແຜ່ກ: (833) 256-1665 ຫຼື (202) 690-7442; ຫຼື
1320 Braddock Place, Room 334 (3) ອີເມວ: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov
Alexandria VA 22314; ຫຼື

ສໍາລັບຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວກັບ ບັນຫາຂອງ Supplemental Nutrition Assistance Program (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂພຊະນາການເສີມ, SNAP) ບຸກຄົນຄວນຕິດຕໍ່ກັບເບີສາຍດ່ວນ USDA SNAP ທີ່ເບີ (800) 221-5689, ເຊິ່ງເປັນພາສາແອັດສະປາຍ ຫຼື ໂທຫາເບີ ຂໍ້ມູນຂອງລັດ/ສາຍດ່ວນ (ຄລິກທີ່ລິ້ງສໍາລັບ ລາຍການເບີສາຍດ່ວນຕາມສະຖານະ); ພົບອອນລາຍຢູ່: ສາຍດ່ວນ SNAP.

ຄໍາຖະແຫຼງການບໍລິຫານຈໍາແນກ (ຕໍ່)

ສໍາລັບຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວກັບ ບັນຫາຂອງ Supplemental Nutrition Assistance Program (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂພຊະນາການເສີມ, SNAP) ບຸກຄົນຄວນຕິດຕໍ່ກັບເບີສາຍດ່ວນ USDA SNAP ທີ່ເບີ (800) 221-5689, ເຊິ່ງເປັນພາສາແອັດສະປາຍ ຫຼື ໂທຫາເບີ [ຂໍ້ມູນຂອງລັດ/ສາຍດ່ວນ](#) (ຄລິກທີ່ລິ້ງສໍາລັບ ລາຍການເບີສາຍດ່ວນຕາມສະຖານະ); ພົບອອນລາຍຢູ່: [ສາຍດ່ວນ SNAP](#).

ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນການຈໍາແນກ ສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ຜູ້ອື່ນກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງລັດຖະບານກາງຜ່ານ HHS, ໃຫ້ຕື່ມແບບຟອມອອນໄລນ໌ຜ່ານປະຕູຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງ OCR ທີ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ OCR ຜ່ານທາງໄປສະນີໄດ້ທີ່: ການຈັດການກໍລະນີສູນກາງ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ Centralized Case Management Operations (ການດໍາເນີນງານການຄຸ້ມຄອງບັນຫາຂັ້ນສູນກາງ), U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; ແຜ່ກ: (202) 619-3818; ຫຼື ອີເມວ: OCRmail@hhs.gov. ສໍາລັບການປະມວນຜົນທີ່ໄວຂຶ້ນ, ພວກເຮົາແນະນໍາໃຫ້ທ່ານໃຊ້ພອດທັນ OCR ອອນລາຍ ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກແທນທີ່ຈະຍື່ນຜ່ານທາງໄປສະນີ. ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນສິດທິພົນລະເຮືອນ ສາມາດສົ່ງອີເມວ OCR ໄດ້ທີ່ OCRMail@hhs.gov ຫຼື ໂທຫາ OCR ຟຣີໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. ສໍາລັບຄົນທີ່ຫຼືຫຼວງ, ມີບັນຫາດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫຼື ມີບັນຫາໃນການປາກເວົ້າ, ກະລຸນາໂທຫາ 7-1-1 ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຖ່າຍທອດໂທລະຄົມ. ພວກເຮົາຍັງກຽມທາງເລືອກຮູບແບບອື່ນ (ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ ແລະ ອັກສອນພິມຂະໜາດໃຫຍ່), ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການດ້ານພາສາ ສໍາລັບການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ສະຖາບັນນີ້ເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດທີ່ເທົ່າທຽມກັນ.