

ໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບການຮັບໃຊ້ກອງທັບສະຫະລັດ STATEMENT ABOUT U.S. MILITARY SERVICE

ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງຂອງສະຫະລັດ, ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດໄດ້ຕາມກົດລະບຽບໂຄງການກ່ຽວກັບການເຂົ້າເມືອງ ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services ແລະ /ຫຼື FoodShare. ແບບຟອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາເຫັນວ່າ ທ່ານປະຕິບັດໄດ້ຕາມກົດລະບຽບໂຄງການບໍ່. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຕື່ມໃສ່ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້. ເຖິງແນວໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານບໍ່ເຮັດ ທ່ານອາດຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ.

ຄຳ ແນະ ນຳ

ຂຽນຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ຍັງບໍ່ມີຢູ່ໃນບັນຊີລາຍການໃສ່. ໝາຍຕົກໃສ່ຫ້ອງສຳລັບຂໍ້ມູນການຮັບໃຊ້ກອງທັບທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້. ຖ້າທ່ານເຫັນດີກັບຄຳຢັ້ງຢືນ, ເຊັ່ນ ແລະ ລົງວັນທີໃສ່ແບບຟອມນີ້. ຈາກນັ້ນຂຽນຊື່ຂອງທ່ານໃສ່.

ທາງເລືອກການສົ່ງ

ສົ່ງແບບຟອມປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານດ້ວຍວິທີໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- **ແອັບມືຖື.** ຖ້າຢູ່ແບບຟອມທຸກໆໜ້າ ແລະ ສົ່ງພວກມັນດ້ວຍການໃຊ້ແອັບມືຖື MyACCESS.
- **ອອນລາ ຍ.** ສະແດງແບບຟອມທຸກໆໜ້າໃສ່ເວັບໄຊ ACCESS. ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ຜ່ານບັນຊີ ACCESS ຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງທ່ານສາມາດເຂົ້າສູ່ລະບົບໄດ້ຢູ່ທີ່ access.wi.gov.
ໝາ ຍຄ ຫາ ທ່ານສາມາດສະແດງແບບຟອມເຂົ້າໃສ່ເວັບໄຊ ACCESS ໄດ້ໃນເວລາສະເພາະເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະແດງແບບຟອມໃສ່ເວັບໄຊ ACCESS ໄດ້, ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມດ້ວຍການໃຊ້ວິທີອື່ນ.
- **ແຟັກ.**
 - ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນເຂດ **Milwaukee County**, ໃຫ້ແຟັກແບບຟອມໄປທີ່ເບີ 888-409-1979.
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນເຂດ Milwaukee County, ໃຫ້ແຟັກແບບຟອມໄປທີ່ເບີ 855-293-1822.
- **ທາງໄປສະນີ:**
 - ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນເຂດ **Milwaukee County**, ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມທາງໄປສະນີຫາ: MDPU 6055 N. 64th St. Milwaukee, WI 53218
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນເຂດ Milwaukee County, ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມທາງໄປສະນີຫາ: CDPU PO Box 5234 Janesville, WI 53547
- **ໄປສົ່ງ ດ້ວຍ ຕົວເອງ.** ເອົາແບບຟອມໄປໃຫ້ກັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕົວຕົນໜ່ວຍງານຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ ທ່າວໄຊຂອງ Wisconsin Department of Health Services ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

ພາກທີ 1

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບຸກຄົນຜູ້ຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດ



ຊື່ – ບຸກຄົນຜູ້ຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດ (ຊື່, ນາມສະກຸນ, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ເລກທີຄະດີ (ຖ້າທ່ານມີ)

ວັນເດືອນປີເກີດ (ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເລກທີຄະດີ)

ພາກທີ 2

ຂໍ້ມູນການຮັບໃຊ້ກອງທັບສະຫະລັດ



ຊື່ (ຊື່, ນາມສະກຸນ, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ວັນເດືອນປີເກີດ

ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ແມ່ນ:

☐ ນັກຮົບເກົ່າທີ່ໄດ້ຮັບການບົດປ່ອຍຢ່າງສົມກຽດ.

- ☐ ອັງຢູ່ໃນໜ້າທີ່. ອັນນີ້ບໍ່ລວມເອົາການຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນໜ້າທີ່ສໍາລັບການຝຶກ.
- ☐ ຜົວ/ເມຍຂອງນັກຮົບເກົ່າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ອັງຢູ່ໃນໜ້າທີ່.
- ☐ ລູກຂອງນັກຮົບເກົ່າ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ອັງຢູ່ໃນໜ້າທີ່. ລູກຕ້ອງອັງບໍ່ທັນແຕ່ງງານ ແລະ ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ.
- ☐ ຜົວ/ເມຍທີ່ອັງມີຊີວິດຂອງນັກຮົບເກົ່າ.
- ☐ ບໍ່ມີອັນໃດຕາມຂ້າງເທິງ.

ພາກທີ 3

ຄໍາຢັ້ງຢືນຄວາມເຂົ້າໃຈ ແລະ ລາຍເຊັນ



ໂດຍການລົງລາຍເຊັນຢູ່ລຸ່ມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຈິງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- Wisconsin Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການມະນຸດລັດວິດສະຄອນຊິນ)
ນິຍາມນັກຮົບເກົ່າເປັນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການບົດບ່ອນອອກມາຈາກກອງທັບສະຫະລັດຢ່າງສົມກຽດ ຫຼັງຈາກໄດ້ເຮັດໜຶ່ງໃນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 - ຮັບໃຊ້ເປັນເວລາຢ່າງໜ້ອຍ 24 ເດືອນ
 - ຮັບໃຊ້ເປັນໄລຍະເວລາທີ່ບຸກຄົນຖືກຮຽກໃຫ້ໄປປະຕິບັດໜ້າທີ່
 - ຮັບໃຊ້ໜ້ອຍກວ່າ 24 ເດືອນ ແຕ່ໄດ້ຮັບການບົດບ່ອນ ຫຼື ໄດ້ຮັບການບ່ອນອອກຈາກການປະຕິບັດໜ້າທີ່ ເນື່ອງຈາກຄວາມພິການທີ່ໄດ້ຮັບ ຫຼື ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນແຖວການປະຕິບັດໜ້າທີ່
 - ຮັບໃຊ້ໜ້ອຍກວ່າ 24 ເດືອນ ແຕ່ໄດ້ຮັບການບົດບ່ອນເນື່ອງຈາກຄວາມລ່າບາກຂອງຄອບຄົວ
 - ຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນ Philippine Commonwealth Army (ກອງກຳລັງພັນທະມິດຟີລິບປິນ) ຫຼື ເປັນທະຫານຂອງຟີລິບປິນໃນລະຫວ່າງສົງຄາມໂລກຄັ້ງທີ II
- ຂ້າພະເຈົ້າອີກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ Wisconsin Department of Health Services
ນິຍາມຜົວ/ເມຍທີ່ອັງມີຊີວິດເປັນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານອີກນັບຕັ້ງແຕ່ການເສຍຊີວິດຂອງນັກຮົບເກົ່າ ແລະ ຜູ້ທີ່ປະຕິບັດໄດ້ໜຶ່ງໃນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 - ໄດ້ແຕ່ງງານກັບນັກຮົບເກົ່າເປັນເວລາຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງປີ
 - ໄດ້ແຕ່ງງານກັບນັກຮົບເກົ່າພາຍໃນ 15 ປີຂອງການສິ້ນສຸດການຮັບໃຊ້ກອງທັບຂອງນັກຮົບເກົ່າ
 - ໄດ້ແຕ່ງງານກັບນັກຮົບເກົ່າເປັນໄລຍະເວລາໃດໜຶ່ງ ແລະ ມີລູກກັບນັກຮົບເກົ່າ



ລາຍເຊັນ – ຜູ້ໃຫຍ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ

ວັນທີເຊັນ

ຂຽນຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮຸ້ນຖານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. Department of Health Services ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາໂດຍແຕກຕ່າງດ້ວຍເຫດຜົນດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.

Department of Health Services:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພິການ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາໃບທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
 - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ຕົວພິມໃຫຍ່, ເທັບບັນທຶກ, ຮູບແບບ ອີເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ).
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພາສາຫຼັກຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນໃນພາສາອື່ນ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

ຖ້າວ່າ ທ່ານເຊື່ອວ່າ Department of Health Services ບໍ່ໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຈຳແນກໃນທາງອື່ນ ໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກກັບ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, fax: 608-267-1434, dhscre@dhs.wisconsin.gov. ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ໂດຍທາງຈົດໝາຍ, ແຟກຊ໌, ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄໍາຮ້ອງທຸກ, Department of Health Services civil rights coordinator ແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງໄດ້ກັບທາງ U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງສະຫະຣັດ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ), ໂດຍທາງອີເລັກໂຕຣນິກ ຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ຊຶ່ງມີໃຫ້ທິດເວັບໄຊ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ຫຼື ໂດຍທາງໂປສະນີ ຫຼື ທາງໂທຣະສັບ ທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ພອມຄໍາຮ້ອງທຸກມີໃຫ້ທິດເວັບໄຊ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).

ຖະແຫຼງການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ

ເພື່ອສອດຄ່ອງກັບກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງແລະກະຊວງກະສິກໍາສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture ຫຼື USDA) ລະບຽບການສິດທິພົນລະເຮືອນແລະນະໂຍບາຍ, USDA, ທຸລະກິດຂອງຕົນ, ຫ້ອງການ, ແລະພະນັກງານ, ແລະສະຖາບັນເຂົ້າຮ່ວມໃນການຫຼີກການບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມຈາກທຸກໆການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ສາດສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸສູງສຸດ, ຄວາມເຊື່ອຖືທາງດ້ານການເມືອງ, ຫຼືຖືກແກ້ແຄ້ນຫຼີກການໂຕ້ຕອບກ່ຽວກັບ ກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເຮືອນກ່ອນໃນໂຄງການ ຫຼືກິດຈະກຳດຳເນີນການ ຫຼືທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍ USDA.

ຜູ້ຄົນພິການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີວິທີການທາງເລືອກຂອງການສື່ສານເພື່ອຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ພາສາ Braille, ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ແທັບສຽງ, ພາສາມືອາເມຣິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາອົງການ (ພາກລັດຫຼືຂອງທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າຈຳນ່າໃຊ້ຮຽກຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເປັນຄົນຫຼຸຫຼວກ, ມີການໄດ້ຍິນລຳບາກ ຫຼືບາກກີກ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານບໍລິການຖ່າຍທອດລັດຖະບານກາງ (Federal Relay Service) ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານໂຄງການອາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນໆ

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກທີ່ກ່ຽວກັບການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດ, ສຳລັດແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ USDA Program Discrimination, (AD, 3027) ພົບອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ເວັບ: [How to File a Complaint](#), ແລະມີໃຫ້ຢູ່ໃນທຸກທີ່ທຳການ USDA, ຫຼືຂຽນຈົດໝາຍໄປເຖິງ USDA ແລະຂຽນຂໍ້ມູນ ທີ່ຕ້ອງໃສ່ໃນແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນຮວມຢູ່ໃນຈົດໝາຍດ້ວຍ. ເພື່ອຂໍເອົາສຳເນົາແບບຟອມ, ໃຫ້ໂທຫາ (866) 632-9992. ຍິນສົ່ງແບບຟອມທີ່ສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານຫຼືສົ່ງຈົດໝາຍໄປທີ່ USDA ໂດຍ:

(1) ສົ່ງທາງໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) ທາງແຟັກ: (202) 690-7442; ຫຼື

(3) ທາງອີເມວ: program.intake@usda.gov

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນເປັນທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.