

ຫາສິນຄ້າມາແປບັນ-->
ບໍ່ແປບັນ-->

¿Prefiere las notificaciones en español? ແມ່ນ ບໍ່

ຄໍາຮ້ອງຂໍ ເລືອກລາຍການໜຶ່ງ: ຄໍາຮ້ອງຂໍໃໝ່ ເພີ່ມຄູ່ສົມຮົດ ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຄືນໃໝ່

ພາກທີ I – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ສະໜັກ

ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍການເບິ່ງແຍງປະເພດ ແມ່ນ ບໍ່ ຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງ Wisconsin? ແມ່ນ ບໍ່ ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ? ແມ່ນ ບໍ່ ເພດ? ຊາຍ ຍິງ
SeniorCare?

ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ ຄົນຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາເຊື້ອສາຍອາເມລິກາ **ສະຖານະພາບການສົມຮົດໃນປັດຈຸບັນ:**
ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຄົນຜິວຂາວ ຄົນເຊື້ອສາຍອາຊີ ຄົນເຊື້ອສາຍສະເປນ ແຕ່ງງານ ຍ່າຮ້າງ
 ເປັນໜ້າຍ ແຍກກັນຢູ່
 ເປັນໂສດ

ນາມສະກຸນ: _____
 ຊື່: _____ ຊື່ກາງ: _____
 ວັນທີເກີດ: ____ / ____ / ____ ລະຫັດ ປະກັນສັງຄົມ ເລກທີ: _____ - _____ - _____
 ຖ້າຫາກວ່າແຕ່ງງານ ຫຼື ແຍກກັນຢູ່, ທ່ານ
 ອາໄສຢູ່ກັບຄູ່ສົມຮົດ
 ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ກັບຄູ່ສົມຮົດ

ພາກທີ II – ຂໍ້ມູນຄູ່ສົມຮົດ (ຖ້າຫາກວ່າອາໄສຢູ່ກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ)

ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍການເບິ່ງແຍງປະເພດ ແມ່ນ ບໍ່ ຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງ Wisconsin? ແມ່ນ ບໍ່ ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ? ແມ່ນ ບໍ່ ເພດ? ຊາຍ ຍິງ
SeniorCare?

ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) ຄົນອາເມຣິກັນເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ ຄົນຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາເຊື້ອສາຍອາເມລິກາ
ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຄົນຜິວຂາວ ຄົນເຊື້ອສາຍອາຊີ ຄົນເຊື້ອສາຍສະເປນ

ນາມສະກຸນ: _____
 ຊື່: _____ ຊື່ກາງ: _____
 ວັນທີເກີດ: ____ / ____ / ____ ລະຫັດ ປະກັນສັງຄົມ ເລກທີ: _____ - _____ - _____

ພາກທີ III – ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ

ຖະໜົນ: _____ ເຮືອນເລກທີ: _____
 ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____
 ໂທລະສັບ: _____ - _____ - _____
 ທີ່ຢູ່ແມ່ນ: ເຊັ່ນດຽວກັນກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ ແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ອາໄສ ທີ່ຢູ່ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານ/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ/ທີ່ຢູ່ຕາມໃບມອບ ສິດ



ພາກທີ IV – ລາຍຮັບຕໍ່ປີທີ່ຄາດຄະເນ (ຈໍາເປັນ)

ສໍາລັບແຕ່ລະລາຍການຂ້າງລຸ່ມ, ໃຫ້ໃສ່ຍອດລວມລາຍຮັບປະຈໍາປີທີ່ຄາດຄະເນ (ກ່ອນຫັກພາສີ) ສໍາລັບທ່ານ ແລະ ຄູ່ສົມຮິດຂອງທ່ານໃນຊ່ວງ 12 ເດືອນຂ້າງໜ້າ.
ລາຍຮັບເປັນເງິນໂດລາສະຫະລັດທີ່ໃກ້ຄຽງທີ່ສຸດ – ບໍ່ລວມເຊັ່ນ

ຜູ້ສະໜັກ		ຄູ່ສົມຮິດ (ຖ້າຫາກວ່າອາໄສຢູ່ກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ)	
ປະກັນສັງຄົມທັງໝົດ	\$ _____, _____	ປະກັນສັງຄົມທັງໝົດ	\$ _____, _____
ລາຍຈ້າງທັງໝົດ	\$ _____, _____	ລາຍຈ້າງທັງໝົດ	\$ _____, _____
ດອກເບ້ຍເງິນປັນຜົນ ແລະ ຜົນກໍາໄລ	\$ _____, _____	ດອກເບ້ຍເງິນປັນຜົນ ແລະ ຜົນກໍາໄລ	\$ _____, _____
ລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວສຸດທິ	\$ _____, _____	ລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວສຸດທິ	\$ _____, _____
ລາຍຮັບຈາກການບໍານານ	\$ _____, _____	ລາຍຮັບຈາກການບໍານານ	\$ _____, _____
ລາຍຮັບອື່ນໆ	\$ _____, _____	ລາຍຮັບອື່ນໆ	\$ _____, _____
ລວມທັງໝົດ	\$ _____, _____	ລວມທັງໝົດ	\$ _____, _____

ພາກທີ V – ລາຍເຊັນ (ຈໍາເປັນ)

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຄໍາຖາມ ແລະ ຄໍາຖະແຫຼງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າ ເຂົ້າໃຈຕໍ່ບົດລົງໂທດໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ເປັນຄວາມຈິງ ຫຼື ການລະເມີດກົດ ໝາຍດັ່ງທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນພາກສ່ວນສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຄໍາແນະນໍາ ການສະໜັກຂໍການເບິ່ງແຍງແບບ SeniorCare. ຂ້າພະເຈົ້າ ຂໍຢັ້ງຢືນ, ພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ເປັນຄວາມຈິງ, ວ່າຄໍາ ຕອບທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ ຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າ, ຊຶ່ງລວມເຖິງ ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ກ່ຽວກັບສະຖານະພັນລະເມືອງ ຫຼື ສະ ຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງຄູ່ສົມຮິດ ແລະ ຕົວຂ້າພະເຈົ້າເອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີໃຫ້ເອກະສານເພື່ອພິສູດສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ກ່າວມາ. ຂ້າພະເຈົ້າ ເຂົ້າໃຈວ່າໜ່ວຍງານອາດຈະຕິດຕໍ່ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງອື່ນ ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນ ຫຼື ກຖານທີ່ຈໍາເປັນກ່ຽວກັບສິດທິ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຕົວແທນ	ພິມຊື່ – ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຕົວແທນ
---------------------------------------	--------------------------------------

ລາຍເຊັນຂອງ: ຜູ້ສະໜັກ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດ ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ໃບມອບສິດ / ໃບມອບສິດທີ່ມີຜົນຍ້ອນຫຼັງ
 ຕ້ອງມີລາຍເຊັນພະຍານສອງຄົນສະເພາະເມື່ອທ່ານລົງນາມດ້ວຍ “X.”

ພະຍານ 1	ພະຍານ 2
---------	---------

ໝວດທີ VI – ຄ່າທໍານຽມລົງທະບຽນ (ຈໍາເປັນ)	ນໍາໃຊ້ທາງການເທົ່ານັ້ນ
ຄ່າລົງທະບຽນທີ່ສອດມານໍາ <input type="radio"/> \$30 – ຜູ້ຮ້ອງຂໍໜຶ່ງຄົນ <input type="radio"/> \$60 – ຜູ້ຮ້ອງຂໍສອງຄົນ ສິ່ງຈ່າຍເປັນແຊັກ ຫຼື ເປັນເງິນໄດ້ທີ່: State of Wisconsin (ລວມເຖິງຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍທັງໝົດທີ່ຊໍາລະເງິນ)	ສົ່ງຄືນໃບຄໍາຮ້ອງທີ່ເຕີມຂໍ້ມູນແລ້ວ ພ້ອມດ້ວຍຄ່າທໍານຽມໄປທີ່: SeniorCare PO Box 6710 Madison, WI 53716-0710 <input type="radio"/> ບໍ່ມີ <input type="radio"/> ອື່ນໆ _____