WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Health Care Access and Accountability
F-16006L (06/13)

ລາຍງານການປ່ຽນແປງ FOODSHARE WISCONSIN
FOODSHARE WISCONSIN CHANGE REPORT
(ສະມາຊິກຄົວເຮືອນທຸກຄົນແມ່ນຜູ້ເຖົ້າ, ຕາບອດ ຫຼື ພິການ)

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare, ພາຍໃນສິບວັນ ທ່ານຕ້ອງລາຍງານທຸກການປ່ຽນແປງກ່ຽວກັບ:

- ທີ່ຢູ່ ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານບ່ອນພັກອາໄສ,
- ລາຍຮັບ ຫຼືສະຖານະການຈ້າງງານ, ຫຼື
- ຄົວເຮືອນ (ມີບາງຄົນຍ້າຍເຂົ້າມາ ຫຼືຍ້າຍອອກຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ, ຖ້າມີຄົນແຕ່ງງານ, ຖືພາ ຫຼືເກີດລູກ).

ຖ້າເກີດການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວ, ທ່ານສາມາດ:

- ລາຍງານມັນທາງອອນລາຍທີ່ ACCESS.wi.gov ຫຼື
- ປະກອບໃບລາຍງານນີ້ ແລະສົ່ງທາງໄປສະນີ ຫຼືແຜ້ກມັນຫາ:

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຂດ Milwaukee:

MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
Fax: 1-888-409-1979

ຖ້າທ່ານບໍ່ອາໄສຢູ່ໃນເຂດ Milwaukee:

CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
Fax: 1-855-293-1822

- ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທ ຫຼືເອົາມັນໄປໃຫ້ອົງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດໄດ້ທີ່ຢູ່ ແລະເບີໂທລະສັບຂອງອົງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຈາກ dhs.wi.gov/em/customerhelp ຫຼືໂດຍການໂທຫາ 1-800-362-3002 ຫຼື 711 (TTY).

ຖ້າໃບລາຍງານນີ້ບໍ່ມີພື້ນທີ່ພຽງພໍໃຫ້ທ່ານອະທິບາຍການປ່ຽນແປງ, ຈົ່ງຂຽນຂໍ້ມູນໃສ່ໃບເຈ້ຍຕ່າງຫາກ ແລະຕິດຄັດມັນໃສ່ໃບລາຍງານນີ້. ການສະໜອງ ຫຼືການຂໍເອົາໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN) ແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ; ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ບຸກຄົນທີ່ຕ້ອງການເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ແຕ່ບໍ່ສະໜອງໝາຍເລກ SSN ຫຼືຂໍເອົາໝາຍເລກດັ່ງກ່າວຈະບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ. ໝາຍເລກ SSN ແລະຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົນຕົວໄດ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອການຄຸ້ມຄອງບໍລິຫານໂຄງການ FoodShare Wisconsin ໂດຍກົງເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານເຈດຕະນາບໍ່ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕ່າງໆ ຫຼືໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ເປັນຈິງ ທ່ານອາດຈະຖືກປັບໃໝ, ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍແທນຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມາຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຖືກດຳເນີນຄະດີ, ຫຼືທັງໝົດສາມຢ່າງ.

ຊື່ຂອງທ່ານ	ເລກທີກໍລະນີ	ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ ແລະເງິນຄ່າຈ້າງຈາກການເຮັດວຽກ
ວຽກໃໝ່ - 1

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານ ແລະໃຫ້ຫຼັກຖານສະແດງແຫຼ່ງລາຍຮັບທີ່ຫາໄດ້ໃໝ່. ຕົວຢ່າງຫຼັກຖານປະກອບມີສົ້ນໃບເຊັກ, ຈົດໝາຍຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ແບບຟອມພິສູດເງິນລາຍໄດ້ຈາກນາຍຈ້າງ (F-10146).

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ມີວຽກ ຫຼືລາຍຮັບໃໝ່	ອັດຕາຄ່າຈ້າງຕໍ່ຊົ່ວໂມງ $	ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ
ນາຍຈ້າງ	ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍໆສໍ່າໃດ	ວັນທີຈ່າຍທຳອິດ

Federal Law 7CFR273.12(b)

ວຽກໃຫມ່ - 2

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ມີວຽກ ຫຼືລາຍຮັບໃຫມ່	ອັດຕາຄ່າຈ້າງຕໍ່ຊົ່ວໂມງ $	ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ
ນາຍຈ້າງ	ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍໆສໍາໃດ	ວັນທີຈ່າຍທໍາອິດ

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບອື່ນ

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານທຸກ

- ແຫຼ່ງລາຍຮັບອື່ນໃຫມ່,
- ການປ່ຽນແປງທີ່ຫຼາຍກວ່າ $100 ຕໍ່ເດືອນໃນລາຍຮັບເງິນລ້ຽງລູກ, ຫຼື
- ການປ່ຽນແປງທີ່ຫຼາຍກວ່າ $50 ຕໍ່ເດືອນໃນລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາປະເພດອື່ນ ເຊັ່ນວ່າ ເງິນຊົດເຊີຍແຮງງານ, ເງິນປະກັນການຫວ່າງງານ, ເງິນປະກັນສັງຄົມ ຫຼືເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາເອງ		ແຫຼ່ງລາຍຮັບ
ລາຍຮັບປ່ຽນແປງ ❑ ແມ່ນ ❑ ບໍ່ແມ່ນ	ວັນທີທີ່ລາຍຮັບປ່ຽນແປງ	ຈໍານວນຕໍ່ເດືອນ $

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາເອງ		ແຫຼ່ງລາຍຮັບ
ລາຍຮັບປ່ຽນແປງ ❑ ແມ່ນ ❑ ບໍ່ແມ່ນ	ວັນທີທີ່ລາຍຮັບປ່ຽນແປງ	ຈໍານວນຕໍ່ເດືອນ $

ການປ່ຽນທີ່ຢູ່ ແລະສົ່ງຜົນໃຫ້ເກີດການປ່ຽນແປງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານບ່ອນພັກອາໄສ

ຖ້າທ່ານຍ້າຍບ່ອນຢູ່, ທ່ານຕ້ອງລາຍງານທີ່ຢູ່ໃຫມ່ຂອງທ່ານ, ການເພີ່ມຂຶ້ນ ຫຼືຫຼຸດລົງຂອງຄ່າເຊົ່າ ຫຼືການຊໍາລະເງິນຜ່ອນຊື້ເຮືອນ, ຫຼືໃບບິນສາທາລະນຸປະโພກຂອງທ່ານ (ແກັສ, ໄຟຟ້າ, ນໍ້າປະປາ ແລະອື່ນໆ).

ທີ່ຢູ່ໃຫມ່ – ຖະຫນົນ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ເບີໂທລະສັບໃຫມ່ (ລວມທັງລະຫັດເຂດ)		ວັນທີປ່ຽນແປງ	

ການປ່ຽນແປງຄ່າເຊົ່າ

ທ່ານຢູ່ໃນການອຸດຫນູນດ້ານບ່ອຢູ່ອາໄສແມ່ນບໍ່? ❑ ແມ່ນ ❑ ບໍ່ແມ່ນ	ຈໍານວນຄ່າເຊົ່າລາຍເດືອນໃຫມ່ $		
ຊື່ເຈົ້າຂອງເຮືອນເຊົ່າ	ເບີໂທລະສັບເຈົ້າຂອງເຮືອນເຊົ່າ (ລວມທັງລະຫັດເຂດ)		
ທີ່ຢູ່ເຈົ້າຂອງເຮືອນເຊົ່າ – ຖະຫນົນ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ບອກຄ່າສາທາລະນຸປະโພກທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ			

ການປ່ຽນແປງເງິນຜ່ອນຊື້ເຮືອນ

ຈຳນວນເງິນຜ່ອນຊື້ເຮືອນລາຍເດືອນໃຫມ່ $	ບອກຄ່າສາທາລະນຸປະ�โພກທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ
ຖ້າບໍ່ລວມຢູ່ໃນເງິນຜ່ອນຊື້ເຮືອນ, ຈົ່ງບອກຈຳນວນລາຍເດືອນຂອງ ພາສີຊັບສິນ $ _____ ປະກັນໄພ $ _____	

ການປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນ

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານຖ້າມີຄົນໃດຫນຶ່ງ:

- ຍ້າຍເຂົ້າມາ ຫຼືຍ້າຍອອກຈາກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ
- ແຕ່ງງານ
- ຖືພາ
- ເກີດລູກ (ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເກີດລູກ ແລະລູກເກີດໃຫມ່)

ຊື່		ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN)
ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນກັບທ່ານ	ວັນທີປ່ຽນແປງ
ອະທິບາຍການປ່ຽນແປງ		

ການປ່ຽນແປງເງິນຄ່າລ້ຽງລູກ

ທ່ານຕ້ອງລາຍງານທຸກການປ່ຽນແປງໃນພັນທະທາງກົດໝາຍຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນໃນການຈ່າຍຄ່າລ້ຽງລູກ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ທ່ານສັ່ງໃຫ້ຈ່າຍຄ່າລ້ຽງລູກ	ເລກທີຄຳສັ່ງຂອງສານ
ຈຳນວນເງິນຄ່າລ້ຽງລູກລາຍເດືອນ $	ວັນທີທີ່ສານອອກຄຳສັ່ງ ຫຼືວັນທີທີ່ຄຳສັ່ງມີການປ່ຽນແປງ

ການປ່ຽນແປງອື່ນ?

ລາຍງານທຸກການປ່ຽນແປງອື່ນເຊິ່ງອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ກັບການມີສິດຂອງທ່ານ. ບາງຕົວຢ່າງຂອງການປ່ຽນແປງອື່ນລວມມີບາງຄົນເກີດພິການ ຫຼືຟື້ນຟູຈາກຄວາມພິການ, ມີບາງຄົນອອກຈາກໂຮງຮຽນ, ມີລາຍຈ່າຍທາງການແພດຈາກຖົງເງິນຕົນເອງ ແລະອື່ນໆ. ຈົ່ງ ລວມເອົາວັນທີຂອງການປ່ຽນແປງນັ້ນ.

ທ່ານຄາດວ່າການປ່ຽນແປງທີ່ໄດ້ລາຍງານໃນແບບຟອມນີ້ຈະຍັງຄົງຄືເກົ່າໃນເດືອນຕໍ່ໄປແມ່ນບໍ?

❑ ແມ່ນ ❑ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ອະທິບາຍ.

ຄ່າເຕືອນເລື່ອງບົດລົງໂທດກ່ຽວກັບ FOODSHARE WISCONSIN

ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ເຈດຕະນາລະເມີດກົດລະບຽບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare Wisconsin ເປັນເວລາ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດຄັ້ງທຳອິດ, 24 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດຄັ້ງທີສອງ ຫຼືການລະເມີດຄັ້ງທຳອິດທີ່ພົວພັນກັບສານຕ້ອງຫ້າມ, ແລະຕະຫຼອດໄປສຳລັບການລະເມີດຄັ້ງທີສາມ:

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ເປັນຈິງ ຫຼືເຊື່ອງຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບ ຫຼືສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare,
- ຊື້, ຂາຍ ຫຼືປ່ຽນແປງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare,
- ໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ເພື່ອຊື້ສິ່ງຂອງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານ ເຊັ່ນວ່າ ເຫຼົ້າ ຫຼືຢາສູບ, ຫຼື
- ໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare, ບັດປະຈຳຕົວ ຫຼືເອກະສານອື່ຂອງບຸກຄົນອື່ນ.

ເຊິ່ງຂຶ້ນກັບມູນຄ່າຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໃຊ້ໃນທາງທີ່ຜິດ, ບຸກຄົນສາມາດຖືກປັບໃໝສູງເຖິງ $250,000, ຈຳຄຸກສູງເຖິງ 20 ປີ ຫຼືທັງຈຳທັງປັບ. ສານສາມາດຫ້າມບຸກຄົນນັ້ນບໍ່ໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການເປັນເວລາເພີ່ມເຕີມອີກ 18 ເດືອນ. ທ່ານຈະຖືກຕັດສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຕະຫຼອດໄປຖ້າທ່ານຖືກຕັດສິນໂທດຊື້ຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ແຕ່ $500 ຂຶ້ນໄປ. ທ່ານຈະຂາດສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການເປັນເວລາ 10 ປີ ຖ້າພົບວ່າທ່ານໄດ້ເຮັດການແຈ້ງບອກ ຫຼືນຳສະເໜີທີ່ຫຼອກລວງກ່ຽວກັບຕົວຕົນ ແລະບ່ອນຢູ່ອາໄສ ເພື່ອໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍຢ່າງໃນເວລາດຽວກັນ. ອາຊະຍາກອນທີ່ກຳລັງຫຼົບຫນີຄະດີ ແລະຜູ້ລະເມີນທັນບົນ/ການບ່ອຍພາງແມ່ນບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ. ບຸກຄົນອາດຈະຕ້ອງພະເຊີນກັບການດຳເນີນຄະດີເພີ່ມເຕີມພາຍໃຕ້ກົດໝາຍອື່ນຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ນຳໃຊ້.

ລາຍຈ່າຍ: ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າລາຍຈ່າຍທີ່ຂ້ອຍລາຍງານເຊັ່ນວ່າ ຄ່າບ່ອນຢູ່ອາໄສ, ຄ່າສາທາລະນຸປະໂພກ, ຄ່າການດູແລເດັກ, ຄ່າການລ້ຽງລູກ ຫຼືຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ລະດັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງຂ້ອຍໄດ້ຮັບ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າການບໍ່ສາມາດລາຍງານ ຫຼືກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງລາຍຈ່າຍໃດໜຶ່ງໝາຍຄວາມວ່າຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການຫັກລົບສຳລັບລາຍຈ່າຍນີ້.

ການຫຼຸດລົງຂອງລາຍຮັບ: ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍບໍ່ຖືກກຳນົດໃຫ້ລາຍງານການຫຼຸດລົງ ຫຼືການສູນເສຍລາຍຮັບ; ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຂ້ອຍອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ທີ່ສູງຂຶ້ນຖ້າຂ້ອຍລາຍງານສິ່ງນັ້ນ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຕາບໃດທີ່ຂ້ອຍບໍ່ລາຍງານການຫຼຸດລົງໃນລາຍຮັບປະຈຳເດືອນຂອງຄົວເຮືອນຂອງຂ້ອຍ ຫຼືການສູນເສຍລາຍຮັບໃດໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນ, ຂ້ອຍຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການເພີ່ມຂຶ້ນໃດໆໃນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງຂ້ອຍທີ່ເປັນຜົນຕາມມາ.

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າມີບົດລົງໂທດສຳລັບການປົກປິດຂໍ້ມູນ ຫຼືການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ເປັນຈິງ. ຂ້ອຍຍັງເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍຈະຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍແທນຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຮັບຍ້ອນວ່າຂ້ອຍບໍ່ໄດ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງສະພາບການຂອງຂ້ອຍຢ່າງຄົບຖ້ວນ. ຂ້ອຍຕົກລົງເຫັນດີສະຫນອງຫຼັກຖານສະແດງການປ່ຽນແປງຕ່າງໆ ຖ້າມີການຮ້ອງຂໍເອົາ. ຄຳຕອບຂອງຂ້ອຍໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ຄວາມສາມາດຂອງຂ້ອຍ.

ເລກ SSN ຂອງທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ມີການກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານທາງຄອມພິວເຕີກັບບັນດາອົງການລັດຖະບານ ເຊັ່ນວ່າ Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA) ແລະ Department of Workforce Development, ເຊັ່ນດຽວກັບ School Lunch Program. ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຍັງຖືກໃຊ້ເພື່ອກວດເບິ່ງຕົວຕົນຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນ ແລະເພື່ອກວດພົບສູດລາຍຮັບຈາກແຫຼ່ງຕ່າງໆເຊັ່ນວ່ານາຍຈ້າງ, ທະນາຄານ ແລະພາກສ່ວນອື່ນ.

ການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ

The Department of Health Services (DHS) ແມ່ນນາຍຈ້າງ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການ ແລະຕ້ອງການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນນີ້ໃນຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ ຫຼືຕ້ອງການໃຫ້ແປມັນເປັນພາສາອື່ນ, ກະລຸນາ ຕິດຕໍ່ (608) 266-3356 (ສຽງ) ຫຼື (888) 701-1251 (TTY).

The U.S. Department of Agriculture ຫ້າມການເລືອກປະຕິບັດຕໍ່ກັບລູກຄ້າ, ພະນັກງານ ແລະຜູ້ສະໝັກວຽກຂອງຕົນ ບົນພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ເພດ, ລັກສະນະທາງເພດ, ສາສະໜາ, ການແກ້ແຄ້ນ,ແລະບ່ອນທີ່ນຳໃຊ້, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ສະຖານະຄອບຄົວ ຫຼືການເປັນພໍ່ແມ່, ລົດສະນິຍົມທາງເພດ, ຫຼືທັງໝົດ ຫຼືບາງສ່ວນຂອງລາຍຮັບຂອງບຸກຄົນໄດ້ຮັບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງຂອງລັດຖະບານ, ຫຼືໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງໂດຍຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນໃນການຈ້າງງານ ຫຼືໃນໂຄງການ ຫຼືກິດຈະກຳທີ່ດຳເນີນ ຫຼືໄດ້ຮັບທຶນຈາກພະແນກ. (ບໍ່ແມ່ນທຸກພື້ນຖານທີ່ຖືກຫ້າມທັງໝົດຈະນຳໃຊ້ກັບທຸກໂຄງການ ແລະ/ຫຼືກິດຈະກຳການຈ້າງງານ).

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດໃນໂຄງການ Civil Rights program, ຈົ່ງປະກອບແບບຟອມ USDA Program Discrimination Complaint Form, ເຊິ່ງຊອກເອົາທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ຫຼືທຸກຫ້ອງການຂອງ USDA, ຫຼືໂທຫາ (866) 632-9992 ເພື່ອຮ້ອງຂໍເອົາແບບຟອມດັ່ງກ່າວ. ທ່ານຍັງສາມາດຂຽນຈົດໝາຍທີ່ປະກອບມີຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນແບບຟອມດັ່ງກ່າວ. ສົ່ງແບບຟອມຮ້ອງຮຽນທີ່ປະກອບຂໍ້ມູນແລ້ວ ຫຼືຈົດໝາຍຂອງທ່ານທາງໄປສະນີຫາ U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, ທາງແຟັກຫາ (202) 690-7442 ຫຼື ທາງອີເມວຫາ program.intake@usda.gov.

ບຸກຄົນທີ່ຫູໜວກ, ຫູຕຶງ ຫຼືປາກກືກ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານ Federal Relay Service ທີ່ເບີ (800) 877-8339; ຫຼື (800) 845-6136 (ພາສາສະເປນ). ສຳລັບຂໍ້ມູນອື່ນໃດໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບັນຫາ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), ບຸກຄົນຄວນຕິດຕໍ່ຫາສາຍດ່ວນຂອງ USDA SNAP ທີ່ໝາຍເລກ (800) 221-5689 ເຊິ່ງໃຫ້ບໍລິການເປັນພາສາສະເປນນຳອີກ ຫຼືໂທຫາເບີໃຫ້ຂໍ້ມູນ/ສາຍດ່ວນຂອງລັດ; ເຊິ່ງຊອກເອົາທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. USDA ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະນາຍຈ້າງທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ/ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ວັນທີລົງລາຍເຊັນ	ເບີໂທລະສັບຕອນກາງເວັນ ( )

ຮັກສາແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວໄວ້ໃນແຟ້ມສຳນວນກໍລະນີ

Reset Form