



ແພັກເກັດການລົງທະບຽນ
Registration Packet

ການລົງທະບຽນ FOODSHARE WISCONSIN
FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

ຄໍາແນະນຳ: ຖ້າຫາກທ່ານພິການ ແລະ ຕ້ອງການໃບສະໝັກນີ້ໃນຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ ຫຼື ຕ້ອງການໃຫ້ມັນຖືກແປເປັນພາສາອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຕົວແທນຂອງທ່ານ. ເພື່ອເອົາເບີໂທຂອງຕົວແທນທ່ານ, ໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 800-362-3002. ບໍລິການແປພາສາແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານອາດຈະໃຫ້ຜູ້ໃຫຍ່ຕື່ມໃບສະໝັກໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ຖ້າຫາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານຢຸດພາຍໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຕື່ມໃບສະໝັກ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຕົວແທນຂອງທ່ານເພື່ອຊອກເບິ່ງວ່າທ່ານສາມາດກັບມາເປີດຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ຕ້ອງຕື່ມໃບສະໝັກນີ້ບໍ່.

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບ FoodShare, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານຈະເລີ່ມຈາກວັນທີ່ໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບໂດຍຕົວແທນຂອງທ່ານ. ໃບສະໝັກຂອງທ່ານຈະຖືກດໍາເນີນການທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້ ແຕ່ບໍ່ເກີນ 30 ວັນຈາກວັນທີ່ຕົວແທນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບໃບສະໝັກຂອງທ່ານ.

ຊື່ – ຜູ້ສະໝັກ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ (ຕົວເລືອກ)
---	------------------------------

ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ - ຕົວເລືອກ)	ເບີໂທລະສັບ (ຕົວເລືອກ)	ຕອນນີ້ທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
---	-----------------------	--

ຖະໜົນ

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------	-----	-------------

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ວັນທີລົງລາຍເຊັນ (ດດ/ວວ/ປປ)
---	----------------------------

ບໍລິການບຸລິມະສິດຂອງ FoodShare

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທັນທີ, ທ່ານອາດຈະສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare

ພາຍໃນເຈັດວັນຂອງການສົ່ງແບບຟອມໃບສະໝັກ ແລະ/ຫຼື ລົງທະບຽນຖ້າຫາກສິ່ງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຄວາມຈິງ:

- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີເງິນສົດ \$100 ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ ຫຼື ຢູ່ໃນທະນາຄານ ແລະ ຈະມີລາຍຮັບໜ້ອຍກວ່າ \$150 ໃນເດືອນນີ້.
- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ຄ່າຜ່ອນບ້ານ ຫຼື ສາທາລະນະໂພກທີ່ຫຼາຍກວ່າລາຍຮັບລວມທັງໝົດປະຈໍາເດືອນ (ເປັນເງິນສົດ ຫຼື ມີຢູ່ໃນບັນຊີທະນາຄານ) ສໍາລັບເດືອນນີ້.
- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານລວມມີແຮງງານເຄືອນຍ້າຍ ຫຼື ເຮັດວຽກຕາມລະດູການຜູ້ທີ່ບໍ່ມີລາຍຮັບ.

ຕອບຄໍາຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເພື່ອໃຫ້ຖືກພິຈາລະນາສໍາລັບບໍລິການທີ່ໄວກວ່າ.

ລາຍຮັບກ່ອນຈ່າຍພາສີທັງໝົດທີ່ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບໃນເດືອນນີ້ຂອງຄົວເຮືອນທ່ານແມ່ນເທົ່າໃດ (ກ່ອນຈ່າຍພາສີ ຫຼື ການຫັກຈ່າຍຄ່າອື່ນໆ)?	\$ _____
--	----------

ຊັບສິນທັງໝົດທີ່ມີຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຫຍັງແດ່ (ຕົວຢ່າງ: ເງິນສົດ, ເງິນຢູ່ໃນບັນຊີຝາກກະແສລາຍວັນ ຫຼື ຝາກປະຢັດ ຫຼື ເງິນເປັນກ້ອນ)?	\$ _____
---	----------

ຈໍານວນເງິນທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຈ່າຍສໍາລັບຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຜ່ອນບ້ານທັງໝົດໃນເດືອນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?	\$ _____
---	----------

ເດືອນນີ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Wisconsin FoodShare ບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	---

ຕອນນີ້ທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນທີ່ພັກອາໄສສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງການໃຊ້ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	---

ໃນເດືອນນີ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Supplemental Nutrition Assistance Program (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານໂພຊະນາການເພີ່ມເຕີມ) (SNAP, food stamps (ບັດອາຫານ), electronic benefits transfer (ການໂອນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງອີເລັກໂທຣນິກ)) ໃນລັດອື່ນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	---

ມີໃຜໃນເຮືອນຂອງທ່ານເປັນແຮງງານເຄືອນຍ້າຍ ຫຼື ເຮັດວຽກຕາມລະດູການຜູ້ທີ່ບໍ່ມີລາຍຮັບໄດ້ຖືກຢຸດເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ຄາດຫວັງວ່າຈະໄດ້ຮັບລາຍຮັບຈໍານວນຫຼາຍກວ່າ \$25 ໃນ 10 ວັນຂ້າງໜ້າ?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	---

ຖ້າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະໂພກ, ຕອບຄໍາຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ຄ່າເຄື່ອງອາຍຮ້ອນລວມກັບຄ່າເຊົ່າບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ໃສ່ໝາຍຖືກໃສ່ຫ້ອງສໍາລັບສາທາລະນະປະໂພກທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຈ່າຍ ແລະ ໝາຍໃສ່ຫ້ອງ “ແມ່ນແລ້ວ” ຫຼື “ບໍ່ແມ່ນ” ຖ້າຫາກສາທາລະນະປະໂພກຖືກໃຊ້ເພື່ອເຮັດໃຫ້ເຮືອນຂອງທ່ານອຸ່ນ.

	ໃຊ້ສໍາລັບຄວາມອຸ່ນບໍ່?		ໃຊ້ສໍາລັບຄວາມອຸ່ນບໍ່?
<input type="checkbox"/> ແກ້ສ (ທໍາມະຊາດ)	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ນໍ້າມັນເຊື້ອໄຟ/ ນໍ້າມັນກາສ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
<input type="checkbox"/> ໄຟຟ້າ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ຖ່ານຫີນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
<input type="checkbox"/> ແກ້ສໂບຣເບນແຫຼວ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ຜົນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ໃສ່ໝາຍຖືກສໍາລັບສາທາລະນະປະໂພກທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຈ່າຍ.
 ໂທລະສັບ ນໍ້າ ທໍລະບາຍນໍ້າເສຍ ຄ່າຖິ້ມຂີ້ເຫຼື້ອ ຄ່າຕິດຕັ້ງ ເກັບເງິນຄ່າແອເຊີເມເຕີມ ອື່ນໆ: _____

ທ່ານມີສິດສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ເພື່ອຈັດຕັ້ງວັນທີສົ່ງ (ວັນທີເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ) ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ລາຍເຊັນ. ຈາກນັ້ນທ່ານສາມາດສົ່ງໃບສະໝັກແບບເຕັມທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ access.wi.gov, ໂດຍທາງໄປສະນີ, ໂດຍທາງແຝັກ, ໂດຍທາງໂທລະສັບ ຫຼື ດ້ວຍຕົນເອງ.

ທ່ານຈະຕ້ອງມີການສໍາພາດກັບຕົວແທນຂອງທ່ານແບບບຸກຄົນ ຫຼື ທາງໂທລະສັບເພື່ອປະກອບສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງໃບສະໝັກໃຫ້ສໍາເລັດ.

ທ່ານອາດຈະຕ້ອງມີການໃຫ້ຫຼັກຖານແກ່ບາງຄ່າຕອບຂອງທ່ານ. ເບິ່ງພາກ “ຫຼັກຖານທີ່ຕ້ອງການ” ສໍາລັບລາຍການຫຼັກຖານທີ່ ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ.

ສົ່ງທາງໃບສະໝັກ ແລະ/ຫຼື ຫຼັກຖານໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຝັກເຖິງ:

ຖ້າຫາກທ່ານອາໄສຢູ່ໃນຄາວຕີ້ Milwaukee:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee, WI 53205

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນຄາວຕີ້ Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234

ຫຼື ແຝັກ: 888-409-1979

ຫຼື ແຝັກ: 855-293-1822

ທ່ານຍັງສາມາດສະແດງ ຫຼື ອັບໂຫຼດຫຼັກຖານທີ່ access.wi.gov.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການສະໝັກຂໍ BadgerCare Plus ຫຼື Medicaid, ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍໂຄງການການຮັກສາສຸຂະພາບເຫຼົ່ານີ້ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ access.wi.gov ໃນເວລາດຽວກັນທີ່ທ່ານກໍາລັງສະໝັກສໍາລັບເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare. ຫຼື ທ່ານສາມາດຕິມໃບສະໝັກແບບເຈ້ຍສໍາລັບການຮັກສາສຸຂະພາບໄດ້. ສາມາດເບິ່ງໃບສະໝັກທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm ຫຼື ໂດຍການຕິດຕໍ່ຕົວແທນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນຂອງ FOODSHARE WISCONSIN

ໃບສະໝັກນີ້ແມ່ນສໍາລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ເທົ່ານັ້ນ. ນີ້ບໍ່ແມ່ນໃບສະໝັກສໍາລັບ Medicaid, BadgerCare Plus, Wisconsin Shares ຫຼື Wisconsin Works (W-2), ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍ Medicaid, BadgerCare Plus ແລະ Wisconsin Shares ອອນລາຍໄດ້ທີ່ access.wi.gov ໃນເວລາດຽວກັນທີ່ທ່ານກໍາລັງສະໝັກຂໍ FoodShare. ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ຕົວແທນຂອງທ່ານເພື່ອສະໝັກຂໍ W-2.

FoodShare ແມ່ນການມີສິດໄດ້ຮັບ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍ W-2 ຫຼື ໂຄງການອື່ນໆເພື່ອໃຫ້ສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ແມ່ນມີໃຫ້ເພື່ອຊ່ວຍຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການດ້ານໂພດາດການຂອງຄົວເຮືອນທີ່ມີລາຍຮັບຕໍ່າ. ບົກກະຕິຄົວເຮືອນແມ່ນປະກອບດ້ວຍຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ນຳກັນ ແລະ ກິນອາຫານຮ່ວມກັນ. ຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນໄດ້ຮັບອີງຕາມຂະໜາດ, ລາຍຈ່າຍ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ແມ່ນອອກໃຫ້ໃນບັດຂອງ Wisconsin QUEST, ເຊິ່ງຖືກໃຊ້ຄືກັບບັດເດບິດຢູ່ທີ່ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງ ຫຼື ຕະຫຼາດຂອງຊາວສວນທີ່ຮັບ FoodShare.

ຍ້ອນວ່າເປັນສະມາຊິກຂອງ FoodShare, ທ່ານມີສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ. ສິດຂອງທ່ານລວມມີ:

- ສິດໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບສະຖານະການລົງທະບຽນຂອງທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການສະໝັກ.
- ສິດໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍພາຍໃນເຈດວັນຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທັນທີ.
- ສິດໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຕໍ່ດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບ ແລະ ບໍ່ຖືກເລືອກປະຕິບັດຍ້ອນອາຍຸ, ເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ, ຊາດກຳເນີດ ຫຼື ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ.

ທ່ານຮັບຜິດຊອບຕໍ່:

- ການຕອບຄໍາຖາມທັງໝົດໃນໃບສະໝັກຢ່າງຄົບຖ້ວນ ແລະ ຊື່ສັດ ແລະ ເຊັນຊື່ຂອງທ່ານເພື່ອຢັ້ງຢືນພາຍໃຕ້ການລົງທຶນການໃຫ້ຄວາມເທັດວ່າຄໍາຕອບທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນເປັນຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ.
- ການໃຫ້ຫຼັກຖານຂອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຕ້ອງການເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ການລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ຕ້ອງການພາຍໃນໄລຍະເວລາທີ່ໃຫ້ແກ່ທ່ານໃນໜັງສືຂອງທ່ານ.
- ບໍ່ຂາຍ, ແລກປ່ຽນ ຫຼື ແບ່ງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.
- ການໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ພຽງແຕ່ຊື່ສິ່ງຂອງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເທົ່ານັ້ນ.

ຄົນຜູ້ທີ່ລະເມີດກົດລະບຽບຂອງ FoodShare ອາດຈະຖືກຕັດສິດຈາກໂຄງການ, ຖືບັບໄໝ, ຈັບຂ້າຄຸກ ຫຼື ທັງສາມ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10150B.htm.

ຄໍາຖະແຫຼງຕໍ່ການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດຂອງກະຊວງກະເສດສະຫະລັດ (USDA)

ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດກ່ຽວກັບຜົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ນະໂຍບາຍ ແລະ ຂໍ້ກຳນົດຂອງ U.S. Department of Agriculture (ກະຊວງກະເສດສະຫະລັດ) (USDA), USDA, ຫ້ອງການຕົວແທນຂອງມັນ ແລະ ພະນັກງານ ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ຈັດການໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມຈາກການແບ່ງແຍກເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ຄວາມເຊື່ອດ້ານສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ກ່ອນກິດຈະກຳສິດທິຂອງຜົນລະເມືອງໃນໂຄງການໃດໆ ຫຼື ກິດຈະກຳທີ່ຈັດ ຫຼື ໃຫ້ທຶນໂດຍ USDA.

ບຸກຄົນທີ່ພິການຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຕົວເລືອກຄວາມໝາຍຂອງການສື່ສານສໍາລັບຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວອັກສອນນູນສໍາລັບຄົນຕໍາບອດ, ການພິມເປັນຕົວພິມໃຫຍ່, ເທບບັນທຶກສຽງ, ພາສາມືຄົນອາເມລິກາ ແລະ ອື່ນໆ), ຄວນຕິດຕໍ່ຕົວແທນ (ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ພວກເຂົາສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຫຼຸບວກ, ຫຼຸດຖືກ ຫຼື ພິການທາງການເວົ້າອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານບໍລິການຖ່າຍທຸດລັດຖະບານກາງ (Federal Relay Service) ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດຈະເຮັດໃຫ້ມີເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກການເລືອກປະຕິບັດຂອງໂຄງການ, ປະກອບ [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (ແບບຟອມການຮ້ອງທຸກການເລືອກປະຕິບັດຂອງໂຄງການ USDA), (AD-3027) ເບິ່ງໄດ້ທາງອອນລາຍທີ່:

<https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> ແລະ ຫ້ອງການໃດໜຶ່ງຂອງ USDA ຫຼື ຂຽນໜັງສືໃສ່ທີ່ຢູ່ເຖິງ USDA ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຕ້ອງການໃນແບບຟອມໃສ່ໃນໜັງສື.

ເພື່ອຂໍແບບຟອມການຮ້ອງທຸກສະບັບສໍາເນົາ, ໂທ (866) 632-9992. ສົ່ງແບບຟອມ ຫຼື ໜັງສືທີ່ປະກອບແລ້ວແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ USDA ໂດຍທາງ:

- (1) ໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) ແຜ່ກ: (202) 690-7442; ຫຼື
- (3) ອີເມວ: program.intake@usda.gov.

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ໂອກາດຢ່າງເທົ່າທຽມ.

ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງການລາຍລັກອັກສອນຈາກຕົວແທນຂອງທ່ານກ່ອນການດໍາເນີນການໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດເພື່ອສິ້ນສຸດ ຫຼື ຫຼຸດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານ. ສໍາລັບການດໍາເນີນການສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນກ່ອນການດໍາເນີນການ.

ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ

ທ່ານມີສິດໃນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີນຳການກະທຳຂອງຕົວແທນ. ທ່ານອາດຈະຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳໂດຍທາງວາຈາໄດ້ໂດຍການໂທຫາ 608-266-7709. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງຄຳສະເໜີຂໍແບບຟອມການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ ຫຼື ໜັງສືຄຳຮ້ອງການໄຕ່ສວນໂດຍແຜ່ກະຕິ 608-264-9885 ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີເຖິງ:

Department of Administration
Division of Hearing and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານພາຍໃນ 90 ວັນຂອງວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງຕົວແທນສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານ ຫຼື ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຈຳນວນຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານໃນເວລາໃດໜຶ່ງໃນຂະນະທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.

ແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳອາດຈະດາວໂຫຼດໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm, ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາຕົວແທນທີ່ມີລາຍຊື່ໃນໜັງສືຂອງທ່ານເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ.

ໃນຄະດີສ່ວນໃຫຍ່, ຖ້າ Division of Hearings and Appeals (ພະແນກໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ການດຳເນີນການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຢຸດ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ຢ່າງໜ້ອຍຈົນກວ່າການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິບັດ. ໃນລະຫວ່າງເວລານີ້, ຖ້າຫາກການປ່ຽນແປງທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆເກີດຂຶ້ນ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງໄດ້. ຖ້າການປ່ຽນແປງອື່ນໆເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືສະບັບໃໝ່. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄຳຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ, ທ່ານອາດຈະອິນອຸທອນ ແລະ ຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຄັ້ງທີສອງໄດ້. ຖ້າຄຳຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳສິ້ນສຸດ ຫຼື ຫຼຸດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄືນໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານກຳລັງລ່ຽມ. ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍເພື່ອບໍ່ສືບຕໍ່ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້.

ທ່ານອາດຈະເປັນຕົວແທນຂອງຕົວເອງ ຫຼື ໃຫ້ທະນາຍຄວາມ, ໜູ່ ຫຼື ອື່ນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເປັນຕົວແທນຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນ ຫຼື ການປະຊຸມ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າທະນາຍຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ອາດຈະມີບໍລິການກົດໝາຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ໂທ 888-278-0633.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມາປະກົດຕົວ ຫຼື ຕົວແທນຂອງທ່ານບໍ່ມາປະກົດຕົວຢູ່ທີ່ການໄຕ່ສວນໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່ດີ, ການອຸທອນຂອງທ່ານຖືກພິຈາລະນາວ່າຖືກປະປ່ອຍ ແລະ ຖືກປະຕິເສດ.

ຜູ້ບົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ບົກປ້ອງ ຫຼື ການມອບສິດ

ຖ້າຫາກທ່ານມີຜູ້ບົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ບົກປ້ອງ ຫຼື ການມອບສິດ, ບຸກຄົນນັ້ນສາມາດຕື່ມ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້ໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ບຸກຄົນນັ້ນຈຳເປັນຈະຕ້ອງສົ່ງເອກະສານກ່ຽວກັບການແຕ່ງຕັ້ງກັບແບບຟອມນີ້.

ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດ

ທ່ານອາດຈະມີຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດເພື່ອປະກອບ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້ໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ເພື່ອແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານ, ປະກອບໃສ່ໃບແຕ່ງຕັ້ງ, ໃບປ່ຽນແປງ ຫຼື ຖອນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດ: ແບບຟອມສ່ວນບຸກຄົນ, F-10126A, ຫຼື ໃບແຕ່ງຕັ້ງ, ໃບປ່ຽນແປງ ຫຼື ຖອນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດ: ແບບຟອມອົງການ, F-10126B. ຟອມທັງສອງແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm. ຖ້າຫາກຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດໃຫ້ຂໍ້ມູນຜິດທີ່ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກຳນົດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານ, ທ່ານ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບຄວາມຜິດພາດ.

ການເກັບກຳຂໍ້ມູນ / ການນຳໃຊ້ເລກປະກັນສັງຄົມ / ຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວບຸກຄົນໄດ້

ການເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້, ລວມທັງເລກປະກັນສັງຄົມຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນແຕ່ລະຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ Food and Nutrition Act of 2008 (ກົດໝາຍອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ 2008), ດັ່ງທີ່ໄດ້ບັນຍັດ, 7 U.S.C. 2011-2036. ຂໍ້ມູນຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກຳນົດວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ສືບຕໍ່ມີສິດເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມໃນ SNAP ບໍ່. ພວກເຮົາຈະກວດສອບຂໍ້ມູນນີ້ຜ່ານໂຄງການຈັບຄູ່ທາງຄອມພິວເຕີ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກວດກາການຍອມປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງໂຄງການ ແລະ ສຳລັບການຈັດການໂຄງການ.

ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກຳນົດວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຮັກສາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ບໍ່.

ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ຈະຖືກກວດສອບຜ່ານໂຄງການຈັບຄູ່ທາງຄອມພິວເຕີ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກວດກາການຍອມປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ ແລະ ສຳລັບການຈັດການໂຄງການ.

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍໃຫ້ກັບຕົວແທນຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງອື່ນໆສໍາລັບການກວດກາທາງການ ແລະ ເປີດເຜີຍໃຫ້ກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການຈັບບຸກຄົນທີ່ຫຼົບຫຼີນເພື່ອຫຼີກລ້ຽງກົດໝາຍ.

ຖ້າການຕໍ່ວ່າ SNAP ເກີດຂຶ້ນກັບເຮືອນຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກນີ້, ລວມທັງເລກປະກັນສັງຄົມທັງໝົດອາດຈະຖືກອ້າງອີງເຖິງ ໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ພ້ອມກັບໜ່ວຍງານເກັບກໍາຂໍ້ຮຽກຮ້ອງສ່ວນຕົວສໍາລັບການດໍາເນີນການເກັບກໍາຂໍ້ ຮຽກຮ້ອງ.

ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍ, ລວມທັງເລກປະກັນສັງຄົມຂອງສະມາຊິກໃນແຕ່ລະຄົວເຮືອນແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຄວາມບໍ່ສາມາດໃຫ້ເລກປະກັນສັງຄົມຈະສົ່ງຜົນຕໍ່ການປະຕິເສດການໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ SNAP ແກ່ແຕ່ລະຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດໃຫ້ເລກປະກັນສັງຄົມ. ເລກປະກັນສັງຄົມໃດໆທີ່ໃຫ້ມາຈະຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍໃນລັກສະນະດຽວກັນກັບເລກປະກັນສັງຄົມຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.

ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນກັບ United States Citizenship and Immigration Services (ໜ່ວຍງານພົນລະເມືອງອະເມລິກາ ແລະ ບໍລິການຍົກຍ້າຍ) (USCIS).

ສະຖານະການຍົກຍ້າຍ

ເພື່ອສາມາດໃຫ້ໄດ້ຮັບ FoodShare, ທ່ານຕ້ອງເປັນພົນລະເມືອງອາເມລິກາ ຫຼື ມີສະຖານະການຍົກຍ້າຍທີ່ເໝາະສົມກັບ USCIS. ສະຖານະການຍົກຍ້າຍຂອງທຸກຄົນທີ່ກໍາລັງສະໝັກຂໍ FoodShare ຈະຖືກກວດສອບໂດຍ USCIS ແລະ ອາດຈະກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare. ສະຖານະການຍົກຍ້າຍຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນກັບ USCIS ສໍາລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ສະໝັກຂໍ FoodShare ຫຼື ຜູ້ທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າພວກເຂົາບໍ່ມີສະຖານະການຍົກຍ້າຍທີ່ມີຄຸນສົມບັດກັບ USCIS. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ລາຍຮັບຈາກບຸກຄົນເຫຼົ່ານັ້ນອາດຈະກະທົບເຖິງການລົງທະບຽນ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare.

ການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ

Wisconsin Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບຂອງລັດວິດສະຄອນຊິນ) ອາດຈະເລືອກເອົາກໍລະນີ FoodShare ຂອງທ່ານແບບສຸ່ມເພື່ອເຮັດການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ. ການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ FoodShare ແມ່ນການທວນຄືນກໍລະນີ FoodShare ຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໜ່ວຍງານທີ່ລົງທະບຽນໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃນ FoodShare ໄດ້ອອກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ທ່ານຢ່າງຖືກຕ້ອງ ແລະ ໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທີ່ກຳນົດໂດຍລັດຖະບານກາງ. ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງລະບຸວ່າທ່ານຕ້ອງຮ່ວມມືກັບການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການ ແລະ ບໍ່ຮ່ວມມືກັບການທົບທວນ, ກໍລະນີ FoodShare ຂອງທ່ານອາດຈະຖືກປິດ. ຖ້າສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບອກວ່າກໍລະນີຂອງທ່ານອາດຈະຖືກປິດດົນບານໄດ້.

ຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນເຮັດວຽກສໍາລັບບຸກຄົນອາຍຸ 16 ຮອດ 59 ປີ

ຜູ້ສະໝັກ FoodShare ແລະ ສະມາຊິກທັງໝົດທີ່ມີອາຍຸ 16 ຮອດ 59 ປີຕ້ອງລົງທະບຽນເຮັດວຽກອອກຈາກວ່າພວກເຂົາຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ຍົກເວັ້ນ. ທ່ານຈະໄດ້ລົງທະບຽນສໍາລັບວຽກເມື່ອທ່ານຖືກກຳນົດວ່າມີສິດໄດ້ຮັບ FoodShare ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ.

ທ່ານມີສິດສໍາລັບກາຍຍົກເວັ້ນຈາກຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນການເຮັດວຽກ ຖ້າສິ່ງໃດໜຶ່ງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ:

- ທ່ານມີອາຍຸ 16 ຫຼື 17 ປີ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຄົນທຳອິດໃນກຸ່ມຂອງ FoodShare.
- ທີ່ມີອາຍຸ 16 ຫຼື 17 ປີ ແລະ ແມ່ນຄົນທຳອິດຢູ່ໃນກຸ່ມ FoodShare ແຕ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນໂຮງຮຽນ ຫຼື ໃນໂຄງການຈ້າງງານ ແລະ ຝຶກອົບຮົມຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາ.
- ພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີຄວາມພ້ອມສໍາລັບການເຮັດວຽກ ນີ້ ຖ້າຫາກ:
 - ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ຖາວອນຈາກລັດຖະບານ ຫຼື ແຫ່ງເອກະຊົນ.
 - ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານພົບວ່າສະພາບຈິດໃຈ ຫຼື ຮຸ່ງກາຍບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້.
 - ທ່ານຖືກຢັ້ງຢືນວ່າບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໂດຍໃບຢັ້ງຢືນຈາກຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບ ຫຼື ພະນັກງານສັງຄົມ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ W-2 ແລະ ຍອມປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂການເຮັດວຽກຂອງ W-2.
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົນຕໍ່ສໍາລັບເດັກໃນການອຸປະຖໍາທີ່ອາຍຸນ້ອຍກວ່າ 6 ປີ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍຕາມ). ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າຫາກເດັກຄົນອື່ນຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍທັງພໍ່ ແລະ ແມ່, ມີພຽງຜູ້ດຽວທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຄວາມຕ້ອງການລົງທະບຽນການເຮັດວຽກຍ້ອນວ່າທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົນຕໍ່ຂອງເດັກນັ້ນ.
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົນຕໍ່ສໍາລັບເດັກຄົນອື່ນຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງຕົນເອງໄດ້ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍຕາມ).
- ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍ ຫຼື ກໍາລັງໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ.
- ທ່ານກໍາລັງເຂົ້າຮ່ວມໃນໂປຣແກຣມການພັກພົນ ຫຼື ຮັກສາການຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ສິ່ງເສບຕິດອື່ນໆເປັນປະຈໍາ.

- ທ່ານກຳລັງເຮັດວຽກເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເທົ່າກັບຄ່າຈ້າງຂັ້ນຕໍ່າຂອງລັດຖະບານກາງສຳລັບການເຮັດວຽກເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາໃນໂຮງຮຽນທີ່ມີຊື່ສຽງ, ໂປຣແກຣມການຝຶກງານ ຫຼື ສະຖາບັນຂອງການສຶກສາຂັ້ນສູງ.

ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງມອບຫຼັກຖານໃຫ້ແກ່ຕົວແທນຂອງທ່ານຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂເໝາະໃນບັນດາຂໍ້ກຳນົດເວັ້ນນີ້. ເຖິງວ່າການລົງທະບຽນການເຮັດວຽກແມ່ນຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດ, ການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂປຣແກຣມການເຮັດວຽກແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ.

ການລົງໂທດຕາມຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນເຮັດວຽກ

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ຍອມປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນເຮັດວຽກ ແລະ ທ່ານບໍ່ມີສິດໃນການຍົກເວັ້ນ, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຂອງ FoodShare ໃນໄລຍະການລົງໂທດທີ່ກຳນົດ. ອັນນີ້ລວມໄປເຖິງຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຮັດສິ່ງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງສະໝັກໃຈ ແລະ ບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່ດີ:

- ປະຕິເສດການສະເໜີວຽກທີ່ເໝາະສົມໃຫ້
- ອອກວຽກທີ່ເຮັດເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ (ຫຼື ວຽກທີ່ລາຍຮັບເທົ່າກັບຄ່າຈ້າງຂັ້ນຕໍ່າຂອງລັດຖະບານກາງສຳລັບການເຮັດວຽກເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ)
- ຫຼຸດຊົ່ວໂມງການເຮັດວຽກໃຫ້ໜ້ອຍກວ່າ 30 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ (ຫຼື ລາຍຮັບຂອງທ່ານໃຫ້ໜ້ອຍກວ່າ 30 ເທື່ອຂອງຄ່າຈ້າງຂັ້ນຕໍ່າຂອງລັດຖະບານກາງ)
- ເຂົ້າຮ່ວມໃນ W-2 ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂຂໍ້ກຳນົດໂປຣແກຣມເຮັດວຽກ W-2
- ສະໝັກສຳຂໍ ຫຼື ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ, ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ

ຖ້າວ່າ, ໃນລະຫວ່າງຊ່ວງເວລາການລົງໂທດ, ທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ຄົວເຮືອນຂອງ FoodShare ອື່ນ, ການແຈ້ງເຕືອນໄລຍະການລົງໂທດຈະຖືກສົ່ງໄປພ້ອມກັບທ່ານໄປຫາຄົວເຮືອນນັ້ນ. ໄລຍະເວລາຂອງການລົງໂທດແມ່ນ:

- ໜຶ່ງເດືອນສຳລັບການລົງໂທດເທື່ອທຳອິດ.
- ສາມເດືອນສຳລັບການລົງໂທດເທື່ອທີສອງ.
- ຫົກເດືອນສຳລັບການລົງໂທດເທື່ອທີສາມ ຫຼື ເທື່ອຕໍ່ມາ.

ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດໄລຍະການລົງໂທດໄວ ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນເຮັດວຽກ.

ທ່ານຈະຕ້ອງສະໝັກຂໍ FoodShare ຄືນໃໝ່ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຫຼັງຈາກໄລຍະການລົງໂທດສິ້ນສຸດ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງກຸ່ມ FoodShare, ທ່ານຈະຕ້ອງບອກໃຫ້ພະນັກງານຂອງທ່ານຮູ້ເພື່ອອັບເດດກໍລະນີຂອງທ່ານແທນທີ່ຈະມີການສະໝັກຄືນ.

ຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ແຂງແຮງທີ່ມີອາຍຸ 18 ຮອດ 49 ປີ

ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີອາຍຸ 18 ຮອດ 49 ປີໂດຍບໍ່ມີລູກນ້ອຍອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນອາດຈະໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຈຳກັດເວລາຈາກ FoodShare ພຽງແຕ່ສາມເດືອນຈາກໄລຍະເວລາ 36 ເດືອນ (ສາມປີ) ເວັ້ນແຕ່ວ່າພວກເຂົາມີສິດໃນຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ຫຼື ຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ຖືກຍົກເວັ້ນ. ຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກນີ້ແຕກຕ່າງຈາກຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນເຮັດວຽກ.

ມີສາມວິທີເພື່ອໃຫ້ບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກ:

1. ເຮັດວຽກຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງແຕ່ລະເດືອນ.
2. ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂປຣແກຣມການເຮັດວຽກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງແຕ່ລະເດືອນເຊັ່ນ:
 - a. FoodShare Employment and Training (ໂຄງການຈ້າງງານ ແລະ ຝຶກອົບຮົມຜູດແຊັດ) (FSET).
 - b. W-2.
 - c. ໂຄງການສະເພາະພາຍໃຕ້ Workforce Innovation and Opportunity Act (ກົດໝາຍການປ່ຽນແປງໃໝ່ ແລະ ໂອກາດກຳລັງແຮງງານ) (WIOA).
3. ມີວຽກທີ່ເຮັດເພື່ອເອົາສິ່ງຂອງ (ຈ່າຍດ້ວຍສິນຄ້າແທນເງິນ) ຫຼື ອາສາສະໜັກຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ.
4. ມີວຽກທີ່ເຮັດຮ່ວມກັນ, ວຽກທີ່ເຮັດເພື່ອເອົາສິ່ງຂອງ, ອາສາສະໜັກ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການເຮັດວຽກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທັງໝົດ 80 ຊົ່ວໂມງແຕ່ລະເດືອນ.

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ FSET ຖ້າຫາກທ່ານລົງທະບຽນໃນ FoodShare.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາຍົກເວັ້ນ ແລະ ອາດຈະບໍ່ຕ້ອງບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຖ້າຫາກໜຶ່ງໃນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຄວາມຈິງ:

- ທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ກັບເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີຜູ້ທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນ FoodShare ດຽວກັນ.

- ທ່ານແມ່ນຜູ້ເບິ່ງແຍງຕົນຕໍ່ສໍາລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງຕົນເອງໄດ້.
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ເບິ່ງແຍງຕົນຕໍ່ສໍາລັບເດັກອຸປະຖໍາທີ່ອາຍຸນ້ອຍກວ່າ 6 ປີ.
- ພົບວ່າສະພາບຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້. ນີ້ລວມເຖິງການບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສໃນໄລຍະຍາວ. ການບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສໃນໄລຍະຍາວໝາຍຄວາມວ່າທ່ານບໍ່ມີສະຖານທີ່ຢູ່ອາໄສເປັນປົກກະຕິສໍາລັບອີກ 30 ຄືນຂ້າງໜ້າ.
- ທ່ານກໍາລັງຖືພາ.
- ທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື ໄດ້ສະໝັກຂໍກັນໄພການຫວ່າງງານ.
- ທ່ານກໍາລັງເຂົ້າຮ່ວມໃນໂປຣແກຣມການພັກພື້ນ ຫຼື ຮັກສາການຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ສິ່ງເສບຕິດອື່ນໆ (AODA) ເປັນປະຈໍາ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໃນສະຖາບັນການສຶກສາຂັ້ນສູງຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາ.
- ທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າທີ່ກໍາລັງເຂົ້າໂຮງຮຽນໄຮສະກູນຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນ W-2 ແລະ ຍອມຮັບຕິດຕາມເງື່ອນໄຂຂອງ W-2.
- ທ່ານກໍາລັງເຮັດວຽກເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ ຫຼື ກໍາລັງໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເທົ່າກັບຄ່າຈ້າງຂັ້ນຕໍ່າຂອງລັດຖະບານ ກາງສໍາລັບການເຮັດວຽກເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານອາດຈະຕ້ອງມອບຫຼັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ.

ສູນອາຊີບ

ສູນອາຊີບແມ່ນມີໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ສູນອາຊີບແມ່ນແຕ່ງຂໍ້ມູນທີ່ໃຫຍ່ທີ່ສຸດຂອງການຊອກຫາວຽກໃນລັດວິດສະຄອນຊິນ. ເຊົ່າເບິ່ງເວັບໄຊສູນອາຊີບທີ່ jobcenterofwisconsin.com ຫຼື ທ່ານສາມາດໃຊ້ຄອມພິວເຕີແບບສໍາຜັດໜ້າຈໍຢູ່ທີ່ສູນອາຊີບຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາສູນອາຊີບໃກ້ກັບທ່ານ, ໂທ 888-258-9966 (ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ).

ການກວດເບິ່ງທາງຄອມພິວເຕີ

ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານຈະນໍາໄປສູ່ການກວດສອບຜ່ານລະບົບການກວດສອບຄຸນສົມບັດ ແລະ ລາຍຮັບຂອງລັດ. ຖ້າຫາກທ່ານເຮັດວຽກ, ຄ່າຈ້າງ ແລະ ລາຍຮັບຈາກວຽກທີ່ທ່ານລາຍງານຈະຖືກກວດໂດຍຄອມພິວເຕີທຽບກັບຄ່າຈ້າງ ທີ່ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານລາຍງານຕໍ່ກັບ Department of Workforce Development (ພະແນກພັດທະນາແຮງງານ). IRS, Social Security Administration ແລະ Unemployment Insurance Division (ອົງການປະກັນສັງຄົມ ແລະ ພະແນກປະກັນໄພຫວ່າງງານ) ຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ພົວພັນກ່ຽວກັບລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນທີ່ທ່ານອາດຈະມີ. ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນ ແລະ/ຫຼື ຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ທ່ານໃຫ້ພົບວ່າບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຖືກປະຕິເສດຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ແລະ/ຫຼື ນໍາໄປສູ່ການດໍາເນີນຄະດີທາງອາຍາສໍາລັບການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາ. ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນ ຊົດເຊີຍໃດໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄືນຖ້າຫາກທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າໄດ້ມີການຕໍ່ວ່າ FoodShare ກັບເຮືອນຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກ, ລວມທັງເລກປະກັນສັງຄົມທັງໝົດອາດຈະຖືກອ້າງອີງເຖິງໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ພ້ອມກັບໜ່ວຍງານແກ້ບໍາສ່ວນຕົວສໍາລັບການດໍາເນີນການແກ້ບໍາຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ.

ການເຕືອນການລົງໂທດຂອງ FOODSHARE

ສະມາຊິກຄົນໃດຄົນໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ລະເມີດກົດລະບຽບໃດໆຕໍ່ໄປນີ້ໂດຍເຈດຕະນາສາມາດຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare ເປັນເວລາ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດເທື່ອທໍາອິດ, 24 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດເທື່ອທີສອງ ຫຼື ການລະເມີດເທື່ອທໍາອິດ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສານທີ່ຖືກຄວບຄຸມ ແລະ ຖາວອນສໍາລັບການກະທໍາຜິດເທື່ອທີສາມ.

- ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ປິດບັງຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບ ຫຼື ການສືບຕໍ່ເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare
- ການແລກປ່ຽນ ຫຼື ການຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare
- ການປ່ຽນບັດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ
- ການນໍາໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ເພື່ອຊື້ສິ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານເຊັ່ນ: ສິ່ງມືນເມົາ ແລະ ຢາສູບ
- ການນໍາໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare, ບັດປະຈໍາຕົວ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆຂອງຜູ້ອື່ນ

ຂຶ້ນກັບມູນຄ່າຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໃຊ້ໃນທາງທີ່ຜິດ, ທ່ານຍັງສາມາດຖືກປັບໄໝສູງສຸດເຖິງ \$250,000, ຈໍາຄຸກເຖິງ 20 ປີ ຫຼື ທັງສອງ. ສານຕັດສິນຍັງຫ້າມທ່ານຈາກ FoodShare Wisconsin (ຜູດແຊວິດສະຄອນຊິນ) ເພີ່ມອີກ 18 ເດືອນ. ທ່ານຈະຖືກ ຕັດສິນຖາວອນ ຖ້າຫາກທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າຄ່າຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຈໍານວນ \$500 ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ. ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດ ເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare Wisconsin (ຜູດແຊວິດສະຄອນຊິນ) ເປັນເວລາ 10 ປີ, ຖ້າຫາກທ່ານຖືກພົບວ່າໄດ້ເຮັດຄໍາຖະແຫຼງສໍ້ໂກງ ຫຼື ການສະແດງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຕົວຕົນ ແລະ ຜູ້ຢູ່ອາໄສເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍທາງໃນເວລາດຽວກັນ. ຜູ້ກະທໍາຜິດການ ຫຼື ບັນທະຄະດີອາຍາ ແລະ ການຄຸມການປະພຶດ ແລະ ຜູ້ທີ່ພົ້ນໂທດບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare Wisconsin

(ຜູ້ດູແລງວິດສະຄອນຊິນ) ໄດ້. ທ່ານອາດຈະຖືກນຳໄປສູ່ການດຳເນີນຄະດີເພີ່ມເຕີມພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງອື່ນໆທີ່ບັງຄັບໃຊ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຄ້າຂາຍ (ຊື້ ຫຼື ຂາຍ) ຕົງຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ສຳລັບຊັບສິນທີ່ຖືກຄວບຄຸມ ຫຼື ຢາເສບຕິດຜິດກົດໝາຍ, ທ່ານຈະຖືກຫ້າມຈາກໂຄງການ FoodShare ເປັນເວລາສອງປີສຳລັບການກວດພົບເທື່ອທຳອິດ ແລະ ຖາວອນສຳລັບການກວດພົບຄັ້ງທີສອງ. ຖ້າຫາກທ່ານຄ້າຂາຍ (ຊື້ ຫຼື ຂາຍ) ອາດຊະໜາດນ້ອຍ, ລູກປືນ ຫຼື ລະເບີດ, ທ່ານຈະຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare Wisconsin (ຜູ້ດູແລງວິດສະຄອນຊິນ) ຢ່າງຖາວອນ.

ຕ້ອງການຫຼັກຖານ

ການລົງທະບຽນຢູ່ໃນ FoodShare ບໍ່ສາມາດກຳນົດໄດ້ຈົນກວ່າທ່ານມອບຫຼັກຖານສຳລັບຄຳຕອບແນ່ນອນ. ລາຍການລຸ່ມນີ້ສະແດງຫຼັກຖານຕ່າງໆທີ່ຕ້ອງການ ແລະ ບາງລາຍການທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້.

- ຖ້າຫາກການສຳພາດຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ທີ່ໜ່ວຍງານ, ກະລຸນາເອົາລາຍການຂອງຫຼັກຖານຈາກລາຍການລຸ່ມນີ້ມາໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ຈະຫຼາຍໄດ້.
- ຖ້າຫາກການສຳພາດຂອງທ່ານແມ່ນທາງໂທລະສັບ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບລາຍການຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ເປັນຫຼັກຖານຫຼັງຈາກການສຳພາດທາງໂທລະສັບຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດຫາສິ່ງຂອງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້, ບອກກັບຕົວແທນຂອງທ່ານວ່າສິ່ງຂອງອັນໃດທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດຫາໄດ້ ແລະ ຕົວແທນຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຖືກຂໍໃຫ້ມອບຫຼັກຖານທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການລຸ່ມນີ້. ຖ້າເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ຕົວແທນຂອງທ່ານຈະສົ່ງລາຍການຂອງຫຼັກຖານອື່ນໆທີ່ຕ້ອງການ.

ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ

- ໃບຂັບຂີ່
- ໃບແຈ້ງເກີດ
- ໜັງສືຜ່ານແດນ ຫຼື ບັດຜົນລະເມືອງອາເມລິກາ
- ເຊັກຈ່າຍເງິນ
- ບັດປະຈຳຕົວພະນັກງານ
- ບັນທຶກຈາກໂຮງໝໍ

ລາຍຮັບທີ່ຫາໄດ້

- ຫົວຂອງເຊັກທຸ້ງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບພາຍໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ
- ຖະແຫຼງການທີ່ໄດ້ເຊັນຈາກຜູ້ຈ້າງງານທີ່ລວມເອົາລາຍຮັບລວມ ແລະ ວັນທີ່ຄາດວ່າຈະຈ່າຍເງິນໃນອີກ 30 ຂ້າງໜ້າ
- ແບບຟອມການຍົງຍືນເງິນທີ່ຫາມາໄດ້ຂອງນາຍຈ້າງ

ລາຍຮັບອື່ນໆ

- (ຕົວຢ່າງ:
- ປະກັນໄພການຫວ່າງງານ,
 - ປະກັນໄພຄວາມພິການ,
 - ປະກັນສັງຄົມ, ບຳນານ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ, ການຈັດສັນຂອງກອງທັບ)
 - ໜັງສືລາງວັນ
 - ສຳເນົາເຊັກລ່າສຸດ

ສິ່ງຂອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ອາດຈະຈຳເປັນຕ້ອງມີຄວາມໝ້າເຊື່ອຖື.

ຄ່າເຮືອນ ແລະ ໃບເກັບເງິນຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ

- ໃບບິນຄ່າເຊົ່າບັດຈຸບັນທີ່ມີຊື່ຂອງເຈົ້າຂອງ ແລະ ເປີໂທຢູ່ນຳ
- ເອກະສານເຊົ່າ ຫຼື ຜ່ອນເຮືອນ
- ໃບເກັບເງິນຄ່າພາສີອະສັງຫາລິມະຊັບ
- ໃບເກັບເງິນຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ

ການສະຊ່ວຍເຫຼືອສະໜັບສະໜູນເດັກນ້ອຍ

- (ໄດ້ຮັບ ຫຼື ຈ່າຍໃນລັດທີ່ບໍ່ແມ່ນວິດສະຄອນຊິນ)
- ສຳເນົາຄຳສັ່ງຂອງສານ ຫຼື ບັນທຶກການຈ່າຍອື່ນໆ
 - ບັນທຶກການຈ່າຍເງິນຈາກລັດອື່ນ

ຖ້າຫາກທ່ານອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ, ຕາບອດ ຫຼື ພິການ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມໝ້າເຊື່ອຖືສຳລັບຄ່າການຮັກສາທາງການແພດບາງຢ່າງ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ລາຍຈ່າຍທາງການແພດ

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ລາຍຈ່າຍທາງການແພດລວມມີແຕ່ບໍ່ຖືກຈຳກັດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ການບໍລິການໂຮງໝໍ, ການແພດ, ຊ່ອງແຂ້ວ ແລະ ການເບິ່ງເຫັນ
- ຄ່າປະກັນ ໄພສຳລັບປະກັນໄພສຸຂະພາບ, ຄ່າປະກັນໄພ Medicare ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບແຜນການໃຫ້ຢາຕາມ ແ ພດສັ່ງ
- ຢາຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ຢາທີ່ຫາຊື້ໄດ້ທົ່ວໄປ
- ຜ່າຍບໍລິການບ້ານພັກຄົນຊະລາ ແລະ ການຮັກສາຢູ່ເຮືອນ
- ອຸປະກອນທາງການແພດ ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການເດີນທາງ ແລະ ການພັກເຊືອໄປຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງສຳລັບສັດຮັບໃຊ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກ ເປັນພິເສດ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕາມການມີຊີວິດ/ການເຕືອນຂອງໝໍ ຖ້າຫາກສັ່ງໃຫ້ຢາໂດຍຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການຮັກສາ ສຸຂະພາບ
- ໃບແຈ້ງຍອດການເກັບເງິນ
- ໃບບິນຮັບເງິນແຍກ
- ຂອດຢາທີ່ມີລາຄາຢູ່ໃນບ້າຍ
- ສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບທີ່ສະແດງເຖິງຄ່າໃຊ້ປະກັນໄພ, ປະກັນໄພຮ່ວມ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນຫຼຸດ
- ໃບຮັບຮອງຈາກການຢາ
- ຂໍ້ຕົກລົງການຈ່າຍຄືນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
- ໃບຮັບຮອງຈາກທ່ານໝັ້ນຢັ້ງຢືນວ່າໄດ້ສັ່ງໃຫ້ຊື້ຢາທີ່ຫາໄດ້ທົ່ວໄປ
- ໃບບິນສຳລັບການບໍລິການຂອງພະຍາບານທີ່ໄປຢັ້ງມຢາມ, ແມ່ບ້ານ ຫຼື ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບໃນບ້ານ
- ໃບບິນສຳລັບບ່ອນພັກ ແລະ/ຫຼື ການເດີນທາງສຳລັບການຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ບໍລິການທາງການແພດ
- ໃບເກັບເງິນ ຫຼື ໃບຮັບເງິນສຳລັບອາຫານສັດ, ການຝຶກອົບຮົມ ຫຼື ບໍລິການຈາກສັດຕະວະແພດສຳລັບສັດຮັບໃຊ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກ ຜົນໂດຍສະເພາະ

ໃບສະໝັກຂໍ FOODSHARE WISCONSIN (FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION)

ໃບສະໝັກນີ້ແມ່ນສໍາລັບ FoodShare ເທົ່ານັ້ນ. ນີ້ບໍ່ແມ່ນໃບສະໝັກສໍາລັບ Medicaid, BadgerCare Plus, Wisconsin Shares ຫຼື Wisconsin Works (W-2). ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍ Medicaid, BadgerCare Plus ແລະ Wisconsin Shares ອອນລາຍໄດ້ທີ່ access.wi.gov ໃນເວລາດຽວກັນທີ່ທ່ານກໍາລັງສະໝັກຂໍ FoodShare. ເພື່ອສະໝັກຂໍ W-2, ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ອົງກອນຂອງທ່ານ. ໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ສາມາດໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດ້ານຄ່າຮັກສາສຸຂະພາບ ຫຼື ຄ່າຮັກສາເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຊອກວຽກເຊິ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງ W-2.

ວິທີການໃຊ້ແບບຟອມນີ້

1. ຂຽນໃສ່ໃຫ້ຈະແຈ້ງ. ໃຊ້ນ້ຳເມັກສີຟ້າ ຫຼື ສີດໍາ.
2. ຕື່ມໃສ່ແບບຟອມໃຫ້ສໍາເລັດ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການປ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມເພື່ອໃຫ້ຄໍາຕອບຂອງທ່ານ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າ. ສິ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານກັບໄປຫາອົງກອນຂອງທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ທີ່ຢູ່ຂອງອົງກອນທ່ານ, ໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 800-362-3002.
3. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບຟອມນີ້, ໂທຫາອົງກອນຂອງທ່ານ.
4. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງມີຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສະໝັກໃຫ້ທ່ານ. ເພື່ອນັດພົບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ຕື່ມແບບຟອມເພື່ອນັດພົບ, ປຸງ ຫຼື ຖອດຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: ສ່ວນບຸກຄົນ, F10126A, ຫຼື ແບບຟອມນັດພົບ, ປຸງ ຫຼື ຖອດຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: ອົງກອນ, F10126B. ນີ້ຈະອະນຸຍາດຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານຕື່ມ ແລະ ເຊັນແບບຟອມນີ້ໃຫ້ທ່ານ. ເພື່ອເອົາແບບຟອມນີ້, ໂທ 800-362-3002 ຫຼື ໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

ພາກທີ 1 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຕິດຕໍ່

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບວິທີຕິດຕໍ່ທ່ານ. ລວມທັງລະຫັດເຂດສໍາລັບເບີໂທລະສັບທັງໝົດ.

ເບີໂທລະສັບ	ປະເພດຂອງໂທລະສັບ <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ບ່ອນເຮັດວຽກ	
ເບີໂທລະສັບອື່ນໆ	ເບີໂທນີ້ເປັນຂອງໃຜ? <input type="checkbox"/> ຕົນເອງ <input type="checkbox"/> ພູ່ເພື່ອນ <input type="checkbox"/> ເພື່ອນບ້ານ <input type="checkbox"/> ພີ່ນ້ອງ	ຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນແມ່ນຫຍັງ?

ທີ່ຢູ່ອີເມວ

ວິທີ ແລະ ເວລາທີ່ສຸດໃນການຕິດຕໍ່ທ່ານໃນມື້ລັດຖະການແມ່ນແນວໃດ?

ພາກທີ 2 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ສະໝັກ

ຖ້າຫາກທ່ານກໍາລັງຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົນອື່ນ, ຕອບຄໍາຖາມທັງໝົດຄືກັບວ່າທ່ານແມ່ນບຸກຄົນນັ້ນ.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕອບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດ ແລະ ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ.

ພວກເຮົາກໍາລັງຖາມຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ຖືກແບ່ງແຍກຍ້ອນຊົນເຜົ່າ ຫຼື ເຊື້ອຊາດ. ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກໃຊ້ເພື່ອເຮັດການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ເງິນຊົດເຊີຍຂອງທ່ານ.

ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນໜັງຊື່ກາງ)	ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)	ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ
---	---------------------------	-------------------

ຖະໜົນ

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------	-----	-------------

ຕອນນີ້ທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສບໍ? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ – ຖ້າຫາກແຕກຕ່າງຈາກບ່ອນພັກອາໄສຂອງທ່ານ (ລວມທັງຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ໄປສະນີ)

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ	
ສັນຊາດອາເມລິກາ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ສະໝັກເທົ່ານັ້ນ) <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ	
ເຊື້ອຊາດ (ຕົວເລືອກ, ເລືອກໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ) <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ພື້ນເມືອງອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ອາຊີ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ອາເມຣິກາເຊື້ອສາຍອາຟຣິກາ <input type="checkbox"/> ຄົນຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ຄົນຂາວ		
ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໜັງສືຂອງ FoodShare ພິມເປັນພາສາໃດ?	ພາສາຕົ້ນຕໍທີ່ເວົ້າຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ	

ພາກທີ 3 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນ

ຖ້າຫາກຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າເພື່ອຕອບຕໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້. **ໝາຍເຫດ:** ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕອບຕໍາຖາມກ່ຽວກັບເຊື້ອຊາດ ແລະ ຊົນເຜົ່າ, ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ. ພວກເຮົາກໍາລັງຖາມຕໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຖືກແບ່ງແຍກຍ້ອນຊົນເຜົ່າ ຫຼື ເຊື້ອຊາດ. ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກໃຊ້ເພື່ອເຮັດການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ເງິນຊົດເຊີຍຂອງທ່ານ.

ຊື່ – ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄົນອື່ນໆ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຊື່ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ບຸກຄົນນີ້ກໍາລັງສະໝັກຂໍ FoodShare ບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
---	--

ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)	ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າກໍາລັງສະໝັກຂໍ)
ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ
ສັນຊາດອາເມລິກາ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ສະໝັກເທົ່ານັ້ນ) <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ
ເຊື້ອຊາດ (ຕົວເລືອກ, ເລືອກໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ) <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ພື້ນເມືອງອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ອາຊີ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ອາເມຣິກາເຊື້ອສາຍອາຟຣິກາ <input type="checkbox"/> ຄົນຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ຄົນຂາວ	

ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານແບ່ງປັນອາຫານກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
----------------------	---	---

ຊື່ – ເດັກ 1 (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ບຸກຄົນນີ້ກໍາລັງສະໝັກຂໍ FoodShare ບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	--

ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)	ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າກໍາລັງສະໝັກຂໍ)
---------------------------	--------------------------------------

ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະພາບ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ
ສັນຊາດອາເມລິກາ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ສະໝັກເທົ່ານັ້ນ) <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ

ເຊື້ອຊາດ (ຕົວເລືອກ, ເລືອກໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ)

ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ພື້ນເມືອງອາລາສກາ ອາຊີ ຄົນຜິວດຳ/ອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອາຟຣິກາ
 ຄົນຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ ຄົນຂາວ

ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານແບ່ງປັນອາຫານກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ
----------------------	--	--

ຊື່ - ເດັກ 2 (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ບຸກຄົນນີ້ກຳລັງສະໝັກຂໍ FoodShare ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	--

ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)	ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າກຳລັງສະໝັກຂໍ)
---------------------------	-------------------------------------

ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະພາບ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ
ສັນຊາດອາເມລິກາ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ສະໝັກເທົ່ານັ້ນ) <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ

ເຊື້ອຊາດ (ຕົວເລືອກ, ເລືອກໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ)

ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ພື້ນເມືອງອາລາສກາ ອາຊີ ຄົນຜິວດຳ/ອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອາຟຣິກາ
 ຄົນຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ ຄົນຂາວ

ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານແບ່ງປັນອາຫານກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
----------------------	--	--

ຊື່ - ເດັກ 3 (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ບຸກຄົນນີ້ກຳລັງສະໝັກຂໍ FoodShare ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	--

ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)	ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າກຳລັງສະໝັກຂໍ)
---------------------------	-------------------------------------

ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ
ສັນຊາດອາເມລິກາ (ສໍາລັບຜູ້ທີ່ສະໝັກເທົ່ານັ້ນ) <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ

ເຊື້ອຊາດ (ຕົວເລືອກ, ເລືອກໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ)

ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອິນເດຍ/ພື້ນເມືອງອາລາສກາ ອາຊີ ຄົນຜິວດຳ/ອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອາຟຣິກາ
 ຄົນຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ ຄົນຂາວ

ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານແບ່ງປັນອາຫານກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
----------------------	--	--

ພາກທີ 4 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບນັກຮຽນ

ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ມີໃຜທີ່ອາຍຸ 18–49 ປີກຳລັງເຂົ້າໂຮງຮຽນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປທີ່ພາກທີ 5.	ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)
ຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ	ນັກຮຽນໄດ້ສະໝັກ: <input type="checkbox"/> ນອກເວລາ <input type="checkbox"/> ເຕັມເວລາ
ນັກຮຽນຖືກຈ້າງຢ່າງໜ້ອຍ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ນັກຮຽນນັ້ນກຳລັງເບິ່ງແຍງເດັກໜ້ອຍທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 6 ປີບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ນັກຮຽນໄດ້ສະໝັກໃນໂຄງການການສຶກສາທີ່ຈະສຳເລັດພາຍໃນສອງປີ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ ແລະ ຈະນຳໄປສູ່ການຈ້າງງານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ນັກຮຽນກຳລັງເບິ່ງແຍງເດັກອາຍຸ 6–12 ປີເຊິ່ງມີໃນການເບິ່ງແຍງທີ່ພຽງພໍແມ່ນບໍ່ມີໃຫ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ນັກຮຽນເປັນພໍ່ແມ່ລ້ຽງດຽວກຳລັງເບິ່ງແຍງເດັກທີ່ມີອາຍຸໜ້ອຍກວ່າ 12 ປີ ແລະ ກຳລັງເຂົ້າຮຽນເຕັມເວລາບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ນັກຮຽນກຳລັງເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສຶກສາການເຮັດວຽກເງິນທຶນຂອງລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ນັກຮຽນບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກເນື່ອງຈາກຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ຖາວອນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ນັກຮຽນເຂົ້າໂຮງຮຽນເນື່ອງຈາກການຈັດນັກຮຽນເຂົ້າຜ່ານ Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA) (ກົດໝາຍການປ່ຽນແປງໃໝ່ທາງດ້ານກຳລັງແຮງງານ ແລະ ໂອກາດ), W-2 ຫຼື ໂຄງການ FoodShare Employment and Training (FSET) (ໂຄງການຈ້າງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມພູດແຊຣ໌) ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	

ພາກທີ 5 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນເພີ່ມເຕີມ

ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ Social Security Administration (ອົງການປະກັນລັງຄົມ), Veterans Administration (ອົງການນັກຮົບເກົ່າ) ຫຼື Railroad Retirement Board (ຄະນະກຳມະການບຳນານການລົດໄຟ) ພົບວ່າມີຄວາມພິການຖາວອນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		
ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ວັນທີກຳນົດວ່າພິການ (ດດ/ວວ/ປປ)	
ມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຖືກຕັດສິນວ່າເປັນນັກໂທດຢາເສບຕິດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ວັນທີຕັດສິນການກະທຳຜິດ (ດດ/ວວ/ປປ)
ມີຜູ້ໃດໜີຄະດີ ຫຼື ລະເມີດໂລຍະການຕິດຕາມ/ການປ່ອຍຕົວພາງບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ພາກທີ 6 – ຂໍ້ມູນຂອງພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ຢູ່ນຳ

ມີໄດ້ກນ້ອຍຄົນໃດບໍ່ທີ່ມີແມ່ ຫຼື ພໍ່ແທ້ ຫຼື ບຸນທຳຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ບ້ານ?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ຢູ່ນຳ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)		ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ	ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)
ຊື່ຂອງເດັກ			ຄວາມສຳພັນກັບເດັກ <input type="checkbox"/> ແມ່ <input type="checkbox"/> ພໍ່
ວັນທີພໍ່ແມ່ອອກຈາກເຮືອນ (ດດ/ວວ/ປປ)		ວັນທີຕິດຕໍ່ກັບພໍ່ແມ່ຄັ້ງຫຼ້າສຸດ (ດດ/ວວ/ປປ)	
ຄຳສັ່ງການຢ່າຮ້າງ / ການໄດ້ຮັບສິດເປັນພໍ່ແມ່ຂອງສານ			
ຫມາຍເລກຄະດີ	ຄາວຕີ້	ລັດ	

ເຫດຜົນສຳລັບການບໍ່ຢູ່ຂອງພໍ່ແມ່

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ຢູ່ນຳ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)		ເລກບັດປະກັນສັງຄົມ	ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປ)
ຊື່ຂອງເດັກ			ຄວາມສຳພັນກັບເດັກ <input type="checkbox"/> ແມ່ <input type="checkbox"/> ພໍ່
ວັນທີພໍ່ແມ່ອອກຈາກເຮືອນ (ດດ/ວວ/ປປ)		ວັນທີຕິດຕໍ່ກັບພໍ່ແມ່ຄັ້ງຫຼ້າສຸດ (ດດ/ວວ/ປປ)	
ຄຳສັ່ງການຢ່າຮ້າງ / ການໄດ້ຮັບສິດເປັນພໍ່ແມ່ຂອງສານ			
ຫມາຍເລກຄະດີ	ຄາວຕີ້	ລັດ	

ເຫດຜົນສຳລັບການບໍ່ຢູ່ຂອງພໍ່ແມ່

ພາກທີ 7 – ຊັບສິນ

ຂໍ້ມູນຊັບສິນແມ່ນຕ້ອງການພຽງແຕ່ຖ້າທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເປັນຜູ້ສູງອາຍຸ, ຕາບອດ ຫຼື ມີຄວາມພິການເທົ່ານັ້ນ. ຂຽນທຸກຊັບສິນທີ່ຜູ້ສະໝັກເປັນເຈົ້າຂອງນັ້ນລົງເປັນລາຍການ. ລວມເຖິງຊັບສິນທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມກັນຄົນອື່ນນຳ. ຢ່າລວມເອົາມູນຄ່າເຄື່ອງຂອງຄົວເຮືອນສ່ວນຕົວເຂົ້ານຳ. ຊັບສິນທີ່ມີຢູ່ໝາຍເຖິງຊັບສິນໃດໜຶ່ງທີ່ສາມາດປ່ຽນເປັນເງິນສົດໃນເວລາໃດກໍໄດ້. ຊັບສິນລວມເທິງສິ່ງຂອງຕ່າງໆເຊັ່ນ: ເງິນສົດ, ບັນຊີເງິນຝາກກະແສລາຍວັນ ຫຼື ຝາກປະຢັດ, ໃບຢັ້ງຢືນການຝາກເງິນ, ກອງທຶນເຊື່ອໝັ້ນ, ຮຸ້ນ, ພັນທະບັດ (ບໍ່ໄດ້ປະໄວ້ສຳລັບການສຶກສາ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການລົງສະການ), ດອກເບ້ຍຢູ່ໃນເງິນລາຍປີ, ພັນທະບັດຝາກປະຢັດຂອງສະຫະລັດ, ຂໍ້ຕົກລົງຊັບສິນ, ສັນຍາສຳລັບໃບຢັ້ງຢືນ, ຮຸ້ນທາງດ້ານເວລາ, ຊັບສິນເຊົ່າ, ຊັບສິນທາງດ້ານຊີວິດ ຫຼື ຊັບສິນສ່ວນຕົວທີ່ຖືກກັກໄວ້ເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການລົງທຶນ.

ປະເພດຂອງຊັບສິນ	ຊື່ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງ	ມູນຄ່າປັດຈຸບັນ	ລາຍລະອຽດ (ເຊັ່ນ: ຊື່ທະນາຄານ ຫຼື ສະຖາບັນການເງິນ, ເລກບັນຊີ)
ເງິນສົດ		\$	
ບັນຊີເງິນຝາກກະແສລາຍວັນ		\$	
ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອື່ນໆ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອື່ນໆ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອື່ນໆ		\$	

ພາກທີ 8 – ລາຍຮັບ ແລະ ຄ່າຈ້າງຈາກການຈ້າງງານ/ການເຮັດວຽກ

ການລົງທະບຽນຢູ່ໃນ FoodShare ອີງຕາມລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດ. ຢ່າເຮັດລາຍການທີ່ເປັນການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວຢູ່ໃນພາກນີ້. ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວແມ່ນຈະເອົາບ່ອນເຂົ້າຢູ່ໃນພາກທີ 10. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ມີຜູ້ໃດທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ລຸ່ມນີ້ເປັນຄົນເຮັດວຽກຍ້າຍໄປຕາມລະດູການບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ມີສະມາຊິກໃນເຮືອນຜູ້ໃດເຮັດວຽກບໍ່? ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ຕອບຄຳຖາມລຸ່ມນີ້ສຳລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນແຕ່ລະຄົນຜູ້ທີ່ກຳລັງເຮັດວຽກຢູ່. <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	---

ຈຳນວນຄົນທີ່ເຮັດວຽກ	ວັນທີການຈ້າງເຮັດວຽກເລີ່ມຕົ້ນ (ດດ/ວວ/ປປ)
---------------------------	---

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ

ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ <input type="checkbox"/> ປະຈຳອາທິດ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ເດືອນລະຄັ້ງ	ຈຳນວນຂອງຊົ່ວໂມງການຈ່າຍ
--	------------------------

ໄດ້ຮັບຊົ່ວໂມງລະເທົ່າໃດ \$	ຈຳນວນຫາມາໄດ້ລວມ (ກ່ອນຫັກພາສີ) ຕໍ່ຮອບວຽນການຈ່າຍ \$
------------------------------	--

ຊື່ຂອງຄົນຜູ້ເຮັດວຽກ	ວັນທີການຈ້າງເຮັດວຽກເລີ່ມຕົ້ນ (ດດ/ວວ/ປປ)
----------------------------	---

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ

ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ <input type="checkbox"/> ປະຈຳອາທິດ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ເດືອນລະຄັ້ງ	ຈຳນວນຂອງຊົ່ວໂມງໃນຮອບວຽນການຈ່າຍ
--	--------------------------------

ໄດ້ຮັບຊົ່ວໂມງລະເທົ່າໃດ \$	ຈຳນວນຫາມາໄດ້ລວມ (ກ່ອນຫັກພາສີ) ຕໍ່ຮອບວຽນການຈ່າຍ \$
------------------------------	--

ພາກທີ 9 – ການເສຍການຈ້າງງານ

ມີຜູ້ໃດໝົດການຈ້າງງານເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ບໍ່? ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ໃຫ້ຕອບໃສ່ສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງພາກທີ 9.

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	ວັນທີວຽກສິ້ນສຸດ (ດດ/ວວ/ປປ)
--	----------------------------

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ

ເຫດຜົນທີ່ການຈ້າງງານສິ້ນສຸດ <input type="checkbox"/> ລາອອກ <input type="checkbox"/> ຖືກໄລ່ອອກ <input type="checkbox"/> ຖືກປົດອອກ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ	ຄົນຜູ້ນີ້ໄດ້ສະໝັກຂໍປະກັນໄພຫວ່າງງານບໍ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
---	---

ພາກທີ 10 – ລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຄົນໃນເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ.

ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມ ຫຼື ມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົນທີ່ເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ມີໃຜໃນເຮືອນຂອງທ່ານການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວບໍ່? ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ໃຫ້ຕອບໃສ່ສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງພາກທີ 10.

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ບອກຊື່ບຸກຄົນທີ່ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ	ຊື່ຂອງທຸລະກິດ
--------------------------------------	---------------

ທີ່ຢູ່ຂອງທຸລະກິດ

ປະເພດຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ

ຫຸ້ນສ່ວນ ບໍລິສັດພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂ (S Corporation) ການເປັນເຈົ້າຂອງແຕ່ພຽງຜູ້ດຽວ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້

ປະເພດຂອງທຸລະກິດ (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຟາມ, ເຮືອນລ້ຽງເດັກ)	ວັນທີ່ທຸລະກິດເລີ່ມຕົ້ນ
--	------------------------

ທຸລະກິດນີ້ໄດ້ຍື່ນເສຍພາສີບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ພາສີປີໃດທີ່ທຸລະກິດໄດ້ຍື່ນເສຍພາສີເທື່ອກ່ອນ?

ທຸລະກິດໄດ້ມີການປ່ຽນແປງອັນສໍາຄັນໃນລາຍຮັບ ຫຼື ລາຍຈ່າຍບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້

ໂດຍສະເລ່ຍ, ຈໍານວນເງິນທີ່ທຸລະກິດນີ້ໄດ້ຮັບຕໍ່ເດືອນແມ່ນເທົ່າໃດ? ກະລຸນາເອົາລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບກ່ອນທີ່ຈະລົບລາຍຈ່າຍໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ.

\$

ໂດຍສະເລ່ຍ, ຈໍານວນລາຍຈ່າຍທັງໝົດຂອງທຸລະກິດນີ້ມີເທົ່າໃດຕໍ່ເດືອນ? \$

ສະເລ່ຍ, ຈໍານວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນທີ່ບຸກຄົນນີ້ເຮັດວຽກແກ່ທຸລະກິດນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?

ພາກທີ 11 – ລາຍຮັບເປັນສິ່ງຂອງ ຫຼື ລາຍຮັບອາສາສະໝັກອື່ນໆ

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບສິ່ງຂອງທຸກຢ່າງ (ໄດ້ຮັບສິນຄ້າ, ອາຫານ ຫຼື ບໍລິການເປັນການແລກປ່ຽນສໍາລັບວຽກ) ຫຼື ວຽກອາສາສະໝັກອື່ນໆ ທີ່ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ໃຜກໍ່ຕາມໃນເຮືອນຂອງທ່ານເຮັດ. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ຊື່ – ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງກອນທີ່ໃຫ້ສິນຄ້າ, ບໍລິການ ຫຼື ອາຫານເປັນການແລກປ່ຽນສໍາລັບວຽກ ຫຼື ບໍລິການ

ຖະໜົນ	ເບີໂທລະສັບ
-------	------------

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------	-----	-------------

ບໍລິການ ຫຼື ວຽກອັນໃດທີ່ໄດ້ເຮັດເພື່ອແລກປ່ຽນສໍາລັບສິນຄ້າ, ບໍລິການ ຫຼື ອາຫານ?

ໄດ້ໃຫ້ຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະເດືອນ?	ວັນທີ່ບໍລິການເລີ່ມຕົ້ນ
-------------------------------	------------------------

ຊື່ – ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງກອນທີ່ທ່ານເປັນອາສາສະໝັກ

ຖະໜົນ	ເບີໂທລະສັບ
-------	------------

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------	-----	-------------

ທ່ານເປັນອາສາສະໝັກຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະເດືອນ?	ວັນທີ່ບໍລິການເລີ່ມຕົ້ນ
--	------------------------

ພາກທີ 12 – ລາຍຮັບອື່ນໆ

ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ມີໃຜໃນເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ມີລາຍຮັບອື່ນໆບໍ່? ຖ້າມີ, ປະກອບໃສ່ພາກສ່ວນລຸ່ມນີ້ສໍາລັບແຕ່ລະປະເພດຂອງລາຍຮັບ.

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ປະກັນສັງຄົມ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ລາຍຮັບປະກັນເສີມ (SSI)	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ຄ່າລ້ຽງດູເມຍ/ລ້ຽງດູສິ່ງເສີມເດັກ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ເງິນຊົດເຊີຍພະນັກງານ/ການຫວ່າງງານ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ພິການ/ຄ່າຈ້າງໃນເວລາທີ່ປ່ວຍ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ດອກເບ້ຍ/ເງິນບັນຜົນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ເງິນຊົດເຊີຍຂອງນັກຮົບເກົ່າ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ອື່ນໆ: _____	<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$

ພາຫະທີ່ 13 – ລາຍຈ່າຍ

ການເບິ່ງແຍງຜູ້ເພິ່ງພາອາໄສ: ມີໃຜໄດ້ຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ເພື່ອທີ່ພວກເຂົາສາມາດເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ໄປໂຮງຮຽນ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມບໍ?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນໃຜຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງເດັກ/ຜູ້ໃຫຍ່?	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບເງິນທີ່ຈ່າຍ?	ຈ່າຍໃຫ້ໃຜ?
ຈຳນວນ \$	ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ <input type="checkbox"/> ປະຈຳອາທິດ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ເດືອນລະຄັ້ງ	

ການລ້ຽງດູສົ່ງເສີມເດັກ: ແມ່ນໃຜທີ່ສສານສັ່ງໃຫ້ຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູສົ່ງເສີມເດັກ?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນໃຜຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູສົ່ງເສີມເດັກ?	ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບເງິນທີ່ຈ່າຍ?	ຈ່າຍໃຫ້ໃຜ?
ຈຳນວນ \$	ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ <input type="checkbox"/> ປະຈຳອາທິດ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ເດືອນລະຄັ້ງ	

ລາຍຈ່າຍທາງການແພດ: ມີສະມາຊິກໃນເຮືອນຄົນໃດທີ່ເປັນຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ພິການທີ່ບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າຮັກສາທາງການແພດໄດ້ບໍ? ເບິ່ງໜ້າທີ່ 9 ຂອງການລົງທະບຽນຂອງ FoodShare Wisconsin ສຳລັບຕົວຢ່າງ.

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ລາຍຈ່າຍແມ່ນເພື່ອໃຜ?	ລາຍຈ່າຍມີຫຍັງແດ່?
ຈຳນວນ \$	ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ <input type="checkbox"/> ປະຈຳອາທິດ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ <input type="checkbox"/> ເດືອນລະຄັ້ງ

ຄ່າບ່ອນຢູ່ອາໄສ: ມີໃຜໃນເຮືອນມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບ່ອນຢູ່ອາໄສ (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ການຈຳນອງ, ພາສີຊັບສິນ) ບໍ?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ໃຜຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ?	ຈຳນວນເງິນຄົວເຮືອນຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນ \$
-------------------	---------------------------------------

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ເພື່ອຫຍັງ?

- ຄ່າເຊົ່າເຮືອນ/ຄ່າເຊົ່າຈອດລົດ ການຈຳນອງ ພາສີຊັບສິນ
 ປະກັນໄພເຈົ້າຂອງເຮືອນ ການຈ່າຍຄ່າສິນເຊື່ອເຮືອນເຄື່ອນທີ່ ການປະເມີນຜົນພິເສດ

ຄ່າສາທາລະນຸປະໂພກ:

ມີໃຜໃນເຮືອນຈ່າຍຄ່າສາທາລະນຸປະໂພກບໍ?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ຄ່າເຄື່ອງອາຍຮ້ອນລວມກັບຄ່າເຊົ່າບໍ?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ໃສ່ໝາຍຖືກໃສ່ທ້ອງສຳລັບສາທາລະນຸປະໂພກທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍ ແລະ ຖ້າຫາກສາທາລະນຸປະໂພກຖືກໃຊ້ເພື່ອເຮັດໃຫ້ເຮືອນຂອງທ່ານອຸ່ນ.

ໃຊ້ສຳລັບຄວາມອຸ່ນບໍ?

ໃຊ້ສຳລັບຄວາມອຸ່ນບໍ?

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ແກ້ສ (ທຳມະຊາດ) | <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ນ້ຳມັນເຊື້ອໄຟ/ນ້ຳມັນກາສ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |
| <input type="checkbox"/> ໄຟຟ້າ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ຖ່ານຫີນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |
| <input type="checkbox"/> ແກ້ສໂປຣເປນແຫຼວ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ພືນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |

ໃສ່ພາຍຖືກໃສ່ທ້ອງສຳລັບສາທາລະນະໂພກທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍ.

ໂທລະສັບ ນ້ຳ ທໍ່ລະບາຍນ້ຳເສຍ ຄ່າຖິ້ມຂີ້ເຫຍື້ອ ຄ່າຕິດຕັ້ງ ເກັບເງິນຄ່າແອເພີມເຕີມ ອື່ນໆ: _____

ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ (ພາກທີ 8 ຫຼື ເງິນອຸດໜູນດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສສາທາລະນະອື່ນໆ)?

ແມ່ນແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ

ພາກທີ 14 – ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ການໂຕ້ສວນທີ່ເປັນທຳ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໃນການຮ້ອງຂໍຍື່ນການໂຕ້ສວນທີ່ເປັນທຳຊັ້ນອຸທອນໃນການດຳເນີນຄະດີໃດໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສະໝັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ເງິນຊົດເຊີຍຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີກັບການດຳເນີນຄະດີນັ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍການໂຕ້ສວນທີ່ເປັນທຳໂດຍໂທຫາເບີ 608-266-7709 ຫຼື ໂດຍສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ແບບຟອມຄຳຮ້ອງສຳລັບການໂຕ້ສວນຍຸຕິທຳໂດຍແຟັກຫາ 608-264-9885 ຫຼື ໂດຍການສົ່ງໜັງສືເຖິງ:

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53708-7875

ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດດາວໂຫຼດແບບຟອມຄຳຮ້ອງສຳລັບການໂຕ້ສວນທີ່ເປັນທຳໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm. ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕິດຕໍ່ທ້ອງການຂອງຕົວແທນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໝັກ ແລະ ຮ້ອງຂໍສຳລັບການໂຕ້ສວນປາກເປົ່າ ຫຼື ທາງລາຍລັກອັກສອນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເບິ່ງປຶ້ມຄູ່ມື ForwardHealth Enrollment and Benefits (P-00079) (ການລົງທະບຽນ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດພູດແຊຣ໌) ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໄດ້.

ທ່ານມີສິດໃນແຈ້ງການລາຍລັກອັກສອນ ຈາກຕົວແທນນີ້ກ່ອນການພິຈາລະນາຄະດີເລີ່ມຕົ້ນເພື່ອສິ້ນສຸດ ຫຼື ຫຼຸດຜ່ອນເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare ຂອງທ່ານ. ສຳລັບການດຳເນີນການສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນກ່ອນການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະ:

- ໄດ້ຮັບການສະໝັກ ແລະ ໃຫ້ການສະໝັກຂອງທ່ານຖືກຮັບຮັບທັນທີ.
- ມີຜູ້ໃຫຍ່ຜູ້ທີ່ຮູ້ສະຖານະການຂອງທ່ານຊ່ວຍທ່ານສະໝັກສຳລັບ ແລະ ຈັດການເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare ຂອງທ່ານ.
- ໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare ພາຍໃນ 30 ວັນຫຼັງຈາກທ່ານສະໝັກຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການ.
- ໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare ພາຍໃນ 7 ວັນຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການສຳລັບບໍລິການທີ່ໄວກວ່າ.
- ບໍ່ຖືກເລືອກປະຕິບັດຍ້ອນວ່າທ່ານເປັນຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ເພາະວ່າເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຄວາມພິການ, ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ, ຊາດກຳເນີດ ຫຼື ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ.
- ຮັກສາສິດພົນລະເມືອງຂອງທ່ານໄວ້.
- ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບໂດຍພະນັກງານຕົວແທນ.
- ໄດ້ຮັບການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວໄວ້.
- ຖາມຕົວແທນຂອງທ່ານເພື່ອອະທິບາຍສິ່ງຕ່າງໆທີ່ທ່ານບໍ່ເຂົ້າໃຈ.
- ໄດ້ຮັບການບອກກ່ອນລ່ວງໜ້າຖ້າຫາກເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare ຂອງທ່ານຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼື ຈະຢຸດ ແລະ ເຫດຜົນສຳລັບການປ່ຽນແປງ.
- ເບິ່ງບົດບັນທຶກຕົວແທນ ແລະ ຍິນດີທ່ານແຕ່ບໍ່ແມ່ນຂໍ້ມູນໄດ້ຮັບຈາກແຫຼ່ງທີ່ເປັນຄວາມລັບ.
- ໄດ້ຮັບກົດລະບຽບ FoodShare ສະບັບສຳເນົາ.
- ຂໍການໂຕ້ສວນທີ່ເປັນທຳ ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນທີ່ເຮັດໂດຍຕົວແທນຂອງທ່ານ. ການໂຕ້ສວນທີ່ເປັນທຳໃຫ້ໂອກາດທ່ານໃນການບອກພະນັກງານໂຕ້ສວນເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຄິດວ່າຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການສະໝັກ ຫຼື ເງິນຊົດເຊີຍຂອງທ່ານຜິດ.

ທ່ານຮັບຜິດຊອບຕໍ່:

- ການຕອບທຸກຄຳຖາມຢ່າງຄົບຖ້ວນ ແລະ ຊື່ສັດເມື່ອທ່ານສະໝັກຂໍເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare. ທ່ານຈະເຊັນຊື່ຂອງທ່ານເພື່ອຍັງຍືນພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງການໃຫ້ຄວາມເຫັດວ່າຄຳຕອບຂອງທ່ານທັງໝົດແມ່ນເປັນຈິງ.
- ການໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສິ່ງທີ່ທ່ານຮຽກຮ້ອງ.

- ການລາຍງານການປ່ຽນແປງໃນລາຍຮັບໃນຄົວເຮືອນເກີນ 130% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ. ຈຳນວນນີ້ຈະເຮັດເປັນລາຍການລົງໃນໜັງສືຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/foodshare/fpl.htm.
- ການລາຍງານເມື່ອຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນກັບເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare ຈຳກັດເວລາຫຼຸດລົງຕໍ່າກວ່າ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ.
- ບໍ່ປ່ຽນບັດ QUEST ຫຼື ເອກະສານ FoodShare.
- ບໍ່ຂາຍ, ແລກປ່ຽນ ຫຼື ແຈກເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare, ເອກະສານ ຫຼື ບັດ QUEST.
- ໃຊ້ເງິນຊົດເຊີຍ FoodShare ພຽງແຕ່ຊື້ສິ່ງທີ່ມີເງື່ອນໄຂເທົ່ານັ້ນ.

ຄົນຜູ້ທີ່ລະເມີດກົດຂອງ FoodShare ອາດຈະຖືກຕັດສິນຈາກໂຄງການ, ຖືບັບໄໝ, ຈັບເຂົ້າຄຸກ ຫຼື ທັງສາມ.

ການລາຍງານການປ່ຽນແປງ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຄວນໄດ້ຮັບໂດຍບໍ່ລາຍງານເມື່ອລາຍຮັບໃນຄົວຂຶ້ນເຮືອນເກີນ 130% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ເມື່ອຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນກັບເງິນຊົດເຊີຍຈຳກັດເວລາຫຼຸດລົງ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍຄືນ ແລະ ອາດຈະຖືກດຳເນີນຄະດີສຳລັບຄວາມຜິດເຊິ່ງແມ່ນໂທດໜັກ.

ລາຍຈ່າຍ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ລາຍຈ່າຍທີ່ຂ້າພະເຈົ້າລາຍງານເຊັ່ນ: ທີ່ພັກອາໄສ, ສາທາລະນະປະໂພກ, ການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ, ເງິນລ້ຽງດູສະໜັບສະໜູນເດັກ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ລະດັບຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການບໍ່ລາຍງານ ຫຼື ໃຫ້ຫຼັກຖານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໝາຍຄວາມວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດສຳລັບລາຍຈ່າຍນີ້.

ການຫຼຸດລາຍຮັບ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານການຫຼຸດ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບ; ເຖິງແນວໃດກໍ່ຕາມຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ສູງຂຶ້ນ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າລາຍງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຕາບເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ລາຍງານການຫຼຸດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນຂອງຄອບຄົວຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບຄົວເຮືອນໃດໜຶ່ງ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການເພີ່ມເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ເປັນຜົນມາຈາກການຫຼຸດນັ້ນ.

ສະຖານະການຍົກຍ້າຍ: ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຄົນອື່ນທຸກຄົນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຜູ້ທີ່ສະໝັກຂໍ FoodShare ຕ້ອງເປັນພົນລະເມືອງ ຫຼື ຢູ່ໃນສະຖານະການຍົກຍ້າຍທີ່ໜ້າພໍໃຈເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ສະຖານະການຍົກຍ້າຍຂອງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈະຖືກກວດສອບດ້ວຍ USCIS; ຂໍ້ມູນນີ້ທີ່ໄດ້ໃຫ້ກັບ USCIS ອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຈຳນວນຂອງຜົນປະໂຫຍດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ສະຖານະຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ຖືກກວດສອບກັບ USCIS ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຕົນເອງ ຫຼື ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າກ່າວວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ຍົກຍ້າຍໂດຍທີ່ບໍ່ມີສະຖານະການຍົກຍ້າຍເປັນທີ່ໜ້າພໍໃຈ.

ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ, ລວມທັງສະຖາບັນການເງິນໃດໜຶ່ງ, ໜ່ວຍງານລາຍງານສິນເຊື່ອ, ນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຖາບັນການສຶກສາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ຕາມ Wis. Stat. § 49.22 (2) (2m): “ພະແນກອາດຈະຂໍຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງຈາກບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ມັນກຳນົດວ່າເໝາະສົມ ແລະ ຈຳເປັນສຳລັບການບໍລິຫານໂຄງການທີ່ກຳລັງດຳເນີນຈຸດປະສົງຂອງ 7USC 2011 ຫາ 2029. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນລິດນີ້ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ພາຍໃນເຈັດວັນຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບການສະເໜີຂໍພາຍໃຕ້ຂໍ້ຍ່ອຍນີ້.”

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຄຳຖາມ ແລະ ຄຳຖະແຫຼງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈບົດລົງໂທດຕໍ່ການໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດ ຫຼື ການລະເມີດກົດລະບຽບ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຍິນພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດການໃຫ້ຄວາມເທັດ ແລະ ການສາບານຕົນຜິດວ່າ ທຸກຄຳຕອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຈັດໃຫ້ກ່ຽວກັບສະຖານະພົນລະເມືອງຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນແຕ່ລະຄົນທີ່ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີໃຫ້ເອກະສານເພື່ອພິສູດສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ກ່າວມາ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ໜ່ວຍງານທ້ອງຖິ່ນອາດຈະຕິດຕໍ່ບຸກຄົນອື່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງອື່ນເພື່ອຮັບເອົາຫຼັກຖານທີ່ຈຳເປັນຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ລະດັບຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບສະໝັກນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕາມທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງເທິງແລ້ວ.

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ວັນທີລົງລາຍເຊັນ (ດດ/ວວ/ປປ)
--	-----------------------------------