

ບົດລາຍງານການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ FOODSHARE WISCONSIN

(ບົດລາຍງານການຫລຸດລົງຂອງຄອບຄົວ)

FOODSHARE WISCONSIN INCOME CHANGE REPORT (REDUCED REPORTING HOUSEHOLDS)

ຖ້າຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກປະຈຳເດືອນ ຂອງທ່ານຫລຸດລົງ ເຫຼືອໜ້ອຍກ່ວາ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ ຫຼືວ່າລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ* ຂອງຄົວເຮືອນກ່ອນຫັກພາສີ ແມ່ນຫຼາຍກ່ວາເຂດຈຳກັດລາຍຮັບ ຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ລາຍງານ, ທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນລຸ່ມນີ້, ໃຫ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕໍ່ຫ້ອງການຕົວແທນ ຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ 10 ຂອງເດືອນຕໍ່ໄປ. ຖ້າວ່າການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວຫາກເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານສາມາດ:

- ລາຍງານການປ່ຽນແປງທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ access.wisconsin.gov.
- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ບົດລາຍງານນີ້ ແລະ ສົ່ງໄປທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກໄປທີ່:

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເມືອງ Milwaukee:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
ແຟັກ: 888-409-1979

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນເມືອງ Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
ແຟັກ: 855-293-1822

- ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທໄປ ຫຼື ຖືເອກະສານໄປສົ່ງທີ່ຫ້ອງການຕົວແທນ ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຊອກຫາທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບ ຂອງຫ້ອງການຕົວແທນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm ຫຼື ໂທໄປຫາ 800-362-3002 ຫຼື 711 (TTY).

ຍົກຕົວຢ່າງ: ທ່ານເລີ່ມເຮັດວຽກໃໝ່ແຕ່ວັນທີ 1 ສິງຫາ ທີ່ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານຫຼາຍກ່ວາວຽກທ່ານເຮັດຢູ່ໃນປະຈຸບັນ ແລະ ມີສາມຄົນໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ຢູ່ໃນກໍລະນີ ຂອງທ່ານ. ຖ້າລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ* ຢູ່ໃນຄອບຄົວ ຂອງທ່ານໃນເດືອນ ສິງຫາ ຫຼາຍກ່ວາ \$2,252 ຂອງຂີດຈຳກັດລາຍຮັບທີ່ທ່ານລາຍງານທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວຕໍ່ພະນັກງານ FoodShare ຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ10 ກັນຍາ. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາຕົວເລກຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນໜັງສືການຈັດທະບຽນສະບັບຫຼ້າສຸດ ຂອງທ່ານ.

*ລາຍຮັບທັງໝົດ ໝາຍເຖິງທຸກລາຍຮັບ, ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ ຫຼື ຄ່າແຮງງານ ແລະ ລາຍຮັບອື່ນໆ, ທີ່ທຸກຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບກ່ອນການຫັກອອກ, ເຊັ່ນວ່າ: ຄ່າອາກອນ ຫຼື ການຫັກພາສີ.

ວັນທີ 1 ຕຸລາ 2018 ຫາ ວັນທີ 30 ກັນຍາ 2019, ການລາຍງານຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ*			
ຂະໜາດຄົວເຮືອນ	ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ	ຂະໜາດຄົວເຮືອນ	ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ
1	\$1,316	6	\$3,656
2	\$1,784	7	\$4,124
3	\$2,252	8	\$4,592
4	\$2,720	9	\$5,060
5	\$3,188	10	\$5,528

*ຈຳນວນລາຍຮັບປະຈຳເດືອນເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນອີງຕາມຄູ່ມືວ່າດ້ວຍຄວາມທຸກຍາກ ຂອງລັດຖະບານກາງປີ 2018—2019, ຊຶ່ງມີການປ່ຽນແປງໃນທຸກໆເດືອນຕຸລາ. ສຳລັບແຕ່ລະສະມາຊິກຄົວເຮືອນເພີ່ມແມ່ນຈະບວກເພີ່ມ \$468 ຕໍ່ຄົນໃສ່ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບດັ່ງກ່າວ.

ທ່ານຍັງສາມາດສືບຕໍ່ລາຍງານການປ່ຽນແປງອື່ນໆເຊັ່ນວ່າ: ການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່, ການແຕ່ງດອງ, ບຸກຄົນທີ່ຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ຍ້າຍອອກ ໃນຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານ, ຫຼື ການຫລຸດລົງ ຂອງລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ ຂອງທ່ານ; ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການລາຍງານ. ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການຕົວແທນ ຂອງທ່ານເພື່ອຊາບວ່າທ່ານຄວນລາຍງານການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ຫຼືບໍ່.

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈະຖືກນຳໃຊ້ ສຳລັບການບໍລິຫານໂດຍກົງ ຂອງ FoodShare Wisconsin ເທົ່ານັ້ນ.

ຊື່ຂອງທ່ານ	ໝາຍເລກກຳລະນີ
------------	--------------

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ ແລະ ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບຈາກວຽກ, ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ແລະ ຄ່າແຮງ

ຊື່ - ຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ	ນາຍຈ້າງ
ອັດຕາຄ່າຈ້າງຕໍ່ຊົ່ວໂມງ \$	ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ
ໄລຍະເວລາໃນການເບີກຈ່າຍ	ວັນທີ່ຈ່າຍຄັ້ງທຳອິດ

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບອື່ນໆ

(ຍົກຕົວຢ່າງ: ຜົນປະໂຫຍດ ຈາກເງິນປະກັນສັງຄົມ, ເງິນບໍານານ, ເງິນຈ່າຍ W-2, ເງິນຊົດເຊີຍຈາກການຢຸດງານປະທ້ວງ, ເງິນອຸດໜູນເດັກນ້ອຍ ແລະ ເງິນຄ່າລ້ຽງດູເມຍທີ່ປະແລ້ວ)

ຊື່ - ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ມີລາຍໄດ້ໂດຍທີ່ບໍ່ຕ້ອງເຮັດວຽກ	ວັນທີລາຍຮັບປ່ຽນແປງ
ແຫຼ່ງລາຍຮັບ	ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນໃໝ່ \$

ການຄິດໄລ່ລາຍຮັບ

ໃຊ້ບ່ອນຫວ່າງນີ້ເພື່ອຂຽນຈຳນວນລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ ຂອງຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນກ່ອນການຫັກອອກ.

ເດືອນທີ່ມີການປ່ຽນແປງ	ຈຳນວນຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ
ລາຍຮັບໂດຍທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບເຮັດວຽກປະຈຳເດືອນທັງໝົດ	\$
ລາຍຮັບຈາກວຽກ ແລະ ຄ່າແຮງປະຈຳເດືອນທັງໝົດ	+ \$
ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດຂອງຄົວເຮືອນ	= \$

ທ່ານຄາດວ່າການປ່ຽນແປງທີ່ໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຍັງຈະຄືເກົ່າຢູ່ໃນເດືອນຕໍ່ໄປບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ອະທິບາຍໃສ່ລຸ່ມນີ້.

ຄຳໃຊ້ຈ່າຍ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄຳໃຊ້ຈ່າຍທີ່ລາຍງານນັ້ນ, ເປັນຕົ້ນແມ່ນແມ່ນເຮືອນຢູ່, ເຄື່ອງໃຊ້ຄົວເຮືອນ, ຄ່າລ້ຽງເດັກ, ເງິນອຸດໜູນເດັກນ້ອຍ, ຫຼື ຄ່າປິ່ນປົວພະຍາດ, ອາດຈະກະທົບຕໍ່ລະດັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການບໍ່ລາຍງານ ຫຼື ບໍ່ກວດສອບຄຳໃຊ້ຈ່າຍ ແມ່ນໝາຍຄວາມວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້.

ລາຍຮັບຫລຸດລົງ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານກ່ຽວກັບການຫລຸດລົງ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບ; ເຖິງແມ່ນວ່າ, ບາງເທື່ອຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ທີ່ສູງຂຶ້ນກ່ວາ ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າລາຍງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຕາບໃດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ລາຍງານການຫລຸດລົງ ຂອງລາຍຮັບປະຈຳເດືອນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບ ຂອງສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການເພີ່ມຂຶ້ນ ຂອງຜົນປະໂຫຍດ FoodShare.

ແຈ້ງເຕືອນການປັບໄໝຂອງ FOODSHARE WISCONSIN

ສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານທີ່ຈົງໃຈກະທຳຜິດຕໍ່ກົດລະບຽບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດຖືກຕັດອອກຈາກ FoodShare Wisconsin ເປັນເວລາ 12 ເດືອນ ຫຼັງຈາກການກະທຳຜິດຄັ້ງທີໜຶ່ງ, 24 ເດືອນພາຍຫຼັງການກະທຳຜິດຄັ້ງທີສອງ ຫຼື ການກະທຳຜິດຄັ້ງທີໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາເສບຕິດ ແລະ ຢ່າງຖາວອນ ສຳລັບການກະທຳຜິດຄັ້ງທີສາມ:

ໃຫ້ຂໍ້ມູນອັນເປັນເທັດ ຫຼື ປິດບັງຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare;

- ການຄ້າ, ການຂາຍ, ຫຼື ການແລກປ່ຽນຜົນປະໂຫຍດ FoodShare;
- ການໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ໄປຊື້ສິ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານ, ເຊັ່ນວ່າ: ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາສຸບ; ຫຼື
- ການນຳໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ນ, ບັດປະຈຳຕົວ, ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆ ຂອງບຸກຄົນອື່.

ໂດຍອີງຕາມມູນຄ່າ ຂອງຜົນປະໂຫຍດທີ່ໃຊ້ໃນທາງບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວຍັງອາດຖືກປັບໄໝສູງເຖິງ \$250,000, ຈຳຄຸກຄົນນານເຖິງ 20 ປີ, ຫຼື ທັງຈຳທັງປັບ. ສານຍັງສາມາດຕັດບຸກຄົນດັ່ງກ່າວອອກຈາກໂຄງການນີ້ຕື່ມອີກເປັນເວລາດົນເຖິງ 18 ເດືອນ. ທ່ານຍັງຈະບໍ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມຢ່າງຖາວອນ ຖ້າຫາກທ່ານກະທຳຜິດກົດໝາຍໃນການຂາຍຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ທີ່ມີມູນຄ່າ \$500 ຫຼື ຫຼາຍກ່ວານັ້ນ. ທ່ານຈະບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມເປັນເວລາ 10 ປີ ຖ້າໄດ້ພົບເຫັນວ່າ ທ່ານໄດ້ທຳການປອມແປງຂໍ້ມູນ ຫຼື ເອກະສານທາງການກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ທີ່ຢູ່ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຫຼາຍຢ່າງໃນເວລາດຽວກັນ. ນັກໂທດໜີຄະດີ ແລະ ຜູ້ລະເມີດການຝາກໂທດ/ການປ່ອຍພາງແບບມີເງື່ອນໄຂ ແມ່ນບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການນີ້. ບຸກຄົນນັ້ນອາດຍັງຖືກດຳເນີນຄະດີຕໍ່ໄປ ຕາມລະບຽບກົດໝາຍທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຖ້າທ່ານຄ້າ (ຊື້-ຂາຍ) ຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ສຳລັບສິ່ງເສບຕິດ/ຢາເສບຕິດ, ທ່ານຈະຖືກຕັດອອກຈາກໂຄງການ FoodShare ເປັນເວລາສອງປີ ສຳລັບການພົບເຫັນຄັ້ງທຳອິດ ແລະ ຕະຫຼອດໄປສຳລັບການພົບເຫັນຄັ້ງທີສອງ. ຖ້າທ່ານຄ້າ (ຊື້-ຂາຍ) ອາວຸດປືນ, ລູກປືນ, ຫຼື ລະເບີດ, ທ່ານຈະຖືກຕັດອອກຈາກ FoodShare Wisconsin ຢ່າງຖາວອນ.

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ/ຜູ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີລົງລາຍເຊັນ
---	-----------------

ເປີໂທລະສັບໃນຊ່ວງກາງເວັນ (ລວມທັງລະຫັດພື້ນທີ່)

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) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າເຊື່ອວ່າຈະໄດ້ຮຽກຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເປັນຄົນຫຼຸຫຼວກ, ມີການໄດ້ຍິນລຳບາກ ຫຼືບາກກິກ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານບໍລິການຖ່າຍທອດລັດຖະບານກາງ (Federal Relay Service) ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານໂຄງການອາດມີຢູ່ໃຫ້ໃນພາສາອື່ນໆ

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

- (1) ສ່ຽງທາງໄປສະນີ: 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.