**STATE OF WISCONSIN**
**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**
Division of Medicaid Services
F-16066L (10/2020)

**CHG**

# ບົດລາຍງານການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ FOODSHARE

(ບົດລາຍງານການຫລຸດລົງຂອງຄອບຄົວ)

**FOODSHARE 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

- ໂທໄປ 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 ຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ຖ້າລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ* ໃນເດືອນ ສິງຫາ ຫຼາຍກ່ວາ $2,252ຂອງຂີດຈຳກັດລາຍຮັບທີ່ທ່ານລາຍງານທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວຕໍ່ພະນັກງານ FoodShare ຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ10 ກັນຍາ. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາຕົວເລກຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນໜັງສືການຈົດທະບຽນສະບັບຫຼ້າສຸດ ຂອງທ່ານ.

*ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ ໝາຍເຖິງຈຳນວນລວມຂອງລາຍຮັບ, ທີ່ທຸກຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານໄດ້ຮັບໃນເດືອນກ່ອນການຫັກອອກ, ເຊັ່ນວ່າ: ຄ່າອາກອນ ຫຼື ການຫັກພາສີ.

| ວັນທີ 1 ຕຸລາ 2020 ຫາ ວັນທີ 30 ກັນຍາ 2021, ການລາຍງານຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ* | | | |
|---|---|---|---|
| **ຂະໜາດຄົວເຮືອນ** | **ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ** | **ຂະໜາດຄົວເຮືອນ** | **ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ** |
| 1 | $1,383 | 6 | $3,809 |
| 2 | $1,868 | 7 | $4,295 |
| 3 | $2,353 | 8 | $4,780 |
| 4 | $2,839 | 9 | $5,266 |
| 5 | $3,324 | 10 | $5,752 |

*ຈຳນວນລາຍຮັບປະຈຳເດືອນເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນອີງຕາມຄູ່ມືວ່າດ້ວຍຄວາມທຸກຍາກ ຂອງລັດຖະບານກາງປີ 2020–2021, ຊຶ່ງມີການປ່ຽນແປງໃນທຸກໆເດືອນຕຸລາ. ສຳລັບແຕ່ລະສະມາຊິກຄົວເຮືອນເພີ່ມແມ່ນຈະບວກເພີ່ມ $486 ຕໍ່ຄົນໃສ່ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບດັ່ງກ່າວ.

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

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈະຖືກນຳໃຊ້ ສຳລັບການບໍລິຫານໂດຍກົງ ຂອງ FoodShare ເທົ່ານັ້ນ.

**CHG**

| ຊື່ຂອງທ່ານ | ໝາຍເລກກໍລະນີ |
|---|---|
| | |

**ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ ແລະ ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ**

**ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບຈາກວຽກ, ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ແລະ ຄ່າແຮງ**

| | |
|---|---|
| ຊື່ - ຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ | ນາຍຈ້າງ |
| ອັດຕາຄ່າຈ້າງຕໍ່ຊົ່ວໂມງ<br>$ | ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ |
| ໄລຍະເວລາໃນການເບີກຈ່າຍ | ວັນທີ່ຈ່າຍຄັ້ງທຳອິດ |

**ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບອື່ນໆ**

(ຍົກຕົວຢ່າງ: ຜົນປະ�โຫຍດ ຈາກເງິນປະກັນສັງຄົມ, ເງິນບຳນານ, ເງິນຈ່າຍ W-2, ເງິນຊົດເຊີຍຈາກການຢຸດງານປະທ້ວງ, ເງິນອຸດໜູນເດັກນ້ອຍ ແລະ ເງິນຄ່າລ້ຽງດູເມຍທີ່ປະແລ້ວ)

| | |
|---|---|
| ຊື່ - ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ມີລາຍໄດ້ໂດຍທີ່ບໍ່ຕ້ອງເຮັດວຽກ | ວັນທີລາຍຮັບປ່ຽນແປງ |
| ແຫຼ່ງລາຍຮັບ | ຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນໃໝ່<br>$ |
| ເດືອນທີ່ມີການປ່ຽນແປງ | ຈຳນວນຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ |

| | |
|---|---|
| ລາຍຮັບໂດຍທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບເຮັດວຽກປະຈຳເດືອນທັງໝົດ | $ |
| ລາຍຮັບຈາກວຽກ ແລະ ຄ່າແຮງປະຈຳເດືອນທັງໝົດ | + $ |
| ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດຂອງຄົວເຮືອນ | = $ |

ທ່ານຄາດວ່າການປ່ຽນແປງທີ່ໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຍັງຈະຄົງເກົ່າຢູ່ໃນເດືອນຕໍ່ໄປບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ອະທິບາຍໃສ່ລຸ່ມນີ້.

**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ**

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ລາຍງານນັ້ນ, ເປັນຕົ້ນແມ່ນແມ່ນເຮືອນຢູ່, ເຄື່ອງໃຊ້ຄົວເຮືອນ, ຄ່າລ້ຽງເດັກ, ເງິນອຸດໜູນເດັກນ້ອຍ, ຫຼື ຄ່າປິ່ນປົວພະຍາດ, ອາດຈະກະທົບຕໍ່ລະດັບຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການບໍ່ລາຍງານ ຫຼື ບໍ່ກວດສອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແມ່ນໝາຍຄວາມວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້.

**ລາຍຮັບຫລຸດລົງ**

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງລາຍງານກ່ຽວກັບການຫຼຸດລົງ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບ; ເຖິງແມ່ນວ່າ, ບາງເທື່ອຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare ທີ່ສູງຂຶ້ນກ່ວາ ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າລາຍງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຕາບໃດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ລາຍງານການຫລຸດລົງ ຂອງລາຍຮັບປະຈຳເດືອນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບ ຂອງສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການເພີ່ມຂຶ້ນ ຂອງຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare.

**ແຈ້ງເຕືອນການປັບໄໝຂອງ FOODSHARE**

ສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານທີ່ຈົງໃຈກະທຳຜິດຕໍ່ກົດລະບຽບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດຖືກຢຸດຈາກການໄດ້ຮັບ FoodShare ເປັນເວລາ 12 ເດືອນ ຫຼັງຈາກການກະທຳຜິດຄັ້ງທີ່ໜຶ່ງ, 24 ເດືອນພາຍຫຼັງການກະທາຜິດຄັ້ງທີສອງ ຫຼື ການກາທາຜິດຄັ້ງທີ່ໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາເສບຕິດ ແລະ ຢ່າງຖາວອນ ສຳລັບການກະທຳຜິດຄັ້ງທີສາມ:

**CHG**

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນອັນເປັນເທັດ ຫຼື ປິດບັງຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare.
- ການຄ້າ, ການຂາຍ, ຫຼື ການແລກປ່ຽນຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare.
- ການໃຊ້ຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare ໄປຊື້ສິ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານ, ເຊັ່ນວ່າ: ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາສູບ.
- ການນຳໃຊ້ຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare ນ, ບັດປະຈຳຕົວ, ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆ ຂອງບຸກຄົນອື່ນ.

ໂດຍອີງຕາມມູນຄ່າ ຂອງຜົນປະ�โຫຍດທີ່ໃຊ້ໃນທາງບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວຍັງອາດຖືກປັບໄໝສູງເຖິງ $250,000, ຈຳຄุกດົນນານເຖິງ 20 ປີ, ຫຼື ທັງຈຳທັງປັບ. ສານຍັງສາມາດຢຸດທ່ານຈາກການໄດ້ຮັບ FoodShare ຕື່ມອີກເປັນເວລາດົນເຖິງ 18 ເດືອນ. ທ່ານຈະຖືກຕັດສິດແບບຖາວອນຖ້າທ່ານລະເມີດກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍການຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ທີ່ມີມູນຄ່າ $ 500 ຂຶ້ນໄປ. ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare ໄດ້ເຖິງ 10 ປີ ຖ້າທ່ານຖືກພົບວ່າທ່ານໄດ້ສະແດງຂໍ້ມູນຫຼືທີ່ຢູ່ ແລະ ຂໍ້ມູນ ສ່ວນຕົວຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດຫຼາຍຢ່າງໃນເວລາດຽວກັນ. ກໂທດທີ່ຖືກກັກຂັງ ແລະ ລະເມີດການປ່ອຍຕົວ / ການ ປ່ອຍຕົວຕາມ ເງື່ອ ນ ໄຂແມ່ນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ FoodShare. ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກ ດຳ ເນີນຄະດີຕາມລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຖ້າທ່ານຄ້າ (ຊື້-ຂາຍ) ຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare ສຳລັບສິ່ງເສບຕິດ/ຢາເສບຕິດ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare ເປັນເວລາສອງປີ ສຳລັບການພົບເຫັນຄັ້ງທຳອິດ ແລະ ຕະຫຼອດໄປສຳລັບການພົບເຫັນຄັ້ງທີສອງ. ຖ້າທ່ານຄ້າ (ຊື້-ຂາຍ) ອາວຸດປືນ, ລູກປືນ, ຫຼື ລະເບີດ, ທ່ານຈະຖືກປະຕິເສດຈາກຜົນປະ�โຫຍດ FoodShare ຢ່າງຖາວອນ.

| | |
|---|---|
| **ລາຍເຊັນ** – ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ/ຜູ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າ | ວັນທີລົງລາຍເຊັນ |
| ເບີ�โທລະສັບໃນຊ່ວງກາງເວັນ (ລວມທັງລະຫັດພື້ນທີ່) | |

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE

## ຖະແຫຼງການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ

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

ຜູ້ຄົນພິການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີວິທີການທາງເລືອກຂອງການສື່ສານເພື່ອຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ພາສາ Braille, ຕົວພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ເທັບສຽງ, ພາສາມືອາເມຣິກາ, ແລະອື່ນໆ), ຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາອົງການ (ພາກລັດຫຼືຂອງທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້ານຳໃຊ້ຮຽກຮ້ອງຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເປັນຄົນຫູຫນວກ, ມີການໄດ້ຍິນລຳບາກ ຫຼືປາກກືກ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານບໍລິການຖ່າຍທອດລັດຖະບານກາງ (Federal Relay Service) ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນີ້, ຂໍ້ມູນຂ່າວສານໂຄງການອາດມີຢູ່ໃຫ້ໃນພາສາອື່ນໆ

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກທີ່ກ່ຽວກັບການຈຳແນກເລືອກປະຕິບັດ, ສຳເລັດແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ USDA Program Discrimination, (AD, 3027) ພົບອອນໄລນ້ໄດ້ທີ່ເວັບ: How to File a Complaint, ແລະມີໃຫ້ຢູ່ໃນທຸກທີ່ທຳການ USDA, ຫຼືຂຽນຈົດຫມາຍໄປເຖິງ USDA ແລະຂຽນຂໍ້ມູນ ທີ່ຕ້ອງໃສ່ໃນແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນຮວມຢູ່ໃນຈົດຫມາຍດ້ວຍ. ເພື່ອຂໍເອົາສຳເນົາແບບຟອມ, ໃຫ້ໂທຫາ **(866) 632-9992**. ຍື່ນສ່ງແບບຟອມທີ່ສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານຫຼືສ່ງຈົດຫມາຍໄປທີ່ USDA ໂດຍ:

(1) ສ່ງທາງໄປສະນີ: 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.