

ບົດລາຍງານການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ FOODSHARE

(ບົດລາຍງານການຫລຸດລົງຂອງຄອບຄົວ)

FOODSHARE INCOME CHANGE REPORT (REDUCED REPORTING HOUSEHOLDS)

ຖ້າຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກປະຈຳເດືອນ ຂອງທ່ານຫລຸດລົງ ເຫຼືອໜ້ອຍກວ່າ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ ຫຼືວ່າລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດ* ຂອງຄົວເຮືອນກ່ອນຫັກພາສີ ແມ່ນຫຼາຍກວ່າຂອດຈຳກັດລາຍຮັບ ຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ລາຍງານ, ທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນລຸ່ມນີ້, ໃຫ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕໍ່ຫ້ອງການຕົວແທນ ຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ 10 ຂອງເດືອນຕໍ່ໄປ.

ຖ້າວ່າການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວຫາກເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານສາມາດ:

- ລາຍງານການປ່ຽນແປງທຸກໆອອນລາຍໄດ້ທີ່ access.wi.gov.
- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ບົດລາຍງານນີ້ ແລະ ສົ່ງໄປທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກໄປທີ່:

ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເມັືອງ Milwaukee:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
ແຟັກ: 888-409-1979

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນເມັືອງ 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: ທ່ານເລີມເຮັດວຽກໃໝ່ແຕ່ວັນທີ 1 ສິງຫາ ທີ່ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານຫຼາຍກວ່າວຽກທ່ານເຮັດຢູ່ໃນປະຈຸບັນ ແລະ ມີສາມຄົນໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ. ຖ້າລາຍຮັບປະຈຳເດືອນທັງໝົດຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ* ໃນເດືອນ ສິງຫາ ຫຼາຍກວ່າ \$2,798ຂອງຂີດຈຳກັດລາຍຮັບທີ່ທ່ານລາຍງານທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວຕໍ່ພະນັກງານ FoodShare ຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ10 ກັນຍາ. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາຕົວເລກຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນໜັງສືການຈົດທະບຽນສະບັບຫຼ້າສຸດ ຂອງທ່ານ.

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

ວັນທີ 1 ຕຸລາ 2024 ຫາ ວັນທີ 30 ກັນຍາ 2025, ການລາຍງານຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ*			
ຂະໜາດຄົວເຮືອນ	ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ	ຂະໜາດຄົວເຮືອນ	ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ
1	\$1,632	6	\$4,546
2	\$2,215	7	\$5,129
3	\$2,798	8	\$5,712
4	\$3,380	9	\$6,295
5	\$3,963	10	\$6,878

*ຈຳນວນລາຍຮັບປະຈຳເດືອນເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນອີງຕາມຄູ່ມືວ່າດ້ວຍຄວາມທຸກຍາກ ຂອງລັດຖະບານກາງປີ 2024–2025, ຊຶ່ງມີການປ່ຽນແປງໃນທຸກໆເດືອນຕຸລາ. ສຳລັບແຕ່ລະສະມາຊິກຄົວເຮືອນເພີ່ມແມ່ນຈະບວກເພີ່ມ \$583 ຕໍ່ຄົນໃສ່ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບດັ່ງກ່າວ.

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

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈະຖືກນຳໃຊ້ ສຳລັບການບໍລິຫານໂດຍກົງ ຂອງ FoodShare ເທົ່ານັ້ນ.

ຊື່ຂອງທ່ານ	ໝາຍເລກກໍລະນີ
------------	--------------

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ ແລະ ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບຈາກວຽກ, ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ແລະ ຄ່າແຮງ

ຊື່ - ຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ	ນາຍຈ້າງ
ອັດຕາຄ່າຈ້າງຕໍ່ຊົ່ວໂມງ \$	ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ
ໄລຍະເວລາໃນການເບີກຈ່າຍ	ວັນທີຈ່າຍຄັ້ງທໍາອິດ

ການປ່ຽນແປງລາຍຮັບອື່ນໆ

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

ຊື່ - ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ມີລາຍໄດ້ໂດຍທີ່ບໍ່ຕ້ອງເຮັດວຽກ	ວັນທີລາຍຮັບປ່ຽນແປງ
ແຫຼ່ງລາຍຮັບ	ຈຳນວນເງິນປະຈໍາເດືອນໃໝ່ \$
ເດືອນທີ່ມີການປ່ຽນແປງ	ຈຳນວນຄົນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ

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

ທ່ານຄາດວ່າການປ່ຽນແປງທີ່ໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຍັງຈະຄືເກົ່າຢູ່ໃນເດືອນຕໍ່ໄປບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ອະທິບາຍໃສ່ລຸ່ມນີ້.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ລາຍງານນັ້ນ, ເປັນຕົ້ນແມ່ນແມ່ນເຮືອນຢູ່, ເຄື່ອງໃຊ້ຄົວເຮືອນ, ຄ່າລ້ຽງເດັກ, ເງິນອຸດໜູນເດັກນ້ອຍ, ຫຼື ຄ່າບິນບົວເພະຍາດ, ອາດຈະກະທົບຕໍ່ລະດັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການບໍ່ລາຍງານ ຫຼື ບໍ່ກວດສອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແມ່ນໝາຍຄວາມວ່າ
ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້.

ລາຍຮັບຫຼຸດລົງ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງລາຍງານກ່ຽວກັບການຫຼຸດລົງ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບ; ເຖິງແມ່ນວ່າ, ບາງເທື່ອຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ທີ່ສູງຂຶ້ນກວ່າ ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າລາຍງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຕາບໃດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ລາຍງານການຫຼຸດລົງ ຂອງລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ການສູນເສຍລາຍຮັບ ຂອງສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການເພີ່ມຂຶ້ນ ຂອງຜົນປະໂຫຍດ FoodShare.

ແຈ້ງເຕືອນການບັບໄໝຂອງ FOODSHARE

ສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານທີ່ຈົງໃຈກະທໍາຜິດຕໍ່ກົດລະບຽບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດຖືກຢຸດຈາກການໄດ້ຮັບ FoodShare ເປັນເວລາ 12 ເດືອນ ຫຼັງຈາກການກະທໍາຜິດຄັ້ງທີໜຶ່ງ, 24 ເດືອນພາຍຫຼັງການກະທໍາຜິດຄັ້ງທີສອງ ຫຼື ການກໍາທໍາຜິດຄັ້ງທີໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາເສບຕິດ ແລະ ຢ່າງຖາວອນ ສໍາລັບການກະທໍາຜິດຄັ້ງທີສາມ:

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນອັນເປັນເທັດ ຫຼື ບິດບັງຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare.
- ການຄໍາ, ການຂາຍ, ຫຼື ການແລກປ່ຽນຜົນປະໂຫຍດ FoodShare.

- ການໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ໄປຊື້ສິ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານ, ເຊັ່ນວ່າ: ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາສູບ.
- ການນໍາໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ນ, ບັດປະຈໍາຕົວ, ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆ ຂອງບຸກຄົນອື່ນ.

ໂດຍອີງຕາມມູນຄ່າ ຂອງຜົນປະໂຫຍດທີ່ໃຊ້ໃນທາງບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວຍັງອາດຖືກບັບໄໝສູງເຖິງ \$250,000, ຈໍາກັດນານເຖິງ 20 ປີ, ຫຼື ທັງຈໍາທັງບັບ. ສານຍັງສາມາດຢຸດທ່ານຈາກການໄດ້ຮັບ FoodShare ຕື່ມອີກເປັນເວລາດົນເຖິງ 18 ເດືອນ. ທ່ານຈະຖືກຕັດສິດແບບຖາວອນຖ້າທ່ານລະເມີດກົດ ໝາຍ ວ່າດ້ວຍການຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ທີ່ມີມູນຄ່າ \$ 500 ຂຶ້ນໄປ. ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare ໄດ້ເຖິງ 10 ປີ ຖ້າທ່ານຖືກພົບວ່າ ທ່ານໄດ້ສະແດງຂໍ້ມູນທີ່ຜິດພາດ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຫຼາຍຢ່າງໃນເວລາດຽວກັນ. ກົດໝາຍທີ່ຖືກກັກຂັງ ແລະ ລະເມີດການປ່ອຍຕົວ / ການ ປ່ອຍຕົວຕາມ ເງືອ ນ ໄຂແມ່ນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ FoodShare. ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກ ດໍາເນີນຄະດີຕາມລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ.

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

ລາຍເຊັນ – ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ/ຜູ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີລົງລາຍເຊັນ
ເບີໂທລະສັບໃນຊ່ວງກາງເວັນ (ລວມທັງລະຫັດພື້ນທີ່)	

RETAIN COMPLETED FORM IN CASE FILE

**ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໄພສະນາການເສີມ (SNAP) ແລະ
ໂຄງການແຈກຍາຍອາຫານໃຫ້ແກ່ຊາວອິນເດຍດັ້ງເດີມ (FDPIR) ຂອງໜ່ວຍງານພາກລັດ ຫຼື
ໜ່ວຍງານປະຈຳທ້ອງຖິ່ນ, ແລະ ໜ່ວຍງານຍ່ອຍ,
ຕ້ອງລົງແຈ້ງຂໍຄວາມໂຄສະນາຕໍ່ຕ້ານການຈຳແນກ ປະຕິບັດດັ່ງລຸ່ມນີ້:**

ໂດຍອີງໃສ່ກົດໝາຍຂອງສະຫະພັນທະລັດວ່າດ້ວຍສິດທິຂອງພົນລະເມືອງ ແຫ່ງ ສະຫະລັດ ແລະ ກົດລະບຽບ
ຂອງກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍ ຂອງກົມການໃຫ້ຍາກກະເສດແຫ່ງສະຫະລັດ (USDA) ວ່າດ້ວຍສິດທິຂອງ
ພົນລະເມືອງ, ສະຖາບັນດັ່ງກ່າວນີ້ມີຂໍ້ຫ້າມໃນການຈຳແນກປະຕິບັດ
ໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດຕົ້ນກຳເນີດ, ເພດ (ການຈຳແນກເພດ ແລະ ວິດນິຍົມທາງເພດ), ການນັບຖື
ທາງສາສະໜາ, ການເສຍອົງຄະ, ເກນອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ ຫຼື ເປັນການແກ້ແຄ້ນ ຫຼື
ຄົ້ນລົ້ນໃຈມຕີ ກ່ອນໄດ້ຮັບສິດທິດ້ານພົນລະເມືອງ.

ຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງໂຄງການອາດເປັນພາສາອື່ນໆນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ.
ຜູ້ທີ່ເປັນຄົນເສຍອົງຄະທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນໃນການໃຊ້ຊ່ອງທາງໃນການສື່ສານເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງໂຄງ
ການ (ຕົວຢ່າງວ່າ, Braille, ພິມຂະຫຍາຍ, ເທບສຽງ, ພາສາທາງກາຍຂອງຄົນເມລິກາ),
ຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາໜ່ວຍງານຮັບຜິດຊອບ(ໜ່ວຍງານພາກລັດ ແລະ
ໜ່ວຍງານປະຈຳທ້ອງຖິ່ນ)ເພື່ອທີ່ຈະສະໜັກຂໍນະໂຍບາຍຂອງຕົນ. ບຸກຄົນທີ່ເປັນຄົນພິການຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນ ຫຼື
ບໍ່ສາມາດເວົ້າ ໄດ້ ອາດຕ້ອງໄດ້ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ USDA ຜ່ານບ່ອງບໍລິການ ຫ້ອງການສຳພັນທະລັດທິເບີ
(800) 877-8339.

ເພື່ອປະກອບຄຳຮ້ອງຟ້ອງກ່ຽວກັບການຈຳແນກປະຕິບັດ, ຜູ້ກ່າວຟ້ອງຕ້ອງປະກອບແບບຟອມ AD-3027,
ເປັນແບບຟອມ ຮ້ອງຟ້ອງຂອງຫ້ອງການ USDA
ວ່າດ້ວຍການກ່າວຟ້ອງໃນການແຍກປະຕິບັດເຊິ່ງສາມາດຮັບແບບຟອມດັ່ງກ່າວຜ່ານຊ່ອງ
ທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-laotian.pdf>,
ຈາກຫ້ອງການ USDA ຕ່າງໆ, ໂດຍຜ່ານການໂທຕິດຕໍ່ (833) 620-1071, ຫຼື ສົ່ງໜັງສືໄປຍັງທີ່ຢູ່ຂອງ
ຫ້ອງການ USDA. ໃບຮ້ອງຟ້ອງດັ່ງກ່າວຈະຕ້ອງບັນຈຸເອົາຂໍ້ມູນຕ່າງໆເຊັ່ນ: ຊື່, ທີ່ຢູ່, ເບີໂທລະສັບ, ແລະ
ຂອງເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳເປັນສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າເປັນການແຍກ ປະຕິບັດ
ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ມີລາຍລະອຽດເພື່ອເປັນຂໍ້ມູນຊ່ວຍໃຫ້ຫ້ອງການເລຂາທິການດ້ານສິດທິຂອງພົນລະເມືອງ
(ASCR) ກ່ຽວກັບ ທຳມະຊາດ ແລະ ວັນທີເດືອນປີ ທີ່ມີການລ່ວງລະເມີດທີ່ເກີດຂຶ້ນ. ປະກອບ ແບບຟອມ
AD-3027 ຫຼື ສົ່ງໜັງສືໄປຍັງຫ້ອງການ ກົມການໃຫ້ຍາກກະເສດທິ:

- (1) **ຈັດສົ່ງທາງໄປສະນີຍັງ:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; ຫຼື
- (2) **fax:**
(833)-256-1665 ຫຼື (202)-690-7442; ຫຼື
- (3) **email:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ສະຖາບັນດັ່ງກ່າວນີ້ທຽບເທົ່າສະຖາບັນທີ່ເປັນຜູ້ໃຫ້ໂອກາດ.