

ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ: ອົງກອນ
(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

ຕື່ມ ແລະ ສົ່ງເອກະສານ Appoint, Change or Remove an Authorized Representative: Organization (ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດສົດ: ແບບຟອມອົງກອນ), ແບບຟອມ F-10126B, ເພື່ອແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງອົງກອນ ທີ່ເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານ. ເພື່ອປ່ຽນຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງອົງກອນ, ທ່ານ ຫຼື ອົງກອນຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາຕົວແທນຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຕົວແທນຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງ Wisconsin Department of Health Services (DHS) (ພະແນກບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງລັດວິສຄອນຊິນ) ທີ່ dhs.wi.gov/im-agency.

ເພື່ອແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານ, ຕື່ມ ແລະ ສົ່ງເອກະສານ [Appoint, Change or Remove an Authorized Representative: Person form](#), (ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດສົດ: ແບບຟອມບຸກຄົນ), ແບບຟອມ F-10126A ແທນ.

ຖ້າທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງທາງດ້ານກົດໝາຍຂອງລັດວິສຄອນຊິນ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນ ແລະ ລັດວິສຄອນຊິນ ຫຼື ຜູ້ອະນຸລັກ, ບຸກຄົນນັ້ນ ຕ້ອງແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດສໍາລັບທ່ານ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ບາງຄົນນອກເໜືອພວກເຂົາເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານມີໃບມອບສິດຖາວອນທີ່ໃຊ້ງານໄດ້ສໍາລັບການທາງດ້ານການເງິນ, ທ່ານ ຫຼື ໃບມອບສິດຂອງທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນນັ້ນສາມາດແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ ພຽງແຕ່ກໍລະນີທີ່ສາມແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນນັ້ນໃຫ້ສິດອໍານາດແກ່ຜູ້ປົກຄອງ ເພື່ອດໍາເນີນການແທນທ່ານດ້ວຍສິດ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ.

ໃບມອບສິດສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການດໍາເນີນການແທນທ່ານໃນການແຕ່ງຕັ້ງຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ທີ່ໃຫ້ໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍກົງຂອງ Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services, ແລະ Caretaker Supplement ເທົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ມູນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດແມ່ນອົງກອນທີ່ລົງເຄືອກກັບສະຖານະການໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ທີ່ທ່ານເຊື່ອໝັ້ນໃຫ້ດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານ. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງສາມາດເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານ, **ຍົກເວັ້ນສິ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:**

- ຄົນຜູ້ທີ່ຖືກຕັດສິດຈາກການລະເມີດໂຄງການ FoodShare ໂດຍເຈດຕະນາຈະບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໃນຊ່ວງໄລຍະການຖືກຕັດສິດຂອງພວກເຂົາ, ເວັ້ນແຕ່ວ່າບໍ່ມີໃຜແລ້ວທີ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໄດ້.
- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາຫານແກ່ຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດແກ່ໜ່ວຍງານອາຫານຂອງຄົນບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສໄດ້. (ໜ່ວຍງານອາຫານໝາຍຄວາມວ່າມີຄົນຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົນຢູ່ຮ່ວມກັນ ແລະ ເຮັດອາຫານຮ່ວມກັນ.)
- ພະນັກງານຂອງໜ່ວຍງານຜູ້ທີ່ຊ່ວຍກໍານົດສິດ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໄດ້. ອາດຈະມີການອະນຸມັດເປັນລາຍລັກອັກສອນພິເສດໃຫ້ແກ່ພວກເຂົາເພື່ອໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໃນບາງກໍລະນີ.
- ຮ້ານຂາຍຢ່ອຍທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຮັບເງິນຜົນປະໂຫຍດຂອງ FoodShare ອາດຈະບໍ່ເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ຍົກເວັ້ນສູນບິນບົວຢາເສບຕິດ ແລະ ເຫຼົ່າທີ່ເປັນຮ້ານຂາຍຢ່ອຍທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ເມື່ອໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງແລ້ວ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານອາດຈະດໍາເນີນການສິ່ງໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃນນາມຂອງທ່ານ:

- ສະໝັກ ຫຼື ຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄືນໃໝ່
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ
- ເຮັດວຽກກັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານໃນວຽກສໍາຄັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ
- ອື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ແລະ ອຸທອນກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານຕໍ່ໂຄງການທີ່ທ່ານກໍາລັງສະໝັກ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມ

ທ່ານຍັງສາມາດເລືອກໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບສໍາເນົາເອກະສານກ່ຽວກັບສິດ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດໃນການສະໝັກ ຫຼື ຮັບເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ເພື່ອສະໝັກ FoodShare ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນສູນບິນບົວຢາເສບຕິດ ແລະ ເຫຼົ່າ, ຕົວແທນຂອງອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງສະໝັກແທນທ່ານ.

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ທ່ານແຕ່ງຕັ້ງໃນແບບຟອມນີ້ສາມາດປະຕິບັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງທ່ານສໍາລັບໂຄງການໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services, ແລະ/ຫຼື Caretaker Supplement. ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນໂຄງການໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້ ແລະ Wisconsin Works (W-2), ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງທ່ານອາດຈະປະຕິບັດໜ້າທີ່ຕາງໜ້າໃຫ້ທ່ານສໍາລັບ W-2.

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດທີ່ທ່ານໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງໃນແບບຟອມນີ້ບໍ່ສາມາດດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານຕໍ່ກັບ Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program (ໂຄງການໃຫ້ການທົດແທນການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກຂອງວິສຄອນຊິນແຊຣ໌) . ຖ້າຫາກທ່ານສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ Wisconsin Shares, ທ່ານຕ້ອງສະໝັກດ້ວຍຕົນເອງ.

ຄໍາແນະນຳແບບຟອມ

ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນແມ່ນບໍ່ຄົບຖ້ວນໃນແບບຟອມນີ້, ລວມທັງລາຍເຊັນໃດໜຶ່ງ, ແບບຟອມຈະຖືວ່າບໍ່ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້.

ພາກທີ 1 — ທ່ານຕ້ອງຕື່ມພາກທີ 1. ທ່ານຈະຕ້ອງເລືອກວ່າທ່ານຈະຕ້ອງແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຫຼືບໍ່. ທ່ານຍັງຕ້ອງລະບຸຊື່ ແລະ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງທ່ານເພື່ອທີ່ພວກເຮົາສາມາດລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງແຕ່ງຕັ້ງ ຫຼື ປ່ຽນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ, ໃຫ້ເລືອກວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານໃຫ້ໄດ້ຮັບເອກະສານສະບັບສໍາເນົາຫຼືບໍ່. ຕໍ່ໄປ, ອ່ານຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ. ຖ້າຫາກທ່ານເຫັນດີ, ເຊັນ ແລະ ຂຽນວັນທີລົງແບບຟອມ.

ພາກທີ 2 — ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ດຳເນີນການໃນນາມຂອງອົງກອນຕ້ອງຕື່ມພາກທີ 2. ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວຈະຕ້ອງລະບຸຊື່ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງອົງກອນ ແລະ ຂໍ້ມູນຂອງພວກເຂົາ. ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວຈະຕ້ອງອ່ານຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຊັນ ແລະ ຂຽນວັນທີລົງໃນແບບຟອມ, ຖ້າຫາກອົງກອນ ແລະ ຜູ້ຕິດຕໍ່ເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ຄວາມນັ້ນ.

ພາກທີ 3 — ຖ້າຫາກທ່ານຈະແຕ່ງຕັ້ງ ຫຼື ປ່ຽນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ, ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຄົນໃດນອກເໜືອຈາກຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເບິ່ງທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້. ບຸກຄົນນີ້ເອີ້ນວ່າພະຍານ. ຖ້າຫາກທ່ານເຊັນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍ "X," ພະຍານທັງສອງຄົນຕ້ອງເບິ່ງທ່ານເຊັນແບບຟອມ. ພະຍານຈະຕ້ອງລະບຸຊື່, ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີທີ່ພວກເຂົາເຊັນແບບຟອມນີ້.

ການສົ່ງແບບຟອມ

ທ່ານສາມາດສົ່ງແບບຟອມປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານດ້ວຍວິທີໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ທາງອອນລາຍ

ສະແດງແບບຟອມທຸກໜ້າໄປທີ່ ACCESS.
ທ່ານສາມາດເຮັດສິ່ງນີ້ຜ່ານບັນຊີ ACCESS ຂອງທ່ານ,
ເຊິ່ງທ່ານສາມາດລົງຊື່ເຂົ້າໃຊ້ທີ່ access.wi.gov. (ໝາຍເຫດ:
ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີບັນຊີ ACCESS, ທ່ານສາມາດໄປທີ່
access.wi.gov ແລະ ສ້າງບັນຊີ.)

ໝາຍເຫດ: ທ່ານສາມາດສະແດງແບບຟອມເຂົ້າໃສ່ ACCESS
ໄດ້ໃນເວລາສະເພາະເທົ່ານັ້ນ.
ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະແດງແບບຟອມໃສ່ ACCESS ໄດ້,
ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມດ້ວຍການໃຊ້ວິທີອື່ນ.

ແຟັກ

- ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນເຂດ ຄາວຕີ້ Milwaukee,
ໃຫ້ແຟັກແບບຟອມໄປທີ່ເບີ 888-409-1979.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນເຂດ ຄາວຕີ້ Milwaukee,
ໃຫ້ແຟັກແບບຟອມໄປທີ່ເບີ 855-293-1822.

ທາງໄປສະນີ

- ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນເຂດ ຄາວຕີ້ Milwaukee,
ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມທາງໄປສະນີຫາ:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນເຂດ ຄາວຕີ້ Milwaukee,
ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມທາງໄປສະນີຫາ:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ

ເອົາແບບຟອມໄປໃຫ້ກັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.
ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ທີ່ເວັບໄຊຂອງ DHS ທີ່
dhs.wi.gov/im-agency.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ເວັບໄຊຂອງ DHS ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

ພາກທີ 1

ຕ້ອງຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກ



ຂ້າພະເຈົ້າ:

- ☐ ຈະແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ. ທ່ານຕ້ອງຕື່ມພາກທີ 1 ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.
- ☐ ຈະປ່ຽນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກທີ 1 ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຕ້ອງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຄົນໃໝ່ໃນຂໍ້ B.
- ☐ ຈະລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ ຂໍ້ A ແລະ D ຂອງພາກທີ 1. ຈົ່ງຫວ່າງຂໍ້ B ໄວ້.

ຂໍ້ A: ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

ຊື່ – ຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ວັນເດືອນປີເກີດ

ເລກທີຄະດີ (ຖ້າທ່ານມີ)

ຂໍ້ B: ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດ

ຂ້າພະເຈົ້າແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບສໍາເນົາເອກະສານກ່ຽວກັບສິດ ແລະ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ກະດູນາຮັບຮູ້ວ່າເອກະສານດັ່ງກ່າວຈະຖືກສົ່ງໄປຫາຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງອົງກອນ.

☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຂໍ້ C: ຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໃນການເລືອກບຸກຄົນໃດກໍ່ໄດ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ມາເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງບອກໃຫ້ຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງບອກອົງກອນນັ້ນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະລົບລ້າງພວກເຂົາຈາກການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ຈະຍັງສືບຕໍ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າປ່ຽນ ຫຼື ລົບລ້າງພວກເຂົາ.
- ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງສູນປົວປ່ຽນຢາເສບຕິດ ແລະ ເຫຼົ້າຈະຖືກຍ້າຍອອກເມື່ອອອກໂຮງໝໍ. ການສົ່ງເອກະສານນີ້ເພື່ອສິນສຸດການອະນຸຍາດແມ່ນເປັນທາງເລືອກ.
- ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຊັ່ນ: ເລກປະກັນສັງຄົມ, ໃບສະແດງງົບການເງິນ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເພື່ອຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຈັດການກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຄວາມຈິງແກ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບຄວາມຜິດພາດ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງທີ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລາຍງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ, ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ລະງັບຂໍ້ມູນ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະ:
 - ຕ້ອງຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສົມຄວນໄດ້ຮັບຄືນ.
 - ຖືກປັບໄໝ.
 - ຖືກຫ້າມຈາກໂຄງການ.

- ຖືກດຳເນີນຄະດີຈາກການຫຼອກລວງ.
- ໂດຍການເຊັນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຈະບອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ຄວາມຂ້າງເທິງ.

ຂໍ້ D: ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີ	
 ລາຍເຊັນ – ຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກ	ວັນທີເຊັນ

ພາກທີ 2

ຕ້ອງຕື່ມໂດຍຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ



ຂໍ້ A: ຂໍ້ມູນຕົ້ນຕໍ

ຊື່ — ອົງກອນ

ຖະໜົນ

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ເປີໂທລະສັບ (ພ້ອມກັບລະຫັດເຂດ)
-------	-----	-------------	------------------------------

ຊື່ — ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງອົງກອນ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້, ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)

ຕຳແໜ່ງງານ — ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງອົງກອນ	ອີເມວ — ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງອົງກອນ (ຕົວເລືອກ)
--------------------------------	---------------------------------------

ຂໍ້ B: ຂໍ້ຄວາມສະແດງຄວາມເຂົ້າໃຈ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງດຳເນີນການໃນນາມຂອງອົງກອນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ A.
- ໃນຖານະທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດ, ອົງກອນຖືກຈຳກັດຕໍ່ການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງ ຫຼື ທັງໝົດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກ:
 - ການສະໝັກ ຫຼື ຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄືນໃໝ່
 - ການລາຍງານການປ່ຽນແປງ
 - ການຮຸ້ນວຽກກັບຕົວແທນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກໃນເລື່ອງສຳຄັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ
 - ການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ
- ອົງກອນຖືກຄາດຫວັງໃຫ້ລົງເຄືອກັບສະຖານະການຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກ.
- ອົງກອນຕ້ອງລາຍງານຕໍ່ກັບຕົວແທນຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆຕໍ່ກັບຜູ້ຕິດຕໍ່ທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ A.
- ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກສາມາດລົບລ້າງອົງກອນຈາກການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງພວກເຂົາໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ.
- ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງອົງກອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າຖືກລົບລ້າງຈາກການເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງພວກເຂົາ.
- ອົງກອນເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກຈົນກວ່າພວກເຂົາຮ້ອງຂໍຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຄືນອີ່ນ ຫຼື ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ.
- ອົງກອນ ຫຼື ໃພກ່ຕາມທີ່ເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຂອງພວກເຂົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ເປັນຈິງ.
- ຖ້າຫາກອົງກອນໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ເປັນຈິງ, ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສຸຂະພາບໃດໆທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບອັນເກີດຈາກຄວາມຜິດພາດ.
- ຖ້າຫາກອົງກອນຕັ້ງໃຈລະເມີດກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ FoodShare ທີ່ຖືກນຳໃຊ້ຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ໄດ້ຮັບຈາກຄວາມຜິດພາດ.

- ອົງການຈັດຕັ້ງ ແລະ ຜູ້ໃດທີ່ເຮັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງອົງການຈັດຕັ້ງຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ກົດລະບຽບຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ລວມທັງ 42 C.F.R. ພາກທີ 431, ພາກສ່ວນຍ່ອຍ F; 42 C.F.R. § 447.10; 45 C.F.R. § 155.260(f); ແລະ 7 CFR 273.2(n)(4), ກ່ຽວກັບການຂັດແຍ້ງດ້ານຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ຄວາມລັບຂອງຂໍ້ມູນ.
- ໂດຍການເຊັນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຈະບອກວ່າຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ແລະ ເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ຄວາມຂ້າງເທິງ ໃນນາມຂອງອົງກອນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ A.
- ໂດຍການເຊັນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງບອກວ່າອົງກອນທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ A ຈະເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີສິດແກ່ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ສະມາຊິກທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນພາກທີ 1.

ຂໍ້ C: ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີ	
→ ລາຍເຊັນ – ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງອົງກອນ	ວັນທີເຊັນ

ພາກທີ 3

ຕ້ອງຕື່ມໂດຍພະຍານ

ຊື່ – ພະຍານ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ)	
→ ລາຍເຊັນ — ພະຍານ	ວັນທີເຊັນ
ຊື່ – ພະຍານ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ຕົວອັກສອນຫຍໍ້ຊື່ກາງ) (ຖ້າຫາກຜູ້ສະໝັກ/ສະມາຊິກເຊັນດ້ວຍ X)	
→ ລາຍເຊັນ — ພະຍານ	ວັນທີເຊັນ

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

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

(1) ສົ່ງທາງໄປສະນີ: 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.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮຸກຮານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. Department of Health Services ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາໂດຍແຕກຕ່າງດ້ວຍເຫດຜົນດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.

Department of Health Services:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພິການ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາໃບທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
 - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ຕົວພິມໃຫຍ່, ເທັບບັນທຶກ, ຮູບແບບ ອິເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ).
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພິການຫຼັກຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນໃນພາສາອື່ນ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

ຖ້າວ່າ ທ່ານເຊື່ອວ່າ Department of Health Services ບໍ່ໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຈຳແນກໃນທາງອື່ນ ໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກກັບ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, fax: 608-267-1434, dhscre@dhs.wisconsin.gov. ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ໂດຍທາງຈົດໝາຍ, ແຟກຊ໌, ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄໍາຮ້ອງທຸກ, Department of Health Services civil rights coordinator ແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງໄດ້ກັບທາງ U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະແລະສຸຂະພາບຂອງສະຫະຣັດ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ), ໂດຍທາງອິເລັກໂຕຣນິກ ຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ຊຶ່ງມີໃຫ້ເວັບໄຊ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ຫຼື ໂດຍທາງໂປສະນີ ຫຼື ທາງໂທຣະສັບ ທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ພ້ອມຄໍາຮ້ອງທຸກມີໃຫ້ເວັບໄຊ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).