

www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm

ທາງເລກ: ບຸລິມະສິດ FOODSHARE

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼອນໃນທັນທີ, ການຍື່ນຄໍາຮ້ອງສາລັບ FoodShare ທ່ານບຸລິມະສິດ ອາດຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດພາຍໃນເຈັດມື້ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານຍື່ນເອກະສານ. ຕໍ່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໜ້ານີ້ ແລະ ສິ່ງພ້ອມກັບໜ້າທີ 1 ທີ່ ສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງຄໍາຮ້ອງເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດຫຍັງ.

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດທີ່ເປັນບຸລິມະສິດ ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ:

- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີເງິນສິດ \$100 ຫຼື ຫນ້ອຍກວ່າ ຫຼື ຢູ່ໃນທະນາຄານ ແລະ ຈະມີລາຍຮັບຫນ້ອຍກວ່າ \$150 ໃນເດືອນນີ້.
- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ຄ່າຜ່ອນບ້ານ ຫຼື ສາທາລະນະປະໂຫຍດຫຼາຍກວ່າລາຍຮັບລວມທັງໝົດປະຈຳເດືອນ (ເປັນເງິນສິດ ຫຼື ມີໃນບັນຊາທະນາຄານ) ສາລັບເດືອນນີ້.
- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານລວມມີແຮງງານເຄື່ອນຍ້າຍ ຫຼື ເຮັດວຽກຕາມລະດູການຜັກທີ່ບໍ່ມີລາຍຮັບ.

ຊ - ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຊື່, ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໂປສະນີ
-------	-----	-------------

ຕອບຄຳຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປເພື່ອໃຫ້ຖືກພິຈາລະນາສາລັບບລິການທີ່ໄວກວ່າ.

ລາຍຮັບລວມທັງໝົດ (ກ່ອນຈ່າຍພາສ ຫຼື ການຫັກຈ່າຍຄ່າອື່ນໆ) ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບໃນເດືອນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?	\$
ຊັບສິນທັງໝົດທີ່ມີໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຫຍັງແດ່ (ຕົວຢ່າງ: ເງິນສິດ, ເງິນຢືນໃນບັນຊາຝາກກະແສລາຍວັນ ຫຼື ຝາກປະຢັດ ຫຼື ເງິນເປັນກ້ອນ)?	\$
ຈຳນວນເງິນທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຈ່າຍສາລັບທີ່ພັກອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຜ່ອນບ້ານ) ທັງໝົດໃນເດືອນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?	\$
ເດືອນນີ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Wisconsin FoodShare ບ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ໃນເດືອນນີ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Supplemental Nutrition Assistance Program (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານໂພຊະນາການເພີ່ມເຕີມ) (SNAP, ບັດອາຫານ, ການໂອນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງອເລັກໂທຣນິກ) ໃນລັດອື່ນບ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຕອນນີ້ທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນທີ່ພັກອາໄສສາລັບທີ່ເຄາະຮ້າຍຂອງການໃຊ້ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວບ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ມີໃຜໃນເຮືອນຂອງທ່ານເປັນແຮງງານເຄື່ອນຍ້າຍ ຫຼື ເຮັດວຽກຕາມລະດູການຜັກທີ່ລາຍຮັບໄດ້ຖືກຢຸດເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ຜັກທີ່ຄາດຫວັງວ່າຈະໄດ້ຮັບລາຍຮັບຈຳນວນຫຼາຍກວ່າ \$25 ໃນ 10 ວັນຂ້າງໜ້າ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຊາລະຄ່າສາທາລະນະປະໂຫຍດ, ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ຄ່າເຄື່ອງອາຍຮ້ອນລວມກັບຄ່າເຊົ່າບ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
---	--

ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍທີ່ຊ່ອງສາລັບຄ່າສາທາລະນະປະໂຫຍດທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງຊາລະ ແລະ ຄ່າສາທາລະນະປະໂຫຍດທີ່ໃຊ້ເພື່ອເຮັດຄວາມຮ້ອນໃນເຮືອນຂອງທ່ານ.

ທ່ານຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະປະໂຫຍດບ?	ໃຊ້ສາລັບຄວາມອຸ່ນ	ທ່ານຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະປະໂຫຍດບ?	ໃຊ້ສາລັບຄວາມອຸ່ນບ?
☐ ອາຍແກັສ (ທາມະຊາດ)	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ນ້ຳມັນເຊື້ອໄຟ/ນ້ຳມັນກາສ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
☐ ໄຟຟ້າ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ຖ່ານຫນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
☐ ແກັສໂປຣເປນແຫຼວ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ຟນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍທີ່ຊ່ອງສາລັບຄ່າສາທາລະນະປະໂຫຍດໃດໜຶ່ງທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງຊາລະ.

☐ ໂທລະສັບ ☐ ນ້ຳ ☐ ທໍ່ນ້ຳເສຍ ☐ ບລິການເກັບມ້ຽນຂີ້ເຫຍື້ອ ☐ ຄ່າແອ ☐ ອື່ນໆ

ທາງເລກ: ຄຳຮ້ອງສະບັບຄົບຖ້ວນ

ພາກທີ 1 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຕິດຕໍ່

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບວິທີຕິດຕໍ່ທ່ານ. ລວມທັງລະຫັດເຂດສາລັບເບໂທລະສັບທັງໝົດ.

ເບໂທລະສັບ	ປະເພດຂອງໂທລະສັບ ☐ ເຮອນ ☐ ມຖ ☐ ບ່ອນເຮັດວຽກ
ເບໂທລະສັບອື່ນໆ	ເບໂທນີ້ເປັນຂອງໃຜ? ☐ ຕົນເອງ ☐ ຄອບຄົວ ☐ ອື່ນໆ
ຊ່ອງບຸກຄົນນັ້ນແມ່ນຫຍັງ?	

ທ່ານຢູ່ເມືອງ

ທ່ານຕ້ອງການຮັບຈົດໝາຍຂອງທ່ານແບບໃດ? ☐ ໄປສະນ ☐ ອເມວ – ACCESS

ທ່ານມາທ່ຽວທ່ານໄປສະນແຍກຕ່າງຫາກຈາກບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ບ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາຂຽນທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍໄດ້.

ທ່ານຢູ່ຖະໜົນ

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

ຕອນນີ້ທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສບ?*

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

*ຄົນບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສ ໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ໄລຍະຍາວເພື່ອພັກເຊົາໃນຕອນກາງຄຸນ. ຊ່ຽນແມ່ນລວມເຖິງການພັກພາອາໄສຢູ່ສະໜັກພັກ, ກັບໝໍເພື່ອນ ຫ ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ, ຫ ບ່ອນຢູ່.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສ, ໃຫ້ຂ້າມຄຳຖາມກ່ຽວກັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສໃນຂະນະນີ້ ແລະ ບໍ່ມີທ່ານໄປສະນ, ຈົດໝາຍຂອງທ່ານຈະໄປຫາ ອົງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ວິທານ ແລະ ເວລາທີ່ທ່ານສຸດທ້າຍຈະຕິດຕໍ່ທ່ານແມ່ນແບບໃດ?

ພາກທີ 2 – ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຖ້າທ່ານທ່ານກຳລັງຕໍ່ແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົນອື່ນ, ຕອບຄຳຖາມທັງໝົດກັບວ່າທ່ານແມ່ນບຸກຄົນນັ້ນ.

ການໃຫ້ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ), ຖ້າວ່າ, ແມ່ນສິ່ງທີ່ກົດໝາຍການຄ້າສາລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດ.

ຖານໃຊ້ເພື່ອຊ່ວຍການຄຸ້ມຄອງສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ຈານວນສິດທີ່ປະໂຫຍດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ), ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ທີ່ www.ssa.gov/number-card.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານບໍ່ຈະເປັນຕ້ອງຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບຊົນເຜົ່າ ແລະ ເຊື້ອຊາດຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ. ພວກເຮົາກຳລັງຖາມຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ຖືກແບ່ງແຍກຍ້ອນຊົນເຜົ່າ ຫ ເຊື້ອຊາດ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ ແລະ ຈານວນສິດທີ່ປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.

Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	ວັນເດືອນປີເກດ (mm/dd/yyyy)
--	----------------------------

ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ສະຖານະ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ໂສດ ☐ ຢ່າຮ້າງ
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ☐ ແມ່ນ ☒ ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລກ) ☐ ຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລກ) ເລກທຸກຂໍ້ກ່ຽວຂ້ອງ ☐ ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ ☐ ຄົນອາຊ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຄົນພົ້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ☐ ຄົນຜິວຂາວ ☐ ອື່ນໆ ☐ ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ພາສາຕົ້ນຕໍທີ່ເວົ້າຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ	ທ່ານຕ້ອງການພົມຕົວອັກສອນ FoodShare ເປັນພາສາໃດ?

ພາກທີ 3 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮອນ

ຕໍ່ມາໃສ່ພາກນີ້ກ່ຽວກັບຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ. ຖ້າວ່າຕ້ອງການພັນທະເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າໜຶ່ງແຜ່ນ, ແລະ ແນບໃສ່ກັບຄາຮ້ອງ.

ກົດໝາຍການນິດໃຫ້ລະບຸ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) (SSN) ສາລັບບຸກຄົນທີ່ສະແຫວງຫາສິດທິປະໂຫຍດສາທາລະນະ. ຖ້າບໍ່ມີ, ຫຼື ຖ້າບໍ່ຮູ້, ຫຼື ຖ້າບໍ່ມີ SSN ຂອງບຸກຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ, ຫ ພວກເຂົາບໍ່ມ, ຍັງລວມເຂົ້າໄວ້ຢູ່ໃນພາກນີ້.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານບໍ່ຈະເປັນຕ້ອງຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບຊົນເຜົ່າ ແລະ ເຊື້ອຊາດຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ. ພວກເຮົາກຳລັງຖາມຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ຖືກແບ່ງແຍກຍ້ອນຊົນເຜົ່າ ຫ ເຊື້ອຊາດ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ ແລະ ຈຳນວນສິດທິປະໂຫຍດ.

ບຸກຄົນທີ 1 (ຜູ້ຮ້ອງຂໍ)

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
ວັນເດືອນປີເກດ (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ສະຖານະ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ໂສດ ☐ ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລກ) ☐ ຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລກ) ເລກທຸກຂໍ້ກ່ຽວຂ້ອງ ☐ ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ ☐ ຄົນອາຊ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຄົນພົ້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ☐ ຄົນຜິວຂາວ ☐ ອື່ນໆ ☐ ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ		
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜົນສະໝັກ	ທ່ານຊ້ອຍທານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ບຸກຄົນທີ 2

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ວັນເດືອນປີເກດ (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ສະຖານະ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ໂສດ ☐ ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລກ) ☐ ຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: ☐ ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ ☐ ຄົນອາຊ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ☐ ຄົນຜິວຂາວ ☐ ອື່ນໆ ☐ ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ		
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜົນສະໜັກ	ທ່ານຊ້ອາຫານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນັ້ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນັ້ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ບຸກຄົນທີ 3

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ວັນເດືອນປີເກດ (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ສະຖານະ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ໂສດ ☐ ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລກ) ☐ ຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: ☐ ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ ☐ ຄົນອາຊ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ☐ ຄົນຜິວຂາວ ☐ ອື່ນໆ ☐ ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ		
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜົນສະໜັກ	ທ່ານຊ້ອາຫານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນັ້ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນັ້ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ບຸກຄົນທີ 4

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
-----------------------------	---

ວັນເດືອນປີເກດ (mm/dd/yyyy)		Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ		ສະຖານະ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ໂສດ ☐ ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລກ) ☐ ຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫ ລາຕິນ(a) ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: ☐ ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ ☐ ຄົນອາຊີ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ ☐ ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ☐ ຄົນຜິວຂາວ ☐ ອື່ນໆ ☐ ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ			
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜົນສະໝັກ	ທ່ານຊ້ອກຫານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນັ້ນບໍ່?	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນັ້ນບໍ່?	
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	

ພາກທີ 4 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບນັກຮຽນ

ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າຕ່າງຫາກ.

ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີບ່ອນອາໄສ 18-49 ປີ ທີ່ກຳລັງຮຽນໃນ ໂຮງຮຽນທັງມັດທະຍົມ (ຕົວຢ່າງ: ວິທະຍາໄລເຕັກນິກ ຫ ມະຫາວິທະຍາໄລ) ບໍ່? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປທີ່ພາກທີ 5.	ມາການຮຽນນອກຫັກສດປົກກະຕິບໍ່? ຫ້ອງຮຽນພິເສດທີ່ບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຫັກສດປົກກະຕິສາມາດປະກອບມາຈາກການສຶກສາສ້ອມ, ການສຶກສາຕ່ຳເນື່ອງ ຫ ການສຶກສາສູງມື, ການພັດທະນາວິຊາຊີບ, ພາສາອັງກິດສາລັບຜູ້ເວົ້າພາສາອື່ນໆ (ESOL/ESL), ແລະ ການພັດທະນາບຸກຄະລາກອນ. ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປທີ່ພາກທີ 5.
ຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ	ນັກຮຽນໄດ້ສະໝັກ: ☐ ໜ້ອຍກວ່າເຄິ່ງເວລາ ☐ ເຄິ່ງເວລາ ຫ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ☐ ເຕັມເວລາ ☐ ອື່ນໆ
ຊ່ອງນັກຮຽນທີ່ເຂົ້າຮຽນຢູ່ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມສຸກສາ (ຕົ້ນ, ກາງ, ປາຍ)	
ນັກຮຽນບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກເນື່ອງຈາກຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ ຫ ຖາວອນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Wisconsin Works (ວຽກງານ Wisconsin) (W-2) ຫ ໂຄງການອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກ TANF ພາຍໃຕ້ຫົວຂໍ້ IV ຂອງ Social Security Act (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ). ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
ນັກຮຽນຖືກຈ້າງຢ່າງໜ້ອຍ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດບໍ່?	ນັກຮຽນປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະບໍ່?
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ນັກຮຽນກຳລັງເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສຶກສາການເຮັດວຽກເງິນທຸນຂອງລັດ ຫ ລັດທະບານກາງບໍ່?	
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	

ນັກຮຽນເຮັດວຽກໃນໂຄງການຝຶກອົບຮົມວຽກງານທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນນັ້ນກາລັງເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍທີ່ອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 6 ປປ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍອາຍຸ 6-12 ປ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຢ່າງພຽງພໍ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນເປັນພໍ່ແມ່ລ້ຽງດ່ຽວກາລັງເບິ່ງແຍງເດັກທີ່ມອາຍຸໜ້ອຍກວ່າ 12 ປ ແລະ ກາລັງເຂົ້າຮຽນເຕັມເວລາບ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນເຂົ້າໂຮງຮຽນເນື່ອງຈາກການບັນຈຸເຂົ້າຮຽນໂດຍຜ່ານ Workforce Innovation and Opportunity Act (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍນະວັດຕະກາ ແລະ ໂອກາດຂອງແຮງງານ) (WIOA), Trade Act of 1974 (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄ້າປ 1974) (TAA), W-2, FoodShare Employment and Training (ການຈ້າງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມຂອງ FoodShare) (FSET), ຫ ໂຄງການການຈ້າງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມອື່ນໆ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ພາກທີ 5 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮອນເພີ່ມເຕີມ

ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານ ທີ່ Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ), Veterans Administration (ອົງການຄຸ້ມຄອງນັກຮົບເກົ່າ) ຫ Railroad Retirement Board (ຄະນະການລະການລົດໄຟບານນ) ພົບເຫັນວ່າຄວາມພິການຖາວອນບ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມພິການ (ຊື່, ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີການິດວ່າພິການ (mm/dd/yyyy)

ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ເນື່ອງຈາກການເຈັບປ່ວຍ ຫ ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ (ທາງຈິດໃຈ ຫ ຮ່າງກາຍ) ບ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີການິດວ່າບຸກຄົນນັ້ນບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານຖືພາບ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ຖືພາ (ຊື່, ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານທີ່ມອາຍຸ 18-24 ປ ທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖາ, ການປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜ ຫ ການເບິ່ງແຍງຍາດພ່ື້ນອງຕາມຄາສັງຂອງສານ ເມື່ອຜ່ຳກ່ຽວມອາຍຸຄົບ 18 ປປ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ມອາຍຸ 18-24 ປ ທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖາ, ການປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບ ເງິນອຸດໜ ຫ ການເບິ່ງແຍງຍາດພ່ື້ນອງຕາມຄາສັງຂອງສານ ເມື່ອຜ່ຳກ່ຽວມອາຍຸຄົບ 18 ປ (ຊື່, ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານ ເປັນນັກຮົບເກົ່າຂອງກອງທັບສະຫະລັດ ທີ່ຖືກປົດອອກຈາກຕາແຫ່ງຍ້ອນສາເຫດໃດໜຶ່ງ ຫ ບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ເປັນນັກຮົບເກົ່າ (ຊື່, ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານ ເຂົ້າຮ່ວມ ໂຄງການພາວະຜິດປົກກະຕິຈາກການນາໃຊ້ສານເສບຕິດ (ນັບລວມໂຄງການຜິດຕິດເຫື້າທີ່ ບໍ່ເປດເຜຍຊຸ ຫ ຜິດຕິດຢາເສບຕິດບໍ່ເປດເຜຍຊຸ) ເປັນປະຈຳ ຫ ບ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຮັກສາປ່ນປົວ (ຊື່, ຊຸກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານ ເປັນຜູ້ເບິ່ງແຍງດແລຫັກຂອງເດັກທີ່ມອບຢູ່ຕ່ຳກວ່າ 6 ປ ຫ ຄົນອ່ນທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງດແລຕົນເອງໄດ້ (ທ່ານໄສຢູ່ໃນເຮອນ ຫ ຢູ່ນອກເຮອນ) ບ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່		ຊຸ່ບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດແລ (ຊື່, ຊຸ່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	
ມບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານ ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການການເຮັດວຽກບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ໂຄງການຜ່ອກແຮງງານທີ່ຖືກຍົກຍ້າຍ, Wisconsin Works (W-2), ຫ Tribal TANF? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່		ຊຸ່ບຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊຸ່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	
ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າມຄວາມຜິດໃນຄະດອຍາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາເສບຕິດໃນຊ່ວງທີ່ຢາບໍ່ທ່ານມາບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່	ຊຸ່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກຕັດສິນວ່າມຄວາມຜິດທາງອາຍາກ່ຽວກັບ ຢາເສບຕິດ (ຊື່, ຊຸ່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນທີ່ຕັດສິນການກະທຳຜິດ (mm/dd/yyyy)	
ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ຫົບໜຈາກຄວາມຜິດທາງອາຍາ ຫ ລະເມດການຄຸມຂັງ ຫ ຖືກປ່ອຍຕົວບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່	ຊຸ່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຫົບໜຈາກຄວາມຜິດທາງອາຍາ ຫ ລະເມດການຄຸມຂັງ ຫ ຖືກປ່ອຍຕົວ (ຊື່, ຊຸ່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		

ພາກທີ 6 – ຊັບສິນ

ຈາເປັນຕ້ອງໃຊ້ຂໍ້ມູນຊັບສິນສະເພາະໃນກລະນທີ່ທ່ານສະໜັກຂຶ້ນສະຫວັດດການສຸກເສນ ຫ ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄອບຄົວທີ່ມີຜົນສູງອາຍຸ, ຕາບອດ ຫ ພິການ.

ຂຽນທຸກຊັບສິນທີ່ມີສະໜັກເປັນເຈົ້າຂອງນັ້ນລົງເປັນລາຍການ. ລວມເຖິງຊັບສິນທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມກັນຄົນອ່ນນາ. ຊັບສິນທີ່ມີຢູ່ໜາຍເຖິງຊັບສິນໃດໜຶ່ງທີ່ສາມາດປ່ຽນເປັນເງິນສົດໃນເວລາໃດກໍໄດ້.

ລາຍຊື່ລາຍການ ເຊັ່ນ: ເງິນສົດ, ແຊັກ ຫ ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ, ບັດເດບິດແບບແຕມເງິນ, ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ (CDs), ກອງທຸນທຣັສ, ຫັກຊັບ, ພັນທະບັດ (ບໍ່ໄດ້ການິດໄວ້ເພື່ອການສກສາ ຫ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນງານລົບ), ດອກເບ້ຍເງິນ, ພັນທະບັດເງິນຝາກປະຢັດສະຫະລັດ, ສັນຍາຊັບສິນ, ສັນຍາສະໂໜດ, ການຊື້ສິດໃນການນາໃຊ້ອະສັງຫາໃນຊ່ວງເວລາທີ່ການິດ, ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ, ສິດທິເກັບຄ່າເຊົ່າໃນທີ່ດິນຕະຫຼອດຊຸບ, ຫ ຊັບສິນສ່ວນບຸກຄົນທີ່ຖືກຈັດຂັ້ນເພ່ອຈຸດປະສົງການລົງທຸນ. ຢາລວມເອົາມນຄ່າເຄ່ອງຂອງຄົວເຮອນສ່ວນຕົວເຂົ້ານາ.

ປະເພດຂອງຊັບສິນ	ຊື່ເປັນເຈົ້າຂອງ	ມນຄ່າປັດຈຸບັນ	ລາຍລະອຽດ (ເຊັ່ນວ່າ: ຊຸ່ຂອງທະນາຄານ ຫ ສະຖາບັນການເງິນ, ລວມທັງຊັບສິນປະເພດອ່ນໆຢູ່ທ່ານ)
ເງິນສົດ		\$	
ບັນຊີເງິນຝາກກະແສລາຍວັນ		\$	
ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອ່ນໆ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອ່ນໆ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອ່ນໆ		\$	

ພາກທີ 7 – ລາຍຮັບ ແລະ ຄ່າຈ້າງຈາກການຈ້າງງານ/ການເຮັດວຽກ

ການລົງທະບຽນ FoodShare ແມ່ນໜຶ່ງໃນລະບົບຂອງລັດເວີຈອນສະຕາດ (ກ່ອນພາສ ຫ ຫຼັງຫັກພາສ) ລາຍໄດ້. ຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະແມ່ນຢູ່ໃນພາກທີ 9. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າຕ່າງຫາກ.

ມສະມາຊິກໃນເຮອນຜູ້ໃດເຮັດວຽກບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າແມ່ນ, ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ ສາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮອນແຕ່ລະຄົນທີ່ເຮັດວຽກ.

ມີໃດເປັນແຮງງານຂ້າມຊາດບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ບຸກຄົນທີ 1

ຊື່ຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີການຈ້າງເຮັດວຽກເລີ່ມຕົ້ນ (mm/dd/yyyy)

ຊື່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ (ເລອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)?

☐ ທຸກໆອາທິດ ☐ ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັນອອກ) ☐ ເດືອນລະຄັ້ງ ☐ ທຸກໆເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ)
☐ ອື່ນໆ, ໃຫ້ລະບຸລາຍລະອຽດ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ແຊັກເງິນເດືອນ?

ລາຍໄດ້ລວມ (ກ່ອນຫັກພາສ ຫ ຫຼັງຫັກພາສ) ຕໍ່ແຊັກເງິນເດືອນ
\$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນຊົ່ວໂມງບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເທົ່າໃດຕໍ່ຊົ່ວໂມງ? \$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນເງິນເດືອນບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ເງິນເດືອນຂອງບຸກຄົນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ? \$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນພິເສດ ຫ ຄ່າຕອບແທນນອກເໜືອຈາກຄ່າຈ້າງຊົ່ວໂມງ ຫ ເງິນເດືອນຂອງພວກເຂົາບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນເດືອນລະເທົ່າໃດ? \$

ບຸກຄົນທີ 2

ຊື່ຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີການຈ້າງເຮັດວຽກເລີ່ມຕົ້ນ (mm/dd/yyyy)

ຊື່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ (ເລອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)?

☐ ທຸກໆອາທິດ ☐ ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັນອອກ) ☐ ເດືອນລະຄັ້ງ ☐ ທຸກໆເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ)
☐ ອື່ນໆ

ຈານວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ແຊັກເງິນເດອນ?	ລາຍໄດ້ລວມ (ກ່ອນຫັກພາສ ຫ ຫັງຫັກພາສ) ຕໍ່ແຊັກເງິນເດອນ \$
ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນຊົ່ວໂມງບໍ?	
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເທົ່າໃດຕໍ່ຊົ່ວໂມງ? \$	
ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນເງິນເດອນບໍ?	
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ເງິນເດອນຂອງບຸກຄົນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ? \$	
ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນພິເສດ ຫ ຄ່າຕອບແທນນອກເໜືອຈາກຄ່າຈ້າງຊົ່ວໂມງ ຫ ເງິນເດອນຂອງພວກເຂົາບໍ?	
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນເດອນລະເທົ່າໃດ? \$	

ພາກທີ 8 – ການເສຍການຈ້າງງານ

ມີໃຜໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານຫາກໍ່ຖືກຍົກເລກການຈ້າງງານ?	
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ໃຫ້ຕອບໃສ່ສ່ວນເຫຼືອຂອງພາກທີ 8.	
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກຍົກເລກການຈ້າງງານ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນທວງກລິນສຸດ (mm/dd/yyyy)
ຊື່ ແລະ ທ່ີຂອງນາຍຈ້າງ	

ເຫດຜົນທີ່ຖືກຍົກເລກການຈ້າງງານ	ຄົນຜົນນີ້ໄດ້ສະໜັກຂະປະກັນໄພຫວ່າງງານບໍ?
☐ ລາອອກ ☐ ຖືກໄລ່ອອກ ☐ ຖືກປົດອອກ ☐ ອື່ນໆ: _____	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າແມ່ນ, ເມື່ອໃດທີ່ບຸກຄົນນີ້ຍ່ນສະແດງການວ່າງງານ (mm/dd/yyyy)?

ພາກທີ 9 – ລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ. ລວມທັງລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບເຖິງແມ່ນວ່າບຸກຄົນນີ້ບໍ່ໄດ້ຍ່ນເສຍພາສ. ຍົກຕົວຢ່າງການປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ ຊຶ່ງໄດ້ແກ່ ການເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ, ການໃຫ້ເຊົ່າອະສັງຫາລິມະຊັບ ຫ ການແລກປ່ຽນສິນຄ້າ ຫ ການບລິການໃດໜຶ່ງກັບເງິນ. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມ ຫ ມຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົນທີ່ເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າຕ່າງຫາກ.

ມີໃຜໃນເຮອນຂອງທ່ານທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະບໍ?	
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ໃຫ້ຕອບໃສ່ສ່ວນເຫຼືອຂອງພາກທີ 9.	
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງທຸລະກິດ
ທ່ີຂອງທຸລະກິດ	

ປະເພດຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ	
☐ ຫ້າງຫຸ້ນສ່ວນ ☐ ບລິສັດ S ☐ ຫ້າງຫຸ້ນສ່ວນຜູ້ດຽວ ☐ ບລິສັດ ☐ ອື່ນໆ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້	
ປະເພດທຸລະກິດ (ເຮັດສວນ, ສະຖານຮັບລ້ຽງເດັກນ້ອຍຢູ່ບ້ານ)	ວັນທີ່ທຸລະກິດເລີ່ມຕົ້ນ

ທຸລະກິດນີ້ໄດ້ຍ່ນເສຍພາສບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ພາສໃດທີ່ທຸລະກິດໄດ້ຍ່ນເສຍພາສເທື່ອກ່ອນ?

ທຸລະກິດມການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ ຫ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢ່າງຫວງຫາຍນັບແຕ່ການຍ່ນພາສຄັ້ງລ້ສຸດບໍ່?

☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້

ໂດຍສະເລ່ຍ, ທຸລະກິດນັ້ມລາຍຮັບລວມເທົ່າໃດໃນແຕ່ລະເດອນ? ກະລຸນາເອົາລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບກ່ອນທີ່ຈະລົບລາຍຈ່າຍໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ. \$

ໂດຍສະເລ່ຍ, ຈານວນລາຍຈ່າຍທັງໝົດຂອງທຸລະກິດນັ້ມເທົ່າໃດຕໍ່ເດອນ?

\$

ສະເລ່ຍ, ຈານວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດອນທີ່ບຸກຄົນນັ້ເຮັດວຽກແກ່ທຸລະກິດນັ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?

ພາຫທໍ 10 – ລາຍຮັບເປັນສິ່ງຂອງ ຫ ລາຍຮັບອາສາສະໝັກອ່ນງ

ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບກ່ຽວກັບສິ່ງຂອງ (ການໄດ້ຮັບສິນຄ້າ, ບລິການ ຫ ອາຫານເພ່ອແລກປ່ຽນກັບວຽກງານ) ຫ ວຽກງານອາສາສະໝັກທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເຮັດ. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພ່ມເຕມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ຊ່ອງບຸກຄົນ ຫ ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ໃຫ້ສິນຄ້າ, ການບລິການ ຫ ອາຫານເພ່ອແລກປ່ຽນກັບວຽກງານ ຫ ບລິການ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

ເບໂທລະສັບ

ເມອງ

ລັດ

ລະຫັດໄປສະນີ

ສິ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດເພ່ອແລກປ່ຽນສິນຄ້າ, ການບລິການ ຫ ອາຫານ ແມ່ນມີຫຍັງແດ່?

ຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະເດອນ?

ວັນທເລ່ມຕົ້ນ

ຊ່ອງບຸກຄົນ ຫ ອົງການຈັດຕັ້ງ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

ເບໂທລະສັບ

ເມອງ

ລັດ

ລະຫັດໄປສະນີ

ທ່ານເປັນອາສາສະໝັກຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະເດອນ?

ວັນທເລ່ມຕົ້ນ

ພາກທໍ 11 – ລາຍຮັບອ່ນງ

ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພ່ມເຕມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ມໃຜໃນເຮອນຂອງທ່ານທໍມລາຍຮັບອ່ນງບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າມ, ປະກອບໃສ່ພາກສ່ວນລຸ່ມນັ້ສາລັບແຕ່ລະປະເພດຂອງລາຍຮັບ.

ປະເພດຂອງລາຍຮັບ	ທ່ານໄດ້ຮັບສິ່ງນີ້ແລ້ວຫບໍ່?	ຊ່ວຍຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບລາຍຮັບນີ້	ຍອດລວມຈານວນເງິນປະຈາເດອນ (ກ່ອນຫັກພາສ ຫ ຫັງຫັກພາສ)
Social Security (ປະກັນສັງຄົມ)	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
Supplemental Security Income (ລາຍໄດ້ເສມຄວາມໜັ້ນຄົງ) (SSI)	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ຄ່າລ້ຽງດເມຍ/ລ້ຽງດສິ່ງເສມເດັກ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ເງິນຊົດເຊຍພະນັກງານ/ການຫວ່າງງານ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ຄ່າພິການ/ເຈັບປ່ວຍ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ເງິນຊົດເຊຍຂອງນັກຮົບເກົ່າ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ລາຍຈ່າຍຄ່າອຸປະຖາລ້ຽງດ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ລາຍຈ່າຍຄ່າອຸປະຖາລ້ຽງດເຄອຍາດ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$
ອື່ນໆ: _____	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		\$

ພາຫ໌ທ 12 – ລາຍຈ່າຍ

ການເບິ່ງແຍງຜູ້ສອງອາຍຸ: ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດແລເດັກ ຫ ຜູ້ໃຫຍ່ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຂົາໄດ້ເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ໄປໂຮງຮຽນ ຫ ເຂົ້າຮັບການຝຣກອົບຮົມບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ບຸກຄນທີ່ຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດແລລູກ ຫ ຜູ້ໃຫຍ່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ແມ່ນໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດແລເດັກ ຫ ຜູ້ໃຫຍ່ຄນນີ້? (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງເດັກ ຫ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດແລ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)
ຈານວນ \$	ການຈ່າຍນີ້ແມ່ນເລ້ອຍປານໃດ (ເລອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)? ☐ ທຸກໆອາທິດ ☐ ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັ້ນອາທິດ) ☐ ເດອນລະຄັ້ງ ☐ ທຸກໆເຄ່ງເດອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດອນ) ☐ ອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ:	

ການລ້ຽງດບຸດ: ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖຸກສານສັ່ງໃຫ້ຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດບຸດບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງບຸກຄນທີ່ຈ່າຍເງິນຄ່າລ້ຽງດບຸດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງບຸກຄນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງເດັກ ຫ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ໄດ້ຈ່າຍເງິນຄ່າລ້ຽງດບຸດໃຫ້ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)
ຈານວນ \$	ການຈ່າຍນີ້ແມ່ນເລ້ອຍປານໃດ (ເລອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)? ☐ ທຸກໆອາທິດ ☐ ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັ້ນອາທິດ) ☐ ເດອນລະຄັ້ງ ☐ ທຸກໆເຄ່ງເດອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດອນ) ☐ ອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ:	

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປີນປົວພະຍາດ: ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ສູງອາຍຸ, ຕາບອດ ຫ ການິດໃຫ້ເປັນຜູ້ພິການ ມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການຮັກສາພະຍາບານທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງບໍ່?
ເບິ່ງຕົວຢ່າງການຫັກເງິນຄ່າຮັກສາພະຍາບານ ແລະ ຜົນກະທົບຕໍ່ສິດທິປະໂຫຍດຂອງ FoodShare ຫ [P-03315B](#) ທີ່
www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b.

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຜູ້ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຄ່າຮັກສາພະຍາບານປະເພດໃດແດ່?	ຈານວນ
	☐ ໃບສັງຢາ	\$
	☐ ຄ່າຮັກສາພະຍາບານ	\$
	☐ ການຮ່ວມຈ່າຍ	\$
	☐ ເບ້ຍປະກັນ	\$
	☐ ອື່ນໆ	\$
	☐ ອື່ນໆ	\$

ການຈ່າຍນີ້ແມ່ນເລື້ອຍປານໃດ (ເລືອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)?

☐ ທຸກໆອາທິດ ☐ ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັນອອກ) ☐ ເດືອນລະຄັ້ງ ☐ ທຸກໆເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ)
☐ ອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ:

ຄ່າທຳພິກ: ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທຳພິກອາໄສ (ຄ່າເຊົ່າ, ຄ່າຈານອງ, ອາກອນຊັບສິນ) ບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທຳພິກອາໄສ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນ
	\$

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ເພື່ອຫຍັງ?

☐ ຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າເຊົ່າຕອນດິນ ☐ ຄ່າຈານອງ ☐ ອາກອນຊັບສິນ ☐ ປະກັນໄພເຈົ້າຂອງເຮອນ
☐ ການຊາລະເງິນຄ່າສິນເຊື່ອບ້ານເຄື່ອນທີ່ ☐ ການປະເມນພິເສດ ຫ ພາສສາລັບສິ່ງຕ່າງໆ ເຊັ່ນວ່າ ການສ້ອມແປງທາງຍ່າງ ຫ ຖະໜົນ

ຄ່າສາທາລະນະປະໂຫກ:

ມີໃຜໃນເຮອນຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະປະໂຫກບ?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ ເຊົ່າ, ຄ່າເຊົ່າແມ່ນລວມເຖງຄ່າເຄື່ອງເຮັດຄວາມອຸ່ນດ້ວຍຫບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ໃສ່ໝາຍຖາກໃສ່ຫ້ອງສາລັບສາທາລະນະປະໂຫກທີ່ຄົວເຮອນຂອງທ່ານຈາເປັນຕ້ອງຈ່າຍ ແລະ ຖ້າຫາກສາທາລະນະປະໂຫກຖາກໃຊ້ເພື່ອເຮັດໃຫ້ເຮອນຂອງທ່ານອຸ່ນ.

ທ່ານຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະປະໂຫກບ?	ໃຊ້ສາລັບຄວາມອຸ່ນບ?
ອາຍແກັສ (ທາມະຊາດ) ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ໄຟຟ້າ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ແກັສໂປຣເປນແຫຼວ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ນ້ຳມັນເຊື້ອໄຟ/ນ້ຳມັນກາສ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ່ານຫນ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຟນ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ
----	-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

ໃສ່ໝາຍຖືກໃສ່ຫ້ອງສາລັບສາທາລະນະປະໂຫຍດທົ່ວເຮືອນຂອງທ່ານຈາກເປັນຕ້ອງຈ່າຍ.

☐ ໂທລະສັບ ☐ ນ້ຳ ☐ ທໍ່ນ້ຳເສຍ ☐ ບລິການເກັບມ້ຽນຂໍ້ເທຍ້ອ ☐ ຄ່າແອ ☐ ອື່ນໆ: _____

ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານທ່ຳຢ່າໄສ (ພາກທີ 8 ຫຼື ເງິນອຸດໜຸດດ້ານທ່ຳຢ່າໄສສາທາລະນະອື່ນໆ)?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພະລັງງານ (WHEAP, LIHEAP, ສະພາບອາກາດ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານອື່ນໆຈາກລັດອື່ນ) ບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

WISCONSIN FOODSHARE ຂໍ້ມູນສຳຄັນ

ໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກສະບັບນີ້ ແມ່ນມາໄວ້ສຳລັບ FoodShare ແລະ ບໍ່ແມ່ນໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກສຳລັບ Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Wisconsin Shares (ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເບິ່ງແຍງເດັກ) ຫຼື Wisconsin Works (ວຽກງານ Wisconsin) (W-2). ໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ຊ່ວຍໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງເດັກ ຫຼື ການຊອກຫາວຽກ. ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍ BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, ແລະ Wisconsin Shares ອອນລາຍໄດ້ທີ່ [access.wi.gov](https://www.wisconsin.gov/access.wi.gov) ໃນເວລາດຽວກັນທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍ FoodShare. ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ຕົວແທນຂອງທ່ານເພື່ອສະໝັກຂໍ W-2.

FoodShare ແມ່ນການໃຫ້ສິດທິ ໝາຍຄວາມວ່າຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ທີ່ມີລາຍຮັບໜ້ອຍ ແລະ ມີບັນຫາໃນການຊຳລາທຶນໃຫ້ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອປະຈຳເດືອນ ເພື່ອໃຫ້ມີລາຍຮັບທ່ຳພຽງພໍ. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍ W-2 ຫຼື ໂຄງການອື່ນໆເພື່ອໃຫ້ສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare. ປົກກະຕິຄົວເຮືອນແມ່ນປະກອບດ້ວຍຄົນທຳອາໄສຢູ່ນຳກັນ ແລະ ກິນອາຫານຮ່ວມກັນ. ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນໄດ້ຮັບອາດຈະຕ່ຳລາຍໄດ້, ລາຍຈ່າຍ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ. ສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare ແມ່ນອອກໃຫ້ໃນບັດ Wisconsin QUEST, ຊຶ່ງໃຊ້ຄຳກັນກັບບັດເບີດທີ່ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງ, ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຍ່ອຍທາງອອນລາຍ ຫຼື ຕະຫຼາດກະສິກຳທີ່ຮອງຮັບສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare.

ຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລາຍງານ ຖ້າລາຍຮັບລວມຍອດປະຈຳເດືອນຂອງຄວາມເຮືອນຂອງທ່ານເກີນ 130% ຂອງ federal poverty level (ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ) ສຳລັບຂະໜາດຄວາມເຮືອນຂອງທ່ານ.

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລາຍງານການໄດ້ຮັບເງິນຫຼວຍ ຫຼື ການຊະນະພະນັນໃນເກມດຽວ, ການເດີມພັນ ຫຼື ບິໂ້ທີ່ເປັນຈຳນວນຫຼວງຫຼາຍ ກ່ອນຫັກອາກອນ ຫຼື ຈຳນວນອື່ນໆທີ່ຖືກລະງັບໄວ້.

ທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄວາມເຮືອນຂອງທ່ານ ອາດຈະຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ໃນບາງຈຸດໃນຊ່ວງໄລຍະເວລາການຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານ ເພື່ອສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນສູງເຄາະຂອງ FoodShare. ເພື່ອບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດໃນການເຮັດວຽກ, ທ່ານຕ້ອງເຮັດວຽກ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການເຮັດວຽກຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ. ຖ້າຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງທ່ານຕໍ່າກວ່າ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລາຍງານເລື່ອງນີ້.

ຍ້ອນວ່າເປັນສະມາຊິກຂອງ FoodShare, ທ່ານມີສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ.

ສິດຂອງທ່ານລວມມີ:

- ສິດໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບສະຖານະການລົງທະບຽນຂອງທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການສະໝັກ.
- ສິດໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊຍພາຍໃນເຈັດວັນຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທັນທີ.
- ຈະບໍ່ມີການເລກປະຕິບັດ ພຽງເພາະວ່າທ່ານເປັນຜູ້ສອງອາຍຸ ຫຼື ເພາະເຊື້ອຊາດ, ສູນຍາວ, ຊາດກາເນດ, ເພດ (ລວມເຖິງຮູບລັກທາງເພດ ແລະ ຮິດສະນິຍົມທາງເພດ), ຄວາມເຊື່ອທາງສາດສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການຕອບໂຕ້/ການແກ້ແຄ້ນສຳລັບກິດຈະກຳທາງສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້.

ທ່ານຮັບຜິດຊອບຕໍ່:

- ການຕອບຄຳຖາມທັງໝົດໃນໃບສະໝັກຢ່າງຄົບຖ້ວນ ແລະ ຊັດເຈນ ແລະ ເຊັນຊ່ອງທ່ານເພື່ອຢືນຢັນພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການໃຫ້ຄວາມເຫັນວ່າຄຳຕອບທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນເປັນຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຊຶ່ງນີ້ແມ່ນລວມເຖິງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສັນຊາດ ແລະ ສະຖານະການຍ້າຍຖິ່ນຖານຂອງສະມາຊິກທີ່ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ.
- ການໃຫ້ຫ້າການຂອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຕ້ອງການເພື່ອການຄຸ້ມຄອງການມີສິດໄດ້ຮັບ.

- ການລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ຕ້ອງການພາຍໃນໄລຍະເວລາທີ່ໃຫ້ແກ່ທ່ານໃນໜັງສືຂອງທ່ານ.
- ບ່ອນ, ແລກປ່ຽນ ຫຼື ແບ່ງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.
- ການໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ພຽງແຕ່ຊື່ສິ່ງຂອງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເທົ່ານັ້ນ.

ຄົນທີ່ລະເມດກົດລະບຽບຂອງ FoodShare ອາດຈະຖືກຕັດສິດຈາກໂຄງການ, ຖືກປັບໄໝ, ຈັບເຂົ້າຄຸກ ຫຼື ທັງສາມ. ສາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b.

ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງການລາຍລັກອັກສອນຈາກຕົວແທນຂອງທ່ານກ່ອນການດາເນນການໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດເພື່ອສິ້ນສຸດ ຫຼື ຫຼຸດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານ. ສາລັບການດາເນນການສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນກ່ອນການດາເນນການ.

ການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາ

ທ່ານມີສິດໃນການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາ ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການກະທຳຂອງຕົວແທນ. ທ່ານອາດຈະຂໍການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາໂດຍທາງວາຈາໄດ້ໂດຍການໂທຫາ 608-266-7709. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງຄຳສະເໜີແບບຟອມການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາ ຫຼື ໜັງສືຄຳຮ້ອງການໄດ້ສ່ວນໂດຍແຟັກເຖິງ 608-264-9885 ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນະເຖິງ:

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

ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານພາຍໃນ **90 ວັນ**ຂອງວັນທີ່ມີບັງຄັບໃຊ້ຂອງຕົວແທນສາລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານ **ຫ**, ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຈຳນວນຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານໃນເວລາໃດໜຶ່ງໃນຂະນະທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາອາດຈະດາວໂຫຼດໄດ້ທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm, ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາຕົວແທນທ່ານລາຍຊື່ໃນໜັງສືຂອງທ່ານເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄດ້ສ່ວນ.

ໃນຄະດີສ່ວນໃຫຍ່, ຖ້າ Division of Hearings and Appeals (ພະແນກໄດ້ສ່ວນ ແລະ ອຸທອນ) ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ່ມີບັງຄັບໃຊ້ການດາເນນການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຢຸດ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ສຸດຕິເຫດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ຢ່າງໜ້ອຍຈົນກວ່າການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິບັດ. ໃນລະຫວ່າງເວລານັ້ນ, ຖ້າຫາກການປ່ຽນແປງທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງອ່ນໆເກດຂຶ້ນ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງໄດ້. ຖ້າຫາກການປ່ຽນແປງເກດຂຶ້ນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືໃໝ່. ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄຳຕັດສິນການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາ, ທ່ານອາດຈະອຸທອນ ແລະ ຂໍໃຫ້ມາການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາຄັ້ງທີສອງໄດ້. ຖ້າຄຳຕັດສິນການໄດ້ສ່ວນທີ່ເປັນທາສິ້ນສຸດ ຫຼື ຫຼຸດເງິນຊົດເຊຍຂອງທ່ານລົງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຊົດເຊຍໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານຍັງຄ້າງຢູ່ນັ້ນຄຸນ. ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍເພື່ອບໍ່ສຸດຕິເຫດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້.

ທ່ານອາດຈະເປັນຕົວແທນຂອງຕົວເອງ ຫຼື ໃຫ້ທ່ານນາຍຄວາມ, ໝໍ ຫຼື ອື່ນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເປັນຕົວແທນຢູ່ໃນການໄດ້ສ່ວນ ຫຼື ການປະຊຸມ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າທ່ານນາຍຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ອາດຈະມີບໍລິການກົດໝາຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ໂທ 888-278-0633.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມາປະກົດຕົວ ຫຼື ຕົວແທນຂອງທ່ານບໍ່ມາປະກົດຕົວຢ່າງທີ່ການໄດ້ສ່ວນໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່, ການອຸທອນຂອງທ່ານຖືກພິຈາລະນາວ່າຖືກປະປ້ອຍ ແລະ ຖືກປະຕິເສດ.

ຜົນກະທົບຕາມກົດໝາຍ, ຜົນກະທົບ ຫຼື ການມອບສິດ

ຖ້າຫາກທ່ານມີຜົນກະທົບຕາມກົດໝາຍ, ຜົນກະທົບ ຫຼື ການມອບສິດ, ບຸກຄົນນັ້ນສາມາດຕໍ່ມ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ບຸກຄົນນັ້ນຈະເປັນຜູ້ເອກະສານກ່ຽວກັບການແຕ່ງຕັ້ງກັບແບບຟອມນັ້ນ.

ການເກັບກຳຂໍ້ມູນ/ການນຳໃຊ້ SOCIAL SECURITY NUMBERS (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)/ຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວບຸກຄົນໄດ້
ການເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້, ລວມທັງ Social Security number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ຂອງສະມາຊິກຄົວເຮອນແຕ່ລະຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ Food and Nutrition Act of 2008 (ກົດໝາຍອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ 2008), ດັ່ງທີ່ໄດ້ປັບປຸງ, 7 U.S.C. 2011-2036. ຂໍ້ມູນຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກຳນົດວ່າຄົວເຮອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ສຸດຕິເຫດເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມໃນ SNAP ຫຼື ບໍ່.

ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກຳນົດວ່າຄົວເຮອນຂອງທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຮັກສາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ບໍ່. ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ຈະຖືກກວດສອບຜ່ານໂຄງການຈັບຄ່າທາງຄອມພິວເຕີ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກວດກາການຍອມປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ ແລະ ສາລັບການຈັດການໂຄງການ.

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍໃຫ້ກັບຕົວແທນຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກ່ອນໆສາລັບການກວດກາທາງການ ແລະ ເປີດເຜີຍໃຫ້ກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການຈັບບຸກຄົນທີ່ຫົຫຼຸດເພື່ອຫາລ້ຽງກົດໝາຍ.

- ທ່ານມອາຍຸ 16 ຫາ 17 ປີ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຄົນທາອິດໃນກຸ່ມຂອງ FoodShare.
 - ທ່ານມອາຍຸ 16 ຫາ 17 ປີ ແລະ ແມ່ນຄົນທາອິດຢູ່ໃນກຸ່ມ FoodShare ແຕ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນໂຮງຮຽນ ຫາ ໃນໂຄງການຈ້າງງານ ແລະ ຝ່າຍອື່ນຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາ.
 - ພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີຄວາມພ້ອມສຳລັບການເຮັດວຽກ ນີ້ໃຊ້ໄດ້ ຖ້າຫາກ:
 - ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ ຫາ ຖ້າວ່າຈາກລັດຖະບານ ຫາ ແຫ່ງເອກະຊົນ.
 - ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານພົບວ່າສະພາບຈິດໃຈ ຫາ ຮ່າງກາຍບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້.
 - ທ່ານຖືກຍັ້ງຢືນວ່າບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໂດຍໃບຢັ້ງຢືນຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບ ຫາ ພະນັກງານສັງຄົມ.
 - ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ W-2 ແລະ ຍອມປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂການເຮັດວຽກຂອງ W-2.
 - ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົ້ນຕໍສຳລັບເດັກໃນການອຸປະຖຳຍຸ້ນຍາກວ່າ 6 ປີ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮອນ ຫາ ນອກເຮອນຂອງທ່ານກໍຕາມ).
- ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າຫາກເດັກຄົນອ່ນຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍທັງພໍ່ ແລະ ແມ່, ມພຽງພໍດຽວທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຄວາມຕ້ອງການລົງທະບຽນການເຮັດວຽກຍ້ອນວ່າທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົ້ນຕໍຂອງເດັກນັ້ນ.
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົ້ນຕໍສຳລັບເດັກຄົນອ່ນຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງຕົນເອງໄດ້ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮອນ ຫາ ນອກເຮອນຂອງທ່ານກໍຕາມ).
 - ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂ ຫາ ກາລັງໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊຍການຫວ່າງງານ.
 - ທ່ານກາລັງເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການພັກພັ້ນ ຫາ ຮັກສາການຕິດ ເຫື້າ ຫາ ສິ່ງເສບຕິດອ່ນໆ ເປັນປະຈຳ.
 - ທ່ານກາລັງເຮັດວຽກຈຳນວນ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນຕໍ່ອາທິດ ຫຼື ກາລັງໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງປະຈຳອາທິດຈຳນວນ \$217.50 ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ.
 - ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາໃນໂຮງຮຽນທ່ມຊ່ຽງ, ໂຄງການການຝ່າງານ ຫາ ສະຖາບັນຂອງການສຶກສາຂັ້ນສູງ.

ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງມອບຫຼັກຖານໃຫ້ແກ່ຕົວແທນຂອງທ່ານຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂໃນບັນດາຂໍ້ກຳນົດນີ້. ເຖິງແມ່ນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ, ແຕ່ວ່າການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການເຮັດວຽກດັ່ງກ່າວແມ່ນຕ້ອງເປັນໄປດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ.

ມາດຕະການລົງທຶນຕໍ່ກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ

ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດມີສິດໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare ຕາມໄລຍະເວລາມາດຕະການລົງທຶນທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້. ອັນນີ້ລວມໄປເຖິງຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຮັດສິ່ງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງສະໝັກໃຈ ແລະ ບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່ດີ:

- ປະຕິເສດການສະເໜີວຽກທີ່ເໝາະສົມໃຫ້
- ອອກວຽກທີ່ເຮັດເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ (ຫຼື ວຽກທີ່ລາຍຮັບເທົ່າກັບຄ່າຈ້າງຂັ້ນຕ່ຳຂອງລັດຖະບານກາງສໍາລັບການເຮັດວຽກເປັນເວລາ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າຕໍ່ອາທິດ)
- ຫຼຸດຊົ່ວໂມງການເຮັດວຽກໃຫ້ໜ້ອຍກວ່າ 30 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ (ຫຼື ລາຍຮັບຂອງທ່ານໃຫ້ໜ້ອຍກວ່າ 30 ເທື່ອຂອງຄ່າຈ້າງຂັ້ນຕ່ຳຂອງລັດຖະບານກາງ)
- ເຂົ້າຮ່ວມໃນ W-2 ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂຂໍ້ກຳນົດໂຄງການເຮັດວຽກ W-2
- ສະໝັກສໍາຂໍ ຫຼື ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ, ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການຄ່າຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ

ຖ້າວ່າ, ໃນລະຫວ່າງຊ່ວຍເຫຼືອເວລາການລົງທຶນ, ທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ຄົວເຮືອນຂອງ FoodShare ອື່ນ, ການແຈ້ງເຕືອນໄລຍະການລົງທຶນຈະຖືກສົ່ງໄປພ້ອມກັບທ່ານໄປຫາຄົວເຮືອນນັ້ນ. ໄລຍະເວລາຂອງການລົງທຶນແມ່ນ:

- ໜຶ່ງເດືອນສໍາລັບການລົງທຶນເທື່ອທຳອິດ.
- ສາມເດືອນສໍາລັບການລົງທຶນເທື່ອທີສອງ.
- ຫົກເດືອນສໍາລັບການລົງທຶນເທື່ອທີສາມ ຫຼື ເທື່ອຕໍ່ມາ.

ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດໄລຍະການລົງທຶນໄວ ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນເຮັດວຽກ, ທ່ານຈະຕ້ອງສະໝັກຂໍ FoodShare ຄືນໃໝ່ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຫຼັງຈາກໄລຍະການລົງທຶນສິ້ນສຸດ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງກຸ່ມ FoodShare, ທ່ານຈະຕ້ອງບອກໃຫ້ພະນັກງານຂອງທ່ານຮູ້ເພື່ອອັບເດດກໍລະນີຂອງທ່ານແທນທີ່ຈະມີການສະໝັກຄືນ.

ຂໍ້ກຳນົດດ້ານການເຮັດວຽກຂອງ FOODSHARE ສໍາລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີອາຍຸແຕ່ 18 ເຖິງ 54

ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີອາຍຸ 18 ຮອດ 54 ປີໂດຍບໍ່ມີລູກນ້ອຍອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນອາດຈະໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຈໍາກັດເວລາຈາກ FoodShare ພຽງແຕ່ສາມເດືອນຈາກໄລຍະເວລາ 36 ເດືອນ (ສາມປີ) ເວັ້ນແຕ່ວ່າພວກເຂົາມີສິດໃນຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ຫຼື ຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ຖືກຍົກເວັ້ນ. ຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກດັ່ງກ່າວນີ້ ແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງຈາກຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ.

ມີສິດທິການໃນການຕອບສະໜອງຕໍ່ຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ສໍາລັບ ABAWDs:

- ເຮັດວຽກຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງແຕ່ລະເດືອນ.
- ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການເຮັດວຽກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງແຕ່ລະເດືອນເຊັ່ນ:
 - FoodShare Employment and Training (ໂຄງການຈ້າງງານ ແລະ ຝຶກອົບຮົມຜູດແຊັດ) (FSET).
 - W-2.
 - Workforce Innovation and Opportunity Act (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍນະວັດຕະກຳ ແລະ ໂອກາດຂອງແຮງງານ) (WIOA).
- ມີວຽກທີ່ເຮັດເພື່ອເອົາສິ່ງຂອງ (ຈ່າຍດ້ວຍສິນຄ້າແທນເງິນ) ຫຼື ອາສາສະໝັກຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ.
- ມີການປະສົມປະສານວຽກງານ, ວຽກງານອິດສະຫຼະ, ວຽກງານອາສາສະໝັກ, ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການເຮັດວຽກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຢ່າງໜ້ອຍ 80 ໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ FSET ຖ້າຫາກທ່ານລົງທະບຽນໃນ FoodShare.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາຍົກເວັ້ນ ແລະ ອາດຈະບໍ່ຕ້ອງບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຖ້າຫາກໜຶ່ງໃນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຄວາມຈິງ:

- ທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ກັບເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີຜູ້ທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນ FoodShare ດຽວກັນ, ເຖິງແມ່ນວ່າເດັກຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບເງິນສົ່ງເຄາະ FoodShare ກໍຕາມ.
- ທ່ານເປັນຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງດູແລຕົນເອງໄດ້ (ບໍ່ວ່າບຸກຄົນນັ້ນຈະຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ຢູ່ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍຕາມ).
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກສໍາລັບເດັກໃນອຸປະຖໍາທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 6 ປີ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍຕາມ). ແນວໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານ ແລະ ອີກຄົນໜຶ່ງມີສິດເປັນຜູ້ປົກຄອງໃນການຄວບຄຸມເດັກທັງສອງຄົນ, ຈະມີພຽງຄົນດຽວເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກວຽກ FoodShare ໃນຖານະຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກຂອງເດັກ.
- ພົບວ່າສະພາບຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້.
- ທ່ານກຳລັງປະສົບກັບການຂາດແຄນທີ່ຢູ່ອາໄສ. ນີ້ແມ່ນລວມທັງຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ຢູ່ອາໄສຊົ່ວຄາວ ເຊັ່ນ: ການຈັດສັນການດຳລົງຊີວິດ ແລະ ທີ່ພັກອາໄສໃນໄລຍະປ່ຽນຜ່ານ ຫຼື ການຢູ່ຊົ່ວຄາວ (ສູງສຸດ 90 ວັນ) ຢູ່ທີ່ທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງບຸກຄົນອື່ນ.

- ທ່ານກາລັງປະສົບກັບການຂາດແຄນທີ່ຢ່ອາໄສ. ນັ້ນແມ່ນລວມທັງຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ຢ່ອາໄສຊຶ່ງຄວາມ ເຊັ່ນ: ການຈັດສັນການດາລົງຊື່ວິດ ແລະ ທີ່ພັກອາໄສໃນໄລຍະປ່ຽນຜ່ານ ຫາ ການຢູ່ຊຶ່ງຄວາມ (ສງສຸດ 90 ວັນ) ຢູ່ທີ່ຢ່ອາໄສຂອງບຸກຄົນອື່ນ.
- ທ່ານກາລັງຖືພາ.
- ທ່ານກາລັງໄດ້ຮັບ ຫາ ໄດ້ສະໜັກເງິນຊົດເຊຍການຫວ່າງງານ.
- ທ່ານກາລັງເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການພັກພັນ ຫາ ຮັກສາບັນເທີງ alcohol or other drug abuse (ການຕິດ ເຫຼົ້າ ຫາ ສິ່ງເສບຕິດອື່ນໆ, AODA).
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາໃນໂຮງຮຽນ ຫາ ສະຖາບັນການສຶກສາຂັ້ນສູງທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບ.
- ທ່ານມອາຍຸ 18 ປ ຫາ ແກ່ກວ່າທ່ານກາລັງເຂົ້າໂຮງຮຽນມັດທະຍົມຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໃນ W-2 ແລະ ບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ W-2.
- ທ່ານກາລັງເຮັດວຽກຈານວນ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫາ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນຕໍ່ອາທິດ ຫາ ພວມກາລັງໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງປະຈຳອາທິດຈານວນ \$217.50 ຫາ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ.
- ທ່ານມອາຍຸ 18-24 ປ ທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖາ, ການປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ ຫາ ການເບິ່ງແຍງຍາດພໍ່ນ້ອງຕາມຄຳສັ່ງຂອງສານ, ເມື່ອທ່ານມອາຍຸຄົບ 18 ປ.
- ທ່ານເປັນນັກຮົບເກົ່າ. ນັກຮົບເກົ່າ ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບສະຫະລັດ (ລວມທັງກອງທັບບົກ, ກອງທັບນໍ້າ, ກອງທັບເຮອ, ກອງທັບອາກາດ, ກອງທັບອາວະກາດ, ໜ່ວຍຍາມແຄມຝັ່ງ, ໜ່ວຍປ້ອງກັນຊາດ ແລະ ກອງກາລັງສາຮອງ) ແລະ ຖືກປົດປ່ອຍ ຫາ ປ່ອຍອອກພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໜຶ່ງ.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານອາດຈະຕ້ອງມອບຫັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ.

ສນອາຊບ

ສນອາຊບແມ່ນມາໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ສນອາຊບແມ່ນແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທີ່ໃຫຍ່ທີ່ສຸດຂອງການຊອກຫາວຽກໃນລັດ Wisconsin. ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊສນອາຊບທີ່ jobcenterofwisconsin.com ຫາ ທ່ານສາມາດໃຊ້ຄອມພິວເຕີແບບສາຜິດໜ້າຈື່ທ່ານສນອາຊບຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາສນອາຊບໃກ້ກັບທ່ານ, ໂທ 888-258-9966 (ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ).

ການກວດເບິ່ງທາງຄອມພິວເຕີ

ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໜັກຂອງທ່ານຈະນຳໄປສູ່ການກວດສອບຜ່ານລະບົບການກວດສອບຄຸນສົມບັດ ແລະ ລາຍຮັບຂອງລັດ. ຖ້າຫາກທ່ານເຮັດວຽກ, ຄ່າຈ້າງ ແລະ ລາຍຮັບຈາກວຽກທ່ານລາຍງານຈະຖືກກວດໂດຍຄອມພິວເຕີທຽບກັບຄ່າຈ້າງທ່ານຈ້າງຂອງທ່ານລາຍງານຕໍ່ກັບ Department of Workforce Development (ພະແນກພັດທະນາແຮງງານ), IRS, Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ) ແລະ Unemployment Insurance Division (ອົງການປະກັນສັງຄົມ ແລະ ພະແນກປະກັນໄພຫວ່າງງານ) ຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ພົວພັນກ່ຽວກັບລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນທີ່ທ່ານອາດຈະມີ. ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນ ແລະ/ຫາ ຈານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ທ່ານໃຫ້ພົບວ່າບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຖືກປະຕິເສດຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ແລະ/ຫາ ນຳໄປສູ່ການດາເນນຄະດທາງອາຍາ ສາລັບການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາ. ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນຊົດເຊຍໃດໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄຸນຖ້າຫາກທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າໄດ້ມີການຕໍ່ວ່າ FoodShare ກັບເຮືອນຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນໃນໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກ, ລວມທັງ Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ທັງໝົດອາດຈະຖືກອ້າງເຖິງໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ພ້ອມກັບໜ່ວຍງານເກັບກຳສ່ວນຕົວສາລັບການດາເນນການເກັບກຳຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ.

ການຕອນການລົງໂທດຂອງ FOODSHARE

ສະມາຊິກຄົນໃດຄົນໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ລະເມດກົດລະບຽບໃດໆຕໍ່ໄປນີ້ໂດຍເຈດຕະນາສາມາດຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare ເປັນເວລາ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມດເທື່ອທຳອິດ, 24 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມດເທື່ອທີ່ສອງ ຫາ ການລະເມດເທື່ອທຳອິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສານທີ່ຖືກຄວບຄຸມ ແລະ ຖາວອນສາລັບການກະທາຜິດເທື່ອທີ່ສາມ.

- ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫາ ບົດບັງຂັ້ນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບ ຫາ ການສບຕໍ່ເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare
- ການແລກປ່ຽນ ຫາ ການຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare
- ການປ່ຽນບັດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ
- ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ເພື່ອຊື້ສິ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານເຊັ່ນ: ສິ່ງມືນເມົາ ແລະ ຢາສບ
- ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare, ບັດປະຈຳຕົວ ຫາ ເອກະສານອື່ນໆຂອງຜູ້ອື່ນ

ຂັ້ນກັບມາຄ່າຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໃຊ້ໃນທາງທີ່ຜິດ, ທ່ານຍັງສາມາດຖືກປັບໄໝສງສຸດເຖິງ \$250,000, ຈາກເຖິງ 20 ປ ຫາ ທັງສອງ. ສານຕັດສິນຍັງຫ້າມທ່ານຈາກ FoodShare Wisconsin (ຟດແຊວິດສະຄອນຊິນ) ເພີ່ມອກ 18 ເດືອນ. ທ່ານຈະຖືກຕັດສິນຖາວອນ ຖ້າຫາກທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າຄ້າຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຈານວນ \$500 ຫາ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ. ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare Wisconsin (ຟດແຊວິດສະຄອນຊິນ) ເປັນເວລາ 10 ປ, ຖ້າຫາກທ່ານຖືກພົບວ່າໄດ້ເຮັດຄຳຖະແຫຼງສໍ້ໂກງ ຫາ ການສະແດງທຳກ່ຽວຂ້ອງກັບຕົວຕົນ ແລະ ຜູ້ຢ່ອາໄສເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍທາງໃນເວລາດຽວກັນ. ຜູ້ກະທາຜິດການຫົບໜຄະດອາຍາ ແລະ ການຄຸມການປະພຸດ ແລະ ຜູ້ທີ່ພົ້ນໂທດບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare Wisconsin ໄດ້. ທ່ານອາດຈະຖືກນຳໄປສູ່ການດາເນນຄະດເພີ່ມຕາມພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງອື່ນໆທີ່ບັງຄັບໃຊ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຄ້າຂາຍ (ຊື່ ຫ ຂາຍ) ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ສາລັບຊັບສິນທ່ານຖືກຄວບຄຸມ ຫ ຢາເສບຕິດຜິດກົດໝາຍ, ທ່ານຈະຖືກຫ້າມຈາກໂຄງການ FoodShare ເປັນເວລາສອງປະສາດການກວດພົບເທື່ອທຳອິດ ແລະ ຖ້າວ່າອາດສາລັບການກວດພົບຄັ້ງທີສອງ. ຖ້າຫາກທ່ານຄ້າຂາຍ (ຊື່ ຫ ຂາຍ) ອາດຈະໝາດນ້ອຍ, ລາບປນ ຫ ລະເບດ, ທ່ານຈະຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare Wisconsin ຢ່າງຖ້ວນ.

ຕ້ອງການຫັກຖານ

ບໍ່ສາມາດລະບຸການລົງທະບຽນໃນ FoodShare ໄດ້ຈົນກວ່າທ່ານຈະສະແດງຫັກຖານເພື່ອຢືນຢັນຄາຕອບບາງຢ່າງ.

- ຖ້າວ່າການສາພາດຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ໜ່ວຍງານ, ກະລຸນາເອົາສິ່ງຂອງຕ່າງໆເທົ່າທີ່ ທ່ານສາມາດນຳມາໄດ້ຕາມລາຍການຂ້າງລຸ່ມ.
- ຖ້າວ່າການສາພາດຂອງທ່ານແມ່ນຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບລາຍການຫັກຖານ ທ່ານຈະເປັນພາຍຫຼັງຈາກທີ່ສາເລັດການສາພາດ.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຄຳຂໍ້ອະນຸຍາດໃຫ້ສະແດງເອກະສານຫັກຖານຕ່າງໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງ ລຸ່ມ. ຖ້າວ່າເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຈະສົ່ງລາຍການຫັກຖານທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນເພື່ອການຢືນຢັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດຫາສິ່ງຂອງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້, ບອກກັບຕົວແທນຂອງທ່ານວ່າສິ່ງຂອງອັນໃດທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດຫາໄດ້ ແລະ ຕົວແທນຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານ.

ລາຍການຕ່າງໆຄັ້ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງການພິສູດ:

ການລະບຸຕົວຕົນ/ການຍ້າຍຖິ່ນຖານ

- ໃບຂັບຂີ່
- ໃບແຈ້ງເກດ
- ໜັງສືຜ່ານແດນ ຫ ບັດພົນລະເມືອງອາເມລິກາ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນການເຂົ້າເມືອງ
- ເຊັກຈ່າຍເງິນ
- ບັດປະຈຳຕົວພະນັກງານ
- ບັນທຶກຈາກໂຮງໝໍ

ລາຍຮັບທີ່ຫາໄດ້

- ຫົວຂອງເຊັກທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບພາຍໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ
- ເອກະສານຖະແຫຼງການທີ່ລົງນາມຈາກຜູ້ວ່າຈ້າງ ລວມເຖິງລາຍຮັບໂດຍລວມ ແລະ ວັນທີທີ່ຄາດຄະເນວ່າຈະຊາລະໃນອກ 30 ວັນຕໍ່ຈາກນັ້ນ.
- ແບບຟອມການຢັ້ງຢືນເງິນທີ່ຫາມາໄດ້ຂອງນາຍຈ້າງ

ຜົນປະໂຫຍດອາຊີບອິດສະຫະ

- ພາສປລ້າສຸດ

ລາຍຮັບອື່ນໆ

(ປະກັນໄພການຫວ່າງງານ, ປະກັນໄພຄວາມພິການ, Social Security (ປະກັນສັງຄົມ), ບານານ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ, ການຈັດສັນຂອງກອງທັບ)

- ໜັງສືລາງວັນ
- ສາເນົາເຊັກລ່າສຸດ

ສິ່ງຂອງດັ່ງກ່າວຕໍ່ໄປນີ້ອາດຈະຈຳເປັນຕ້ອງມີຄວາມໝາຍເຊື່ອຖື:

- ຄ່າເຮອນ ແລະ ໃບເກັບເງິນຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ
- ໃບບິນຄ່າເຊົ່າປັດຈຸບັນທີ່ມີຊື່ຂອງເຈົ້າຂອງ ແລະ ເບໂທຢຸນາ
- ເອກະສານເຊົ່າ ຫ ຜ່ອນເຮອນ
- ໃບເກັບເງິນຄ່າພາສອະສັງຫາລິມະຊັບ
- ໃບເກັບເງິນຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ
- ຄ່າລ້ຽງລກ (ໄດ້ຮັບ ຫ ໄດ້ຈ່າຍໃນລັດອ່ອນງຽນອອກເໜືອຈາກລັດ Wisconsin)
- ສາເນົາຄຳສັ່ງຂອງສານ ຫ ບັນທຶກການຈ່າຍອ່ອນໆ
- ບັນທຶກການຈ່າຍເງິນຈາກລັດອ່ອນ

ຖ້າຫາກທ່ານອາຍຸ 60 ປະຊັນໄປ, ຕາບອດ ຫ ພິການ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມໝາຍເຊື່ອຖືສາລັບຄ່າການຮັກສາທາງການແພດບາງຢ່າງ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ລາຍຈ່າຍທາງການແພດ

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ລາຍຈ່າຍທາງການແພດລວມແຕ່ບໍ່ຖືກຈາກັດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ການບໍລິການໂຮງໝໍ, ການແພດ, ປົວແຂ້ວ ແລະ ການເບິ່ງເຫັນ
- ຄ່າປະກັນໄພສາລັບປະກັນໄພສຸຂະພາບ, ຄ່າປະກັນໄພ Medicare ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສາລັບແຜນການໃຫ້ຢາຕາມແພດສັ່ງ
- ຢາຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ຢາທີ່ຫາຊື້ໄດ້ທົ່ວໄປ
- ຝ່າຍບໍລິການບ້ານພັກຄົນຊະລາ ແລະ ການຮັກສາຢູ່ເຮອນ
- ອຸປະກອນທາງການແພດ ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆ
- ຄ່າພາຫະນະ ແລະ ຄ່າທີ່ພັກສາລັບການຮັກສາພະຍາບານ.
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງສາລັບສັດຮັບໃຊ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຸກເປັນພິເສດ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Lifeline/Medic Alert
- ຖ້າຫາກສິ່ງໃຫ້ຢາໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບ
- ໃບແຈ້ງຍອດການເກັບເງິນ
- ໃບບິນຮັບເງິນແຍກ
- ຂວດຢາທີ່ມີລາຄາຢູ່ໃນປ້າຍ
- ສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບທີ່ສະແດງເຖິງຄ່າໃຊ້ປະກັນໄພ, ປະກັນໄພຮ່ວມ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມ ຫ ສ່ວນຫຼຸດ
- ໃບຮັບຮອງຈາກການຢາ
- ຂໍ້ຕົກລົງການຈ່າຍຄຸນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
- ໃບຮັບຮອງຈາກທ່ານໝັ້ນຢືນວ່າໄດ້ສັ່ງໃຫ້ຊື້ຢາທີ່ຫາໄດ້ທົ່ວໄປ
- ໃບບິນສາລັບການບໍລິການຂອງພະຍາບານທີ່ໄປຢ້ຽມຢາມ, ແມ່ບ້ານ ຫ ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບໃນບ້ານ
- ໃບບິນສາລັບບ່ອນພັກ ແລະ/ຫ ການເດນທາງສາລັບການຮັບການປິ່ນປົວ ຫ ບໍລິການທາງການແພດ
- ໃບເກັບເງິນ ຫ ໃບຮັບເງິນສາລັບອາຫານສັດ, ການຝຸກອົບຮົມ ຫ ບໍລິການຈາກສັດຕະວະແພດສາລັບສັດຮັບໃຊ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຸກຝົນໂດຍສະເພາະ

**ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂພສະນາການເສີມ (SNAP) ແລະ
ໂຄງການແຈກຢາຍອາຫານໃຫ້ແກ່ຊາວອິນເດຍດັ່ງເດີມ (FDPIR) ຂອງໜ່ວຍງານພາກລັດ ຫຼື
ໜ່ວຍງານປະຈຳທ້ອງຖິ່ນ, ແລະ ໜ່ວຍງານຍ່ອຍ,
ຕ້ອງລົງແຈ້ງຂໍຄວາມໂຄສະນາຕໍ່ຕົ້ນການຈຳແນກ ປະຕິ ບັດດັ່ງລຸ່ມນີ້:**

ໂດຍອີງໃສ່ກົດໝາຍຂອງສະຫະພັນທະລັດວ່າດ້ວຍສິດທິຂອງພົນລະເມືອງ ແຫ່ງ ສະຫະລັດ ແລະ ກົດລະບຽບ
ຂອງກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍ ຂອງກົມການໃຫຍ່ການກະເສດແຫ່ງສະຫະລັດ (USDA) ວ່າດ້ວຍສິດທິຂອງ
ພົນລະເມືອງ, ສະຖາບັນດັ່ງກ່າວນີ້ມີຂໍ້ຫ້າມໃນການຈຳແນກປະຕິບັດ
ໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ຊາດ, ມີພູມເພດ (ການຈຳແນກເພດ ແລະ ລົດນິຍົມທາງເພດ), ການນັບຖື
ທາງສາສະໜາ, ການເສຍອົງຄະ, ເກນອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ ຫຼື ເປັນການແກ້ເຄັນ ຫຼື
ຄົ້ນລົ້ນໃຈມຕີ ກ່ອນໄດ້ຮັບສິດທິດ້ານພົນລະເມືອງ.

ຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງໂຄງການອາດເປັນພາສາອື່ນໆນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ.
ຜູ້ທີ່ເປັນຄົນເສຍອົງຄະທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນໃນການໃຊ້ຊ່ອງທາງໃນການສື່ສານເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງໂຄງ
ການ (ຈຳນວນ Braille, ພິມຂະຫຍາຍ, ເທບສຽງ, ພາສາທາງກາຍຂອງຄົນເມລິກາ),
ຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາໜ່ວຍງານຮັບຜິດຊອບ(ໜ່ວຍງານພາກລັດ ແລະ
ໜ່ວຍງານປະຈຳທ້ອງຖິ່ນ)ເພື່ອທີ່ຈະສະໜັກຂໍນະໂຍບາຍຂອງຕົນ. ບຸກຄົນທີ່ເປັນຄົນພິການຫຼື ຜູ້ທີ່
ບໍ່ສາມາດເວົ້າ ໄດ້ ອາດຕ້ອງໄດ້ຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ USDA ຜ່ານປ້ອງບໍລິການ 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 (866) 632-9992, ຫຼືສົ່ງໜັງສືໄປຍັງທີ່ຢູ່ຂອງ ຫ້ອງການ
USDA. ໃບຮ້ອງຟ້ອງດັ່ງກ່າວຈະຕ້ອງບັນຈຸເອົາຂໍ້ມູນຕ່າງໆເຊັ່ນ: ຊື່ຜູ້ເປັນໂທລະສັບ, ແລະ ຂອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ
ກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳເປັນສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າເປັນການແຍກ ປະຕິບັດ
ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ມີລາຍລະອຽດເພື່ອເປັນຂໍ້ມູນຊ່ວຍໃຫ້ຫ້ອງການເລຂາທິການດ້ານສິດທິຂອງພົນລະເມືອງ
(ASCR) ກ່ຽວກັບທຳມະຊາດ ແລະ ວັນທີເດືອນປີ ທີ່ມີການລ່ວງລະເມີດທີ່ເກີດຂຶ້ນ. ປະກອບ ແບບຟອມ
AD-3027 ຫຼື ສົ່ງໜັງສືໄປຍັງຫ້ອງການ ກົມການໃຫຍ່ການກະເສດທີ່:

- (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.