

3. ມີໃຜອາໄສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ໃດໜຶ່ງປະເພດຕໍ່ໄປນີ້ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການອາຫານໃດໜຶ່ງ

ລວມທັງສິ່ງທີ່ມີລາຍຊື່ລຸ່ມນີ້ ແມ່ນບໍ່? (ໝາຍເອົາທຸກໆຂໍ້ທີ່ຖືກຕ້ອງ)

ແມ່ນ ບໍ່

- ທີ່ພັກອາໄສສຳລັບຜູ້ອາໄສຢູ່ອາໄສ
- ສະຖານດັດສາຍ
- ສູນພື້ນຜູ້ຕິດຢາ/ຕິດເຫຼົ້າ
- ໂຄງການແຈກຢາຍອາຫານ

- ເຂດສະຫງວນສຳລັບຊາວອາເມລິກາດັ້ງເດີມ
- ສະຖານລົງໂທດທາງອາຍາ
- ບ່ອນລີ້ໄພສຳລັບແມ່ຍິງທີ່ຖືກທຸບຕີທາລຸນ
- ໂຮງໝໍໂລກຈິດ/ສະຖານບໍາປັດທາງຈິດ

ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ຕື່ມສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່:	ຊື່ຂອງສູນ/ສະຖານລີ້ໄພ/ໂຄງການອາຫານ ແລະ ອື່ນໆ.	ວັນທີເຂົ້າ	ວັນທີອາດວ່າຈະອອກ

4. ຫຼ່ານຈ່າຍໃຫ້ໃຜໜຶ່ງ ຫຼື ມີໃຜຜູ້ໜຶ່ງຈ່າຍໃຫ້ທ່ານສຳລັບອາຫານ ແລະ/ຫຼື ຫ້ອງນອນ ແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ຕື່ມສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຈ່າຍອາຫານ/ຄ່າຫ້ອງ	ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ສະໜອງອາຫານ/ຫ້ອງ	ໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ: (✓)	ຈຳນວນເທົ່າໃດ?	ເລື້ອຍໆສ່ຳໃດ?	ຈຳນວນຄາບອາຫານຕໍ່ມື້
		<input type="checkbox"/> ອາຫານ <input type="checkbox"/> ຫ້ອງ <input type="checkbox"/> ທັງສອງຢ່າງ			

5. ມີໃຜທີ່ມີອາຍຸ 16 ປີຂຶ້ນໄປ ໄດ້ຈິດທະບຽນເຂົ້າໂຮງຮຽນ, ວິທະຍາໄລ ຫຼື ຫຼັກສູດຝຶກອົບຮົມໃດໜຶ່ງແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ຕື່ມສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ບຸກຄົນ	ຊື່ໂຮງຮຽນ	ເຂົ້າຮ່ວມ	ຈຳນວນໜ່ວຍກິດຕໍ່ພາກຮຽນ/ໄຕມາດ	ເຮັດວຽກ
		<input type="checkbox"/> ເຕັມເວລາ <input type="checkbox"/> ເສື່ອງເວລາ <input type="checkbox"/> ແບບອື່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຈຳນວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ:
		<input type="checkbox"/> ເຕັມເວລາ <input type="checkbox"/> ເສື່ອງເວລາ <input type="checkbox"/> ແບບອື່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຈຳນວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ:

6. ມີໃຜໃນເຮືອນບໍ່ສາມາດຊື້ອາຫານ ຫຼື ກະກຽມອາຫານໄດ້ ເນື່ອງຈາກວ່າເຂົາເຈົ້າຕາບອດ, ຫູໜວກ ຫຼື ຝຶການ ແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ຕື່ມສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່	ອະທິບາຍ

7. ມີໃຜໃນເຮືອນຖືພາແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ຕື່ມສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່	ວັນທີອາດວ່າຈະອອດລູກ

8. ຫຼ່ານ ຫຼື ໃຜໜຶ່ງທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານບ່ອນຢູ່ອາໄສແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່

ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ຕື່ມສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານບ່ອນຢູ່ອາໄສ	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດ	ທ່ານຈ່າຍຫຼາຍປານໃດ?	ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າເຊົ່າ ເຊັ່ນວ່າ HUD, SECTION 8, ແລະອື່ນໆ ຈ່າຍຊ່ວຍທ່ານ ຫຼາຍປານໃດ?	ຖ້າມີຜູ້ອື່ນ ຈ່າຍຊ່ວຍ ຈ່າຍຫຼາຍປານໃດ?	ໃບບິນເກັບເງິນ ມີມາເລື້ອຍໆ ສ່ຳໃດ?
ຄ່າເຊົ່າ					
ຈ່າຍຄ່າເຮືອນ (ຄ່າຜ່ອນຊື້ເຮືອນ)					
ພາສີຊັບສິນ (ຖ້າບໍ່ລວມໃນຄ່າຊື້ເຮືອນ)					
ຄ່າປະກັນໄພ (ຖ້າບໍ່ລວມໃນຄ່າຊື້ເຮືອນ)					
ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ):					

9a. ມີໃຜມີຄຳໃຊ້ຈ່າຍດ້ານສາທາລະນະປະໂຫຍດແນວໃດ? ແມ່ນ ບໍ່
 ຖາແມ່ນ, ກະລຸນາ ໝາຍເອົາທຸກໆສິ່ງທີ່ຖືກຕ້ອງ.

ຄ່າອາຍແກັສ		ຄ່າເກັບໜີ້ສິນທີ່ເຮັດເງິນ	
ຄ່າໄຟຟ້າ		ຄ່າລະບາຍນ້ຳເປັນອັນດັບ	
ເຊື້ອໄຟອື່ນໆ (ເຊັ່ນວ່າ ແກັສໂປເປນ, ແກັສຍູເທນ, ຝິບໄມ້, ຖ່ານຫີນ, ອື່ນໆ.)		ຄ່າໂທລະສັບ/ການສື່ສານອື່ນໆ, ເຊັ່ນວ່າ ອິນເຕີເນັດ, ແລະອື່ນໆ.	
ຄ່ານ້ຳ		ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)	

9b. ຫຼຸດລົງໃຊ້ອາຍແກັສ, ໄຟຟ້າ ຫຼືເຊື້ອໄຟອື່ນ ສຳລັບສ້າງຄວາມຮ້ອນ ຫຼືສ້າງຄວາມເຢັນແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
 ຖາແມ່ນ, ກະລຸນາ ໝາຍເອົາລຸ່ມນີ້.

ສາທາລະນະປະໂຫຍດ	ໃຊ້ເພື່ອສ້າງຄວາມຮ້ອນ ຫຼື ສ້າງຄວາມເຢັນ?	
ອາຍແກັສ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່
ໄຟຟ້າ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່
ເຊື້ອໄຟອື່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່

10. ມີໃຜ, ລວມທັງເດັກນ້ອຍ, ມີຊັບພະຍາກອນໃດໜຶ່ງ ທີ່ມີລາຍຊື່ລຸ່ມນີ້ແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
 ຖາແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ເງິນສົດ ຫຼື ໃບເຊັກ • ເງິນກຸຊີເຮືອນ • ເງິນຊົດເຊີຍພະນັກງານທີ່ເລື່ອນກຳນົດຈ່າຍ • ແຜນເງິນປະຢັດກະສຽນວຽກ IRA ຫຼື Keogh • ກອງທຶນເບຍບໍານານ • ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກມີກຳນົດ | <ul style="list-style-type: none"> • ບັນຊີໃຊ້ເຊັກ ຫຼື ເງິນຝາກປະຢັດ • ສິດທິໃນການຂຸດຄົ້ນນ້ຳມັນ, ບໍ່ແຮ່ ຫຼື ແຮ່ທາດ • ສັນຍາຂາຍ • ເງິນພາຍໃຕ້ການຝາກດູແລ • ຫຸນ, ພັນທະບັດ | <ul style="list-style-type: none"> • ບັນຊີເງິນຝາກນຳຕະຫຼາດການເງິນ • ບັນຊີເງິນຝາກນຳສະຫະພັນສິນເຊື້ອ • ອື່ນໆ _____ |
|--|--|---|

ປະເພດຊັບພະຍາກອນ	ເຈົ້າຂອງ	ມູນຄ່າ ໃນປະຈຸບັນ	ຈຳນວນທີ່ຕິດໜີ້ (ຖາມີ)	ຊື່ & ທີ່ຢູ່ ຂອງທະນາຄານ	ເລກບັນຊີ

11. ມີໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ມີໃຜກຳລັງຊື້ອະສັງຫະລິນະຊັບ ຢູ່ບ່ອນໃດບ່ອນໜຶ່ງ (ຢູ່ໃນ ຫຼື ນອກສະຫະລັດ)? ແມ່ນ ບໍ່
 ຖາແມ່ນ, ໃຫ້ເຮັດສຳເລັດສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ປະເພດ	ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່	ໃຊ້ເປັນ: <input type="checkbox"/> ເຮືອນຢູ່ <input type="checkbox"/> ໃຫ້ເຊົ່າ	ເຈົ້າຂອງ:	ມູນຄ່າຄາດຄະເນ: ຈຳນວນຕິດໜີ້:
ປະເພດ	ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່	ໃຊ້ເປັນ: <input type="checkbox"/> ເຮືອນຢູ່ <input type="checkbox"/> ໃຫ້ເຊົ່າ	ເຈົ້າຂອງ:	ມູນຄ່າຄາດຄະເນ: ຈຳນວນຕິດໜີ້:
ປະເພດ	ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່	ໃຊ້ເປັນ: <input type="checkbox"/> ເຮືອນຢູ່ <input type="checkbox"/> ໃຫ້ເຊົ່າ	ເຈົ້າຂອງ:	ມູນຄ່າຄາດຄະເນ: ຈຳນວນຕິດໜີ້:

12a. ມີສະມາຊິກໃດໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນທ່ານທີ່ກຳລັງສອກຫລີກການດຳເນີນຄະດີອາຍາໜັກ ການຈັບກຸມ ຫຼືການກັກຂັງ ຫຼັງຈາກຖືກຕັດສິນຄະດີວ່າຜິດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖາແມ່ນ, ໃຫ້ອະທິບາຍລຸ່ມນີ້.

ຊື່	ອະທິບາຍ	ຊື່	ອະທິບາຍ

12b. ມີສະມາຊິກໃດໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນທ່ານທີ່ເຄຍຜິດ ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
 ຖາແມ່ນ, ໃຫ້ອະທິບາຍລຸ່ມນີ້.

ຊື່	ອະທິບາຍ	ຊື່	ອະທິບາຍ

13. ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 22 ສິງຫາ 1996, ທ່ານສະມາຊິກໃດໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນທ່ານເຄີຍຖືກຕັດສິນລົງ

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ໂທດຄະດີທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາເສບຕິດໃດໜຶ່ງທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຖືກລົບອອກຈາກບັນທຶກແມ່ນບໍ່?

ຖ້າແມ່ນ:

ຊື່

ວັນທີຖືກຕັດສິນວ່າຜິດ

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ: ຂ້ານໄປຕອບຄໍາຖາມທີ 15

ການຖືກຕັດສິນໂທດຄະດີກ່ຽວຂ້ອງສິ່ງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້

- ຂົນສົ່ງ, ນໍາເຂົ້າມາໃນລັດນີ້, ຂາຍ, ຈັດຫາ, ໃຊ້ຢາ, ເອົາໃຫ້, ມີໄວ້ຄອບຄອງເພື່ອຂາຍ ຊື່ເພື່ອຂາຍ, ຜະລິດ, ຫຼື ປຸງແຕ່ງສ່ວນປະກອບໂດຍມີຈາດຕະນາຜະລິດສານຄວບຄຸມ ຢາເສບຕິດ ຫຼື ປູກ, ແກ້ບກຽວ, ຫຼື ປຸງແຕ່ງກັນຊາແມ່ນບໍ່?
- ສົ່ງເສີມ, ຈອບອອຍ, ຊັກຊວນ ຫຼື ຂົນຂູ່ເຕັກຜູ້ເຍົາໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳໃດໜຶ່ງ ຂ້າງເທິງແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

14. ຫຼື ສະມາຊິກໃດໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນທ່ານໄດ້:

- a) ສໍາເລັດ ໂຄງການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດທີ່ຍອມຮັບຂອງລັດຖະບານແມ່ນບໍ່?
- b) ເຂົ້າຮ່ວມ ໂຄງການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດທີ່ຍອມຮັບຂອງລັດຖະບານແມ່ນບໍ່?
- c) ຈົດຊື່ເຂົ້າຮ່ວມໃນ ໂຄງການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດທີ່ຍອມຮັບຂອງລັດຖະບານແມ່ນບໍ່?
- d) ຖືກບັນຈຸເຂົ້າໃນລາຍຊື່ລໍຖ້າສໍາລັບ ໂຄງການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດທີ່ຍອມຮັບຂອງ ລັດຖະບານແມ່ນບໍ່?
- e) ຢຸດເຊົາການນໍາໃຊ້ສານຕ້ອງຫ້າມຢາເສບຕິດ ແລະ ມີຫຼັກຖານວ່າໄດ້ຢຸດເຊົາ

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ການນໍາໃຊ້ສານຕ້ອງຫ້າມຢາເສບຕິດແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

15. ທ່ານສາມາດມອບອໍານາດໃຫ້ໃຜຜູ້ໜຶ່ງເພື່ອດຳເນີນການແທນໃນນາມຕົວທ່ານຄົວເຮືອນ ໃນກໍລະນີ ເຈັບເປັນ ຫຼື ສະພາບການອື່ນ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການມອບອໍານາດໃຫ້ໃຜຜູ້ໜຶ່ງ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບອໍານາດ	ທີ່ຢູ່	ເບີໂທລະສັບ

16. ທ່ານສົນໃຈໃນຂໍ້ມູນ ຫຼື ການແນະນຳສໍາລັບການປະກັນຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (ປະກັນສຸຂະພາບ Medi-Cal ຫຼື Healthy Families) ແມ່ນບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຄໍາຢັ້ງຢືນຂອງຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ໄດ້ຮັບການອຸດໜູນ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຮັດສໍາເລັດການຕອບບັນດາຄໍາຖາມຂ້າງເທິງ ແລະ ໄດ້ອ່ານທຸກໆຂໍ້ມູນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈກົດລະບຽບ ແລະ ຂໍ້ລົງໂທດໃໝ່ຂອງ ໂຄງການບັດອາຫານ ທີ່ນໍາໃຊ້ກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ຫຼື ການສະໝັກຄືນໃໝ່ສໍາລັບບັດອາຫານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈກົດລະບຽບໃໝ່ ແລະ ເຫັນດີປະຕິບັດຕາມຂໍ້ລະບຽບດັ່ງກ່າວ.

ກະຊວງກະສິກໍາແຫ່ງສະຫະລັດອາເມລິກາໃນທຸກໆໂຄງການ ແລະ ກິດຈະກຳຂອງກະຊວງບົນພື້ນຖານດ້ານເສື້ອຊາດ, ສີຜົວ, ເພດ, ສາສະໜາ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການຫຼືຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນໄດ້ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານຖືກຈຳແນກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີນໍາການຕັດສິນຂອງທາງເຂດປົກຄອງ, ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນດັ່ງກ່າວໄດ້.

ຂໍ້ມູນໃນຄໍາຮ້ອງສະໝັກນີ້ອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍແລກປ່ຽນກັບບັນດາອົງການຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ຂອງທ້ອງຖິ່ນ ພຽງເພື່ອຈຸດປະສົງການຢັ້ງຢືນສິດທິເງື່ອນໄຂໃນການເຂົ້າຮ່ວມ ໂຄງການບັດອາຫານເທົ່ານັ້ນ. ຂະບວນການນີ້ອາດຈະປະກອບມີການຍື່ນຍັນກັບສໍານັກງານພົນລະເມືອງ ແລະ ການບໍລິການຄົນເຂົ້າເມືອງແຫ່ງສະຫະລັດ (USCIS, ເມື່ອກ່ອນເອີ້ນວ່າ INS) ກ່ຽວກັບສະຖານະການເຂົ້າເມືອງສໍາລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາການອຸດໜູນບັດອາຫານເທົ່ານັ້ນ. ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງກໍາເນີດໄວ້ວ່າສໍານັກງານ USCIS ບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວສໍາລັບຈຸດປະສົງອື່ນ ຍົກເວັ້ນໃນກໍລະນີການສໍ້ໂກງ.

ລາຍເຊັນ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນພາຍໃຕ້ຂໍ້ລົງໂທດຕາມກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດອາເມລິກາແລະກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ໃນແບບຟອມສະໝັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນຄົບຖ້ວນ.

ລາຍເຊັນ (ສະມາຊິກຄົວເຮືອນທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼື ຜູ້ຕ່າງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບອໍານາດ)	ວັນທີ
X	
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານ ຫຼື ລ່າມແປພາສາ	ວັນທີ
X	
ລາຍເຊັນຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ກຳນົດສິດທິເງື່ອນໄຂ	ວັນທີ
X	