STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

ໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບຫລັກຖານ ສຳລັບ ການຊ່ວຍເຫລືອແບບແຄສເອດ, ຟູດສະແຕມ ແລະ MEDI-CAL/ 34-COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP)

ເປັນໂຄງການບໍລິການທາງການແພດຂອງເຂດມົນທົນທີ່ຣັຖບານຈັດຂຶ້ນເຊິ່ງມີຊື່ຫຍໍ້ວ່າ: CMSP

- ໃຫ້ຂຽນຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມຕ່າງໆກ່ຽວກັບຜົນປະ�โยດໄດ້ຕ່າງໆທີ່ທ່ານຂໍເອົານັ້ນ. ຄຳຕອບທັງໝົດໃຫ້ຈັດພິມອອກມາ. "CA" ສຳລັບ ແຄສເອດ, "FS" ສຳລັບຟູດສະແຕມ ແລະ "MC" ສຳລັບ Medi-Cal/34-County CMSP ທີ່ຈັດໄວ້ຢູ່ເບື້ອງຊ້າຍຂອງຄຳຖາມແຕ່ລະຂໍ້ນັ້ນຈະບອກທ່ານວ່າ ຄຳຖາມໃດແດ່ໄດ້ຈັດໄວ້ສຳລັບ ແຕ່ລະໂຄງການ.
- ໃຫ້ສະແດງຫລັກຖານໃດໜຶ່ງມາ (ເຊັ່ນວ່າ: ໃບບິນ, ໃບຈ່າຍເງິນແລະເອກະສານບັນທຶກຕ່າງໆ) ເພື່ອຢັ້ງຢືນຄຳຕອບຂອງທ່ານ. ເມື່ອທ່ານຕ້ອງການ ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການສະແດງຫລັກຖານ ຫລື ໃນການຂຽນໃສ່ຮ່າງເອກະສານນີ້, ໃຫ້ທ່ານບອກກັບຄົນງານຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫາກຕ້ອງການບ່ອນຂຽນຫລາຍກ່ວານັ້ນ, ໃຫ້ຂຽນໃສ່ໃບອື່ນ ແລະ ຕິດຄັດເຂົ້າໄປ.
- ຖ້າທ່ານຂໍເອົາຟູດສະແຕມ ແລະ ທ່ານເອງບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄອບຄົວແລ້ວ, ໃຫ້ເອົາໃບມອບສິດຕິດຄັດເຂົ້າໄປເຊິ່ງລົງລາຍເຊັນ ໂດຍຫົວໜ້າຄອບຄົວ ຫລື ຄົນຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄອບຄົວ.

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

CA FS MC ① **A. ຜູ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງ ຫລື ຜູ້ເປັນຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລເດັກເຊິ່ງຕ້ອງການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ. ຊື່:** ເລກໂທຣະສັບ ( )

ທີ່อยู่ (ເລກເຮືອນ, ຖະໜົນ) | ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່) | ໂທຣະສັບຕອນກາງເວັນ ( )

ເມືອງ ຣັຖ ລະຫັດໄປສະນີ | ເມືອງ ຣັຖ ລະຫັດໄປສະນີ

FS B. ທ່ານບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ແມ່ນ": ທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງຜູ້ອື່ນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ": ໃຫ້ບອກວັນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ເລີ່ມໄປອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຫລັງນັ້ນ:

CA C. ທ່ານໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນແຄນທ໌ ຫລືວ່າແจ້ງໃຫ້ອອກ ຄວິຕໂນຕ໌,? ☐ ໄດ້ຮັບ ☐ ບໍ່ໄດ້ຮັບ

② **ໃຫ້ສິ່ງຫລັກຖານກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫຍ່ແຕ່ລະຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນນັ້ນ, ບອກຄວາມຈິງທຸກຢ່າງແກ່ພວກເຮົາ**

CA FS MC (A) ຊື່ຜູ້ໃຫຍ່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | ສັນຊາດ/ບໍ່ມີສັນຊາດ (✔) ☐ ບໍ່ມີສັນຊາດ: ☐ ສະຫະຣັຖອາເມຣິກາ ສັນຊາດ/ເຊື້ອຊາດ ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ☐ ມີ: ມີຜູ້ເປັນສະປອນເຊີ

ສາຍສັມພັນກັບຜູ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງ ຫລື ຍາດຜູ້ດູແລເດັກ | ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ ວັນທີ ປີ) | ເລກປະກັນສັງຄົມ

ເພດ (✔) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ | ຕາບອດ ຫູໜວກ ພິການ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ | ຖືພາ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ | ບ່ອນເກີດ ເມືອງ ຣັຖ ປະເທດ

ປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຕ້ອງການ (✔) ☐ ແຄສເອດ ☐ ຟູດສະແຕມ ☐ ບໍ່ເອົາສິ່ງໃດ ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

ສະຖານະສົມຣົສ (✔) ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ບໍ່ເຄີຍແຕ່ງງານ ☐ ແຍກກັນຢູ່ ☐ ຢ່າຮ້າງ ☐ ຢູ່ຮ່ວມກັນ ☐ ເປັນໝ້າຍ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC (B) ຊື່ຜູ້ໃຫຍ່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | ສັນຊາດ/ບໍ່ມີສັນຊາດ (✔) ☐ ບໍ່ມີສັນຊາດ: ☐ ສະຫະຣັຖອາເມຣິກາ ສັນຊາດ/ເຊື້ອຊາດ ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ☐ ມີ: ມີຜູ້ເປັນສະປອນເຊີ

ສາຍສັມພັນກັບຜູ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງ ຫລື ຍາດຜູ້ດູແລເດັກ | ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ ວັນທີ ປີ) | ເລກປະກັນສັງຄົມ

ເພດ (✔) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ | ຕາບອດ ຫູໜວກ ພິການ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ | ຖືພາ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ | ບ່ອນເກີດ ເມືອງ ຣັຖ ປະເທດ

ປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຕ້ອງການ (✔) ☐ ແຄສເອດ ☐ ຟູດສະແຕມ ☐ ບໍ່ເອົາສິ່ງໃດ ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

ສະຖານະສົມຣົສ (✔) ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ບໍ່ເຄີຍແຕ່ງງານ ☐ ແຍກກັນຢູ່ ☐ ຢ່າຮ້າງ ☐ ຢູ່ຮ່ວມກັນ ☐ ເປັນໝ້າຍ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

CA FS MC (C) ຊື່ຜູ້ໃຫຍ່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | ສັນຊາດ/ບໍ່ມີສັນຊາດ (✔) ☐ ບໍ່ມີສັນຊາດ: ☐ ສະຫະຣັຖອາເມຣິກາ ສັນຊາດ/ເຊື້ອຊາດ ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ☐ ມີ: ມີຜູ້ເປັນສະປອນເຊີ

ສາຍສັມພັນກັບຜູ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງ ຫລື ຍາດຜູ້ດູແລເດັກ | ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ ວັນທີ ປີ) | ເລກປະກັນສັງຄົມ

ເພດ (✔) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ | ຕາບອດ ຫູໜວກ ພິການ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ | ຖືພາ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ | ບ່ອນເກີດ ເມືອງ ຣັຖ ປະເທດ

ປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຕ້ອງການ (✔) ☐ ແຄສເອດ ☐ ຟູດສະແຕມ ☐ ບໍ່ເອົາສິ່ງໃດ ☐ Medi-Cal ☐ 34-County CMSP

ສະຖານະສົມຣົສ (✔) ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ບໍ່ເຄີຍແຕ່ງງານ ☐ ແຍກກັນຢູ່ ☐ ຢ່າຮ້າງ ☐ ຢູ່ຮ່ວມກັນ ☐ ເປັນໝ້າຍ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:
Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE to WORK | FS | ABAWD
VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg. # | D.O.E.

ສຳລັບເจ้าหน้าที่เท่านั้น

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volunteer (.49)

3 **ສຳລັບເດັກ**ແຕ່ລະຄົນທີ່ຢູ່ ໃນເຮືອນນັ້ນມີເດັກອອກຈາກບ້ານເປັນເວລາຊົ່ວຄາວ ຫລືວ່າເດັກທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ ໃຫ້ນັ້ນຍັງຕ້ອງເສຍພາສີ ໃຫ້, ຂໍ ໃຫ້ທ່ານ ສົ່ງ ຫລັກຖານ ທັງ ໝົດ ໃຫ້ ພວ ກ ເ ຮົ າ. ຖ້ າ ທ່ ານ ຫ າ ກ ຖ ິ ພ າ, ຈ່ ງ ຈ ັ ດ ເ ອ ົ າ ເ ດ ັ ກ ນ ັ ນ ໃ ຫ ້ ເ ປ ັ ນ "ເ ດ ັ ກ ທ ີ່ ບ ໍ່ ທ ັ ນ ເ ກ ີ ດ" ແ ລ ະ ບ ອ ກ ວ ັ ນ ທ ີ ເ ດ ື ອ ນ ປ ີ ທ ີ່ ຈ ະ ຄ ອ ດ.

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

CA FS MC (A) ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | ສັນຊາດ/ບໍ່ມີສັນຊາດ (✔) ☐ ອາເມຣິກັນ ສັນຊາດ/ເຊື້ອຊາດ ☐ ບໍ່ມີສັນຊາດ: ມີຜູ້ເປັນສະປອນເຊີ ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ | ເດັກຈຳເປັນການ ຊ່ວຍເຫລືອຍ້ອນພໍ່ແມ່ (ໃຫ້ໝາຍ (✔) ໃສ່ລຸ່ມນີ້)

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

ເລກປະກັນສັງຄົມ	ເພດ (✔) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ວັນເກີດ ຫລື ວັນທີ່ຈະຄອດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ)	ອາຍຸຂອງເດັກ
ບ່ອນເກີດ (ເມືອງ/ຣັຖ/ປະເທດ)	ຖືພາ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ໄດ້ຮັບພູມຕ້ານພະຍາດ ຮອດມື້ນີ້ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຕາບອດ, ຫູໜວກ ຫລື ພິການ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ເດັກນີ້ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນ ບໍ? (✔) ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ບອກຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ:			
ການຊ່ວຍເຫລືອປະເພດໃດທີ່ຕ້ອງການ ☐ ແຄສເອດ ☐ ຟູດສະແຕມ ☐ Medi-Cal ☐ ບໍ່ເອົາຫຍັງ		ຊື່ຂອງມານດາ	
ສາຍສົມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຍາດຜູ້ດູແລເດັກ	ເດັກນີ້ຢູ່ໃນເຮືອນທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊື່ຂອງບິດາ	

ຕາຍ | ພິການ | ບໍ່ຢູ່ | ຫວ່າງງານ

CA FS MC (B) ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | ສັນຊາດ/ບໍ່ມີສັນຊາດ (✔) ☐ ອາເມຣິກັນ ສັນຊາດ/ເຊື້ອຊາດ ☐ ບໍ່ມີສັນຊາດ: ມີຜູ້ເປັນສະປອນເຊີ ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ | ເດັກຈຳເປັນການ ຊ່ວຍເຫລືອຍ້ອນພໍ່ແມ່ (ໃຫ້ໝາຍ (✔) ໃສ່ລຸ່ມນີ້)

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

ເລກປະກັນສັງຄົມ	ເພດ (✔) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ວັນເກີດ ຫລື ວັນທີ່ຈະຄອດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ)	ອາຍຸຂອງເດັກ
ບ່ອນເກີດ (ເມືອງ/ຣັຖ/ປະເທດ)	ຖືພາ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ໄດ້ຮັບພູມຕ້ານພະຍາດ ຮອດມື້ນີ້ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຕາບອດ, ຫູໜວກ ຫລື ພິການ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ເດັກນີ້ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນ ບໍ? (✔) ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ບອກຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ:			
ການຊ່ວຍເຫລືອປະເພດໃດທີ່ຕ້ອງການ ☐ ແຄສເອດ ☐ ຟູດສະແຕມ ☐ Medi-Cal ☐ ບໍ່ເອົາຫຍັງ		ຊື່ຂອງມານດາ	
ສາຍສົມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຍາດຜູ້ດູແລເດັກ	ເດັກນີ້ຢູ່ໃນເຮືອນທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊື່ຂອງບິດາ	

ຕາຍ | ພິການ | ບໍ່ຢູ່ | ຫວ່າງງານ

CA FS MC (C) ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | ສັນຊາດ/ບໍ່ມີສັນຊາດ (✔) ☐ ອາເມຣິກັນ ສັນຊາດ/ເຊື້ອຊາດ ☐ ບໍ່ມີສັນຊາດ: ມີຜູ້ເປັນສະປອນເຊີ ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ | ເດັກຈຳເປັນການ ຊ່ວຍເຫລືອຍ້ອນພໍ່ແມ່ (ໃຫ້ໝາຍ (✔) ໃສ່ລຸ່ມນີ້)

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

ເລກປະກັນສັງຄົມ	ເພດ (✔) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ວັນເກີດ ຫລື ວັນທີ່ຈະຄອດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ)	ອາຍຸຂອງເດັກ
ບ່ອນເກີດ (ເມືອງ/ຣັຖ/ປະເທດ)	ຖືພາ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ໄດ້ຮັບພູມຕ້ານພະຍາດ ຮອດມື້ນີ້ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຕາບອດ, ຫູໜວກ ຫລື ພິການ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ເດັກນີ້ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນ ບໍ? (✔) ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ບອກຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ:			
ການຊ່ວຍເຫລືອປະເພດໃດທີ່ຕ້ອງການ ☐ ແຄສເອດ ☐ ຟູດສະແຕມ ☐ Medi-Cal ☐ ບໍ່ເອົາຫຍັງ		ຊື່ຂອງມານດາ	
ສາຍສົມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຍາດຜູ້ດູແລເດັກ	ເດັກນີ້ຢູ່ໃນເຮືອນທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊື່ຂອງບິດາ	

ຕາຍ | ພິການ | ບໍ່ຢູ່ | ຫວ່າງງານ

CA FS MC (D) ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | ສັນຊາດ/ບໍ່ມີສັນຊາດ (✔) ☐ ອາເມຣິກັນ ສັນຊາດ/ເຊື້ອຊາດ ☐ ບໍ່ມີສັນຊາດ: ມີຜູ້ເປັນສະປອນເຊີ ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ | ເດັກຈຳເປັນການ ຊ່ວຍເຫລືອຍ້ອນພໍ່ແມ່ (ໃຫ້ໝາຍ (✔) ໃສ່ລຸ່ມນີ້)

AU (✔)	NON-AU (✔)	MFBU (✔)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:
			☐YES ☐NO	☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #			D.O.E.

Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work | FS

Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

ເລກປະກັນສັງຄົມ	ເພດ (✔) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ວັນເກີດ ຫລື ວັນທີ່ຈະຄອດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ)	ອາຍຸຂອງເດັກ
ບ່ອນເກີດ (ເມືອງ/ຣັຖ/ປະເທດ)	ຖືພາ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ໄດ້ຮັບພູມຕ້ານພະຍາດ ຮອດມື້ນີ້ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຕາບອດ, ຫູໜວກ ຫລື ພິການ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ເດັກນີ້ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນ ບໍ? (✔) ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ບອກຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ:			
ການຊ່ວຍເຫລືອປະເພດໃດທີ່ຕ້ອງການ ☐ ແຄສເອດ ☐ ຟູດສະແຕມ ☐ Medi-Cal ☐ ບໍ່ເອົາຫຍັງ		ຊື່ຂອງມານດາ	
ສາຍສົມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຍາດຜູ້ດູແລເດັກ	ເດັກນີ້ຢູ່ໃນເຮືອນທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊື່ຂອງບິດາ	

ຕາຍ | ພິການ | ບໍ່ຢູ່ | ຫວ່າງງານ

		ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ
CA (4) ໃຫ້ບອກລາຍຊື່ໃດໜຶ່ງຂອງພໍ່ແມ່ຂອງເດັກ (ຫລືເດັກທີ່ບໍ່ທັນເກີດ) ເຊິ່ງບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ເຮືອນກັບທ່ານ.		☐ Verif. on File ☐ MC 13
ຊື່ຂອງຜູ້ເປັນພໍ່ແມ່	ເຫດຜົນທີ່ພໍ່ແມ່ບໍ່ອາໄສຢູ່ເຮືອນນຳກັນ	

CA FS (5) ມີໃຜແດ່ທີ່ໄດ້ປ່ຽນສັນຊາດ/ຖານະ ການເຂົ້າເມືອງໃນຊ່ວງເວລາ 12 ເດືອນຫລັງມານີ້ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:		
ຊື່	ມີຫຍັງປ່ຽນແປງ	ວັນທີເດືອນປີ	ເລກຂອງຄົນຕ່າງດ້າວ (ຖ້າມີ)

CA FS (6) A. ເດັກທີ່ເປັນລູກລ້ຽງນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຜ?		☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child: ☐ CA ☐ FC CR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS B. ທ່ານຢາກມີລູກລ້ຽງແລະມີລາຍຮັບຈາກການມີລູກລ້ຽງທີ່ຈິດເຂົ້າໃນກໍລະນີ ຟູດສະແຕມ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		

CA FS (7) ມີໃຜເຄີຍໄດ້ໃຊ້ຊື່ອື່ນບໍ່ (ຍິງໂສດ, ບຸນທັມ ແລະອື່ນໆ)? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:		
ຊື່	ຊື່ອື່ນທີ່ເຄີຍໄດ້ໃຊ້ມາ	
ຊື່	ຊື່ອື່ນທີ່ເຄີຍໄດ້ໃຊ້ມາ	

		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	Calif. Resident: ☐ YES ☐ NO
CA MC (8) A. ທຸກຄົນອາໄສຢູ່ຄາລິຟໍນີເຍ ບໍ? ຖ້າ "ບໍ່" ໃຫ້ອະທິບາຍ:				
CA B. ທຸກຄົນມີແຜນທີ່ຈະຢູ່ຄາລິຟໍນີເຍຢ່າງຖາວອນ ບໍ?				
CA C. ມີໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ, ເຊົ່າ ຫລື ຮັກສາເຮືອນຢູ່ນອກຄາລິຟໍເນຍ ບໍ?				☐ Property ☐ PA
CA MC D. ມີໃຜໃນເວລານີ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອສາທາລະນະ ຢູ່ນອກຣັຖຄາລິຟໍເນຍ ບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍ:				
CA E. ມີໃຜມີແຜນທີ່ຈະອອກຈາກຄາລິຟໍເນຍໄປຫລາຍກ່ວາ 30 ວັນ ບໍ?				

MC (9) ທ່ານມີອາຍຸ 18-21 ປີ ແລະ ປະກາດເປັນເອກະຣາດທີ່ຈະເອົາພາສີລາຍຮັບແມ່ນ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ໃຜ?		☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1

CA FS (10) A. ມີການຊ່ວຍເຫລືອແບບແຄສເອດ ຫລື ຟູດສະແຕມຂອງໃຜໄດ້ຍຸດລົງຍ້ອນ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ບໍ່ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືໃນເວລາສະຫລຸບກວດກາຄຸນນະພາບ, ໃນເວລາປະຕິບັດງານ ຫລືວ່າບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ ABAWD ຟູດສະແຕມ ຫລື ຍ້ອນເຫດຜົນອື່ນ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:		
ຊື່	ຍ້ອນຫຍັງ	ເວລາໃດ	ເຂດເມືອງໃດ/ຣັຖໃດ
CA FS B. ມີການຊ່ວຍເຫລືອແບບແຄສເອດ ຫລື ຟູດສະແຕມຂອງໃຜໄດ້ຍຸດລົງໃນຊ່ວງເວລາໃດໜຶ່ງ ຫລື ຍຸດຖາວອນຍ້ອນວ່າ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ເປັນຄວາມຜິດພາດຂອງສະຫວັດດີການ ຫລື ເປັນຍ້ອນການລະເມີດຂອງໂຄງການ ຟູດສະແຕມນາໆຊາດ ບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ" ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:		
ຊື່	ຍ້ອນຫຍັງ	ເວລາໃດ	ເຂດເມືອງໃດ/ຣັຖໃດ

FS (11) ມີໃຜຢູ່ກັບທ່ານໂດຍຊື້ອາຫານແລະແຕ່ງກິນຕ່າງຫາກຈາກຄົນອື່ນໃນເຮືອນ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຜ?		Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO
FS (12) ມີໃຜທີ່ຢູ່ກັບທ່ານນັ້ນມີອາຍຸ 60 ປີ ແລະ ເຖົ້າກວ່ານັ້ນແລະບໍ່ສາມາດຊື້ອາຫານ ແລະ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ແຕ່ງອາຫານກິນຕ່າງຫາກຍ້ອນພິການ ບ? ຖ້າ ແມ່ນ, ໃຜ?		Separate household eligible: ☐ YES ☐ NO

FS (13) A. ທ່ານຍັງຈ່າຍຄ່າອາຫານແລະ/ຄ່າຫ້ອງ ໃຫ້ໃຜອີກ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຂອງຄົນຜູ້ທີ່ທ່ານຈ່າຍ ໃຫ້ນັ້ນ	ໝາຍ (✔) ☐ ອາຫານ ☐ ຫ້ອງ ☐ ທັງສອງຢ່າງ	ຈ່າຍຫລາຍປານໃດ $	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ	ມີ (ລາຄາ) ອາຫານຕໍ່ມື້

CA FA B. ມີໃຜຈ່າຍຄ່າອາຫານ/ຫລືຄ່າຫ້ອງ ໃຫ້ທ່ານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຂອງຄົນທີ່ຈ່າຍ ໃຫ້ທ່ານ	ໝາຍ (✔) ☐ ອາຫານ ☐ ຫ້ອງ ☐ ທັງສອງຢ່າງ	ຈ່າຍຫລາຍປານໃດ $	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ	ມີ (ລາຄາ) ອາຫານຕໍ່ມື້

FS (14) ມີໃຜແດ່ໄດ້ຮັບອາຫານຈາກໂຄງການໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

- ບ່ອນບໍຣິການອາຫານລວມໝູ່ສຳລັບພວກຜູ້ອາວຸໂສ ຫລື ພວກຄົນພິການ
- ໂຄງການແຈກຢາຍອາຫານທີ່ຈັດໂດຍໜ່ວຍງານອະນຸລັກຂອງຄົນພື້ນເມືອງອາເມຣິກັນ
- ໂຄງການອາຫານອື່ນໆ

ຊື່	ຊື່ຂອງໂຄງການ	ຊື່	ຊື່ຂອງໂຄງການ

CA FS MC (15) A. ມີໃຜທີ່ຢູ່ໃນໜຶ່ງຂອງສະຖານທີ່ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
ຖ້າ "ແມ່ນ" ຂໍ້ໃຫ້ຂຽນລົງໃສ່ເບື້ອງລຸ່ມນີ້:

- ທີ່ພັກຊົ່ວຄາວ, ສູນ
- ການອະນຸລັກສຳລັບຊາວອາເມຣິກັນພື້ນເມືອງ
- ໂຮງໝໍໂຣກຈິດ/ສະຖາບັນຈິດຕະແພດ
- ການຈັດໃຫ້ຢູ່ໃນກຸ່ມຜູ້ເສຍອົງຄະ/ຕາບອດ
- ໂຮງໝໍ ຫລື ເຮືອນດູແລຜູ້ເຖົ້າ
- ເຮືອນຢູ່ທີ່ມີການຊ່ວຍຈ່າຍສຳລັບຄົນອາວຸໂສ
- ສູນປິ່ນປົວຜູ້ຕິດຢາເສບຕິດ ຫລືວ່າ ເຫລົ້າ
- ຄະນະບໍຣິຫານ ແລະ ການດູແລ
- ສະຖາບັນໃສ່ໂທດ/ບ່ອນດັດແກ້

ຊື່	ຊື່ຂອງສູນ, ທີ່ພັກຊົ່ວຄາວ,ໂຮງໝໍ ແລະອື່ນໆ.	ວັນທີ່ເຂົ້າມາ	ວັນທີ່ຈະອອກ

MC B. ຄົນຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ຫລື ຢູ່ເຮືອນດູແລຜູ້ເຖົ້ານັ້ນມີຄູ່ ສົມຣົສ ບໍ ຫລື ມີສະມາຊິກຄອບຄົວຢູ່ບ້ານ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

CA (16) ບອກຊື່ເດັກອາຍຸແຕ່ 6-18 ປີ ທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນເປັນປົກກະຕິ ແລະ ໃຫ້ອະທິບາຍວ່າເປັນດ້ວຍເຫດໃດເຂົາຈຶ່ງບໍ່ເຂົ້າໂຮງຮຽນເປັນປົກກະຕິ.
☐ ບໍ່ມີເດັກນ້ອຍອາຍຸ 6-18 ປີ

ຊື່	ເຫດຜົນທີ່ບໍ່ເຂົ້າໂຮງຮຽນເປັນປົກກະຕິ

CA FS MC (17) A. ມີໃຜອາຍຸ14ປີ ຫລືແກ່ກວ່ານີ້ໄດ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນ, ວິທະຍາລັຍ ຫລືວ່າ ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ອາຍຸ	ຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ/ວິທະຍາລັຍ/ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ	ໄດ້ເຂົ້າຮຽນ (✔) ມີຖານະເປັນ ☐ ເຕັມເວລາ ☐ ເຄິ່ງເວລາ ☐ ອື່ນໆ (ບອກ ໃຫ້ລະອຽດ)	ຫົວໜ່ວຍ/ເປັນຊົ່ວໂມງ ຕໍ່ສັບປະດາ / ຄາດເວລາຮຽນຈົບ	ເຮັດວຽກ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຊື່	ອາຍຸ	ຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ/ວິທະຍາລັຍ/ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ	ໄດ້ເຂົ້າຮຽນ (✔) ມີຖານະເປັນ ☐ ເຕັມເວລາ ☐ ເຄິ່ງເວລາ ☐ ອື່ນໆ (ບອກ ໃຫ້ລະອຽດ)	ຫົວໜ່ວຍ/ເປັນຊົ່ວໂມງ ຕໍ່ສັບປະດາ / ຄາດເວລາຮຽນຈົບ	ເຮັດວຽກ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

CA FS B. ໃຫ້ຂຽນລົງໃສ່ໃຫ້ແຕ່ລະຄົນທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮຽນວິທະຍາລັຍ ຫລື ເຂົ້າຮ່ວມສະຖາບັນການສຶກສາຄ້າຍກັນນັ້ນ.

ຊື່	ພາກຮຽນ (✔) ໝາຍໃສ່ຖານະ ☐ ເຄິ່ງປີ ☐ ໜຶ່ງປີ ☐ ໄຕຣມາດ	ຄ່າຮຽນ/ຄ່າຮຽນຕໍ່ ພາກຮຽນ $	ປຶ້ມຮຽນ, ອຸປະກອນ, ອື່ນໆ, ຕໍ່ພາກຮຽນ $
ໄລຍະທາງໄປແລະກັບຈາກໂຮງຮຽນ/ສະຖານດູແລເດັກ ໃນແຕ່ລະວັນ	ຈຳນວນມື້ທີ່ໄປ ຕໍ່ ສັບປະດາ	ການໃຊ້ພາຫານະເດີນທາງ	
ຄ່າເດີນທາງ ຕໍ່ສັບປະດາ $	ລວມຈ່າຍຄ່າຣິຖປະຈຳ ໃນສັບປະດາ $	ຣິຖປະຈຳທາງ (ຣິຖເມ, ອື່ນໆ) ປະຈຳວັນ $	

CA (18) A. ມີໃຜອາຍຸຕ່ຳກ່ວາ 20 ປີແລ້ວຖືພາ ຫລື ເປັນພໍ່ແມ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ອາຍຸ	ໝາຍໄວ້ (✔) ມີຖານະເປັນ ☐ ຖືພາ ☐ ເປັນພໍ່ແມ່ທີ່ຍັງຢູ່ໃນວັຍຮຸ່ນ

ຖານະໃນໂຮງຮຽນ, ໝາຍໄວ້ (✔)
☐ ມີໃບປະກາດຂອງໂຮງຮຽນອຸດົມສຶກສາ ☐ ມີ GED ☐ ບໍ່ມີ
☐ ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນເປັນປົກກະຕິ ☐ ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)

CA B. ມີໃຜໄດ້ຮັບລາງວັນເປັນເງິນສົດ ຫລື ຖືກປັບໄໝ, ຫລື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຈາກໂຄງການ Cal-Learn Program ໃນການດູແລເດັກ, ການເດີນທາງໄປມາ ແລະອື່ນໆ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ຢູ່ໃສ (ເມືອງ)	ວັນທີ່ເດືອນປີທີ່ໄດ້ຮັບ

CA FS (19) ມີໃຜໄປຮ່ວມການປະທ້ວງນັດຢຸດງານ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຂອງຜູ້ໄປຮ່ວມນັດຢຸດງານ	ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ/ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ
ຊື່ຂອງສະຫະພັນ (ແຮງງານ)	
ວັນທີ່ເດືອນປີທີ່ໄປຮ່ວມນັດຢຸດງານ	ລາຍຮັບປະຈຳເດືອນ (ກ່ອນການຫັກຄ່າຕ່າງໆອອກ) ທີ່ໄດ້ມາຈາກວຽກນີ້ ກ່ອນການປະທ້ວງຢຸດງານ $

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO
CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO
School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student: ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
Financial Aid: ☐ YES ☐ NO
☐ MC 210 S-E

Referred to:
☐ Cal-Learn
☐ CW 25
☐ CW 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS

CA FS (20) **ມີໃຜ (ລວມທັງເດັກ) ໄດ້ເຮັດວຽກ ຫລື ມີໃຜກຳລັງລໍທີ່ຈະເຂົ້າເຮັດວຽກ, ລວມທັງການທຳງານແບບເຄິ່ງເວລາ ແລະທຳງານແບບເປັນຫົວງານ? ໝາຍ (✔)** ຖ້າ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ແມ່ນ" ສຳລັບແຕ່ລະຫົວຂໍ້ ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ມີໃຜໄດ້ຍຸດ ຫລື ປະຕິເສດທີ່ຈະເຮັດວຽກ ຫລື ການຝຶກອົບຮົມພາຍໃນ 60 ວັນ ຜ່ານມາ ບໍ?		
ມີໃຜກຳລັງເຮັດວຽກ ຫລື ກຳລັງຢູ່ໃນການຝຶກອົບຮົມໃນເວລານີ້ ບໍ?		
ມີໃຜແດ່ທີ່ລໍຖ້າເຮັດວຽກ ຫລື ລໍຖ້າຝຶກງານໃນຊ່ວງເວລາສອງເດືອນຕໍ່ໜ້ານີ້ ບໍ?		

ຖ້າວ່າເຮັດວຽກຈ້າງຕົນເອງ: **ສຳລັບຟູດສະແຕມ**: ໃຫ້ບອກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນທຸຣະກິດຂອງທ່ານໃສ່ໃບອື່ນຕ່າງຫາກ.

ສຳລັບແຄສເອດ: ໝາຍ (✔) ວ່າທ່ານຢາກໃຫ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນທຸຣະກິດຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະເດືອນເປັນແນວໃດ:

☐ 40% ຂອງການຫັກອອກແບບມາຕຖານ ☐ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທຸຣະກິດຕົວຈິງ ☐ ສະເລ່ຍປະຈຳເດືອນ (ມູນຄ່າຕົ້ນທຶນທຸຣະກິດປະຈຳປີ ແບ່ງອອກເປັນ 12 ເດືອນ). **ຖ້າເປັນຕົວຈິງ**, ທ່ານຕ້ອງບອກລາຍການໃຊ້ຈ່າຍທາງທຸຣະກິດຂອງຕົນອອກເປັນເຈັ້ຍຕ່າງ ຫາກ.

(A) ຊື່ **CA FS MC**

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ/ການຝຶກອົບຮົມ ຕໍ່ເດືອນ	ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ ແລະທີ່ຢູ່
ເດືອນຫລັງ_____ ເດືອນນີ້_____	

ວັນທີທີ່ຈ່າຍ	ຈ້າງຕົນເອງ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ເງິນກ່ອນຈະຖືກຫັກອອກ $ ຕໍ່	ວັນທີ ທີ່ ໄດ້ຮັບໃບເຊັກໃບຫຼ້າສຸດ	ໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫລື ລໍຮັບ ເງິນທຶນ ຫລື ເງິນເປີເຊັນນາຍໜ້າ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ "ແມ່ນ" ໃຫ້ຂຽນລົງລຸ່ມນີ້: ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ $ _____ ຈຳນວນເງິນທີ່ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບ $ _____
ເຫດຜົນທີ່ອອກຈາກງານ/ເຊົາຝຶກອົບຮົມ			ວັນສຸດທ້າຍຂອງການເຮັດວຽກ/ການຝຶກອົບຮົມ	
ວັນທີ່ຈະໄດ້ຮັບໃບເຊັກໃນຄັ້ງຕໍ່ໄປ	ຈຳນວນເງິນທີ່ລໍຮັບກ່ອນຈະຖືກຫັກ $	ອາຊີບ		

(B) ຊື່ **CA FS MC**

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ/ການຝຶກອົບຮົມ ຕໍ່ເດືອນ	ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ ແລະທີ່ຢູ່
ເດືອນຫລັງ_____ ເດືອນນີ້_____	

ວັນທີທີ່ຈ່າຍ	ຈ້າງຕົນເອງ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ເງິນກ່ອນຈະຖືກຫັກອອກ $ ຕໍ່	ວັນທີ ທີ່ ໄດ້ຮັບໃບເຊັກໃບຫຼ້າສຸດ	ໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫລື ລໍຮັບ ເງິນທຶນ ຫລື ເງິນເປີເຊັນນາຍໜ້າ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ "ແມ່ນ" ໃຫ້ຂຽນລົງລຸ່ມນີ້: ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ $ _____ ຈຳນວນເງິນທີ່ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບ $ _____
ເຫດຜົນທີ່ອອກຈາກງານ/ເຊົາຝຶກອົບຮົມ			ວັນສຸດທ້າຍຂອງການເຮັດວຽກ/ການຝຶກອົບຮົມ	
ວັນທີ່ຈະໄດ້ຮັບໃບເຊັກໃນຄັ້ງຕໍ່ໄປ	ຈຳນວນເງິນທີ່ລໍຮັບກ່ອນຈະຖືກຫັກ $	ອາຊີບ		

CA FS MC (21) A. **ມີໃຜຈ່າຍຄ່າດູແລເດັກ, ຄົນຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຊ່ວຍຕົນເອງບໍ່ໄດ້ (ພິການ) ຫລື ທີ່ຕ້ອງໃຫ້ຜູ້ອື່ນຊ່ວຍເພື່ອໃຫ້ເຂົາສາມາດ ໄປເຮັດວຽກ,ໄປໂຮງຮຽນແລະໄປຊອກຫາງານໄດ້ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ໄດ້" ໃຫ້ ຂຽນລົງລຸ່ມນີ້ ແລະໝາຍ (✔) ຖ້າວ່າສຳລັບການເຮັດວຽກ ຫລື ສຳລັບການຝຶກອົບຮົມ.

ຜູ້ໃດໄດ້ຮັບການດູແລ	ຜູ້ໃດຈ່າຍ	ຜູ້ໃດໃຫ້ການດູແລ	☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຈ່າຍ/ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ $ ທຸກໆ
ຜູ້ໃດໄດ້ຮັບການດູແລ	ຜູ້ໃດຈ່າຍ	ຜູ້ໃດໃຫ້ການດູແລ	☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຈ່າຍ/ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ $ ທຸກໆ

CA FS MC B. **ມີໃຜອີກຈ່າຍທັງໝົດ ຫລື ຈ່າຍສ່ວນໜຶ່ງໃນການດູແລເດັກຂອງທ່ານ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ລວມທັງມູນຄ່າທີ່ຍາດ ຫລື ໝູ່ເພື່ອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຮືອນນັ້ນຈ່າຍໃຫ້ ກະຊວງ ສຶກສາ, ບລິກ ແກຣນ (ເງິນທຶນການສຶກສາຂອງບລິກ) ແລະອື່ນໆ. ຖ້າ "ມີ"

ຊື່ຂອງເດັກ	ຜູ້ໃດຈ່າຍ	ຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນເປັນເງິນ $	ມີຜູ້ໃດອື່ນອີກຈ່າຍ	ຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນເປັນເງິນ $
ຊື່ຂອງເດັກ	ຜູ້ໃດຈ່າຍ	ຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນເປັນເງິນ $	ມີຜູ້ໃດອື່ນອີກຈ່າຍ	ຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນເປັນເງິນ $

FS MC (22) **ມີໃຜຈ່າຍຄ່າສະໜັບສະໜູນເດັກ ຫລື ຄ່າສິນບົນ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຜູ້ໃດຈ່າຍ	ຈ່າຍໃຫ້ໃຜ	ຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນເທົ່າໃດ $

CA FS MC (23) **ໃນຊ່ວງເວລາ 12 ເດືອນ ຜ່ານມານີ້ ມີໃຜແດ່(ລວມທັງເດັກ)ທີ່ໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເງິນປະໂຫຍດ ຈາກການປະກັນໄພສະວ່າງງານ ຫລື ພິການ ຫລື ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບເງິນປະໂຫຍດດັ່ງກ່າວໃນອະນາຄົດ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ວັນທີທີ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງ	ຢູ່ໃສ (ເຂດເມືອງ/ຣັຖ)	ວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບຄັ້ງສຸດທ້າຍ
ຊື່	ວັນທີທີ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງ	ຢູ່ໃສ (ເຂດເມືອງ/ຣັຖ)	ວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບຄັ້ງສຸດທ້າຍ

CA (24) **ມີໃຜໄດ້ຮັບການຈ່າຍບໍຣິການແບບດາຍເວີເຊັນແຄສ ຫລື ບໍ່ເປັນເງິນສົດ ຈາກ ເຂດເມືອງໃດໜຶ່ງ ຫລື ຣັຖອື່ນໆ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ເມືອງ/ຣັຖ	ຈຳນວນເງິນໄດ້ຮັບ $	ໃຫ້ບອກລາຍການບໍຣິການຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບ	ຕີມູນຄ່າຂອງການບໍຣິການ $	ວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບ

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for: ☐ (A) ☐ (B)

FS: Work history last 120 days ☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B) ☐ CA: 28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:

☐ Trustline Informing (CCP 2)

☐ Health & Safety Certification (CCP 5)

☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care? ☐ YES ☐ NO

If "YES", who: _____

Court Order on File ☐ YES ☐ NO

Amount Ordered: $

SAWS 2 (Lao) (7/07) CA 2/DFA 285-A2/MC 210 REQUIRED FORM—SUBSTITUTE PERMITTED

CA FS (25) ໃນຊ່ວງເວລາ 24 ເດືອນຜ່ານມານີ້ມີ ພໍ່ແມ່ທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ ເຮັດວຽກ ຫລື ຢູ່ໃນການຝຶກອົບຮົມ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

- ລວມທັງວຽກທັງໝົດທີ່ໄດ້ເຮັດມາທັງຢູ່ໃນແລະຢູ່ນອກສະຫະຣັຖອາເມຣິກາ (U.S.)
- ລວມທັງວຽກທີ່ໄດ້ເຮັດເພື່ອແລກປ່ຽນກັບສິ່ງໃດໜຶ່ງນອກຈາກເປັນເງິນ, ເຊ່ນ: ຄ່າເຊົ່າ, ອາຫານ, ຄ່າບໍຣິການສາທາຣະນະ ຫລື **ອື່ນໆ.**
- ເລີ່ມກັບງານຫລືການຝຶກອົບຮົມໃໝ່ໆຂອງແຕ່ລະຄົນ.

A. ຊື່ ____ ເຂົາເປັນຄົນພື້ນເມືອງອາເມຣິກັນ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ" ໃຫ້ບອກເຜົ່າມາ: ____

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ ຂອງນາຍຈ້າງ ຫລື ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ (✔) ໝາຍໃສ່, ຖ້າເຮັດວຽກ ຫລື ຝຶກອົບຮົມ	ເຂົ້າເຮັດວຽກເວລາໃດ ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ ມາຈາກ ໄປຫາ	ເປັນຈຳນວນ ຈ່າຍແລ້ວ	ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ ຂອງນາຍຈ້າງ ຫລື ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ (✔) ໝາຍໃສ່, ຖ້າເຮັດວຽກ ຫລື ຝຶກອົບຮົມ	ເຂົ້າເຮັດວຽກເວລາໃດ ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ ມາຈາກ ໄປຫາ	ເປັນຈຳນວນ ຈ່າຍແລ້ວ
1. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ	4. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ
2. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ	5. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ
3. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ	6. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

B. ຊື່ ____ ເຂົາເປັນຄົນພື້ນເມືອງອາເມຣິກັນ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ" ໃຫ້ບອກເຜົ່າມາ: ____

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ ຂອງນາຍຈ້າງ ຫລື ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ (✔) ໝາຍໃສ່, ຖ້າເຮັດວຽກ ຫລື ຝຶກອົບຮົມ	ເຂົ້າເຮັດວຽກເວລາໃດ ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ ມາຈາກ ໄປຫາ	ເປັນຈຳນວນ ຈ່າຍແລ້ວ	ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ ຂອງນາຍຈ້າງ ຫລື ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ (✔) ໝາຍໃສ່, ຖ້າເຮັດວຽກ ຫລື ຝຶກອົບຮົມ	ເຂົ້າເຮັດວຽກເວລາໃດ ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ ມາຈາກ ໄປຫາ	ເປັນຈຳນວນ ຈ່າຍແລ້ວ
1. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ	4. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ
2. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ	5. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ
3. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ	6. ☐ ເຮັດວຽກ ☐ ຝຶກອົບຮົມ	ມາຈາກ ____ ໄປຫາ ____	$ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

FS (26) ພວກຄົນໃນຄອບຄົວທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບຟູດສະແຕມນັ້ນເປັນຄົນສັນຊາດອາເມຣິກາ (U.S.) ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ບໍ່ແມ່ນ" ໃຫ້ຂຽນລົງລຸ່ມນີ້, ຂຽນໃຫ້ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວທີ່**ບໍ່ເປັນຄົນສັນຊາດອາເມຣິກາ (U.S.)** ທີ່ໄດ້ຮັບຟູດສະແຕມ.

ຊື່ ຂອງແຕ່ລະຄົນຜູ້ບໍ່ຖືສັນຊາດ	A. ລວມທັງໝົດຈັກປີແລ້ວທີ່ຄົນຜູ້ນີ້, ຜົວເມຍຄູ່ນີ້ ແລະ/ຫລື ພໍ່ແມ່ຂອງພວກເຂົາ (ກ່ອນທີ່ຄົນຜູ້ນີ້ຈະມີອາຍຸ 18 ປີ) ໄດ້ຢູ່ໃນ ສະຫະຣັຖອາເມຣິກາ (U.S.)?	B. ໃນຂະນະຢູ່ ສະຫະຣັຖອາເມຣິການັ້ນເປັນ ຈັກປີແລ້ວທີ່ຄົນຜູ້ນີ້, ຜົວເມຍຄູ່ນີ້ ແລະ/ຫລື ວ່າພໍ່ແມ່ຂອງພວກເຂົາ (ກ່ອນທີ່ຄົນຜູ້ນີ້ຈະ ມີອາຍຸ 18 ປີ) ໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນຫ້ອງ A ກ່ຽວກັບເງິນທີ່ຫາໄດ້ມາຈາກການເຮັດວຽກ ຢູ່ໃນສະຫະຣັຖ ອາເມຣິກາ?	C. ເມື່ອໃຊ້ຊີວິດຢູ່ນອກປະເທດສະຫະຣັຖ ອາເມຣິການັ້ນລວມເປັນເວລາຈັກປີທີ່ຄົນ ຜູ້ນີ້, ຜົວເມຍຄູ່ນີ້ແລະ ຫລືວ່າພໍ່ແມ່ຂອງ ພວກເຂົາ (ກ່ອນທີ່ຄົນຜູ້ນີ້ຈະມີອາຍຸ 18 ປີ) ໄດ້ເຮັດວຽກຢູ່ສະຫະຣັຖ ອາເມຣິກາ?
1.				
2.				
3.				
4.				

CA FS MC (27) ມີຜູ້ໃດເຄີຍ ການເຂົ້າຮັບໃຊ້ໃນກອງທັບຂອງອາເມຣິກາ ຫຼື ຜົວເມຍ, ພໍ່ແມ່ ຫລື ລູກຂອງຄົນຜູ້ນີ້ ໄດ້ເຂົ້າຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ເປັນຄົນຖືສັນຊາດອາເມຣິກາ	(✔) ສະຖານະ	ການພົ້ນຈາກໜ້າທີ່ຢ່າງສົມກຽດ	ສາຂາຂອງການບໍຣິການ	ວັນເວລາຂອງການບໍຣິການ
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ມີຄວາມຫ້າວຫັນໃນໜ້າທີ່ການທະຫານ/ນັກຄົບເກົ່າ ☐ ຄູ່ຜົວເມຍ, ພໍ່ແມ່ ຫລື ລູກຂອງຜູ້ຮັບໃຊ້ໜ້າທີ່ການທະຫານ/ນັກຄົບເກົ່າ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ມີຄວາມຫ້າວຫັນໃນໜ້າທີ່ການທະຫານ/ນັກຄົບເກົ່າ ☐ ຄູ່ຜົວເມຍ, ພໍ່ແມ່ ຫລື ລູກຂອງຜູ້ຮັບໃຊ້ໜ້າທີ່ການທະຫານ/ນັກຄົບເກົ່າ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application
*App Date:*_____
Earnings from _____ *to* _____

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/ Got/ or UIB eligible in last 12 months		

UIB Ineligible Reason:

(26) *FS:* ☐ *40 Quarters Verif.*

(27) ☐ *CW 5*

FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif. ☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC **28** **A. ມີໃຜ (ລວມທັງເດັກ) ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຫລືກຳລັງລໍຮັບເງິນຈາກແຫລ່ງໃດໜຶ່ງທີ່ຂຽນໄວ້ລຸ່ມນີ້ ບໍ?**
ໝາຍ (✔) ຖ້າ "ແມ່ນ" ຫຼື "ບໍ່ແມ່ນ" ສຳລັບແຕ່ລະຫົວຂໍ້

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ເຮັດວຽກ, ສຶກສາ, ສະຫວັດດີການ-ໃຫ້ເຮັດວຽກ ຫລືໂຄງການອື່ນ			VA (ທະຫານຜ່ານເສີກ) ເປັນລາຍຮັບທີ່ກ່ຽວພັນກັບການສຶກສາ		
ເງິນນະໂຍບາຍອື່ນໆ ສຳລັບການຝຶກອົບຮົມ			ການຊ່ວຍເຫລືອ VA & ການເຂົ້າຮ່ວມ		
ທຶນການສຶກສາ, ທຶນກູ້ຢືມສຳລັບການສຶກສາແລະ ທຶນການສຶກສາ			ການປະກັນສັງຄົມໃນກໍລະນີພິການ ຫລື ລາຍຮັບເພີ່ມ ຈາກຫຼັກຊັບ/ການຈ່າຍເພີ່ມຂອງຣັຖບານ (SSI/SSP)		
CalWORKs/ແຄສເອດຈາກຣັຖອື່ນ			VA ສຳລັບຄົນພິການ		
ການຊ່ວຍເຫລືອຜູ້ອົພຍົບ (RCA)			ການໄຮ້ປະສິດທິພາບ (ພິການ)		
ໂຄງການຊ່ວຍເຫລືອແບບແຄສສຳລັບຜູ້ອົພຍົບ (CAPI)			ລາຍຮັບອື່ນໆທີ່ຊ່ວຍໃນກໍລະນີພິການ ຈາກຣັຖບານກາງ, ຣັຖບານປະຈຳຣັຖ ຫລື ໜ່ວຍງານຣັຖບານທ້ອງຖິ່ນ		
GA/GR (ການຊ່ວຍເຫລືອທົ່ວໄປ/ການບັນເທົາທຸກ)					
ການຈ່າຍທົດແທນໃຫ້ແກ່ຄົນງານ			ການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍກໍລະນີພິການຢ່າງອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນ ຈາກຣັຖບານ ຫລື ການລາປ່ວຍ		
ເດັກ/ການອຸດໜູນໃຫ້ແກ່ຄູ່ສົມຣົສ ຫລື ເງິນສຳລັບຄ່າຢ່າ ຫລື ເງິນພິເສດ (ຄ່າປະກັນສຸຂະພາບ)			ການປະກັນ ສັງຄົມໃນເວລາບຳນານ ຫລື ລອດຊີວິດ		
			ການບຳນານ		
ຜົນປະໂຫຍດໃນກໍລະນີມີການນັດຍຸດງານ			ລາຍຮັບອື່ນໆຊ່ວຍໃນກໍລະນີພິການ ຈາກຣັຖບານກາງ, ຣັຖບານປະຈຳຣັຖ ຫລື ໜ່ວຍງານຂອງຣັຖບານທ້ອງຖິ່ນ		
ເງິນກູ້, ເງິນລາງວັນ, ເງິນປະກອບສ່ວນຕ່າງໆ					
ການແກ້ໄຂທາງກົດໝາຍ ຫລື ການປະກັນພັຍ/ມາດຕາການ ທີ່ຍັງຄ້າງຄາຂອງອົງການສານ (ຄຳສັ່ງສານທີ່ດຳເນີນການຢູ່)			ລາຍຮັບອື່ນໆຈາກການບຳນານທີ່ບໍ່ແມ່ນພາກຣັຖບານ		
			ການຈ່າຍຕໍ່ຫົວຄົນ		
ການຂາຍໜັງສື (ເອກະສານ), ໜັງສືສັນຍາຮ່ວມທຸຣະກິດ, ໃບຢັ້ງຢືນການລົງທຶນ, ໜັງສືສັນຍາ			ການໄດ້ມາຈາກການເຫລັ້ນ (ການພະນັນ/ຫວຍ/ບິງโก, ລາງວັນ ແລະອື່ນໆ)		
ການອຸດໜູນ ຫລື ບຳນານທາງການທະຫານ			ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)		

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ແຫລ່ງທີ່ມາ	(ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ ກ່ອນການຖືກຫັກອອກ)	ເວລາໃດ	ເລື້ອຍໆບໍ່
		$		
		$		

CA FS MC **B. ມີໃຜທີ່ຄາດว่าຢາກປ່ຽນແປງທາງດ້ານຈຳນວນເງິນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບໃນເວລານີ້, ເຊັ່ນວ່າ: ຍ້ອນຄ່າຄອງຊີບທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ແມ່ນຫຍັງ	ເປັນເງິນ $	ເວລາໃດ

CA FS MC **29** **ມີໃຜທີ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ເຮືອນ ຫລື ຄ່າເຊົ່າ, ອາຫານ ຫລື ເຄື່ອງນຸ່ງ ແບບໄດ້ລັດ ຫຼື ເຮັດວຽກແລກປ່ຽນ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າວ່າ "ແມ່ນ" ໃຫ້ຂຽນລົງລຸ່ມນີ້ແລະໝາຍໄວ້ (✔): ເຮັດໃຫ້ລັດໆ ຫລື ເຮັດວຽກເພື່ອແລກປ່ຽນ:

ລາຍການທີ່ໄດ້ຮັບ	ລັດໆ	ເຮັດວຽກແລກປ່ຽນ	ໃຜເປັນຜູ້ຮັບລາຍການນັ້ນ	ມູນຄ່າ	ໃຜເອົາໃຫ້
ເຮືອນ ຫລື ຄ່າເຊົ່າ				$	
ຄ່າສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ (ໄຟຟ້າ, ນ້ຳ, ແກສ...)				$	
ອາຫານ				$	
ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ				$	

CA FS MC **30** **A. ມີໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ ຫລື ຊື້ອະສັງຫາຣິມະຊັບ, ເຊັ່ນວ່າ: ທີ່ດິນ ແລະ/ ອາຄານ ຢູ່ໃສກໍຕາມ, ລວມທັງຢູ່ນອກປະເທດສະຫະຣັຖ ອາເມຣິກາ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນລົງລຸ່ມນີ້: ລວມທັງທີ່ດິນ ແລະ/ອາຄານເຊິ່ງກັມມະສິດນັ້ນຕ້ອງແບ່ງປັນກັນກັບຄົນອື່ນ

ປະເພດ (ທີ່ດິນ, ເຮືອນຄອນໂດ, ເຮືອນອາພາດເມັນ, ເຮືອນສ່ວນຕົວ)	ທ່ານນຳໃຊ້ຊັບສິນນີ້ ແບບໃດ? ໝາຍ (✔)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງ	ທີ່ຢູ່ຫລືວ່າທີ່ຕັ້ງ	ເປັນເງິນຈຳນວນ ເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍ	ເຊົ່າ ລາຍຮັບ
	ອາສັຍຢູ່ໃນ					$	$
ຈັດລາຍການຂາຍ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ						
	ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)						

ປະເພດ (ທີ່ດິນ, ເຮືອນຄອນໂດ, ເຮືອນອາພາດເມັນ, ເຮືອນສ່ວນຕົວ)	ທ່ານນຳໃຊ້ຊັບສິນນີ້ ແບບໃດ? ໝາຍ (✔)	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງ	ທີ່ຢູ່ຫລືວ່າທີ່ຕັ້ງ	ເປັນເງິນຈຳນວນ ເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍ	ເຊົ່າ ລາຍຮັບ
	ອາສັຍຢູ່ໃນ					$	$
ຈັດລາຍການຂາຍ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ						
	ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)						

CA MC **B. ມີໃຜເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເວລານີ້ເຊິ່ງເຂົາຫວັງວ່າຈະກັບໄປຢູ່ໃນວັນໜຶ່ງຂ້າງໜ້າ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ເຈົ້າຂອງຊັບສິນ	ທີ່ຢູ່ຂອງຊັບສິນ	ວັນເວລາທີ່ຈະຕ້ອງຄືນ (ຖ້າຮູ້)

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income
Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

(✔) if exempt

CA	FS	MC

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ YES ☐ NO

Partial	Full	Earned	Unearned

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $
Amount Owed $
Net Value $
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

Home Exempt ☐ YES ☐ NO
Other Real Property
Market Value $
Amount Owed $
Net Value $
Lien Applicable ☐ YES ☐ NO
Listed for sale ☐ YES ☐ NO

Total countable property: Page 7
(List totals on page 9)
CA $
FS $
MC $

CA FS MC **31 A. ມີໃຜ (ລວມທັງເດັກ) ທີ່ມີແຫລ່ງລາຍຮັບທີ່ມາຈາກສ່ວນຕົວ ຫລື ທີ່ກ່ຽວກັບການດຳເນີນທຸຣະກິດ ບໍ?**

ໝາຍ (✔) ໃສ່ແຕ່ລະລາຍການ ຈະເປັນ "ແມ່ນ" ຫລື "ບໍ່ແມ່ນ" ກໍໄດ້

ລວມແຫລ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງ, ໄດ້ນຳໃຊ້, ໄດ້ຄວບຄຸມ, ໄດ້ແບ່ງ ຫລືໄດ້ຮ່ວມກັບໃຜຜູ້ໜຶ່ງຮັກສາໄວ້ (ແມ້ວ່າຈະເປັນການທຳເພື່ອຄວາມສະດວກກໍດີ). ເມື່ອງຈະເປັນຜູ້ກຳນົດວ່າ ຈະລວມແຫລ່ງທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້ເຫລົ່ານີ້ ຫລື ບໍ່.

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ເງິນສົດ (ຢູ່ນຳມີ ຫລື ຢູ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງ)			ລົງທຶນໃນກອງທຶນ (ຈະມີ ຫລືບໍ່ ກໍຕາມ)		
ໃບເຊັກທີ່ບໍ່ທັນຂຶ້ນເງິນສົດ (ຢູ່ໃນມື ຫລື ຢູ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງ)			ໜັງສືຕິດໜີ້, ໜັງສືເຊົ່າຊື້ (ມອດເກດ), ໃບຢັ້ງຢືນການລົງທຶນ, ສັນຍາຂາຍ ແລະອື່ນໆ		
ເລກບັນຊີເງິນຝາກປະຈຳ- ສຳລັບເດັກ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່			IRA ຫລືວ່າ Keogh plans ແລະອື່ນໆ		
ເລກບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ- ຈະຖືກນຳໃຊ້ຫລືບໍ່ກໍຕາມ			ກອງທຶນບຳນານເຊິ່ງຍັງໃຊ້ໄດ້ຖ້າທ່ານຢຸດເຮັດວຽກ (ເຊັ່ນ PERS ແລະອື່ນໆ)		
ເລກບັນຊີເຄຣດິດສະຫະພັນ					
ໃບຫຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ໃບຢັ້ງຢືນການຝາກເງິນ, ບັນຊີຕະຫລາດການເງິນ ແລະອື່ນໆ.			ແຜນການຈ່າຍທຶດແທນໃຫ້ແກ່ຄົນງານ		
			ປະກັນຊີວິດ ຫລື ລົງເງິນປະກັນຊີວິດ		
ສິດທິທາງນ້ຳມັນ, ບໍ່ແຮ່ ຫລື ແຮ່ທາດ			ເງິນກຳໄລຕະຫລອດຊີວິດໃນກັມມະສິດໃດໜຶ່ງດ້ານອະສັງຫະຣິມະຊັບ		
ໜັງສືພິນັຍກັມໃນການຝັງສົບ ຫລື ສັນຍາ, ປະກັນພັຍ, ເງິນທີ່ລະບຸໄວ້ສຳລັບການຝັງສົບ/ເງິນສຳລັບປ່າສັກສິດ ຕອນທີ່ດິນ, ທຶບສົບ ຫລື ລາຍການອື່ນໆສຳລັບການຝັງສົບ			ການປະກັນພັຍແບບຍາວນານ		
			ເງິນສົດ EBT ທີ່ດຸນດ່ຽງຈາກເດືອນຜ່ານມາ		
ພາສີລາຍຮັບທີ່ຖືກທົດແທນຄືນ			ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)		

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ແຫລ່ງທີ່ມາ	ທຸຣະກິດ-ກ່ຽວກັບ	ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງ	ເລກບັນຊີ/ນະໂຍບາຍ	ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ ຂອງທະນາຄານ, ອື່ນໆ	ຕີມູນຄ່າປັດຈຸບັນ
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ				$
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ				$
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ				$

CA FS MC **B. ມີໃຜໄດ້ຮັບ ຫລື ລໍຮັບເງິນຈາກແຫລ່ງຕ່າງໆທີ່ບອກໄວ້ເບື້ອງເທິງນັ້ນ, ເຊັ່ນວ່າ ດອກເບี้ย, ເງິນປັນຜົນ ແລະອື່ນໆ?** ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່ແມ່ນ**

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ແຫລ່ງທີ່ມາຂອງເງິນ	ເປັນເງິນ	ເລື້ອຍໆບໍ່	ກ່ຽວພັນກັບທຸຣະກິດ
		$		☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
		$		☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

MC **32 ມີສິ່ງຄ້ຳປະກັນອັນໃດ ທີ່ບັນທຶກເອົາໄວ້ ຫລື ທ່ານໄດ້ເຊັນສັນຍາຄ້ຳປະກັນກັບທ່ານໝໍ, ກັບຄລີນິກ ຫລື ກັບໂຮງໝໍ ກ່ຽວຊັບສິນບັດທີ່ທ່ານຫລືຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີກັມມະສິດເຊິ່ງຖືກນຳໃຊ້ ເປັນລັກສະນະຂອງການປະກັນ ໃຫ້ການບໍຣິການຮັກສາສຸຂພາບ ບໍ?** ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່ແມ່ນ**

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຂອງປະກັນ ຫລື ຈຳນວນເງິນທີ່ ປະກັນໄວ້	ປະເພດ ແລະ ທີ່ຕັ້ງຂອງຊັບສິນ	ວັນທີເດືອນປີ ແລະ ປະເພດຂອງການດູແລ ດ້ານການແພດທີ່ໄດ້ຮັບ/ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບ	ຊື່ຂອງຜູ້ຈັດຫາ
$			
$			

MC **33 A. ມີໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ<u>ຊັບສິນສ່ວນຕົວ</u>,ເຊັ່ນ:** ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່ແມ່ນ**

- ເຮືອບໍ່ໃຊ້ເຄື່ອງຈັກ, ເຄື່ອງຕັ້ງຄ້າຍ, ເຄື່ອງລາກ
- ປືນ; ອຸປະກອນ ຫລື ເຄື່ອງອຸປະກອນກີລາ ແລະອື່ນໆ
- ສັດລ້ຽງ ຫລື ເປັດໄກ່ ເພື່ອນຳໃຊ້ໃນຄອບຄົວ.
- ເຄື່ອງປະດັບ, ເຄື່ອງຜະລິດຕະພັນດ້ານສິລປະ, ເຄື່ອງໂບຮານ, ເຄື່ອງສະສົມ, ກ້ອງຖ່າຍຮູບ, ເຄື່ອງດົນຕຣີ (ເປຍ�โน, ກີຕາ, ເຄື່ອງສຽງ ແລະອື່ນໆ)

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້: ຢ່າລວມເອົາເຄື່ອງແຕ່ງງານແລະແຫວນໝັ້ນໃສ່ ຫລືເຄື່ອງຊິງຜົມ. ຈົດລາຍການເຄື່ອງປະດັບມີຄ່າຕີລາຄາບໍ່ກາຍ $100 ແລະເຄື່ອງເຮືອນ ຫລື ເຄື່ອງຂອງສ່ວນຕົວເປັນມູນຄ່າບໍ່ເກີນ $500 ຕໍ່ລາຍການ.

ລາຍການ	ຈົດເຂົ້າລາຍການ ສຳລັບຂາຍ	ລາຄາຊື້ ຫລື ລາຄາປັດຈຸບັນ	ເປັນເງິນ ເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍ	ລາຍການ	ຈົດເຂົ້າລາຍການ ສຳລັບຂາຍ	ລາຄາຊື້ ຫລື ລາຄາປັດຈຸບັນ	ເປັນເງິນ ເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍ
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$		☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$		☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$

MC **B. ມີໃຜມີ<u>ຊັບສິນ</u>ຂອງ<u>ທຸຣະກິດ</u>, ລວມທັງພວກອຸປະກອນແລະວັດຖຸຕ່າງໆ, ອຸປະກອນໃນທຸຣະກິດ, ສັດລ້ຽງ ແລະອື່ນໆ?** ☐ **ແມ່ນ** ☐ **ບໍ່ແມ່ນ**

ລວມທັງຊັບສິນບັດໃດໜຶ່ງທີ່ແບ່ງປັນຫລືຮ່ວມກັນເປັນເຈົ້າຂອງກັບຄົນອື່ນ. ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ລາຍການ	ຈົດເຂົ້າລາຍການ ສຳລັບຂາຍ	ລາຄາຊື້ ຫລື ລາຄາປັດຈຸບັນ	ເປັນເງິນ ເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍ	ລາຍການ	ຈົດເຂົ້າລາຍການ ສຳລັບຂາຍ	ລາຄາຊື້ ຫລື ລາຄາປັດຈຸບັນ	ເປັນເງິນ ເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍ
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$		☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$		☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

☐ Trust Fund/Not Court Ordered

☐ Court Petitioned
Date _____

☐ Resource Verified:
Explain how:

Total Value = $_____

☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____

☐ Revocable

☐ Irrevocable

☐ Designated Fund and Current Value $_____

☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

Verified: ☐ YES ☐ NO

Lien Applicable: ☐ YES ☐ NO

Security Agreement: ☐ YES ☐ NO

MC 174 completed and sent: ☐ YES ☐ NO

☐ Owned Jointly

☐ Owned Separately

☐ Personal Property $500 + for Pickle Program

☐ Insignificant Value for 1931(b)

☐ Listed for sale (Specify):

Total Countable Property: Page 8
(List totals on Page 9)

CA $_____

FS $_____

MC $_____

☐ Listed for sale (Specify):

CA MC (34) **ມີໃຜໄດ້ຂາຍ, ໄດ້ຈ່າຍ, ໄດ້ຄ້ຳ, ໄດ້ໂອນ ຫລືວ່າໄດ້ເອົາຊັບສິນບັດຕິວຈິງໃຫ້ຜູ້ອື່ນ, ເຊັ່ນວ່າ: ເຮືອນ ຫລື ທີ່ດິນ ຫລື ຊັບສິນສ່ວນຕົວ ເຊັ່ນ: ເງິນ, ຣົດຍົນ, ບັນຊີຝາກທະນາຄານ, ເງິນຈາກການປະກັນພັຍ ຫລື ອື່ນໆ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

(ໃຫ້ຂຽນລາຍການຂອງຊັບສິນບັດທີ່ໄດ້ຂາຍຫລືວ່າໄດ້ຊື້ຂາຍໃນຊ່ວງ12ເດືອນຫລັງມານີ້, ເພື່ອຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອແບບແຄສເອດ, 3 ເດືອນ ສຳລັບຟູດສະແຕມ ແລະໃນຊ່ວງ30ເດືອນຜ່ານມາເພື່ອຂໍເອົາ Medi-Cal) ຖ້າ "ມີ" ກໍໃຫ້ອະທິບາຍວ່າເປັນສິ່ງໃດແລະເວລາໃດ:

CA FS MC (35) **ມີໃຜ ເປັນເຈົ້າຂອງ, ມີການນຳໃຊ້ ຫລືວ່າ ມີຊື່ຂອງພວກມັນຈົດລົງທະບຽນຂອງພາຫານະ, ເຊັ່ນ: ຣົດເກງ, ຣົດຈັກ, ຣົດແລ່ນເທິງທົນະ, ພາຫານະປະຍຸກ, ເຮືອຈັກ ແລະອື່ນໆ, ເຖິງແມ່ນມັນບໍ່ໄດ້ໃຊ້ ການກໍ່ຕາມ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນລົງລຸ່ມນີ້: ໃຫ້ເບິ່ງການຈົດທະບຽນຂອງທ່ານເພື່ອເອົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພາຫານະແຕ່ລະຢ່າງ:

	ພາຫານະ (1)		ພາຫານະ (2)		ພາຫານະ (3)	
ເຈົ້າຂອງພາຫານະ						
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ນຳໃຊ້ພາຫານະນັ້ນ						
ປີ/ຜະລິດ/ຮຸ່ນ						
ໃບອະນຸຍາດເລກທີ						
ຕີມູນຄ່າ	$		$		$	
ມູນຄ່າດຸນດ່ຽງໃນການເປັນເຈົ້າຂອງ	$		$		$	
ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ
ໃຫ້ເຊົ່າ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານນຳໃຊ້ພາຫານະນີ້ແນວໃດ? ໃຫ້ໝາຍ (✔) ໃສ່ແຕ່ລະລາຍການ "ແມ່ນ" ຫລື "ບໍ່ແມ່ນ":	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ໃຊ້ຢູ່ໃນບ້ານ						
ໃຊ້ໄປເຮັດວຽກ ຫລືໄປຝຶກອົບຮົມ ໃຊ້ໄປຊອກຫາງານ						
ສຳລັບການຈັດຫາງານດ້ວຍຕົນເອງ, ສຳລັບການກຸ້ມຕົນເອງ ຫລື ໃຊ້ໃນທຸຣະກິດ						
ຈຳເປັນສຳລັບຜູ້ເສັຍອົງຄະສະມາຊິກ ໃນຄອບຄົວ						
ເພື່ອເອົານ້ຳມັນຂອງຄອບຄົວ ຫລື ນ້ຳ						
ສຳລັບໃຊ້ເຂົ້າໃນການອອກກຳລັງກາຍເທົ່ານັ້ນ						

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Transfer of Assets:
- ☐ CA in last 12 months
- ☐ FS in last 3 months
- ☐ Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY
- ☐ Adequate Consideration
- ☐ Spenddown

Total Nonexempt Property
$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
- ☐ Verifications viewed
- ☐ Leased vehicle: ☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
- ☐ Pickle Program: Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____ $ _____

(2) Date:_____ $ _____

(3) Date:_____ $ _____

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ - ພາຫານະ

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).	☐ YES (Exclude)	☐ NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO	☐ YES	☐ NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	☐ YES Go to (C). Use Excess Value.	☐ NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA

FMV			
Minus	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	$ _____	$_____	$_____
Less Encumbrances	$ _____	$_____	$_____
Net Value	$ _____	$_____	$_____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(2) Yes	(2) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA

Excess Value $ _____

Equity Value $ _____

Grand Total Countable Property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$_____	$_____	$_____
(8)	$_____	$_____	$_____
(7)	$_____	$_____	$_____
Total	$_____	$_____	$_____

ສະເພາະເຈົ້າໜ້າທີ່ເຂດເທົ່ານັ້ນ

Housing verified: ☐ YES ☐ NO

Total housing: $_____

Shared housing: ☐ YES ☐NO

CA FS 36 **A. ມີໃຜມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່າເຮືອນຫລືບໍ່?** ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ "ມີ", ໃຫ້ຕື່ມຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຄ່າເຮືອນ	ລວມລາຄາທັງໝົດ	ເຈົ້າຈ່າຍເທົ່າໃດ	ສະມາຊິກຄົນອື່ນໃນຄອບຄົວຈ່າຍເທົ່າໃດ	ມີໃບບິນມາເກັບຖີ່ປານໃດ
ຄ່າເຊົ່າ	$	$	$	
ຄ່າເຮືອນ (ຈຳນອງ)	$	$	$	
ພາສີຊັບສິນ (ຖ້າບໍ່ລວມໃນການຈ່າຍຄ່າເຮືອນ)	$	$	$	
ຄ່າປະກັນ (ຖ້າບໍ່ລວມໃນການຈ່າຍຄ່າເຮືອນ)	$	$	$	
ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)	$	$	$	

CA FS **B. ມີໃຜອີກທີ່ຈ່າຍທັງໝົດຫລືຈ່າຍສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄ່າເຮືອນນີ້ຫລືບໍ່? ລວມທັງພີ່ນ້ອງແລະເພື່ອນທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຮືອນ, ມີແຜນການຊ່ວຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນໃດບໍ່, ເຊັ່ນ HUD, ພາກສ່ວນທີ່ 8, ໆລໆ** ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຕື່ມຂ້າງລູ່ມນີ້ . ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ປະເພດຂອງຄ່າເຮືອນ	ຊື່ຜູ້ຈ່າຍ	ແຕ່ລະຄົນຈ່າຍເທົ່າໃດ $	ມີໃບບິນມາເກັບຖີ່ປານໃດ
		$	

FS 37 **A. ມີໃຜຈ່າຍຄ່າສາທາລະນຸປະโภกหลือบ่?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ "ມີ", ກະລຸນາໝາຍຖືກໃນຫ້ອງທີ່ເໝາະສົມ.

ຄ່າອາຍແກ๊ສ		ຄ່າເກັບຂີ້ເຫຍື້ອ	
ຄ່າໄຟຟ້າ		ທໍ່ນ້ຳເສຍ	
ຄ່າເຊື້ອເພີງອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ກາສໂປຣປານ, ອາຍກາສປິໂຕລຽມ, ໄມ້ຟືນ, ຖ່ານ, ໆລໆ.)		ຄ່າໂທລະສັບ/ ຄ່າອຸປະກອນສື່ສານອື່ນໆ ເຊັ່ນ ອິນເຕີເນັດ ໆລໆ.	
ຄ່ານ້ຳ		ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)	

Utilities verified: ☐ YES ☐ NO

Verification not required ☐

FS **B. ເຈົ້າໄດ້ໃຊ້ແກ๊ສ, ໄຟຟ້າ ຫລື ເຊື້ອເພີງອື່ນສຳຫລັບການເຮັດຄວາມຮ້ອນ ຫລື – ເຮັດຄວາມເຢັນບໍ່** ☐ ໃຊ້ ☐ ບໍ່ໃຊ້

ຖ້າ "ໃຊ້", ກະລຸນາໝາຍຖືກໃນຫ້ອງທີ່ເໝາະສົມ..

ການໃຊ້	**ໃຊ້ເພື່ອເຮັດຄວາມຮ້ອນຫລືເຮັດຄວາມເຢັນ**	
ແກ๊ສ	**ໃຊ້**	**ບໍ່ໄດ້ໃຊ້**
ໄຟຟ້າ	**ໃຊ້**	**ບໍ່ໄດ້ໃຊ້**
ເຊື້ອເພີງອື່ນໆ	**ໃຊ້**	**ບໍ່ໄດ້ໃຊ້**

Utility allowance
☐ SUA
☐ LUA
☐ TUA
☐ None allowed

FS 38 ເຈົ້າສາມາດມອບສິດໃຫ້ບາງຄົນໃນຄົວເຮືອນ ຫລື ບາງຄົນນອກຄົວເຮືອໃຊ້ບັດອາຫານຂອງເຈົ້າເພື່ອຊື້ອາຫານໃຫ້ເຈົ້າ. ຖ້າເຈົ້າຢາກມອບໃຫ້ໃຜເຮັດ, ຕື່ມຂ້າງລຸ່ມນີ້:

☐ F.S. I.D. Issued

ຊື່ຜູ້ມອບໝາຍໃຫ້ເປັນຕົວແທນ	ທີ່ຢູ່	ໂທລະສັບ
		( )

CA MC (39) **ມີໃຜໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທາງການແພດ/ການຝາກທ້ອງໃນເດືອນນີ້ ຫລືໃນສາມເດືອນກ່ອນເດືອນນີ້?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການດູແລ	ຈຳນວນເດືອນ ທີ່ໄດ້ຮັບການດູແລ	ໄດ້ມີການຈ່າຍໃຫ້ການດູແລ		ທ່ານຕ້ອງການ MEDI-CAL ໃນເດືອນເຫລົ່ານັ້ນບໍ່?	
		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Retroactive Application
☐ Retro Only
☐ Retro and Cont.
☐ MC 210A

CA FS MC (40) **ແຕ່ລະຄົນໄດ້ຮັບ MEDICARE (ການຄອບຄຸມຈາກການເຮັດປະກັນ) ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ບຸກຄົນທີ່ຖືກປະກັນ	ເລກປະກັນພັຍ ເພື່ອທວງເອົາການດູແລທາງການແພດ	(✔) ເງິນຄ່າປະກັນພັຍປະຈຳເດືອນຈ່າຍ ເທົ່າໃດ			
		ສຳລັບ	ຫັກອອກຈາກເຊັກ (ບັນຊີ)	ຈາກຖົງ	ອື່ນໆ
		ພາກ A			
		ພາກ B			
		ພາກ A			
		ພາກ B			

☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
☐ QMB
☐ SLMB/QI
☐ QDWI

CA MC (41) **ມີໃຜມີປະກັນສຸຂະພາບແບບຍາວນານ:ແຂ້ວ, ສາຍຕາ, ພະຍາບານ ຫລື ມີແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ເຊັ່ນ: Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS, ອື່ນໆ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ບໍລິສັດປະກັນພັຍ	ບຸກຄົນທີ່ຖືກປະກັນ	ວັນໝົດອາຍຸ	ຄ່າປະກັນພັຍ ຈຳນວນ	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ (ຄວາມຖີ່)
			$	
			$	

State Certified LTC Policy:
☐ YES ☐ NO
☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

CA MC (42) **ມີໃຜມີປະກັນສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງຈາກພໍ່ແມ່, ນາຍຈ້າງ, ຫລື ພັນທະຂອງພໍ່ແມ່ທີ່ຫຍ່າຮ້າງ, ເຊິ່ງຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຂໍຮ້ອງເອົາເທື່ອ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ບໍລິສັດປະກັນພັຍ	ຄົນຜູ້ທີ່ຈະຕ້ອງຮັບການປະກັນ	ຄ່າປະກັນພັຍ ຈຳນວນ	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ (ຄວາມຖີ່)
		$	
		$	

☐ DHS 6155

CA MC (43) **ມີປະກັນສຸຂະພາບຂອງໃຜໃກ້ຈະໝົດອາຍຸ ຫລື ໝົດໄປແລ້ວ ພາຍໃນ 60 ວັນ ຜ່ານມາ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ບໍລິສັດປະກັນພັຍ	ບຸກຄົນທີ່ຖືກປະກັນ	ວັນໝົດອາຍຸ	ຄ່າປະກັນພັຍ ຈຳນວນ	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ (ຄວາມຖີ່)
			$	
			$	

☐ DHS 6155

CA MC (44) **ມີໃຜເສັຍອົງຄະຍ້ອນຖືກບາດເຈັບ ຫລື ອຸປະຕິເຫດ ທີ່ທຳให้ຫຍຸ້ງຍາກສຳລັບພວກເຂົາທີ່ຈະເຮັດວຽກ ຫລື ທີ່ຈະດູແລ ຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການອັນຈຳເປັນຂອງພວກເຂົາ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ປະເພດຂອງບັນຫາ	ວັນທີທີ່ບັນຫານັ້ນເກີດຂຶ້ນ	ວັນທີທີ່ຄາດວ່າຈະຫາຍດີ

☐ Third Party Liability

CA FS (45) **A. ມີໃຜທີ່ມີເງື່ອນໄຂທາງການແພດ ຫລື ສະຖານະການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີຂໍ້ໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ບໍ?** ໝາຍ (✔) ໃສ່ແຕ່ລະລາຍການ "ແມ່ນ" " ບໍ່ແມ່ນ "

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ການຄະລຳອາຫານຕາມທ່ານໝໍໄດ້ບອກໄວ້			ການນຳໃຊ້ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຢ່າງຫຼວງຫຼາຍ		
ພາຫານະໄປມາທີ່ຈຳເປັນພິເສດ			ການບໍລິການຊັກເຄື່ອງແບບພິເສດ		
ໂທຣະສັບ ຫລື ອຸປະກອນພິເສດອື່ນໆ			ອື່ນໆ (ບອກລະອຽດ)		
ວຽກເຮືອນ (ບໍ່ມີໃຜໃນເຮືອນສາມາດເຮັດໄດ້)					

ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍ:

Verified: ☐ YES ☐ NO
Special Need: ☐ YES ☐ NO
Amount: $_____

CA FS MC **B. ມີເດັກ ຫລື ຄົນພິການຢູ່ໃນເຮືອນທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງດູແລຈາກຄົນເຮືອນອື່ນ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍ:

CA MC **C. ມີຄົນພິການຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ ແລະ ມີການຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດ (ລໍນັ່ງຂອງຄົນພິການ ແລະ ອື່ນໆ) ເຊິ່ງຈຳເປັນສຳລັບເຂົາເພື່ອສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ຂຽນໃສ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ	ປະເພດຂອງການໃຊ້ຈ່າຍ	ເປັນເງິນ
		$
		$

☐ Receipts
☐ MC 272 ☐ MC 273
☐ IRWE (QMB and SGA)
FS: ☐ DFA 285-C

CA FS **D. ມີໃຜໄດ້ຮັບການອຸດໜູນບໍລິການ (IHSS) ບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ມີ" ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບການບໍລິການນັ້ນ? _____ **ແຕ່ລະເດືອນທ່ານຈ່າຍເທົ່າໃດ? $** _____

				ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ
CA (46)	**ຄອບຄົວຢາກຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຈ່າຍແບບພິເສດສຳລັບເຮືອນຢູ່ ຫລື ລາຍການເຄື່ອງເຮືອນທີ່ຈຳເປັນທີ່ເສັຍໄປ ຫລື ເປ່ເຜ ຍ້ອນ ເຫດການກະທັນຫັນແລະຜິດປົກກະຕິ, ເຊັ່ນ: ແຜ່ນດິນໄຫວ, ໄຟໄໝ້ ຫລືວ່າ ນ້ຳຖ້ວມ?** ຖ້າ "ແມ່ນ" ໃຫ້ອະທິບາຍລຸ່ມນີ້:	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	Special Need Verified: YES ☐ NO ☐ Eligible for Special Need: YES ☐ NO ☐
CA FS (47)	**ມີຄົນໃດໃນຄອບຄົວທີ່ໜີຄະດີ (ລະເມີດກົດໝາຍ) ເພື່ອ ຫຼີກລ່ຽງການຮ້ອງຟ້ອງ, ການກັກຂັງ ຫລື ການຖືກກັກຂັງ ຫລັງຈາກການຕັດສິນ ຫລື ຢູ່ລະເມີດ ໃນເວລາສອບສວນ ຫລື ຖືກປ່ອຍຕົວກ່ອນກຳນົດ ບໍ?** ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ບອກຊື່ຜູ້ກ່ຽວ:	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	
CA FS (48)	**ທ່ານຫລືວ່າຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເຄີຍໄດ້ຖືກຕັດສິນໃນຄະດີອາຍາກ່ຽວກັບຢາເສບຕິດບໍ? ຖ້າ "ບໍ່" ໃຫ້ໄປຕອບຄຳຖາມຂໍ້ 49.**	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98
	ຖ້າ ມີ ໃຫ້ບອກຊື່: _____ ວັນທີທີ່ໄດ້ຖືກຕັດສິນ _____			
	ການຕັດສິນນັ້ນຍ້ອນກໍລະນີໃດໜຶ່ງດັ່ງລຸ່ມນີ້ບໍ່:			
	● ການຂົນສົ່ງ, ການນຳເຂົ້າໃນປະເທດ, ການຂາຍ, ການຕົບແຕ່ງ, ການບໍລິການ, ການປ່ອຍອອກໄປ, ການປຸງແຕ່ງ ເພື່ອຂາຍ, ຊື້ເພື່ອເອົາໄປຂາຍ, ການຜະລິດ, ຫລືການປຸງແຕ່ງໂດຍເຈດຕະນາທີ່ຈະຜະລິດວັດຖຸທີ່ຖືກຄວບຄຸມ ຫລື ການຢູກ, ການເກັບກ່ຽວ ຫລື ການປຸງແຕ່ງກັນຊາ?	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	Qualifying Drug Felon? ☐ Yes ☐ No
	● ການສົ່ງເສີມ, ລວມທັງການຊັກຈູງ, ການສະແຫວງຫາ ຫລື ການຊູ່ຂວັນຜູ້ມີອາຍຸບໍ່ຄົບກະສຽນໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການ ເຄື່ອນໄຫວໃດໜຶ່ງຂ້າງເທິງນັ້ນ?	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	Meets felony conditions of eligibility? ☐ Yes ☐ No
	ທ່ານເອງ ຫລື ໃຜຜູ້ໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ:			
	a) ສຳເລັດໂຄງການບຳບັດຜູ້ຕິດຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຈາກລັດຖະບານບໍ?	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	
	b) ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດທີ່ທາງຣັຖບານຮັບຮູ້?	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	
	c) ລົງທະບຽນໃນໂຄງການບຳບັດຜູ້ຕິດຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຈາກ ລັດຖະບານບໍ?	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	
	d) ໄດ້ຖືກຈັດເຂົ້າຢູ່ໃນບັນຊີລໍຖ້າໂຄງການປິ່ນປົວຢາເສບຕິດທີ່ທາງຣັຖບານຮັບຮູ້?	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	
	e) ໄດ້ຢຸດການນຳໃຊ້ວັດຖຸທີ່ຖືກຄວບຄຸມແລະມີຫລັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຢຸດເຊົາແລ້ວ?	☐ ແມ່ນ	☐ ບໍ່ແມ່ນ	
	ຖ້າ "ແມ່ນ" ໃຫ້ອະທິບາຍລຸ່ມນີ້: _____			

		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	
CA MC (49)	**ການບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ມີໄວ້. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ຈະບໍ່ກະທົບຕໍ່ສິດເໝາະສົມຂອງທ່ານ ໃຫ້ໝາຍ (✔) ໃສ່ແຕ່ລະລາຍການ "ແມ່ນ" ຫລື "ບໍ່ແມ່ນ":**			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date:_____
	A. ການກວດເປັນປົກກະຕິເພື່ອຊ່ວຍປ້ອງກັນສຸຂະພາບຂອງຄອບຄົວທ່ານ ແມ່ນຖືກສະໜອງຕາມການຮ້ອງຂໍ ໂດຍຜ່ານ ອົງການສຸຂະພາບຂອງເດັກ (Child Health) ແລະ ໂຄງການປ້ອງກັນການພິການ (Disability Prevention Program- CHDP) ສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຖືກຈັດເຂົ້າເປັນຜູ້ມີສິດເໝາະສົມເຊິ່ງມີອາຍຸຕ່ຳ ກວ່າ 21 ປີ.			☐ CHDP Referral
	• ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການບໍລິການ CHDP ບໍ?.....			☐ Social Services Referral (MCO)
	• ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການທາງການແພດຂອງ CHDP ບໍ?			
	• ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການດ້ານທັນຕະກັມຂອງ CHDP ບໍ?			
	• ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຈັດນັດພົບ ຫລື ຈັດພາຫານະເດີນທາງໄປຮັບການບໍລິການ CHDP ບໍ?			
	B. ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການບໍລິການທາງດ້ານພູມຕ້ານພະຍາດ ບໍ?			☐ Referred for Immuniz.
	C. ຖ້າທ່ານຖືພາ, ທ່ານກໍສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອເພື່ອຂອກຫາແພດ, ເພື່ອເອົາອາຫານສົ່ງເສີມສຸຂະພາບແລະ ການຊ່ວຍເຫລືອອື່ນໆໄດ້. ທ່ານຕ້ອງການເວົ້າກັບໃຜຜູ້ໜຶ່ງກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫລືອນີ້ບໍ່?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
	D. ທ່ານລ້ຽງລູກດ້ວຍນົ້ານົມແມ່ແມ່ນບໍ່?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
	ຖ້າ "ແມ່ນ", ທ່ານໄດ້ຄອດລູກໃນຊ່ວງເວລາ 12 ເດືອນຫລັງຜ່ານມາ ບໍ?.....			
	ຖ້າທ່ານໝາຍ " ແມ່ນ" ໃສ່ ເລກ (49) C ຫລື D ແລ້ວ, ທ່ານອາດຈະມີສິດເໝາະສົມທີ່ຈະໄດ້ການບໍລິການຈາກ ໂຄງການອາຫານເພີ່ມພິເສດໃຫ້ສະຕຣີ, ທາຣົກ ແລະ ເດັກ (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children- WIC).			☐ WIC referral
	E. ທ່ານເອງຫລືວ່າໃຜຜູ້ໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຢາກໃຫ້ມີການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ມີລາຄາຕ່ຳ ຫລື ບໍ່ ເພື່ອຈະ ຊ່ວຍວາງແຜນປ້ອງກັນການຖືພາແບບບໍ່ໄດ້ວາງແຜນ ແລະ/ຫລື ຈະມີລູກຄົນຕໍ່ໄປອີກ? ຖ້າ "ຕ້ອງການ", ໃຫ້ໂທຫາການ ວາງແຜນດູແລສຸຂະພາບ ຫລື ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ. ຫລື, ຢາກຫາຫລັກຖານ ແລະ ທີ່ຕັ້ງຂອງຄລີນິກວາງແຜນຄອບຄົວແບບ ບໍ່ເປີດເຜີຍນັ້ນໃຫ້ໂທຣໂດຍບໍ່ຈ່ຍເງິນໄປຍັງ: 1-800-942-1054			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

ໃບຢັ້ງຢືນ

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈว່າ:

- ຂໍ້ມູນໃດໆ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້, ລວມທັງກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການ ແລະ ລາຍໄດ້, ຈະກົງກັບ ບັນທຶກຂອງ ເຊັ່ນ ນາຍຈ້າງ, ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ, ອາກອນ, ໝວຍງານສະຫວັດດີການ ແລະ ຈັດຫາງານ, ສະຖາບັນສຶກສາ ແລະອື່ນໆ ໃນເຂດ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. ແລະ ສຳຫຼັບເງິນສະຫວັດດີການ ແລະ ຄ່າອາຫານ, ບັນທຶກຈະກົງກັບຂອງໝວຍງານບັງຄັບໃຊ້ ກົດໝາຍໃນການໝາຍຈັບ.
- ຫລັກຖານຕ່າງໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເອົາໃຫ້ນັ້ນເຊິ່ງລວມທັງຜົນປະ�โยດແລະຫລັກຖານກ່ຽວກັບ ລາຍຮັບນັ້ນອາດສາມາດຖືກທົບທວນຄືນ ແລະກວດຄືນໂດຍພະນັກງານຂອງເຂດມົນທົນ, ຣັຖແລະຣັຖບານກາງ ແລະຖ້າເຫັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຫລັກຖານບໍ່ຖືກຕ້ອງແລ້ວການຊ່ວຍເຫລືອ ແບບແຄສເອດ, ຟູດສະແຕມແລະ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້ານັ້ນອາດໄດ້ຮັບການປະຕິເສດ ຫລືຢຸດລົງໄດ້.
- ກໍຣະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດນຳເອົາໄປທົບທວນເພື່ອໃຫ້ມີຄວາມແນ່ນອນว່າຄວາມເໝາະສົມ ຂອງ ຂ້າພະເຈົ້ານັ້ນໄດ້ເປັນໄປຕາມຄວາມຖືກຕ້ອງແລະຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມື ຢ່າງເຕັມສ່ວນກັບເຂດມົນທົນ, ກັບຣັຖຫລືບຸກຄະລາກອນຂອງຣັຖບານກາງ ໃນການສືບສວນໃດໆ ຫລືໃນການທົບທວນ, ລວມທັງການທົບທວນກວດກາດ້ານຄຸນນະພາບ.
- ເຂດມົນທົນຈະສົ່ງຫລັກຖານຕ່າງໆໄປຫາຣັຖບານກາງ ສະຫະຣັຖ ອາເມຣິກາ. ການມີສັນຊາຕ ແລະການບໍຣິການຄົນເຂົ້າເມືອງ (USCIS) (ເມື່ອກ່ອນຮູ້ກວ່າ INS) ຈະກວດຖານະການ ອົພຍົບແລະຫລັກຖານຕ່າງໆທີ່ເຂດມົນທົນໄດ້ມາຈາກ USCIS ເຊິ່ງອາດຈະກະທົບຕໍ່ຄວາມ ເໝາະສົມຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະໄດ້ການຊ່ວຍເຫລືອແບບແຄສ ເອດ, ຢູດສະແຕມ ແລະ Medi-Cal ຢ່າງເຕັມສ່ວນ. ແຕ່ວ່າຖ້າຫາກຍື່ນຄຳຮ້ອງໄປຍັງ Medi-Cal ເທົ່ານັ້ນ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກໍ<u>ບໍ່ແມ່ນ</u> (a) ຄົນມີສິດເຕັມສ່ວນຢູ່ປະເທດໂດຍຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍແລະ ຍາວນານໃນຖານະເປັນຄົນບໍ່ທັນຖືສັນຊາຕ (LPR), (b) ຂ້າພະເຈົ້າກໍເປັນຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ຖືກ ອະພັຍໂທດຕາມ I-688 ຫລື (c) ເປັນຄົນບໍ່ມີສັນຊາຕທີ່ຢູ່ສະຫະຣັຖແບບຖາວອນພາຍໃຕ້ ກົດໝາຍ (PRUCOL), ເຂດມົນທົນຈະ<u>ບໍ່ສົ່ງ</u>ຫລັກຖານຕ່າງໆໄປຍັງ USCIS.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການແພດທີ່ມີຢູ່ນັ້ນຖ້າວ່າລາຄາ ມັນຫາກໄດ້ລວມເຂົ້າ; ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ທຳດັ່ງນັ້ນການຊ່ວຍເຫລືອແບບ Medi-Cal ຂອງ ຂ້າພະເຈົ້ານັ້ນກໍຈະຖືກລົບລ້າງ ຫລືວ່າຖືກຢຸດ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຫລືຄົນອື່ນໃນຄອບຄົວຫາກຖືກທວງໃຫ້ຈ່າຍແຄສເອດໃດໜຶ່ງຄືນແລ້ວຂ້າພະເຈົ້າ ກໍຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບ.
- "ຟູດສະແຕມ, ຄອບຄົວ, ຄົນຜູ້ໃຫຍ່ໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຟູດສະແຕມນັ້ນ (ເຖິງແມ່ນວ່າ ເຂົາຈະຍ້າຍອອກໄປແລ້ວກໍຕາມ), ຜູ້ເປັນສະປອນເຊີຂອງ ຄົນໃນຄອບຄົວຜູ້ບໍ່ທັນມີສັນຊາຕນັ້ນ ຫລືວ່າ ຜູ້ມີສິດຕາງໜ້າຂອງພວກຄົນຢູ່ໃນສະຖາບັນທີ່ໃຫ້ສິດຄວາມເໝາະສົມກໍອາດຖືກທວງໃຫ້ ຈ່າຍຄືນຜົນປະ�โยດໃດໜຶ່ງທີ່ຄອບຄົວບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ.
- ສະມາຊິກໃດໆໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຜູ້ທີ່ຫຼົບລ່ຽງ ຫຼື ຫຼົບໜີ ກົດໝາຍ ຈາກການລົງ�โทດ ອາຍາສະຖານໜັກ, ກັກຂັງ ຫຼື ຄອບຄຸມພຶດຕິກຳພາຍຫຼັງ ຕອງ�โทດ ຫຼື ລະເມີດທັນບົນ ຫຼື ປະກັນຕົວ ບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ ຄ່າອາຫານ.
- ຄົນໃນຄອບຄົວຜູ້ໃດກໍດີທີ່ໄດ້ຖືກຕັດສິນຫລັງຈາກວັນທີ 22 ສິງຫາ 1996 ທີ່ກ່ຽວກັບຄະດີ ຢາເສບຕິດ, ການນຳໃຊ້, ການຜະຫລິດ, ການຂາຍ, ການແຈກວັດຖຸທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄວບຄຸມ ຫລືການເຄື່ອນໄຫວອື່ນໆທີ່ກ່ຽວພັນກັບການກະທຳທີ່ຜິດກົດໝາຍ ຫລືຈະເປັນການເກັບກ່ຽວ, ການປູກຫລືການຜະຫລິດກັນຊາກໍດີ, ຫລືການດຶງດູດເອົາຜູ້ທີ່ບໍ່ທັນຄົບກະສຽນໃຫ້ເຂົ້າມາຮ່ວມ ໃນການເຄື່ອນໄຫວເທິງນັ້ນກໍບໍ່ສາມາດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການ ຊ່ວຍເຫລືອເປັນຟູດສະແຕມໄດ້.
- ເພື່ອຈະຮັບເອົາແຄສເອດແລະຟູດສະແຕມນັ້ນທາງເຂດມົນທົນຈະຂໍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າແລະ ຄົນໃນຄອບຄົວໄປພິມລາຍມືແລະຖ່າຍຮູບ. ຜົນປະ�โยດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຈາກການ ຊ່ວຍເຫລືອນັ້ນອາດສາມາດຖືກປະຕິເສດຫລືຢຸດຕິລົງໄດ້ຖ້າວ່າຂ້າ ພະເຈົ້າຫາກບໍ່ໃຫ້ການ ຮ່ວມມື

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈເຊັ່ນກັນว່າ:

ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບຄວາມຂາດຄຸນລັກສະນະແລະ/ຫຼືການສະຫວັດດີການຖ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ຫລັກຖານຜິດຫລືບໍ່ ລາຍງານກ່ຽວກັບຫລັກຖານທັງໝົດຫລືກ່ຽວກັບສະພາບທີ່ສົ່ງຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄວາມເໝາະສົມຫລືວ່າຕໍ່ຜົນປະ�โยດຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະໄດ້ແຄສເອດ, ຟູດສະແຕມ, ແລະ Medi-Cal.

ເພື່ອຈະໄດ້ແຄສເອດນັ້ນ:

- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຈົ່ງໃຈຝ່າຝືນກົດລະບຽບເງິນສະຫວັດດີການ, ຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກລົງ�โทດ ໂດຍການປັບໄໝສູງສຸດ ມູນຄ່າ $10,000 ແລະ/ຫຼື ຖືກຈຳຄຸກເປັນເວລາ 3 ປີ. ຈາກນັ້ນ ແຄສເອດນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍສາມາດຢຸດຕິລົງໄດ້:
  - ກໍລະນີບໍ່ລາຍງານຂໍ້ມູນທັງໝົດ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດ: 6 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄວາມຜິດ ຄັ້ງທຳອິດ, 12 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສອງ, ຫຼື ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສາມ; ແລະ ກໍລະນີເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອຊາວອົບພະຍົບ (RCA), 3 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄວາມຜິດຄັ້ງທຳອິດ ແລະ 6 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄັ້ງຕໍ່ໆ ໄປ.
  - ກໍລະນີສະໝັກຂໍ ຄັ້ງໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ ເພື່ອຂໍເງິນສະຫວັດດີການຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງ ກໍລະນີ ໃນເວລາດຽວກັນ: 2 ປີ ສຳຫຼັບຄວາມຜິດຄັ້ງທຳອິດ, 4 ປີ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສອງ, ຫຼື ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສາມ.
  - ສຳລັບການຕັດສິນກ່ຽວກັບການຂະໂມຍນັ້ນເພື່ອຈະໄດ້ການຊ່ວຍເຫລືອ: 2 ປີສຳລັບການ ຂະໂມຍເປັນຈຳນວນເງິນຕ່ຳກ່ວາ $2000; 5 ປີສຳລັບຈຳນວນເງິນແຕ່ $2000 ໄປຫາ $4999.99; ແລະຕະຫລອດການສຳລັບຈຳນວນເງິນແຕ່ $5000 ຫລືຫລາຍກ່ວານັ້ນ.
  - ຍ້ອນການສະແດງຫລັກຖານບໍ່ຈິງໄປຍັງເຂດມົນທົນກ່ຽວກັບການຢູ່ເພື່ອຈະໄດ້ການ ຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ໃນສອງຫລືຫລາຍເຂດມົນທົນຫລືຫລາຍຣັຖໃນເວລາດຽວກັນນັ້ນ; ຍ້ອນການ ສະແດງຫລັກຖານບໍ່ຈິງກ່ຽວກັບເດັກທີ່ຄວນຈະໄດ້ຫລືເດັກທີ່ບໍ່ມີໃນຕົວຈິງ, ຍ້ອນການ ໄດ້ຮັບຫລາຍກ່ວາ $10,000 ເປັນເງິນສິດໂດຍຜ່ານຄວາມຜິດ, ຍ້ອນການຕັດສິນຄັ້ງທີ ສາມຕໍ່ຄວາມຜິດຢູ່ໃນສານຕັດສິນຫລືວ່າຢູ່ໃນການຟັງຄຳໃຫ້ການ: ຕະຫລອດການ.

ສຳລັບຟູດສະແຕມນັ້ນ:

- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຈົ່ງໃຈຝ່າຝືນກົດລະບຽບຄ່າອາຫານ, ຄ່າອາຫານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈະຖືກຍົກເລີກ ເປັນເວລາ 12 ເດືອນ ສຳຫຼັບການລະເມີດຄັ້ງທຳອິດ, 24 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສອງ, ແລະ ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສາມ. ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກລົງ�โทດ ໂດຍການປັບໄໝສູງສຸດ ເປັນມູນຄ່າ $250,000 ແລະ/ຫຼື ຖືກຈຳຄຸກເປັນເວລາ 20 ປີ.
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າກາຍເປັນຄົນຜິດຢູ່ທີ່ສານຕັດສິນຍ້ອນ:
  - ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊື້ຂາຍຜົນປະ�โยດຈາກ ຟູດສະແຕມເພື່ອເອົາອາວຸດປືນ, ກະສຸນ ຫຼື ລະເບີດ, ຜົນປະ�โยດຈາກ ຟູດສະແຕມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ນັ້ນ ກໍສາມາດຢຸດຕະຫຼອດ ການສຳລັບ ການລະເມີດຄັ້ງທີໜຶ່ງ.
  - ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊື້ຂາຍຜົນປະ�โยດຈາກຟູດສະແຕມເພື່ອເອົາວັດຖຸທີ່ຢູ່ໃນການຄວບຄຸມ, ຜົນປະ�โยດຈາກຟູດສະແຕມຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍສາມາດຈະຢຸດເປັນເວລາ 24 ເດືອນ ສຳລັບການລະເມີດຄັ້ງແລກແລະຕະຫລອດການສຳລັບຄັ້ງທີສອງ."
  - ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊື້ຂາຍຜົນປະ�โยດຈາກຟູດສະແຕມທີ່ມີມູນຄ່າ $500 ຫລືຫລາຍກ່ວາ, ຜົນປະ�โยດຈາກຟູດສະແຕມຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍສາມາດຈະຢຸດຕະຫລອດການ."
  - ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງສອງສະບັບຫລາຍກ່ວານັ້ນເພື່ອຂໍເອົາຜົນປະ�โยດຈາກ ຟູດສະແຕມໃນເວລາດຽວກັນແລະໄດ້ສິ່ງບັດປອມຫລືວ່າຂໍ້ມູນປອມກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ນັ້ນ, ຜົນປະ�โยດຈາກຟູດສະແຕມຂອງຂ້າພະເຈົ້າກໍສາມາດຢຸດເປັນເວລາ 10 ປີ.

ຂ້າພະເຈົ້າຖະແຫລງຕໍ່ກົດໝາຍຂອງສະຫະຣັຖ ອາເມຣິກາ ແລະຣັຖເຄລີຟໍເນຍว່າຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່ໃນເອກະສານນີ້ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງແລະຄົບຖ້ວນ.

ລາຍເຊັນ (ພໍ່ແມ່ ຫລືว່າ ຍາດຜູ້ດູແລ, ຜູ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍ Medi-Cal, ຄົນຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄອບຄົວທີ່ມີຟູດສະແຕມ ຫລືว່າຜູ້ມີສິດຕາງໜ້າເອົາຟູດສະແຕມ)			ວັນທີເດືອນປີ
ລາຍເຊັນ (ພໍ່ແມ່ຜູ້ອື່ນທີ່ຢູ່ໃນເຮືອນ, ຖ້າວ່າຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍແຄສເອດ)	ວັນທີເດືອນປີ	ລາຍເຊັນຂອງພະຍານເພື່ອສະແດງ, ສຳລັບນາຍພາສາຫລືບຸກຄົນທີ່ແທນຜູ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງ/ ຜູ້ໄດ້ຜົນປະ�โยດ	ວັນທີເດືອນປີ

ສຳລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/ Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE