ໃບສະໝັກຂໍ CALFRESH, ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ແລະ/ຫຼື ໂຄງການ MEDI-CAL/HEALTH CARE (ການດູແລສຸຂະພາບ)

ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການ ຫຼືຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ວຍການສະໝັກນີ້, ຈົ່ງໃຫ້ທາງກົມສະຫວັດດີການຂອງຄາວຕີ້ (ຄາວຕີ້) ຮູ້ ແລະຈະມີຄົນຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ. ຖ້າທ່ານຢາກທີ່ຈະເວົ້າ, ອ່ານ, ຫຼືຂຽນເປັນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ຄາວຕີ້ຈະຈັດຄົນໃຫ້ຊ່ວຍທ່ານ ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

ຂ້ອຍຈະສະໝັກໄດ້ແນວໃດ?

ໃຊ້ໃບສະໝັກນີ້ ຖ້າທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ (CalFresh), ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ (ໂອກາດການເຮັດວຽກ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ເດັກນ້ອຍ ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຜູ້ລີ້ໄພຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ຫຼື ໂຄງການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປ) Medi-Cal ແລະ/ຫຼືໂຄງການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກຂໍ CalFresh ເທົ່ານັ້ນ, ທ່ານສາມາດຖາມທາງຄາວຕີ້ໄດ້ສຳລັບໃບສະໝັກຂໍ CalFresh ເທົ່ານັ້ນ. CalFresh ແມ່ນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານ ເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານທາງດ້ານຄ່າຊື້ອາຫານໃຫ້ກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກຂໍການດູແລສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ, ທ່ານສາມາດຖາມທາງຄາວຕີ້ໄດ້ສຳລັບໃບສະໝັກຂໍການດູແລສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ. ການດູແລສຸຂະພາບລວມມີ: ການປະກັນໄພລາຄາຕ່ຳສຳລັບ Medi-Cal; ການປະກັນໄພສຸຂະພາບສ່ວນຕົວທີ່ສາມາດຊື້ໄດ້; ຫຼືສິນເຊື່ອພາສີທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ. ຢ່າໃຊ້ໃບສະໝັກນີ້ ຖ້າທ່ານສະໝັກຂໍແຕ່ການດູແລສຸຂະພາບເທົ່ານັ້ນ. ຄາວຕີ້ຂອງທ່ານອາດມີໃບສະໝັກແຍກຕ່າງຫາກ ສຳລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ຫຼື ໂຄງການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປ. ຂໍໃຫ້ຖາມທາງຄາວຕີ້ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈ.

ທ່ານຍັງສາມາດສະໝັກຂໍໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ທາງອອນໄລນ໌ໄດ້ ໂດຍການໄປທີ່ http://www.benefitscal.org/.

- ປະກອບໃສ່ແບບຟອມໃບສະໝັກທັງໝົດ, ຖ້າທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້. ຢ່າງໜ້ອຍທ່ານຕ້ອງປະກອບຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະລາຍເຊັນ ໃຫ້ກັບທາງຄາວຕີ້ (ຄຳຖາມທີ 1 ຢູ່ໃນໜ້າທີ 1 ຂອງໃບສະໝັກ) ເພື່ອເລີ່ມຂັ້ນຕອນການສະໝັກຂໍ CalFresh. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ທ່ານຕ້ອງຕອບຄຳຖາມທີ 1 ຫາທີ 5 ຢູ່ໃນໜ້າທີ 1 ແລະ 2 ຂອງໃບສະໝັກ ແລະລົງລາຍເຊັນໃສ່ ເພື່ອເລີ່ມຂັ້ນຕອນການສະໝັກ. ສຳລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ຫຼື ໂຄງການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປ ຂໍໃຫ້ຖາມທາງຄາວຕີ້ວ່າ ຄຳຖາມໃດທີ່ຕ້ອງຕອບເພື່ອເລີ່ມຂັ້ນຕອນການສະໝັກ.
- ແຕ່ລະໂຄງການມີສັນຍາລັກ (ສະແດງໄວ້ຢູ່ດ້ານເທິງຂອງໜ້ານີ້) ສະແດງບອກວ່າຄຳຖາມໃດກ່ຽວກັບໂຄງການໃດ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ມັນແມ່ນສັນຍາລັກເງິນໂດລາ; ສຳລັບ CalFresh, ມັນແມ່ນລໍ້ຊ໊ອບປິ້ງ; ແລະສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, ມັນແມ່ນລົດໂຮງໝໍ. ຕົວຢ່າງ, ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ກຳລັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕອບຄຳຖາມທີ່ໝາຍດ້ວຍສັນຍາລັກເງິນໂດລາເທົ່ານັ້ນ.
- ເອົາໃບສະໝັກໃຫ້ກັບຄາວຕີ້ດ້ວຍຕົນເອງ, ສົ່ງທາງໄປສະນີ, ໂດຍແຟັກ ຫຼືອອນໄລນ໌.
- ວັນທີຄາວຕີ້ໄດ້ຮັບໃບສະໝັກທີ່ມີລາຍເຊັນຂອງທ່ານແມ່ນວັນທີ່ເລີ່ມໃຫ້ຄຳຕອບວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່. ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນສະຖາບັນ, ວັນທີເລີ່ມໃຫ້ຄຳຕອບແມ່ນນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານອອກໄປ.

ຂ້ອຍຈະເຮັດແນວໃດຕໍ່ໄປ?

- ອ່ານກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ (ໜ້າກົດລະບຽບໂຄງການ) ກ່ອນທ່ານຈະເຊັນໃບສະໝັກ.
- ທ່ານຕ້ອງມີການສຳພາດກັບຄາວຕີ້ ເພື່ອປຶກສາເລື່ອງການສະໝັກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການ, ສາມາດຈັດແຈງເລື່ອງອື່ນໆໃຫ້ໄດ້.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ປະກອບໃບສະໝັກທັງໝົດເທື່ອ, ທ່ານສາມາດປະກອບມັນໃຫ້ສຳເລັດໄດ້ໃນລະຫວ່າງການສຳພາດ.
- ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຫຼັກຖານລາຍຮັບ, ລາຍຈ່າຍ, ແລະສະພາບການອື່ນໆຂອງທ່ານ ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບໍ່.

ມັນຈະໃຊ້ເວລາດົນປານໃດ?

ມັນອາດຈະໃຊ້ເວລາເຖິງ 30 ວັນ ເພື່ອດຳເນີນການສະໝັກຂອງທ່ານໃຫ້ສຳເລັດສຳລັບ CalFresh. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະ Medi-Cal, ມັນອາດຈະໃຊ້ເວລາເຖິງ 45 ວັນ. ໃຫ້ຖາມກັບຄາວຕີ້ກ່ຽວກັບວິທີເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼືການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານທັນທີ ຖ້າທ່ານມີກໍລະນີສຸກເສີນ.

ທ່ານອາດຈະສາມາດເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ໄດ້ພາຍໃນ 3 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຖ້າ:

- ລາຍໄດ້ທັງໝົດຕໍ່ເດືອນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ (ລາຍຮັບກ່ອນການຫັກຕ່າງໆ) ໜ້ອຍກວ່າ $150 ແລະເງິນສົດໃນມື ຫຼືບັນຊີປະຈຳວັນ ຫຼືບັນຊີຝາກປະຢັດມີບໍ່ເກີນ $100; ຫຼື
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ (ຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າຜ່ອນບ້ານ ແລະສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆ) ຫຼາຍກວ່າລາຍໄດ້ລວມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ ແລະເງິນຢູ່ໃນບັນຊີປະຈຳວັນ ຫຼືປະຢັດຂອງທ່ານ; ຫຼື
- ທ່ານເປັນຜູ້ຍົກຍ້າຍຖິ່ນຖານ ຫຼືເປັນຄອບຄົວຊາວກະສິກອນເຮັດວຽກຕາມລະດູການທີ່ມີເງິນໜ້ອຍກວ່າ $100 ຢູ່ໃນບັນຊີປະຈຳວັນ ຫຼືປະຢັດ ແລະ 1) ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຖືກຢຸດ, ຫຼື 2) ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ ແຕ່ທ່ານບໍ່ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບຫຼາຍກວ່າ $25 ຢູ່ໃນ 10 ວັນຂ້າງໜ້າ.

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທັນທີ ຖ້າ:

- ທ່ານເປັນຄົນບໍ່ມີບ້ານ ຫຼືໄດ້ຮັບແຈ້ງເລື່ອງການໄລ່ອອກຈາກບ້ານ ຫຼືແຈ້ງການໃຫ້ຈ່າຍຄ່າເຊົ່າ ຫຼືຍ້າຍອອກ; ຫຼື
- ອາຫານຂອງທ່ານຈະໝົດພາຍໃນສາມວັນ; ຫຼື
- ສິ່ງໃຊ້ສອຍອຳນວຍຄວາມສະດວກຂອງທ່ານຖືກ ຫຼືຈະຖືກຕັດ; ຫຼື
- ທ່ານບໍ່ມີເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ ຫຼືຜ້າອ້ອມພຽງພໍ; ຫຼື
- ທ່ານມີຄວາມສຸກເສີນປະເພດອື່ນທີ່ສຳຄັນຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະຄວາມປອດໄພ.

ໜ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນ - ຈົ່ງເອົາ ແລະເກັບຮັກສາບັນທຶກຂອງທ່ານໄວ້.

ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຄາວຕີ້ເຫັນວ່າ ທ່ານສາມາດຈະໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄວຂຶ້ນບໍ່ນັ້ນ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມທີ 1, 6 ຫາ 9, 15, ແລະ 24, ແລະເອົາຫຼັກຖານຂໍ້ມູນປະຈຳຕົວຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຄາວຕີ້ (ຖ້າທ່ານມີ) ພ້ອມກັບໃບສະໝັກ. ສຳລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ຫຼື ໂຄງການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປ ໃຫ້ຖາມຄາວຕີ້ວ່າ ມັນຈະໃຊ້ເວລາດົນປານໃດ ແລະມີກົດລະບຽບພິເສດຫຍັງບໍ່ສຳລັບການຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອໄວຂຶ້ນ.

ຄາວຕີ້ຈະສົ່ງໜັງສືໃຫ້ກັບທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼືຖືກປະຕິເສດສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍນັ້ນ.

ຂ້ອຍຈຳເປັນຕ້ອງມີອັນໃດແດ່ສຳລັບການສຳພາດຂອງຂ້ອຍ?
ເພື່ອຫຼີກເວັ້ນຄວາມຊັກຊ້າ, ໃຫ້ນຳເອົາຫຼັກຖານຂອງລາຍການຕໍ່ໄປນີ້ໄປພ້ອມກັບທ່ານເມື່ອໄປທຳການສຳພາດ. ຈົ່ງໄປສຳພາດ ແມ້ວ່າທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານກໍ່ຕາມ. ຄາວຕີ້ອາດຈະສາມາດຊ່ວຍໄດ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຈະເອົາຫຼັກຖານ. ໃນລະຫວ່າງການສຳພາດ, ຄາວຕີ້ຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນຢູ່ໃນໃບສະໝັກ ແລະຈະຖາມຄຳຖາມກັບທ່ານ ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານສາມາດທີ່ຈະໄດ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່ ແລະຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ.

ຫຼັກຖານທີ່ຈຳເປັນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ

- ຫຼັກຖານປະຈຳຕົວ (ໃບຂັບຂີ່, ບັດ ID ຂອງລັດ, ໜັງສືເດີນທາງ).
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດສຳລັບທຸກຄົນທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ.
- ຫຼັກຖານບ່ອນຢູ່ຂອງທ່ານ (ສັນຍາເຊົ່າ, ໃບບິນປະຈຸບັນທີ່ມີທີ່ຢູ່ຂອງທ່ານລົງລາຍການໄວ້).
- ເລກປະກັນສັງຄົມສຳລັບທຸກຄົນທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ (ເບິ່ງບັນທຶກລຸ່ມນີ້ກ່ຽວກັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ).
- ເງິນຢູ່ໃນທະນາຄານສຳລັບທຸກຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ (ລາຍງານບັນຊີສຳຮອງຫຼ້າສຸດ).
- ລາຍໄດ້ຂອງທຸກຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວທີ່ຫາມາໄດ້ໃນ 30 ວັນຜ່ານມາ (ສົ້ນໃບຮັບເງິນຫຼ້າສຸດ, ໃບລາຍງານວຽກຈາກນາຍຈ້າງ). **ໝາຍເຫດ:** ຖ້າເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງ, ໃຫ້ເອົາບັນທຶກລາຍໄດ້ ແລະລາຍຈ່າຍ ຫຼືພາສີ.
- ລາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ມາຈາກການຫາເອງ (ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຫວ່າງງານ, SSI, ປະກັນສັງຄົມ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລູກ, ການຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ເຮັດວຽກ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລ້າໃນໂຮງຮຽນ ຫຼືກູ້ຢືມ, ລາຍໄດ້ຈາກການເຊົ່າ, ອື່ນໆ).
- ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ **ເທົ່ານັ້ນ** ສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ພົນລະເມືອງທີ່ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ (ບັດທະບຽນຕ່າງດ້າວ, ວີຊ່າ).
  ໝາຍເຫດ:
  ຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍສະຖານະການເຂົ້າເມືອງອີງຕາມຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ, ການດຳເນີນຄະດີອາຍາ ຫຼືການຄ້າມະນຸດອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີຫຼັກຖານນີ້. ຍັງອາດຈະບໍ່ຕ້ອງເອົາໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມນຳເຂົາເຈົ້າອີກ.

ຫຼັກຖານທີ່ຈຳເປັນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh <u>ເພີ່ມຂຶ້ນ</u>

- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຢູ່ອາໄສ (ໃບຮັບເງິນຄ່າເຊົ່າ, ໃບບິນຄ່າຜ່ອນບ້ານ, ໃບບິນພາສີຊັບສິນ, ເອກະສານປະກັນໄພ).
- ຄ່າໂທລະສັບ ແລະສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆ.
- ຄ່າປິ່ນປົວທາງການແພດສຳລັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ເປັນຄົນສູງອາຍຸ (60 ປີ ແລະແກ່ກວ່າ) ຫຼືພິການ.
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດູແລເດັກນ້ອຍ ແລະຜູ້ໃຫຍ່ ເນື່ອງຈາກມີບາງຄົນເຮັດວຽກ, ກຳລັງຊອກວຽກເຮັດ, ເຂົ້າຝຶກອົບຮົມ ຫຼືໂຮງຮຽນ, ຫຼືເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳວຽກທີ່ຕ້ອງການ.
- ການຊ່ວຍເຫຼືອເດັກທີ່ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານຈ່າຍ.

ຫຼັກຖານເພີ່ມເຕີມທີ່ຈຳເປັນສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ

- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບວຽກໃດໜຶ່ງທີ່ມີຢູ່ໃຫ້ກັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ.
- ເລກທີສັນຍາປະກັນໄພສຳລັບການປະກັນໄພສຸຂະພາບປະຈຸບັນໃດໜຶ່ງ.

ຫຼັກຖານເພີ່ມເຕີມທີ່ຈຳເປັນສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ (Cash Aid)

- ຫຼັກຖານການສັກຢາກັນພະຍາດສຳລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸຫົກປີ ຫຼືນ້ອຍກວ່າ.
- ທະບຽນລົດສຳລັບພາຫະນະທີ່ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼືບາງຄົນເປັນເຈົ້າຂອງທີ່ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍ.

ຈະເຮັດແນວໃດ ຖ້າຂ້ອຍເປັນຄົນບໍ່ມີບ້ານ?
ຈົ່ງແຈ້ງໃຫ້ທາງຄາວຕີ້ຮູ້ທັນທີ ຖ້າທ່ານເປັນຄົນບໍ່ມີບ້ານ ເພື່ອວ່າເຂົາເຈົ້າຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານເບິ່ງທີ່ຢູ່ທີ່ຈະໃຊ້ເພື່ອຍອມຮັບເອົາໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ແລະໄດ້ຮັບແຈ້ງການຈາກຄາວຕີ້ກ່ຽວກັບສຳນວນຂອງທ່ານ. ສຳລັບ CalFresh ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ບໍ່ມີບ້ານໝາຍຄວາມວ່າ:

A. ພັກຢູ່ໃນທີ່ພັກທີ່ໄດ້ຈັດໃຫ້, ບ່ອນພັກພິງ, ຫຼືບ່ອນທີ່ຄ້າຍຄືກັນນີ້.
B. ພັກຢູ່ບ້ານຂອງຄົນອື່ນ ຫຼືຄອບຄົວອື່ນເປັນເວລາບໍ່ເກີນ 90 ວັນຕໍ່ກັນ.
C. ນອນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ບໍ່ໄດ້ອອກແບບໃຫ້, ຫຼືປົກກະຕິໃຊ້ເປັນບ່ອນຫຼັບນອນ (ລະບຽງ, ສະຖານີລົດເມ, ຫ້ອງລັອບບີ້, ຫຼືບ່ອນທີ່ຄ້າຍຄືກັນນີ້).

ໜ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນ - ຈົ່ງເອົາ ແລະເກັບຮັກສາບັນທຶກຂອງທ່ານໄວ້.

ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆ

ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະ:

- ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານແກ່ທາງຄາວຕີ້.
- ຕ້ອງໃຫ້ຫຼັກຖານຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານມີແກ່ທາງຄາວຕີ້ ເມື່ອມີຄວາມຕ້ອງການ.
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕ່າງໆຕາມທີ່ກຳນົດ. ທາງຄາວຕີ້ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບວ່າຈະໃຫ້ລາຍງານອັນໃດ, ເມື່ອໃດ, ແລະແນວໃດ. ສຳລັບ CalFresh ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ຖ້າທ່ານບໍ່ບັນລຸໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂກຳນົດການລາຍງານຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ສຳນວນຂອງທ່ານ ອາດຈະຖືກປິດ ຫຼືເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານອາດຈະຫຼຸດລົງ ຫຼືຖືກຢຸດ.
- ຊອກຫາ, ຮັບ, ແລະຮັກສາວຽກໄວ້ ຫຼືເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຕ່າງໆ ຖ້າທາງຄາວຕີ້ບອກທ່ານວ່າ ມັນມີຄວາມຈຳເປັນຢູ່ໃນສຳນວນຂອງທ່ານ.
- ຮ່ວມມືກັບຄາວຕີ້, ລັດ, ຫຼືບຸກຄະລາກອນຂອງລັດຖະບານກາງຢ່າງເຕັມທີ່ ຖ້າສຳນວນຂອງທ່ານຖືກເລືອກຂຶ້ນມາທົບທວນ ຫຼືສືບສວນ ເພື່ອຮັບປະກັນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ແລະລະດັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ມີການກຳນົດຢ່າງຖືກຕ້ອງ. ການບໍ່ຮ່ວມມືກັບການທົບທວນເຫຼົ່ານີ້ຈະມີຜົນເຮັດໃຫ້ເກີດມີການສູນເສຍຕໍ່ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.
- ຊຳລະການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ຫຼືເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບນັ້ນກັບຄືນ.

ທ່ານມີສິດ:

- ຍື່ນໃບສະໝັກຂໍ CalFresh ໂດຍການໃຫ້ແຕ່ຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະລາຍເຊັນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນໄດ້.
- ມີຜູ້ແປພາສາທີ່ທາງລັດຈັດໃຫ້ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຜູ້ແປໃຫ້.
- ໃຫ້ເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານເອົາໃຫ້ກັບທາງຄາວຕີ້ໄວ້ເປັນຄວາມລັບໄດ້, ນອກຈາກວ່າມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິຫານໂຄງການຂອງຄາວຕີ້ໂດຍກົງ.
- ຖອນໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ກ່ອນທີ່ທາງຄາວຕີ້ຈະກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ເພື່ອປະກອບແບບຟອມຂອງທ່ານ ຫຼືຊ່ວຍໃນການເອົາຫຼັກຖານທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ແລະໄດ້ຮັບຄຳອະທິບາຍກ່ຽວກັບກົດລະບຽບຕ່າງໆ.
- ໄດ້ຮັບການດູແລເອົາໃຈໃສ່ດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບ, ນັບຖື, ແລະເຫັນຄວາມສຳຄັນ, ແລະບໍ່ຖືກຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງ.
- ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ພາຍໃນ 3 ວັນ ຖ້າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການບໍລິການດ່ວນ.
- ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດພາຍໃນນຶ່ງວັນ ຖ້າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຄວາມຈຳເປັນທັນທີ.
- ໄດ້ຮັບການສຳພາດດ້ວຍການໃຫ້ເວລາທີ່ເໝາະສົມໂດຍທາງຄາວຕີ້ ເມື່ອທ່ານສະໝັກ ຫຼືເມື່ອມີການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນ ສຳລັບ CalFresh ຫຼື 45 ວັນ ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະ Medi-Cal.
- ໄດ້ຮັບເວລາຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນ ເພື່ອໃຫ້ຫຼັກຖານທີ່ຈຳເປັນແກ່ທາງຄາວຕີ້ ເພື່ອດຳເນີນການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນ ກ່ອນທີ່ຄາວຕີ້ຈະຫຼຸດ ຫຼືຢຸດ CalFresh ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຂອງທ່ານລົງ.
- ປຶກສາສຳນວນຂອງທ່ານກັບຄາວຕີ້ ແລະທົບທວນສຳນວນຂອງທ່ານຄືນ ເມື່ອທ່ານຂໍໃຫ້ດຳເນີນການເຊັ່ນນັ້ນ.
- ຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີຂອງລັດພາຍໃນ 90 ວັນ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄາວຕີ້ກ່ຽວກັບສຳນວນຂອງທ່ານ.
  ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກ່ອນຈະມີການດຳເນີນການໃນສຳນວນຂອງທ່ານ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະຍັງຄົງຢູ່ເໝືອນເດີມໄປຈົນກວ່າຮອດການພິຈາລະນາຄະດີ ຫຼືໝົດໄລຍະການຍັ້ງຢືນຂອງທ່ານ, ເອົາອັນທີ່ມາຮອດກ່ອນ.
  ທ່ານສາມາດບອກໃຫ້ທາງຄາວຕີ້ປ່ອຍໃຫ້ມີການປ່ຽນແປງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໄປຈົນຮອດຫຼັງຈາກການພິຈາລະນາຄະດີ ເພື່ອຫຼີກເວັ້ນການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງທີ່ຈ່າຍໄປໃຫ້ເກີນນັ້ນຄືນ. ຖ້າກົດລະບຽບຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງເອື້ອປະໂຫຍດໃຫ້ກັບທ່ານ, ຄາວຕີ້ຈະໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດໃດໜຶ່ງທີ່ຖືກຕັດໄປນັ້ນຄືນໃຫ້ທ່ານ.
- ຖາມກ່ຽວກັບສິດການພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ ຫຼືສຳລັບການແນະນຳຕໍ່ການຊ່ວຍເຫຼືອກົດໝາຍໄດ້ທີ່ເບີໂທລະສັບເກັບຟຣີທີ່ – **1-800-952-5253** ຫຼືສຳລັບການພິຈາລະນາຄະດີ ຫຼືເປັນໃບ້ ຜູ້ທີ່ໃຊ້ການໂທ TDD, **1-800-952-8349.** ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍຟຣີຢູ່ຫ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອກົດໝາຍ ຫຼືສິດທິຕໍ່ສະຫວັດດີການໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
- ເອົາໝູ່ ຫຼືຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງມາກັບທ່ານໃນການພິຈາລະນາຄະດີ ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການມາຄົນດຽວ.
- ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຄາວຕີ້ເພື່ອລົງທະບຽນລົງຄະແນນສຽງ.
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ລາຍງານ, ຖ້າມັນອາດຈະເພີ່ມເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຂອງທ່ານ.
- ໃຫ້ຫຼັກຖານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຄອບຄົວທີ່ອາດຈະຊ່ວຍໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເພີ່ມຂຶ້ນ. ການບໍ່ໃຫ້ຫຼັກຖານແກ່ຄາວຕີ້ກໍ່ຄືກັບທີ່ເວົ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນັ້ນ ແລະທ່ານຈະບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເພີ່ມຂຶ້ນ.
- ຈົ່ງໃຫ້ຄາວຕີ້ຮູ້ຈັກ ຖ້າທ່ານຢາກຈະໃຫ້ຜູ້ອື່ນໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຂອງທ່ານສຳລັບຄອບຄົວຂອງທ່ານ ຫຼືຊ່ວຍເລື່ອງສຳນວນ CalFresh ຂອງທ່ານ (ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ).

  ທ່ານຍັງໃຫ້ສິດກັບອົງການ Medi-Cal ເພື່ອຕິດຕາມ ແລະເອົາການສະໜັບສະໜູນທາງດ້ານການແພດຈາກຜົວ/ເມຍ ຫຼືພໍ່ແມ່. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າ ການຮ່ວມມືເພື່ອເອົາການສະໜັບສະໜູນທາງການແພດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ທ່ານ ຫຼືລູກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດບອກອົງການ Medi-Cal ແລະທ່ານອາດຈະບໍ່ຮ່ວມມືກໍ່ໄດ້.

ຈົ່ງເອົາ ແລະເກັບຮັກສາບັນທຶກຂອງທ່ານໄວ້

ກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ ແລະການລົງໂທດ

ທ່ານກຳລັງກະທຳຄວາມຜິດ ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນຜິດ ຫຼືເທັດ, ຫຼືບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດເພື່ອຈຸດປະສົງໃຫ້ໄດ້ CalFresh, ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ແລະ Medi-Cal, ດັ່ງນັ້ນ ທ່ານຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ຫຼືເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ອື່ນບາງຄົນໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ເຂົາເຈົ້າບໍ່ມີສິດຈະໄດ້ຮັບ. ທ່ານຈະຕ້ອງຊຳລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບນັ້ນກັບຄືນ. ຖ້າທ່ານເຮັດແນວນີ້ເພື່ອຈຸດປະສົງ ແລະໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍກວ່າ $950 ທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດຖືກກ່າວຫາວ່າເປັນຜູ້ກະທຳຜິດໄດ້.

ສຳລັບ CalFresh: ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ **ຖ້າຂ້ອຍກະທຳການລະເມີດໂຄງການໂດຍເຈດຕະນາໂດຍການເຮັດສິ່ງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຄື:**	**ຂ້ອຍອາດຈະ...**
• ເຊື່ອງຂໍ້ມູນ ຫຼືເຮັດການລາຍງານບິດເບືອນ • ໃຊ້ບັດໂອນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອີເລັກໂຕຼນິກ (EBT) ທີ່ເປັນຂອງຜູ້ອື່ນ ຫຼືປ່ອຍໃຫ້ຜູ້ອື່ນໃຊ້ບັດຂອງຂ້ອຍ • ໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ໄປຊື້ເຫຼົ້າ ຫຼືຢາສູບ • ຄ້າ, ຂາຍ, ຫຼືເອົາໃຫ້ຜູ້ອື່ນສຳລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຫຼືບັດ EBT	• ເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເປັນເວລາ 12 ເດືອນຕໍ່ກັບການກະທຳຜິດຄັ້ງທຳອິດ ແລະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ທີ່ຈ່າຍເກີນໃຫ້ກັບຂ້ອຍນັ້ນຄືນທັງໝົດ • ເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເປັນເວລາ 24 ເດືອນຕໍ່ກັບການກະທຳຜິດຄັ້ງທີສອງ ແລະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ທີ່ຈ່າຍເກີນໃຫ້ກັບຂ້ອຍນັ້ນຄືນທັງໝົດ • ເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຖາວອນຕໍ່ກັບການກະທຳຜິດຄັ້ງທີສາມ ແລະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ທີ່ຈ່າຍເກີນໃຫ້ກັບຂ້ອຍນັ້ນຄືນທັງໝົດ • ຖືກປັບໄໝເຖິງ $250,000, ຈຳຄຸກເຖິງ 20 ປີ, ຫຼືທັງຈຳທັງປັບ
• ຄ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເພື່ອສານຄວບຄຸມ, ເຊັ່ນຢາເສບຕິດ	• ເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເປັນເວລາ 24 ເດືອນສຳລັບການກະທຳຜິດຄັ້ງທຳອິດ • ເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຖາວອນສຳລັບການກະທຳຜິດຄັ້ງທີສອງ.
• ໃຫ້ຂໍ້ມູນບິດເບືອນກ່ຽວກັບວ່າຂ້ອຍແມ່ນໃຜ ແລະຂ້ອຍອາໄສຢູ່ໃສ ເພື່ອໃຫ້ສາມາໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ພິເສດ	• ເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ເປັນເວລາ 10 ປີສຳລັບການກະທຳຜິດແຕ່ລະຄັ້ງ
• ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການຄ້າ ຫຼືຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ທີ່ມີມູນຄ່າຫຼາຍກວ່າ $500, ຫຼືການຄ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ສຳລັບອາວຸດ, ລູກລະເບີດ, ຫຼືວັດຖຸລະເບີດ	• ເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຕະຫຼອດຊີບ
ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້ອຍ... • ຖືກຕັດສິນວ່າມີການລະເມີດໂຄງການໂດຍເຈດຕະນາ • ບໍ່ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ • ຖືກສານພົບວ່າມີຄວາມຜິດຕາມກົດໝາຍ ຫຼືຕາມການພິຈາລະນາຄະດີປົກຄອງຂອງການກະທຳຜິດປະເພດການສໍ້ໂກງ	**ຂ້ອຍອາດຈະ...** • ເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ • ຖືກປັບໄໝເຖິງ $10,000 ແລະ/ຫຼືຖືກສົ່ງໄປເຂົ້າຄຸກ/ຈຳຄຸກເປັນເວລາ 5 ປີ • ເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດເປັນເວລາ 6 ເດືອນ, 12 ເດືອນ, 2 ປີ, 4 ປີ, 5 ປີ, ຫຼືຕະຫຼອດຊີບ.

ຂໍ້ມູນສຳຄັນສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ

- ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍ ແລະໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດສຳລັບ, ຫຼື ການດູແລສຸຂະພາບຄົນຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ແມ້ແຕ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຜູ້ອື່ນທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຢູ່ກໍ່ຕາມ. ຕົວຢ່າງ, ພໍ່ແມ່ທີ່ເປັນຄົນເຂົ້າເມືອງອາດຈະສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ຫຼື ການດູແລສຸຂະພາບໃຫ້ກັບລູກຂອງເຂົາເຈົ້າ ທີ່ເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼືຜູ້ເຂົ້າເມືອງທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ, ເຖິງແມ້ວ່າຜູ້ເປັນພໍ່ແມ່ອາດຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບກໍ່ຕາມ.
- ການໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ກັບທ່ານ ຫຼືສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນການເຂົ້າເມືອງແມ່ນເປັນເລື່ອງສ່ວນຕົວ ແລະເປັນຄວາມລັບ.
- ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງຜູ້ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ເຊິ່ງເປັນຜູ້ມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນທາງໜ່ວຍງານພົນລະເມືອງ ແລະການເຂົ້າເມືອງ ຂອງສະຫະລັດ (USCIS) ເປັນຝ່າຍກວດກາ. ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງກ່າວໄວ້ວ່າ USCIS ບໍ່ສາມາດໃຊ້ຂໍ້ມູນເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນ ຍົກເວັ້ນແຕ່ກໍລະນີຂອງການສໍ້ໂກງ.

ການເລືອກບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ

ທ່ານບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນການເຂົ້າເມືອງ, ເລກປະກັນສັງຄົມ, ຫຼືເອກະສານຕ່າງໆສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ທີ່ບໍ່ເປັນພົນລະເມືອງ ເຊິ່ງເປັນຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ທາງຄາວຕີ້ຈຳເປັນຈະຕ້ອງໄດ້ຮູ້ຂໍ້ມູນລາຍຮັບ ແລະສິ່ງຂອງຕ່າງໆຂອງເຂົາເຈົ້າ ເພື່ອກຳນົດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງ. ທາງຄາວຕີ້ຈະບໍ່ຕິດຕໍ່ຫາ USCIS ກ່ຽວກັບຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.

ການໃຊ້ເລກປະກັນສັງຄົມ (SSN)

CalFresh ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ: ທຸກໆຄົນທີ່ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ບອກ SSN, ຖ້າທ່ານມີ, ຫຼືຫຼັກຖານທີ່ທ່ານໄດ້ຂໍ SSN (ເຊັ່ນ: ໜັງສືຈາກຫ້ອງການປະກັນສັງຄົມ). ພວກເຮົາສາມາດປະຕິເສດທ່ານ ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ບໍ່ໃຫ້ SSN ແກ່ພວກເຮົາໄດ້. ມີບາງຄົນທີ່ບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ SSN ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເຊັ່ນ: ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກການຖືກຂົ່ມເຫັງໃນຄອບຄົວ, ພະຍານໃນການຮ້ອງຟ້ອງຄະດີ, ແລະຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງການຄ້າມະນຸດ.
ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (Health Coverage)/Medi-Cal: ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງມີ SSN ຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ ແລະໃຫ້ມີ SSN. ການໃຫ້ SSN ຂອງທ່ານກໍ່ສາມາດມີປະໂຫຍດໄດ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຄືກັນ ເນື່ອງຈາກວ່າ ມັນສາມາດເລັ່ງຂະບວນການສະໝັກໄດ້. ພວກເຮົາໃຊ້ SSN ເພື່ອກວດເບິ່ງລາຍຮັບ ແລະຂໍ້ມູນອື່ນ ເພື່ອເບິ່ງວ່າຜູ້ໃດມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ. ຖ້າມີຜູ້ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ໄດ້ SSN, ໂທຫາ 1-800-772-1213 ຫຼືເຂົ້າໄປເບິ່ງເວັບໄຊທ໌: www.socialsecurity.gov

ການອອກໃຫ້ເກີນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ

ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຫຼາຍກວ່າທີ່ທ່ານຄວນຈະໄດ້ຮັບ. ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍມັນກັບຄືນ ແມ້ວ່າທາງຄາວຕີ້ໄດ້ເຮັດຜິດ ຫຼືມັນບໍ່ຖືກຈຸດປະສົງກໍ່ຕາມ. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼືຖືກຢຸດໄປ. SSN ຂອງທ່ານອາດຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອເກັບເອົາຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຕິດຄ້າງຜ່ານທາງສານ, ອີງການເກັບຄ່າອື່ນໆ, ຫຼືການດຳເນີນການເກັບຄ່າຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຈົ່ງເອົາ ແລະເກັບຮັກສາບັນທຶກຂອງທ່ານໄວ້

ການຈ່າຍໃຫ້ເກີນ

ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຫຼາຍກວ່າທີ່ທ່ານຄວນຈະໄດ້ຮັບ. ຄືກັນກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍມັນກັບຄືນ ແມ້ວ່າທາງຄາວຕີ້ໄດ້ເຮັດຜິດ ຫຼືຖ້າມັນບໍ່ຖືກຈຸດປະສົງກໍ່ຕາມ. ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຂອງທ່ານອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼືຖືກຢຸດໄປ. SSN ຂອງທ່ານອາດຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອເກັບເອົາຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຕິດຄ້າງຜ່ານທາງສານ, ອົງການເກັບຄ່າອື່ນໆ, ຫຼືການດໍາເນີນການເກັບຄ່າຂອງລັດຖະບານກາງ.

ການລາຍງານ

ທຸກໆຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຕ້ອງລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ແນ່ນອນ. ຄາວຕີ້ຂອງທ່ານຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າການປ່ຽນແປງອັນໃດແດ່ທີ່ຕ້ອງລາຍງານ, ຈະລາຍງານມັນແນວໃດ, ແລະຈະລາຍງານມັນເມື່ອໃດ. ການບໍ່ລາຍງານເລື່ອງການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງອາດຈະມີຜົນເຮັດໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼືຖືກຢຸດໄປ. ທ່ານຍັງສາມາດລາຍງານໄດ້ ຖ້າສິ່ງຕ່າງໆເກີດຂຶ້ນນັ້ນອາດຈະເພີ່ມເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານເຊັ່ນ: ມີລາຍຮັບໜ້ອຍລົງ.

ການພິຈາລະນາຄະດີຂອງລັດ

ທ່ານມີສິດຕໍ່ການພິຈາລະນາຄະດີຂອງລັດ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການກະທໍາໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ປະຕິບັດກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງທ່ານ ຫຼືເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານທີ່ກໍາລັງໄດ້ຮັບຢູ່. ທ່ານສາມາດສະເໜີຂໍການພິຈາລະນາຄະດີຂອງລັດພາຍໃນ 90 ວັນ ຂອງການດໍາເນີນການຂອງຄາວຕີ້ ແລະທ່ານຕ້ອງບອກວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງການໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ. ແຈ້ງການເລື່ອງການອະນຸມັດ ຫຼືການປະຕິເສດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຄາວຕີ້ຈະມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການສະເໜີຂໍອຸທອນ. ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີກ່ອນກາ ນດໍາເນີນການເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານອາດຈະຮັກສາການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຂອງທ່ານໄວ້ໄດ້ຈົນກວ່າຈະມີຄໍາຕັດສິນອອກມາ.

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ແລະການເປີດເຜີຍ

ທ່ານກໍາລັງໃຫ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຢູ່ໃນໃບສະໝັກ. ຄາວຕີ້ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນ, ຄາວຕີ້ອາດຈະປະຕິເສດການສະໝັກຂອງທ່ານ. ທ່ານມີສິດຕໍ່ການທົບທວນ, ປ່ຽນແປງ, ຫຼືແກ້ໄຂຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານໃຫ້ກັບຄາວຕີ້ໄດ້. ຄາວຕີ້ຈະບໍ່ສະແດງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ຫຼືເອົາມັນໃຫ້ກັບຜູ້ອື່ນ ນອກຈາກວ່າທ່ານໃຫ້ການອະນຸຍາດ ຫຼືກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະຂອງລັດອະນຸຍາດໃຫ້ປະຕິບັດແນວນັ້ນ. ຄາວຕີ້ຈະກວດສອບຂໍ້ມມູນນີ້ຜ່ານໂປຣແກຼມການຈັບຄູ່ຄອມພິວເຕີ, ລວມທັງລະບົບການກວດສອບລາຍໄດ້ ແລະເງິນທີ່ຫາໄດ້ (IEVS). ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກນໍາໄປໃຊ້ເພື່ອຕິດຕາມການປະຕິບັດຕາມການຄວບຄຸມໂຄງການ ແລະການຄຸ້ມຄອງໂຄງການ. ຄາວຕີ້ອາດຈະແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນນີ້ກັບອົງການຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະຂອງລັດ ເພື່ອການກວດສອບທາງການ, ກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ ເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການຈັບກຸມບຸກຄົນທີ່ຫຼົບຫຼີກກົດໝາຍ, ແລະກັບອົງການເກັບກໍາຂໍ້ຮຽກຮ້ອງສ່ວນຕົວ ເພື່ອການດໍາເນີນການເກັບກໍາຂໍ້ຮຽກຮ້ອງນັ້ນ. ຄາວຕີ້ອາດຈະກວດສອບສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ໂດຍການຕິດຕໍ່ທາງ USCIS. ຂໍ້ມູນທີ່ຄາວຕີ້ໄດ້ມາຈາກອົງການເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະລະດັບຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ.

ຄາວຕີ້ຈະນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກການສະໝັກຂອງທ່ານ ເພື່ອກວດເບິ່ງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການຊໍາລະການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຄາວຕີ້ຈະກວດເບິ່ງຄໍາຕອບຂອງທ່ານໂດຍການໃຊ້ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນຖານຂໍ້ມູນທາງອີເລັກໂຕຣນິກຂອງລັດ ແລະລັດຖະບານກາງ ແລະຖານຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານລາຍຮັບພາຍໃນ (IRS), ອົງການປະກັນສັງຄົມ, ກະຊວງປ້ອງກັນຄວາມສະຫງົບ, ແລະ/ຫຼືອົງການລາຍງານຜູ້ບໍລິໂພກ. ຖ້າຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຄູ່ກັນ, ຄາວຕີ້ອາດຈະບອກໃຫ້ທ່ານສົ່ງຫຼັກຖານໃຫ້ເຂົາເຈົ້າ.

ການຫ້າມຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງ

ເປັນນະໂຍບາຍຂອງລັດ ແລະຂອງຄາວຕີ້ ທີ່ທຸກຄົນຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຕໍ່ຢ່າງສະເໝີພາບ, ແລະດ້ວຍຄວາມນັບຖື ແລະກຽດສັກສີ. ອີງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ນະໂຍບາຍຂອງກະຊວງກະເສດຂອງສະຫະລັດ (USDA) ແລ້ວ, ຫ້າມເດັດຂາດບໍ່ໃຫ້ມີການຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກໍາເນີດ, ເພດ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ຫຼືຄວາມພິການ.

ເພື່ອຍື່ນການຮຽກຮ້ອງຕໍ່ການຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຄາວຕີ້ຂອງທ່ານ, ຫຼືຂຽນໜັງສືຫາ ຫຼືໂທຫາ USDA ຫຼືກົມບໍລິການສັງຄົມຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ (CDSS) ທີ່:

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (ສຽງ ແລະລະບົບ TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (ໂທເກັບເງິນປາຍທາງ)

USDA ເປັນນາຍຈ້າງທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

ກົດລະບຽບການເຮັດວຽກສໍາລັບ CalFresh

ຄາວຕີ້ອາດຈະມອບໝາຍທ່ານໃຫ້ກັບໂຄງການວຽກ. ເຂົາເຈົ້າຈະບອກວ່າທ່ານວ່າ ມັນເປັນແບບສະໝັກໃຈບໍ ຫຼືທ່ານຕ້ອງເຮັດໂຄງການວຽກ. ຖ້າທ່ານມີກິດຈະກໍາວຽກທີ່ຕ້ອງໄດ້ເຮັດ ແລະທ່ານບໍ່ເຮັດມັນ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼືຖືກຢຸດ.

ທ່ານອາດຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ CalFresh ຖ້າທ່ານໄດ້ລາອອກຈາກວຽກໄປເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້.

ຈົ່ງເອົາ ແລະເກັບຮັກສາບັນທຶກຂອງທ່ານໄວ້

ກົດລະບຽບການເຮັດວຽກສໍາລັບ CalWORKs (Welfare-to-Work - ສະຫວັດດີການເຮັດວຽກ)

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນ Welfare-to-Work (WTW) (ສະຫວັດດີການເຮັດວຽກ) ນອກຈາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ. ຄາວຕີ້ຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກ WTW. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຮັດກິດຈະກໍາຂອງທ່ານທີ່ມອບໝາຍໃຫ້ເຮັດນັ້ນ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານອາດຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼືຖືກຢຸດ.

CalWORKs - ການແປະໂປ້/ການຖ່າຍຮູບ

ສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີສິດຕໍ່ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດທຸກຄົນຕ້ອງໄດ້ແປະໂປ້/ຖ່າຍຮູບ. ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ ຜູ້ທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮ່ວມມືກັບບັນດາກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ແປະໂປ້/ຖ່າຍຮູບ, ຈະບໍ່ມີການອອກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ກັບທັງໝົດຄອບຄົວ. ລາຍນິ້ວມື/ຮູບຖ່າຍຈະເປັນຄວາມລັບ ແລະສາມາດນໍາໄປໃຊ້ແຕ່ເພື່ອປ້ອງກັນ ຫຼືດໍາເນີນການສໍ້ໂກງສະຫວັດດີການເທົ່ານັ້ນ.

ຂ້ອຍຈະເອົາ/ໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້ອຍໄດ້ແນວໃດ?

CalFresh ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ:

- ຄາວຕີ້ຈະສົ່ງ ຫຼືເອົາບັດການໂອນຜົນປະໂຫຍດທາງອີເລັກໂຕຼນິກ (EBT) ທີ່ເປັນປລາສຕິກໃຫ້ກັບທ່ານ. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຈະເອົາໃສ່ໄວ້ໃນບັດ ເມື່ອການສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. ລົງລາຍເຊັນໃສ່ບັດຂອງທ່ານ ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບມັນ. ທ່ານຈະຕັ້ງໝາຍເລກລະຫັດປະຈໍາຕົວ (PIN) ໃສ່ ເພື່ອຖອນເອົາເງິນສົດຈາກຕູ້ ATM ຫຼືເພື່ອຊື້ອາຫານ ແລະ/ຫຼືລາຍການອື່ນໆ.
- ຖ້າບັດ EBT ຂອງທ່ານເສຍ, ຖືກລັກ, ໄດ້ຮັບຄວາມເສຍຫາຍ ຫຼືທ່ານຄິດວ່າອາດຈະມີຜູ້ຮູ້ຈັກເລກ PIN ຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ມີການໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາ (877) 328-9677 ຫຼືໂທຫາຄາວຕີ້ທັນທີ ເພື່ອແຈ້ງ ແລະປ່ຽນເລກ PIN ຂອງທ່ານ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທຸກຄົນ ແລະຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານຮູ້ຈັກວິທີລາຍງານບັນຫາໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານັ້ນທັນທີ. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງທີ່ຖືກຖອນອອກໄປຈາກບັນຊີຂອງທ່ານກ່ອນທ່ານລາຍງານບັດ EBT ຫຼື PIN ເສຍ ຫຼືຖືກລັກແມ່ນຈະ**ບໍ່**ຖືກແທນຄືນໃຫ້.
- ທ່ານສາມາດໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຊື້ອາຫານເກືອບທຸກຊະນິດໄດ້, ເຊັ່ນດຽວກັບເມັດພັນ ແລະຕົ້ນໄມ້ ເພື່ອປູກເປັນອາຫານຂອງຕົນເອງໄດ້. ທ່ານບໍ່ສາມາດຊື້ເຫຼົ້າ, ຢາສູບ, ອາຫານສັດລ້ຽງ, ອາຫານສໍາເລັດຮູບບາງຊະນິດ, ຫຼືສິ່ງໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານໄດ້ (ເຊັ່ນ: ຢາຖູແຂ້ວ, ສະບູ່, ຫຼືເຈ້ຍອະນາໄມ).
- ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ແມ່ນທາງຮ້ານຄ້າສ່ວນໃຫຍ່ ແລະສະຖານທີ່ອື່ນໆທີ່ຂາຍອາຫານຮັບເອົາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດແມ່ນສາມາດໃຊ້ຢູ່ໃນເກືອບທຸກຮ້ານ ແລະເກືອບທຸກຕູ້ ATM. ຕູ້ ATM ບາງຕູ້ອາດຈະເກັບຄ່າທໍານຽມ. ຍັງອາດຈະມີຄ່າທໍານຽມ ຖ້າທ່ານໃຊ້ ATM ເພື່ອຖອນເງິນສົດຫຼັງຈາກທ່ານຖອນສາມຄັ້ງແລ້ວ. ສໍາລັບບັນຊີຂອງທີ່ຕັ້ງໃກ້ກັບທ່ານທີ່ຮັບບັດ EBT, ກະລຸນາເບິ່ງທີ່: https://www.ebt.ca.gov ຫຼື https://www.snapfresh.org. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດຖອນເງິນສົດໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າທໍານຽມໄດ້.
- ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ແມ່ນພຽງແຕ່ສໍາລັບທ່ານ ແລະສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຂອງທ່ານແມ່ນພຽງແຕ່ ສໍາລັບທ່ານ ແລະສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດເທົ່ານັ້ນ. ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຂອງທ່ານແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ບັນລຸໄດ້ຕາມຄວາມຕ້ອງການພື້ນຖານຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ (ທີ່ພັກອາໄສ, ອາຫານ, ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ, ອື່ນໆ). ຮັກສາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໃຫ້ປອດໄພ. ຢ່າເອົາເລກ PIN ຂອງທ່ານໃຫ້ຜູ້ອື່ນ. ຢ່າເກັບເລກ PIN ຂອງທ່ານໄວ້ກັບບັດ EBT ຂອງທ່ານ.
- ການໃຊ້ບັດ EBT ເພື່ອການໃດໜຶ່ງໂດຍທ່ານ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານ, ຫຼືບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານເອົາບັດ EBT ແລະເລກ PIN ໃຫ້ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ ແມ່ນຈະຖືກພິຈາລະນາວ່າທ່ານອະນຸມັດໃຫ້ ແລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງທີ່ຖືກຖອນອອກໄປຈາກບັນຊີຂອງທ່ານຈະ**ບໍ່**ຖືກແທນຄືນໃຫ້.

Medi-Cal ແລະ Health Care (ການດູແລສຸຂະພາບ):

- ສໍາລັບ Medi-Cal, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບັດກໍານົດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ (BIC).
  - ເຊັນໃສ່ບັດ BIC ຂອງທ່ານ ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບມັນ ແລະໃຊ້ມັນພຽງແຕ່ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈໍາເປັນເທົ່ານັ້ນ.
  - ຢ່າໂຍນບັດ BIC ຂອງທ່ານຖິ້ມ (ນອກຈາກວ່າ ພວກເຮົາເອົາບັດ BIC ໃໝ່ໃຫ້ທ່ານ). ທ່ານຍັງຈໍາເປັນຕ້ອງຮັກສາບັດ BIC ຂອງທ່ານ ແມ້ວ່າທ່ານໝົດການໄດ້ຮັບ Medi-Cal ແລ້ວກໍ່ຕາມ. ທ່ານຍັງສາມາດໃຊ້ບັດ BIC ດຽວກັນໄດ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ຫຼື Medi-Cal ອີກ.
  - ນໍາເອົາບັດ BIC ໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດ ເມື່ອທ່ານ ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວບໍ່ສະບາຍ ຫຼືມີການນັດໝາຍໄປພົບ.
  - ນໍາເອົາບັດ BIC ໄປຫາຜູ້ບໍລິການທາງການແພດ ຜູ້ທີ່ປິ່ນປົວທ່ານ ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຢູ່ໃນກໍລະນີສຸກເສີນທັນທີທີ່ເປັນໄປໄດ້ ຫຼັງຈາກການສຸກເສີນນັ້ນ.
- ສໍາລັບໂຄງການດູແລສຸຂະພາບອື່ນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບັດແຜນປະກັນໄພສຸຂະພາບຈາກຜູ້ໃຫ້ການປະກັນໄພສະເພາະຂອງທ່ານ.

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ແລະໂຄງການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປ:

- ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ແລະໂຄງການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປແມ່ນໂຄງການທີ່ດໍາເນີນການໂດຍຄາວຕີ້ສໍາລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ບໍ່ມີລູກ. ຄາວຕີ້ຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆ ແລະກົດລະບຽບໂຄງການ ຖ້າວ່າ ທ່ານກໍາລັງສະໝັກຂໍຮັບໂຄງການໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

ຈົ່ງເອົາ ແລະເກັບຮັກສາບັນທຶກຂອງທ່ານໄວ້

ກະລຸນາໃຊ້ໝຶກສີດຳ ຫຼືສີຟ້າ ເພາະວ່າຈະອ່ານໄດ້ງ່າຍ ແລະກັອບປີ້ໄດ້ດີທີ່ສຸດ. ກະລຸນາຂຽນຄຳຕອບຂອງທ່ານ.
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຊ່ອງຫວ່າງເພີ່ມເພື່ອຕອບຄຳຖາມ, ໃຫ້ຂຽນໃສ່ເຈ້ຍໃບໃໝ່ ແລ້ວເອົາຕິດຂັດມານຳ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນ. ໃຫ້ບອກໃຫ້ຮູ້ວ່າ ທ່ານຂຽນຄຳຕອບເພີ່ມເຕີມໃສ່ເຈ້ຍເພີ່ມນັ້ນແມ່ນສຳລັບຄຳຖາມໃດ.

1. ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ສະໝັກ

ຊື່ (ທຳອິດ, ກາງ, ນາມສະກຸນ)		ຊື່ອື່ນໆ (ນາງສາວ, ຊື່ນ້ອຍ, ອື່ນໆ)		ເລກປະກັນສັງຄົມ (ຖ້າທ່ານມີ ແລະ ກຳລັງສະໝັກຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ)	
ທີ່ຢູ່ ແລະເສັ້ນທາງໄປຫາບ້ານຂອງທ່ານ	ອາພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ຄາວຕີ້	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ)	ອາພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ຄາວຕີ້	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ

ຂ້ອຍຢາກໄດ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໃບສະໝັກນີ້ໂດຍທາງອີເມລ໌ ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຂ້ອຍຢາກໄດ້ຂໍ້ຄວາມກ່ຽວກັບສຳນວນຂອງຂ້ອຍໂດຍທາງອີເມລ໌. ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ໂທລະສັບບ້ານ	ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ/ສຳຮອງ/ຂໍ້ຄວາມ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌

ທ່ານກຳລັງສະໝັກໂຄງການໃດ?
☐ CalFresh ☐ Cash Aid (ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ)
☐ Health Coverage (ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ) ☐ ອື່ນໆ____________

ທ່ານມີຄວາມພິການ ແລະຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໝັກບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານເປັນຄົນບໍ່ມີບ້ານບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ,** ກະລຸນາບອກໃຫ້ຄາວຕີ້ຮູ້ທັນທີ ຖ້າທ່ານທ່ານບໍ່ມີບ້ານ, ເພື່ອເຂົາເຈົ້າຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານຫາວິທີໃສ່ທີ່ຢູ່ ເພື່ອຍອມຮັບເອົາໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ແລະໄດ້ຮັບແຈ້ງການຈາກຄາວຕີ້ກ່ຽວກັບສຳນວນຂອງທ່ານ.

ທ່ານຢາກຈະອ່ານເປັນພາສາໃດ (ຖ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ)?___________________________
ທ່ານຢາກຈະເວົ້າເປັນພາສາໃດ (ຖ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ)?___________________________

ຄາວຕີ້ຈະຈັດຜູ້ແປພາສາໃຫ້ທ່ານ ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າ. ຖ້າທ່ານຫູໜວກ ຫຼືຫູຕຶງ ກະລຸນາກວດເບິ່ງທີ່ນີ້ ☐

ລາຍໄດ້ລວມຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານໜ້ອຍກວ່າ $150 ແລະເງິນສົດທີ່ມີ, ບັນຊີກະແສລາຍວັນ ແລະ ປະຢັດມີເງິນ $100 ຫຼືໜ້ອຍກວ່ານັ້ນບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆຂອງທ່ານຖືກຕັດ ຫຼືທ່ານໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງໃຫ້ຕັດບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ລາຍໄດ້ລວມຮ່ວມກັນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ ແລະຊັບສິນທີ່ຈ່າຍໄດ້ໜ້ອຍກວ່າ ຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າຜ່ອນບ້ານ ແລະສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆຮ່ວມກັນບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ອາຫານຂອງທ່ານຈະໝົດໃນ 3 ວັນ ຫຼືໄວກວ່ານັ້ນບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ພວກຂອງທ່ານເປັນຄອບຄົວຜູ້ຍົກຍ້າຍ/ຊາວກະສິກອນເຮັດວຽກຕາມລະດູການ ໂດຍທີ່ມີຊັບສິນແລກເປັນເງິນໄດ້ບໍ່ເກີນ $100 ບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເດີນທາງໄປເອົາອາຫານ, ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ, ການດູແລທາງການແພດ, ຫຼືລາຍການສຸກເສີນອື່ນໆບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການໃຫ້ໄລ່ອອກຈາກບ່ອນຢູ່ ຫຼືແຈ້ງການໃຫ້ຈ່າຍຄ່າເຊົ່າ ຫຼືໃຫ້ຍ້າຍອອກໄປບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານຕ້ອງການເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມທີ່ຈຳເປັນເຊັ່ນ: ຜ້າອ້ອມ ຫຼືເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມສຳລັບອາກາດໜາວບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ມີຜູ້ໃດຖືພາບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ນາງໄດ້ຮັບບັດຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ຍິງຖືພາ (Presumptive Eligibility card) ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ມີຜູ້ໃດຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານມີຄວາມສຸກເສີນສ່ວນຕົວບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ**ແມ່ນແລ້ວ**, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຫ້ອງ: ☐ ຖືພາ
☐ ຕ້ອງການທາງການແພດທັນທີ ☐ ຂົ່ມເຫັງເດັກ ☐ ຂົ່ມເຫັງໃນຄອບຄົວ ☐ ຂົ່ມເຫັງຄົນສູງອາຍຸ ☐ ຄວາມສຸກເສີນອື່ນໆທີ່ເປັນໄພຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະຄວາມປອດໄພ.
ອະທິບາຍ:

ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບສະໝັກນີ້ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການກະທຳຜິດ (ໂດຍການໃຫ້ການເທັດ), ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ:

- ຂ້ອຍໄດ້ອ່ານ, ຫຼືມີຜູ້ອ່ານຂໍ້ມູນຢູ່ໃນໃບສະໝັກນີ້ ແລະຄຳຕອບຂອງຂ້ອຍຕໍ່ຄຳຖາມຢູ່ໃນໃບສະໝັກນີ້ໃຫ້ຟັງແລ້ວ.
- ທຸກຄຳຕອບທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຕອບຢູ່ໃນໜ້າທີ 1 ຫາ 17 ແລະເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ A ຫາ E ຂອງເອກະສານ SAWS 2 Plus ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ຄວາມສາມາດຂອງຂ້ອຍແລ້ວ.
- ຂ້ອຍໄດ້ອ່ານ ຫຼືມີຜູ້ອ່ານໃຫ້ຂ້ອຍຟັງ ແລະຂ້ອຍເຂົ້າໃຈ ແລະເຫັນດີຕໍ່ກັບສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຕ່າງໆແລ້ວ (ກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ ໜ້າທີ 1).
- ຂ້ອຍໄດ້ອ່ານ ຫຼືມີຜູ້ອ່ານໃຫ້ຂ້ອຍຟັງກ່ຽວກັບກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ ແລະການລົງໂທດຕ່າງໆແລ້ວ (ກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ ໜ້າທີ 2 - 4).
- ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ການໃຫ້ການທີ່ຜິດ ຫຼືເຮັດໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດ ຫຼືພາໃຫ້ຕີຄວາມໝາຍຜິດ, ປິດບັງ ຫຼືກົດໜ່ວງຄວາມຈິງເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບ ແມ່ນເປັນການສໍ້ໂກງ ແລະດັ່ງນັ້ນຂ້ອຍອາດຈະຖືກລົງໂທດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ຖ້າຂ້ອຍໃຫ້ຂໍ້ມູນຜິດພາດ ຫຼືບໍ່ເປັນຄວາມຈິງ. ການສໍ້ໂກງສາມາດກໍ່ໃຫ້ເກີດເປັນຄະດີອາຍາທີ່ຈະຖືກຍື່ນຟ້ອງຕໍ່ຂ້ອຍ ແລະ/ຫຼືຂ້ອຍອາດຈະຖືກຫ້າມເປັນໄລຍະເວລາໃດໜຶ່ງ (ຫຼືຕະຫຼອດຊີວິດ) ບໍ່ໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ.
- ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ເລກປະກັນສັງຄົມ ຫຼືສະຖານະການເຂົ້າເມືອງສຳລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທີ່ສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ແມ່ນອາດຈະຖືກເອົາໃຫ້ກັບອົງການຈັດຕັ້ງຂອງລັດຖະບານທີ່ເໝາະສົມຕາມການຮຽກຮ້ອງຂອງກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ.
- ຂ້ອຍໃຫ້ສິດກັບອົງການເມດິກາລ (Medi-Cal) ເພື່ອຕິດຕາມ ແລະເອົາເງິນຈາກການປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນ, ການແກ້ໄຂທາງກົດໝາຍອື່ນ, ຫຼືບຸກຄົນທີສາມອື່ນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ, ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລ (ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃຫຍ່/ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ*/ຜູ້ປົກຄອງ) ***ຖ້າທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມທີ 2 ຢູ່ໃນໜ້າຕໍ່ໄປໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.**	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜົວ/ເມຍ, ພໍ່ແມ່ອື່ນ, ຜູ້ໃຫຍ່ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນ, ຫຼືຄູ່ຜົວ/ເມຍທີ່ຈົດທະບຽນແລ້ວ	ວັນທີ

2. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງຄອບຄົວ

ທ່ານອາດຈະໃຫ້ສິດກັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີ ຫຼືແກ່ກວ່ານັ້ນ ເພື່ອໃຫ້ຊ່ວຍຄອບຄົວຂອງທ່ານກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh. ບຸກຄົນນີ້ສາມາດເວົ້າແທນທ່ານໃນເວລາການສຳພາດ, ຊ່ວຍທ່ານປະກອບແບບຟອມ, ຊື້ເຄື່ອງໃຫ້ທ່ານ, ແລະລາຍງານການປ່ຽນແປງໃຫ້ກັບທ່ານ. ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໂດຍຄວາມຜິດພາດເນື່ອງມາຈາກຂໍ້ມູນທີ່ຄົນຜູ້ນີ້ເອົາໃຫ້ກັບທາງຄາວຕີ້ຄືນ ແລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຈະໃຫ້ໃຊ້ຈ່າຍແມ່ນຈະບໍ່ຖືກແທນຄືນໃຫ້. ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຫຼັກຖານຂໍ້ມູນການລະບຸຕົວຂອງທ່ານ ແລະຜູ້ສະໝັກແກ່ທາງຄາວຕີ້.

ທ່ານຕ້ອງການສະເໜີຊື່ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ ເພື່ອຊ່ວຍໃນເລື່ອງສຳພາດ CalFresh ຂອງທ່ານບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ປະກອບພາກຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ:

ຊື່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ	ເບີໂທລະສັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ

ທ່ານຕ້ອງການສະເໜີຊື່ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ ເພື່ອຮັບ ແລະຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ສຳລັບຄອບຄົວຂອງທ່ານບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ປະກອບພາກຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ:

ຊື່		ເບີໂທລະສັບ	
ທີ່ຢູ່	ເມືອງ,	ລັດ,	ລະຫັດໄປສະນີ

2a. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດປະກັນໄພສຸຂະພາບ

ທ່ານສາມາດໃຫ້ການອະນຸຍາດແກ່ຄົນທີ່ໄວ້ໃຈໄດ້ ເພື່ອໃຫ້ມາເວົ້າກ່ຽວກັບການສະໝັກຂໍປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ເບິ່ງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ, ແລະດຳເນີນການສິ່ງຕ່າງໆແທນທ່ານກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງທ່ານໃນພາກນີ້. ທ່ານຕ້ອງການເລືອກຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດສຳລັບການສະໝັກໃນສ່ວນປະກັນໄພຊີວິດຂອງທ່ານບໍ?
☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ ແມ່ນແລ້ວ, ໃຫ້ປະກັບຂໍ້ມູນໃສ່ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ C.

3. ທ່ານເປັນ ຫຼືມີສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃດເປັນຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ/ຄົນພື້ນເມືອງອາລັສກ້າບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ແລະກຳລັງສະໝັກຂໍການດູແລສຸຂະພາບ, ກະລຸນາໄປທີ່ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ B ສຳລັບຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມ.

ເຜົ່າພັນ/ຊົນເຜົ່າ

ຂໍ້ມູນເຜົ່າພັນ ແລະຊົນເຜົ່າແມ່ນເປັນທາງເລືອກ. ໄດ້ມີການສະເໜີຂໍໃຫ້ຮັບປະກັນວ່າ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຈະຕ້ອງເອົາໃຫ້ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງເຜົ່າພັນ, ສີຜິວ, ຫຼືຊາດກຳເນີດ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ. ໝາຍເອົາທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກກັບທ່ານ. ກົດໝາຍເວົ້າວ່າ ຄາວຕີ້ຕ້ອງບັນທຶກຊົນເຜົ່າ ແລະເຜົ່າພັນຂອງທ່ານ.

☐ ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນກັບຄາວຕີ້ກ່ຽວກັບເຜົ່າພັນ ແລະຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນ, ຄາວຕີ້ຈະປ້ອນຂໍ້ມູນນີ້ສຳລັບສະຖິຕິຜົນລະເມືອງເທົ່ານັ້ນ.

ຊົນເຜົ່າ	ທ່ານເປັນຄົນເຊື້ອສາຍສະເປນ, ລາຕິນ, ຫຼືຊາດກຳເນີດສະເປນບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຖ້າທ່ານເປັນຄົນເຊື້ອສາຍສະເປນ, ລາຕິນ, ທ່ານພິຈາລະນາຕົນເອງເປັນ ☐ ຄົນເມັກຊິກກັນ ☐ ຄົນເປີໂຕຣິການ ☐ ຄົນຄິວບາ ☐ ອື່ນໆ__________________

ເຜົ່າພັນ/ເຊື້ອຊາດ

☐ ຜິວຂາວ ☐ ຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ ຫຼືຄົນພື້ນເມືອງອາລັສກ້າ ☐ ຜິວດຳ ຫຼືອາເມຣິກັນອາຟຣິກັນ ☐ ອື່ນໆ ຫຼືປະສົມ __________________

☐ ອາຊີ (ຖ້າໄດ້ໝາຍເອົາ, ກະລຸນາເລືອກເອົາອັນໜຶ່ງ ຫຼືຫຼາຍອັນຕໍ່ໄປນີ້):

☐ ຟີລິບປິນ ☐ ຈີນ ☐ ຍີ່ປຸ່ນ ☐ ກຳປູເຈຍ ☐ ເກົາຫຼີ ☐ ຫວຽດນາມ ☐ ອິນເດຍອາຊີ ☐ ລາວ

☐ ອາຊີອື່ນໆ (ລະບຸ)__________________

☐ ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ ຫຼືຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ (ຖ້າໄດ້ໝາຍເອົາ, ກະລຸນາເລືອກເອົາອັນໜຶ່ງ ຫຼືຫຼາຍອັນຕໍ່ໄປນີ້): ☐ ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ

☐ ຄົນເກາະກວາມ ຫຼືຊຳໂມໂຣ ☐ ຄົນຊາມົວ

4. ຄວາມມັກໃນການສຳພາດ

ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ມີການສຳພາດກັບທາງຄາວຕີ້ ເພື່ອປຶກສາເລື່ອງໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ແລະເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ຫຼືເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh. ການສຳພາດສຳລັບ CalFresh ນັ້ນປົກກະຕິແມ່ນຈະເຮັດທາງໂທລະສັບ, ນອກຈາກວ່າ ທ່ານສາມາດສຳພາດໄດ້ເມື່ອເອົາແບບຟອມໃຫ້ກັບທາງຄາວຕີ້ດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼືມັກທີ່ຈະເຂົ້າສຳພາດດ້ວຍຕົວເອງ. ຜູ້ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ (Cash aid) ຕ້ອງໄດ້ເຂົ້າສຳພາດດ້ວຍຕົວເອງ. ຖ້າທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍ CalWORK ແລະ CalFresh, ການສຳພາດ CalFresh ຂອງທ່ານຈະໄດ້ເຮັດໃນເວລາດຽວກັນກັບການສຳພາດ CalWORK ຂອງທ່ານ ໃນລະຫວ່າງຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກປົກກະຕິ.

☐ ກະລຸນາໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກຈະສຳພາດຂໍ CalFresh ດ້ວຍຕົວເອງ.

☐ ກະລຸນາໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ ການຈັດຢ່າງອື່ນໃຫ້ ເນື່ອງຈາກມີຄວາມພິການ.

5. ໂຄງການອື່ນໆ

ມີຜູ້ໃດຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປບໍ (ການຊ່ວຍເຫຼືອຊົ່ວຄາວສຳລັບຄອບຄົວທີ່ຂັດສົນ, TANF ຊົນເຜົ່າ, Medicaid, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານເສີມ (Supplemental Nutrition Assistance Program) [ບັດຊື້ອາຫານ (food stamps)], ການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ/ການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປ, ອື່ນໆ)? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ,** ແມ່ນໃຜ?	ຢູ່ໃສ *(ຄາວຕີ້/ລັດ)?*
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ,** ແມ່ນໃຜ?	ຢູ່ໃສ *(ຄາວຕີ້/ລັດ)?*

6. ຂໍ້ມູນຂອງຄອບຄົວ: ຜູ້ໃຫຍ່

ປະກອບຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນຢູ່ໃນບ້ານ. ຖ້າກຳລັງສະໝັກຂໍການຄຸ້ມຄອງດູແລສຸຂະພາບ, ໃຫ້ລວມເອົາຜູ້ໃຫຍ່ທຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮຽກຮ້ອງຕໍ່ລາຍໄດ້ເສຍພາສີຂອງທ່ານ. ຖ້າວ່າ ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະມີຜູ້ໃຫຍ່ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ ຊຶ່ງເປັນຜູ້ທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ຫຼື ຜູ້ທີ່ເປັນພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະຣຸນາໄປທີ່ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ D ສຳລັບຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມ.

ສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ທີ່ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມຂໍ້ 6e ຫາ 6f.

ກຳລັງສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ (ໝາຍແຕ່ລະປະເພດ): CalFresh	*ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ	Medi-Cal ການດູແລສຸຂະພາບ	ບໍ່ມີ	**ຊື່** (ນາມສະກຸນ, ຊື່, ຕົວອັກສອນທຳອິດຊື່ກາງ)	ຄົນນັ້ນມີສ່ວນພົວພັນກັບທ່ານແນວໃດ?	**ວັນເດືອນປີເກີດ**	**ເພດ** (ຊ ຫຼື ຍ)	ສະຖານະການແຕ່ງງານ: ໂສດ	ແຕ່ງງານແລ້ວ	ແຍກທາງກັນ	ຢ່າຮ້າງ	ເປັນໝ້າຍ	ເປັນນັກຮຽນເຕັມເວລາ (ໝາຍເອົາ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ)	ເປັນຄົນພິການ (ໝາຍເອົາ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ)	ຕອບພຽງແຕ່ຄຳຖາມລຸ່ມນີ້ ສຳລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ກຳລັງສະໝັກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. **ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ສັນຊາດສະຫະລັດ** (ໝາຍເອົາແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ) **ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຕອບຄຳຖາມຂໍ້ 6e.**	ປະກັນສັງຄົມເປັນໂຫລະສັບເປັນທາງເລືອກສຳລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ໄດ້ກຳລັງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. **ເລກປະກັນສັງຄົມ**
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	

***ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດຍັງລວມເຖິງ ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປ ແລະໂຄງການບັນເທົາທຸກທົ່ວໄປ.**

6a. ທຸກໆຄົນທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຄືກັນບໍ? ☐ **ແມ່ນແລ້ວ** ☐ **ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງຄົນນັ້ນໃສ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້. ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ກະລຸນາຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.**

ຊື່ (ທຳອິດ, ກາງ, ແລະນາມສະກຸນ)	ທີ່ຢູ່ບ້ານ (ຖະໜົນ)	ອາພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ເບີໂທລະສັບບ້ານ	ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ)	ອາພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ/ສຳຮອງ/ຂໍ້ຄວາມ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌ (ເປັນທາງເລືອກ)				

ຊື່ (ທຳອິດ, ກາງ, ແລະນາມສະກຸນ)	ທີ່ຢູ່ບ້ານ (ຖະໜົນ)	ອາພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ເບີໂທລະສັບບ້ານ	ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຂ້າງເທິງ)	ອາພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ/ສຳຮອງ/ຂໍ້ຄວາມ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌ (ເປັນທາງເລືອກ)				

6. ຂໍ້ມູນຂອງຄອບຄົວ: ເດັກນ້ອຍ

ປະກອບຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນສຳລັບເດັກນ້ອຍທຸກຄົນຢູ່ໃນບ້ານ. ຖ້າກຳລັງສະໝັກຂໍການຄຸ້ມຄອງດູແລສຸຂະພາບ, ໃຫ້ລວມເອົາເດັກນ້ອຍທຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮຽກຮ້ອງຕໍ່ເງິນພາສີ.
ສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ທີ່ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມຂໍ້ 6 ຫາ 6.

ກຳລັງສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ (ໝາຍແຕ່ລະປະເພດ)				**ຊື່** (ນາມສະກຸນ, ຊື່, ຕົວອັກສອນທຳອິດຊື່ກາງ)	ຄົນນັ້ນມີສ່ວນພົວພັນກັບທ່ານແນວໃດ?	**ວັນເດືອນປີເກີດ**	**ສະຖານທີ່ເກີດ**	**ເພດ** (ຊ/ຍ)	ໝາຍເອົາທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກກັບໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງຄົນຂອງພໍ່ແມ່ຂອງເດັກ					ເປັນນັກຮຽນເຕັມເວລາ (ໝາຍເອົາ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ)	ສັກຢາກັນພະຍາດຄົບຕາມກຳນົດແລ້ວບໍ? (ໝາຍເອົາ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ)	ຕອບພຽງແຕ່ຄຳຖາມລຸ່ມນີ້ສຳລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ກຳລັງສະໝັກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. **ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ສັນຊາດສະຫະລັດ** (ໝາຍເອົາແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ) **ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຕອບຄຳຖາມຂໍ້ 6.**	ປະກັນສັງຄົມເປີດເຜີຍສັບເປັນທາງເລືອກສຳລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ໄດ້ກຳລັງຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. **ເລກປະກັນສັງຄົມ**
CalFresh	ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ	Medi-Cal ກົດໝາຍດູແລສຸຂະພາບ	ບໍ່ມີ						ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນບ້ານ	ຫວ່າງງານ	ພິການ	ເສຍຊີວິດແລ້ວ	ບໍ່ມີ				
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
☐	☐	☐	☐						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	

6. ຂໍ້ມູນປະກັນສັງຄົມ

ທຸກໆຄົນທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອມີເລກປະກັນສັງຄົມບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້.
ພວກເຮົາຕ້ອງການເລກປະກັນສັງຄົມສຳລັບທຸກໆຄົນ ຜູ້ທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ. ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນບາງອັນສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ຕົກເປັນຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວຫຼືອາຊະຍາກຳອື່ນໆເຊັ່ນ: ການຄ້າມະນຸດ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເອົາເລກປະກັນສັງຄົມ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-772-1213 ຫຼືເຂົ້າໄປອອນໄລນ໌ທີ່ www.socialsecurity.gov.

ຊື່	**ເຫດຜົນທີ່ບໍ່ມີເລກປະກັນສັງຄົມ**	**ສະໝັກຂໍ ແລ້ວ**
	☐ ຄົນນັ້ນແມ່ນເດັກນ້ອຍຜູ້ທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່ານຶ່ງປີ. ☐ ມັນຂັດກັບສາສະໜາຂອງຜູ້ນັ້ນ. ☐ ຄົນຜູ້ນີ້ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນທີ່ຈະໄດ້ຮັບ SSN. ☐ ອື່ນໆ ______	ຄົນຜູ້ນີ້ໄດ້ສະໝັກຂໍເລກປະກັນສັງຄົມແລ້ວບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
	☐ ຄົນນັ້ນແມ່ນເດັກນ້ອຍຜູ້ທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່ານຶ່ງປີ. ☐ ມັນຂັດກັບສາສະໜາຂອງຜູ້ນັ້ນ. ☐ ຄົນຜູ້ນີ້ບໍ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນທີ່ຈະໄດ້ຮັບ SSN. ☐ ອື່ນໆ ______	ຄົນຜູ້ນີ້ໄດ້ສະໝັກຂໍເລກປະກັນສັງຄົມແລ້ວບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

6d. ມີຄົນໃດຄົນໜຶ່ງຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບສະຫະລັດບໍ ຫຼືເຂົາເຈົ້າເປັນຜົວ/ເມຍ, ເປັນພໍ່ແມ່ ຫຼືເດັກນ້ອຍຂອງຄົນຜູ້ນັ້ນບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**, ກະລຸນາຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່	ພົນລະເມືອງ ສະຫະລັດບໍ?	(✔) ສະຖານະ	ປົດປ່ອຍອອກມາ ສົມກຽດບໍ?	ວັນຮັບໃຊ້
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ໜ້າທີ່ປະຕິບັດຢູ່ ☐ ນັກຮົບເກົ່າ ☐ ຜົວ/ເມຍ, ພໍ່ແມ່, ຫຼືເດັກນ້ອຍຂອງ ຄົນທີ່ມີໜ້າທີ່ປະຕິບັດຢູ່ ຫຼືນັກຮົບເກົ່າ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ໜ້າທີ່ປະຕິບັດຢູ່ ☐ ນັກຮົບເກົ່າ ☐ ຜົວ/ເມຍ, ພໍ່ແມ່, ຫຼືເດັກນ້ອຍຂອງ ຄົນທີ່ມີໜ້າທີ່ປະຕິບັດຢູ່ ຫຼືນັກຮົບເກົ່າ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	

6e. ຂໍ້ມູນຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ - ກະລຸນາຕອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ.

ຊື່	**ວັນທີເຂົ້າມາໃນ ສະຫະລັດ** (ຖ້າຮູ້ຈັກ)	**ຄົນຜູ້ນີ້ມີສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ຖືກຕ້ອງບໍ? ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ກະລຸນາໃຫ້ເອກະສານ ແລະໝາຍເລກການເຂົ້າເມືອງຂອງເຂົາເຈົ້າ.**	**ຄົນຜູ້ນີ້ດຳລົງຊີວິດຢູ່ໃນສະຫະລັດຕໍ່ເນື່ອງມາຕັ້ງແຕ່ປີ 1996 ບໍ?**	**ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນພົນລະເມືອງທີ່ເດັ່ນຊາດບໍ?**	**ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນບໍ?** (ໝາຍໃສ່ແມ່ນແລ້ວ ຫຼືບໍ່ແມ່ນ) **ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ຕອບຄຳຖາມ 6f**
		ປະເພດເອກະສານ: ເລກທີເອກະສານ:	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
		ປະເພດເອກະສານ: ເລກທີເອກະສານ:	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
		ປະເພດເອກະສານ: ເລກທີເອກະສານ:	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ມີຜູ້ໃດຢູ່ໃນລາຍຊື່ຂ້າງເທິງມີປະຫວັດການເຮັດວຽກຢ່າງໜ້ອຍ 10 ປີ *(40 ງວດ)* ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ແມ່ນໃຜ? ____

ມີຜູ້ໃດຢູ່ໃນລາຍຊື່ຂ້າງເທິງໄດ້, ຫຼືເຂົາເຈົ້າໄດ້ສະໝັກຂໍ T-Visa ຫຼື U-Visa, ການຮ້ອງຂໍ VAWA ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ແມ່ນໃຜ? ____

ມີຜູ້ໃດໄດ້ປ່ຽນສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຢູ່ໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ,** ກະລຸນາຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່	ມີອັນໃດຖືກປ່ຽນແປງ?	ວັນທີປ່ຽນແປງ	ໝາຍເລກຄົນຕ່າງດ້າວ (ຖ້າບອກໄດ້)
ຊື່	ມີອັນໃດຖືກປ່ຽນແປງ?	ວັນທີປ່ຽນແປງ	ໝາຍເລກຄົນຕ່າງດ້າວ (ຖ້າບອກໄດ້)

6f. ຂໍ້ມູນຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນ - ກະລຸນາຕອບສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ.
ຜູ້ສະໜັບສະໜູນໄດ້ເຊັນໃບ I-864 ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມທີ່ເຫຼືອ.
ຖ້າຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນໄດ້ເຊັນໃບ I-134 ແລ້ວ ຈາກນັ້ນ **ຂ້າມ** ຄຳຖາມນີ້ໄປ.

ຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນຊ່ວຍເຫຼືອເງິນປົກກະຕິບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ຫຼາຍປານໃດ? $ __________
ຜູ້ໃຫ້ການສະໜັບສະໜູນຊ່ວຍເຫຼືອອັນໃດອັນໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເປັນປົກກະຕິ (ໝາຍເອົາທຸກຂໍ້ທີ່ຖືກ) ບໍ?
☐ ຄ່າເຊົ່າ ☐ ເຄື່ອງນຸ່ງ ☐ ອາຫານ ☐ ອື່ນໆ______________________________

ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ	ແມ່ນໃຜເປັນຜູ້ສະໜັບສະໜູນ?	ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ
ຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ	ແມ່ນໃຜເປັນຜູ້ສະໜັບສະໜູນ?	ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ

6g. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ເປັນຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ ທີ່ມີພໍ່ແມ່ເປັນຜູ້ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນບ້ານບໍ?
☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຂຽນລາຍຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ ແລະຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ ຜູ້ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນບ້ານນັ້ນ.
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ກະລຸນາຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ	ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ຜູ້ທີ່ບໍ່ອາໄສຢູ່ໃນບ້ານ
ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ	ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ຜູ້ທີ່ບໍ່ອາໄສຢູ່ໃນບ້ານ

6h. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ມີໃນຄຳຖາມທີ 6 ຢູ່ກັບເດັກນ້ອຍຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄົນທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 19 ປີ ແລະເຂົາເຈົ້າເປັນຜູ້ດູແລເດັກນ້ອຍຕົ້ນຕໍ?
☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ**ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ. **ຖ້າມີ, ແມ່ນໃຜ?**______________________________

6i. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ມີຄວາມພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ຈິດໃຈ, ອາລົມ, ຫຼືພັດທະນາການທີ່ເຮັດໃຫ້ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການດຳເນີນກິດຈະກຳຕ່າງໆ (ເຊັ່ນ: ການອາບນ້ຳ, ນຸ່ງເຄື່ອງ, ກິດຈະວັດປະຈຳວັນ)? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຂຽນລາຍຊື່ຂອງຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນັ້ນ. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ກະລຸນາຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່:______________________________ ຊື່:______________________________

6j. ຂຽນໃຫ້ຄົບແຕ່ລະຄົນທີ່ພິການມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6.

ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ	ຄົນນີ້ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດກິດຈະກຳການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນຜ່ານການຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນຕົວ ຫຼືສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກທາງການແພດບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ**ແມ່ນແລ້ວ**, ໃຫ້ອະທິບາຍ:
ຄວາມພິການແມ່ນຄາດວ່າຈະແກ່ຍາວຮອດ: ☐ 30 ວັນ ຫຼືຫຼາຍກວ່າ ☐ 12 ເດືອນ ຫຼືຫຼາຍກວ່າ	ຄົນຜູ້ນີ້ເຮັດວຽກ ແລະມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ສືບຕໍ່ເຮັດວຽກບໍ? ຕົວຢ່າງ: ລໍ້ເຂັນ, ຂາທຽມ, ອື່ນໆ. ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ**ແມ່ນ**, ກະລຸນາອະທິບາຍ.
ຄົນຜູ້ນີ້ຕ້ອງການໃຫ້ມີການດູແລ ເພື່ອໃຫ້ຜູ້ອື່ນສາມາດໄປເຮັດວຽກ ຫຼືໄປເຂົ້າໂຮງຮຽນບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຄົນຜູ້ນີ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດູແລທາງການແພດ ຫຼືບ້ານຄົນຊະລາບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ສະຖານທີ່ດູແລທາງການແພດ ຫຼືບ້ານຄົນຊະລານັ້ນຊື່ຫຍັງ?

ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ	ຄົນນີ້ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດກິດຈະກຳການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນຜ່ານການຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນຕົວ ຫຼືສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກທາງການແພດບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ**ແມ່ນແລ້ວ**, ໃຫ້ອະທິບາຍ:
ຄວາມພິການແມ່ນຄາດວ່າຈະແກ່ຍາວຮອດ: ☐ 30 ວັນ ຫຼືຫຼາຍກວ່າ ☐ 12 ເດືອນ ຫຼືຫຼາຍກວ່າ	ຄົນຜູ້ນີ້ເຮັດວຽກ ແລະມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ສືບຕໍ່ເຮັດວຽກບໍ? ຕົວຢ່າງ: ລໍ້ເຂັນ, ຂາທຽມ, ອື່ນໆ. ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ**ແມ່ນ**, ກະລຸນາອະທິບາຍ.
ຄົນຜູ້ນີ້ຕ້ອງການໃຫ້ມີການດູແລ ເພື່ອໃຫ້ຜູ້ອື່ນສາມາດໄປເຮັດວຽກ ຫຼືໄປເຂົ້າໂຮງຮຽນບໍ ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ຄົນຜູ້ນີ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດູແລທາງການແພດ ຫຼືບ້ານຄົນຊະລາບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ສະຖານທີ່ດູແລທາງການແພດ ຫຼືບ້ານຄົນຊະລານັ້ນຊື່ຫຍັງ?

6k. ມີເດັກນ້ອຍ ຫຼືຄົນພິການຢູ່ໃນເຮືອນບໍ ເຊິ່ງເປັນຜູ້ທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ມີການດູແລຈາກສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ອື່ນ?
☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາອະທິບາຍ. ຖ້າ**ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

6l. ນັກຮຽນ
ມີຜູ້ໃດບໍກຳລັງສະໝັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເຂົ້າຮຽນວິທະຍາໄລ ຫຼືໂຮງຮຽນວິຊາຊີບ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່ຂອງຄົນ	**ຊື່ໂຮງຮຽນ/ການຝຶກອົບຮົມ**	**ສະຖານະທີ່ລົງທະບຽນ (ໝາຍ ✔ ເອົາອັນໜຶ່ງ)**	**ເຮັດວຽກນຳບໍ?**
		☐ ເຄິ່ງເວລາ ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ☐ ໜ້ອຍກວ່າເຄິ່ງເວລາ ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ:_________	ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກສະເລ່ຍຕໍ່ອາທິດ: ________
		☐ ເຄິ່ງເວລາ ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ☐ ໜ້ອຍກວ່າເຄິ່ງເວລາ ຈຳນວນຫົວໜ່ວຍ:_________	ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກສະເລ່ຍຕໍ່ອາທິດ: ________

6m. ມີຜູ້ໃດທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມ 6 ຫຼື 6b ຖືພາ ຫຼືເປັນພໍ່ແມ່ໜຸ່ມບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມ. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່	ຄົນຜູ້ນີ້ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 20 ປີບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນພໍ່ແມ່ໜຸ່ມບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ສະຖານະການຮຽນ ຖ້າມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 20 ປີ ☐ ມີໃບປະກາດຈົບຣາຍສະກູລ ☐ ມີໃບ GED ☐ ກຳລັງເຂົ້າຮຽນປົກກະຕິ ☐ ບໍ່ເຂົ້າຮຽນປົກກະຕິ (ອະທິບາຍວ່າ ຍ້ອນຫຍັງ):	ວັນທີຈະຈົບ (ຖ້າຮູ້ໄດ້)	ຄາດວ່າຈະມີເດັກນ້ອຍຈັກຄົນຢູ່ໃນການຖືພານີ້?
ຊື່	ຄົນຜູ້ນີ້ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 20 ປີບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນພໍ່ແມ່ໜຸ່ມບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ສະຖານະການຮຽນ ຖ້າມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 20 ປີ ☐ ມີໃບປະກາດຈົບຣາຍສະກູລ ☐ ມີໃບ GED ☐ ກຳລັງເຂົ້າຮຽນປົກກະຕິ ☐ ບໍ່ເຂົ້າຮຽນປົກກະຕິ (ອະທິບາຍວ່າ ຍ້ອນຫຍັງ):	ວັນທີຈະຈົບ (ຖ້າຮູ້ໄດ້)	ຄາດວ່າຈະມີເດັກນ້ອຍຈັກຄົນຢູ່ໃນການຖືພານີ້?

6n. ມີຜູ້ໃດເຄີຍໄດ້ຮັບໃບບັດເງິນສົດ ຫຼືການຖືກປັບໃໝ, ຫຼືຊ່ວຍເຫຼືອການດູແລເດັກ, ການຂົນສົ່ງ ຫຼືການບໍລິການອື່ນໆຈາກໂຄງການ Cal-Learn ບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມ. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່	**ຢູ່ໃສ** (ຄາວຕີ້)	**ວັນທີຮັບ**

6o. ມີຜູ້ໃດທີ່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ເຄີຍຢູ່ໃນເຮືອນອຸປະຖັມເດັກບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາອະທິບາຍ.

ຊື່:	ເມື່ອໃດ:	ລັດ:	ບຸກຄົນນີ້ອາຍຸ 26 ປີ ຫຼືໜຸ່ມກວ່າ ແລະໄດ້ຢູ່ໃນເຮືອນອຸປະຖັມໃນມື້ວັນເກີດຄົບຮອບ 18 ປີແມ່ນບໍ່? ☐ ມແມ່ນ ☐ ບໍບໍ່ແມ່ນ
ຊື່:	ເມື່ອໃດ:	ລັດ:	ມີຄົນຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ 26 ປີ ຫຼືໜຸ່ມກວ່າ ແລະເຂົາເຈົ້າຢູ່ໃນການດູແລໃນມື້ວັນເກີດ 18 ປີຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

6p. ປັດຈຸບັນນີ້ ມີລູກລ້ຽງໃດໜຶ່ງອາໄສຢູ່ໃນບ້ານຂອງທ່ານຊຶ່ງເປັນຜູ້ທີ່ກຳລັງຮັບເອົາການບໍລິການດ້ານການອຸປະຖຳເດັກບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າມີ, ແມ່ນໃຜ?_______________

ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ກ່ຽວກັບລູກລ້ຽງ:

ເດັກຜູ້ນີ້ໄດ້ຖືກເອົາມາລ້ຽງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ຄຳສັ່ງການຂຶ້ນກັບຂອງສານບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ລູກລ້ຽງຖືກນັບເຂົ້າໃນສຳນວນ CalFresh ຂອງທ່ານບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ລາຍໄດ້ການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະຖືກນັບເປັນລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາ.
ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**, ລາຍໄດ້ການດູແລຈະບໍ່ຖືກນັບເປັນລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາ.

6q. ທຸກໆຄົນທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ດຳລົງຊີວິດຢູ່ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ ແລະຄາດວ່າຈະສືບຕໍ່ອາໄສຢູ່ທີ່ນັ້ນບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**ແລ້ວ, ກະລຸນາອະທິບາຍ.

6r. ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ມີແຜນຈະອອກໄປຈາກລັດຄາລິຟໍເນຍເກີນກວ່າ 30 ວັນບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາອະທິບາຍ.

ຊື່:	ເຂົາເຈົ້າມີແຜນທີ່ຈະອອກໄປເມື່ອໃດ?	ຄົນຜູ້ນີ້ມີແຜນຈະກັບຄືນມາຄາລິຟໍເນຍບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ເມື່ອໃດ:
ຊື່:	ເຂົາເຈົ້າມີແຜນທີ່ຈະອອກໄປເມື່ອໃດ?	ຄົນຜູ້ນີ້ມີແຜນຈະກັບຄືນມາຄາລິຟໍເນຍບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ເມື່ອໃດ:

7. ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາ

ມີຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ມາຈາກວຽກ (ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາ) ບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້.
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ໝາຍເອົາທຸກປະເພດຂອງລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາ ທີ່ນຳໃຊ້ຈາກຕົວຢ່າງເຫຼົ່ານີ້ (ອາດຈະມີອັນອື່ນທີ່ບໍ່ມີລາຍການຢູ່ໃນທີ່ນີ້ນຳ) ຄື:

- ☐ ຄວາມພິການປະກັນສັງຄົມ
- ☐ SSI/SSP
- ☐ Cash Aid (ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ)
- ☐ CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA
- ☐ ຫ້ອງ ແລະທີ່ພັກ (ຈາກຜູ້ເຊົ່າ)
- ☐ ເງິນບຳນານ
- ☐ ການຊ່ວຍລ້ຽງລູກ/ເມຍ/ຜົວ
- ☐ ການເຊົ່າ/ອາກອນ
- ☐ ການບຳນານທີ່ມີການປະກັນສັງຄົມ ຫຼືເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ລອດຊີວິດ
- ☐ ຕາມການຈ່າຍຕໍ່ຄືນ
- ☐ ທັງເຮັດວຽກທັງຮຽນ/ສະຫວັດດີການ ເພື່ອເຮັດວຽກ ຫຼືໂຄງການອື່ນໆ
- ☐ ການຂາຍບັນທຶກ, ສັນຍາ, ກຳມະສິດ, ບັນທຶກຕາມສັນຍາ
- ☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ/ລາຍໄດ້ການສຶກສາຂອງນັກຮົບເກົ່າ
- ☐ ຄວາມພິການ ຫຼືການອອກບຳນານຂອງລັດຖະບານ/ການທາງລົດໄຟ
- ☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ ຫຼືເງິນບຳນານທະຫານ
- ☐ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ (ຊ່ວຍເຫຼືອລ້າ/ເງິນກູ້ການສຶກສາ/ທຶນການສຶກສາ)
- ☐ ຂອງຂວັນຂອງເງິນ ຫຼືເງິນກູ້ອື່ນໆ
- ☐ ການປະກັນໄພການຫວ່າງງານ/ການປະກັນໄພຄວາມພິການຂອງລັດ (SDI)
- ☐ ເງິນຊົດເຊີຍຜູ້ເຮັດວຽກ
- ☐ ການເຮັດຟາມ/ຫາປາສຸດທິ
- ☐ ຖືກຫວຍ/ໄດ້ລາງວັນ
- ☐ ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າເຊົ່າ/ອາຫານ/ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ
- ☐ ປະກັນໄພ ຫຼືການໄກ່ເກ່ຍທາງກົດໝາຍ
- ☐ ຄວາມພິການ ຫຼືການອອກບຳນານຂອງເອກະຊົນ
- ☐ ເງິນປັນຜົນ ແລະລາຍໄດ້ດອກເບ້ຍ
- ☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການປະທ້ວງ
- ☐ ອື່ນໆ_____________________

ມີຄົນໄດ້ເງິນບໍ?	ຈາກໃສ?	ຫຼາຍປານໃດ?	ໄດ້ຮັບເລື້ອຍປານໃດ? (ຄັ້ງໜຶ່ງ, ປະຈຳອາທິດ, ປະຈຳເດືອນ, ຫຼືອື່ນໆ)	ຄາດວ່າຈະມີຕໍ່ບໍ? (ໝາຍເອົາ ແມ່ນແລ້ວ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ)
				☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
				☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
				☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
				☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າລາຍໄດ້ນີ້ຄາດວ່າຈະບໍ່ມີຕໍ່ແລ້ວ, ກະລຸນາອະທິບາຍ:

8. ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາດ້ວຍການຫາ

ມີຜູ້ໃດມີລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ (ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາດ້ວຍການຫາ) ບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄໍາຖາມນີ້.
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄໍາຖາມຕໍ່ໄປ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງ, ຕອບຄໍາຖາມທີ 8a ຢູ່ລຸ່ມນີ້.
ກະລຸນາຂຽນລາຍການລາຍໄດ້ທັງໝົດ **ກ່ອນ** ທັກພາສີ ຫຼືການຫັກອື່ນໆຈະຖືກເອົາອອກໄປ (ລາຍໄດ້ລວມ).
ຕົວຢ່າງຂອງລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາດ້ວຍການຫາໄດ້ແກ່ (ຕົວຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້ສາມາດເປັນການເຮັດວຽກເຕັມເວລາ, ຕາມລະດູການຊົ່ວຄາວ, ຫຼືການຝຶກອົບຮົມ, ແລະອາດຈະມີອັນອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ມີລາຍການຢູ່ໃນນີ້):

- ຄ່າຈ້າງ
- ຄ່ານາຍໜ້າ
- ເງິນທິບ
- ເງິນເດືອນ
- ເຮັດວຽກນໍາຮຽນນໍາ (ນັກຮຽນ)
- ລວມວຽກທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ທີ່ທາງຄາວຕີ້ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບ.

ບຸກຄົນທີ່ເຮັດວຽກ	**ຊື່ ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ**	**ເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ**	**ຄ່າຈ້າງຕໍ່ຊົ່ວໂມງ**	**ຊົ່ວໂມງສະເລ່ຍຕໍ່ອາທິດ**	**ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເລື້ອຍປານໃດ?** (ອາທິດລະເທື່ອ, ປະຈໍາເດືອນ, ອື່ນໆ)	**ລາຍໄດ້ທີ່ໄດ້ມາດ້ວຍການຫາລວມທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບໃນເດືອນນີ້?**	**ຄາດວ່າຈະມີຕໍ່ບໍ?** (ໝາຍ ✔ ເອົາ ແມ່ນແລ້ວ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ)
			$			$	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
			$			$	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
			$			$	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
			$			$	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າລາຍໄດ້ນີ້ຄາດວ່າຈະບໍ່ມີຕໍ່ແລ້ວ, ກະລຸນາອະທິບາຍ:

ມີໃຜຕົກງານ, ປ່ຽນວຽກ, ລາອອກຈາກວຽກ, ຫຼືຫຼຸດຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກລົງຢູ່ໃນ 60 ວັນຜ່ານມາບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຢູ່ໃນປີທີ່ຜ່ານມາບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຄາວຕີ້ຊ່ວຍບຸກຄົນໃຫ້ໄດ້ວຽກນີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ແມ່ນໃຜ?	ວັນທີຕົກງານ, ລາອອກ, ຫຼືປ່ຽນ	ວັນທີໄດ້ເງິນຄ່າຈ້າງສຸດທ້າຍ	ເຫດຜົນອັນໃດ?

ມີຜູ້ໃດຢູ່ໃນການປະທ້ວງບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ	ຖ້າມີ, ແມ່ນໃຜ?	ວັນທີໄປປະທ້ວງ	ວັນທີໄດ້ເງິນຄ່າຈ້າງສຸດທ້າຍ	ເຫດຜົນອັນໃດ?

8a. ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ

ສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ທີ່ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວອາດຈະໃຊ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທຸລະກິດສ່ວນຕົວຕົວຈິງນັ້ນ (ຫຼືສໍາລັບ CalFresh ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ເອົາມາດຕະຖານການຫັກອອກ 40% ຂອງລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ). ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ທ່ານຍັງອາດຈະເລືອກໃຊ້ຄ່າສະເລ່ຍປະຈໍາເດືອນ (ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທຸລະກິດປະຈໍາປີຫານໃຫ້ 12 ເດືອນ). ຖ້າທ່ານເລືອກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕົວຈິງ, ທ່ານຕ້ອງເຮັດລາຍການຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຢູ່ໃນໃບໜຶ່ງແຍກຕ່າງຫາກ.

ຄົນທີ່ເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ	**ຊື່ທຸລະກິດ**	**ປະເພດຂອງທຸລະກິດ**	**ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນທຸລະກິດ**	**ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນລວມ**	**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທຸລະກິດສ່ວນຕົວ** (ກະລຸນາໝາຍ ✔ ເອົາອັນໜຶ່ງ)	***ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນສຸດທິ**
				$	☐ 40% ອັດຕາດຽວກັນ (CalFresh/ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ) ☐ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕົວຈິງ $ ____________ ☐ ສະເລ່ຍປະຈໍາເດືອນ $ ____________	$
				$	☐ 40% ອັດຕາດຽວກັນ (CalFresh/ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ) ☐ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕົວຈິງ $ ____________ ☐ ສະເລ່ຍປະຈໍາເດືອນ $ ____________	$
				$	☐ 40% ອັດຕາດຽວກັນ (CalFresh/ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ) ☐ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕົວຈິງ $ ____________ ☐ ສະເລ່ຍປະຈໍາເດືອນ $ ____________	$

* ລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນສຸດທິແມ່ນລາຍໄດ້ປະຈໍາເດືອນລວມລົບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

9. ລາຍໄດ້ອື່ນໆ
ມີຜູ້ໃດໄດ້ຮັບທີ່ພັກອາໄສ ຫຼືຄ່າເຊົ່າ, ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆ, ອາຫານ ຫຼືເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມຟຣີ ຫຼືແລກປ່ຽນກັບການເຮັດວຽກບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້.
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ລາຍການທີ່ໄດ້ຮັບ	ຟຣີ	ສຳລັບວຽກ	ແມ່ນໃຜໄດ້ເຮັບ?	ມູນຄ່າ	ແມ່ນໃຜເປັນຜູ້ໃຫ້?
ທີ່ພັກອາໄສ ຫຼືຄ່າເຊົ່າ	☐	☐		$	
ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆ	☐	☐		$	
ອາຫານ	☐	☐		$	
ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ	☐	☐		$	

10. ລາຍໄດ້ປະຈຳປີ
ລາຍໄດ້ລວມທັງໝົດຂອງຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງ (ໂດຍບໍ່ໄດ້ຫາ, ຫາເອົາ, ແລະທຸລະກິດຕົນເອງ) ມີການປ່ຽນແປງຈາກເດືອນຕໍ່ເດືອນບໍ່? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້.
ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່ຂອງຄົນ	ລາຍໄດ້ທັງໝົດຂອງເຂົາເຈົ້າໃນປີນີ້ຈະແມ່ນເທົ່າໃດ?	ລາຍໄດ້ທັງໝົດຂອງເຂົາເຈົ້າສຳລັບປີໜ້າຈະແມ່ນເທົ່າໃດ (ຖ້າທ່ານຄິດວ່າມັນຈະແຕກຕ່າງ)?
	$	$
	$	$

11. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ໃຫຍ່ຂອງຄອບຄົວ (ຈຳນວນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕົວຈິງທີ່ເກີດຂຶ້ນ ຖ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອາດຈະມີການຫັກໄດ້).
ມີຜູ້ໃດບໍ່ທີ່ຈ່າຍຄ່າດູແລເດັກນ້ອຍ, ຜູ້ໃຫຍ່ພິການ, ຫຼືຜູ້ຂຶ້ນກັບອື່ນໆ ເຊິ່ງເຮັດໃຫ້ທ່ານ ຫຼືຜູ້ອື່ນໆສາມາດໄປເຮັດວຽກ, ໄປໂຮງຮຽນ ຫຼືໄປຊອກຫາວຽກໄດ້? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້.
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບການດູແລ?	ແມ່ນໃຜໃຫ້ການດູແລ? (ຊື່ ແລະທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ໃຫ້)	ຈຳນວນທີ່ໄດ້ຈ່າຍ?	ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເລື້ອຍປານໃດ? (ປະຈຳອາທິດ/ປະຈຳເດືອນ, ອື່ນໆ)
		$	
		$	
		$	
		$	

ມີຜູ້ໃດບໍ່ທີ່ຊ່ວຍຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າດູແລເດັກນ້ອຍ/ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງ ຫຼືທັງໝົດ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ **ມີ**, ຕອບຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບການດູແລ?	ແມ່ນໃຜຊ່ວຍຈ່າຍ?	ຈຳນວນທີ່ໄດ້ຈ່າຍ?	ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງເລື້ອຍປານໃດ? (ປະຈຳອາທິດ/ປະຈຳເດືອນ, ອື່ນໆ)
		$	
		$	

12. ການຈ່າຍຊ່ວຍລ້ຽງລູກ
ມີຜູ້ໃດບໍ່ທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ມີໜ້າທີ່ຕ້ອງຈ່າຍຊ່ວຍລ້ຽງລູກຕາມກົດໝາຍ, ລວມທັງການລ້ຽງລູກຄືນຫຼັງ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້.
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ແມ່ນໃຜຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູ?	ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ ສຳລັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຈ່າຍຊ່ວຍລ້ຽງລູກ:	ຈຳນວນທີ່ໄດ້ຈ່າຍ?	ເລື້ອຍປານໃດ? (ປະຈຳອາທິດ/ປະຈຳເດືອນ, ອື່ນໆ)
		$	
		$	

13. ເງິນຊ່ວຍສະໜັບສະໜູນ/ຊ່ວຍລ້ຽງເມຍ ຫຼືຜົວ

ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ມີໜ້າທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເງິນຊ່ວຍສະໜັບສະໜູນ/ຊ່ວຍລ້ຽງເມຍ ຫຼືຜົວຕາມກົດໝາຍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມລຸ່ມນີ້.

ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ແມ່ນໃຜຈ່າຍເງິນຊ່ວຍສະໜັບສະໜູນ/ຊ່ວຍລ້ຽງເມຍ ຫຼືຜົວ?	**ຈຳນວນທີ່ໄດ້ຈ່າຍ?**	**ເລື້ອຍປານໃດ?** (ປະຈຳອາທິດ, ປະຈຳສອງອາທິດ. ປະຈຳເດືອນ, ອື່ນໆ)
	$	
	$	

14. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບຄວາມຈຳເປັນພິເສດ

ມີຜູ້ໃດມີສະພາບທາງການແພດພິເສດ ຫຼືສະຖານະການທີ່ຕ້ອງການສິ່ງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ?

ອາຫານພິເສດທີ່ທ່ານໝໍສັ່ງ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ໂທລະສັບພິເສດ ຫຼືອຸປະກອນອື່ນ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ວຽກເຮືອນ (ບໍ່ມີຜູ້ໃດຢູ່ໃນເຮືອນສາມາດເຮັດມັນໄດ້)? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ໃຊ້ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆສູງຫຼາຍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ການບໍລິການຊັກລີດພິເສດ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຄວາມຕ້ອງການພິເສດອື່ນໆ? (ລະບຸ) ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

____

ກະລຸນາຂຽນລາຍຊື່ຂອງຄົນທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການພິເສດນັ້ນ ແລະອະທິບາຍ:

____

15. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄອບຄົວ

ມີຜູ້ໃດທີ່ທ່ານຊື້ ແລະແຕ່ງອາຫານດ້ວຍ ໄດ້ຮັບໃບບິນສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຄົວເຮືອນໃດໆ ບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້.

ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ໝາຍເຫດ: ຢ່າໃສ່ຈຳນວນທີ່ໄດ້ຈ່າຍໂດຍການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນຄ່າທີ່ພັກເຊັ່ນ: HUD ຫຼືໃນພາກທີ 8. ການທຳຄວາມຮ້ອນ ແລະການທຳຄວາມເຢັນ, ໂທລະສັບ, ເຄື່ອງໃຊ້ອຳນວຍຄວາມສະດວກຕ່າງໆ, ແລະທີ່ພັກໃຫ້ຄົນບໍ່ມີບ້ານຖືກກຳນົດເປັນເບ້ຍລ້ຽງ. ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບໃສ່ເປັນຈຳນວນເງິນທີ່ຕິດຄ້າງຕົວຈິງ.

ປະເພດຂອງລາຍຈ່າຍ	**ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບໍ?**	**ແມ່ນໃຜຈ່າຍ?**	**ຈຳນວນທີ່ຕິດຄ້າງ**	**ໄດ້ຮັບໃບບິນເລື້ອຍປານໃດ?** (ປະຈຳອາທິດ/ປະຈຳເດືອນ)
ການຊຳລະຄ່າເຊົ່າ ຫຼືບ້ານ	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ		$	
ພາສີຊັບສິນ ແລະປະກັນໄພ (ຖ້າໄດ້ສິ່ງບິນແຍກຕ່າງຫາຈາກຄ່າເຊົ່າ ຫຼືຄ່າຜ່ອນບ້ານ)	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ		$	
ແກ๊ສ, ໄຟຟ້າ, ຫຼືນ້ຳມັນເຊື້ອໄຟອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ໃຊ້ສຳລັບການທຳຄວາມຮ້ອນ ຫຼືຄວາມເຢັນເຊັ່ນ: ຟືນ ຫຼືແກ๊ສໂປຣເພນ (ຖ້າແຍກຈາກຄ່າເຊົ່າ ຫຼືຄ່າຜ່ອນບ້ານ)	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ			
ໂທລະສັບ/ມືຖື	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ			
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກຄົນບໍ່ມີບ້ານ	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ			
ນ້ຳ, ນ້ຳເສຍ, ຂີ້ເຫຍື້ອ	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ			
ມີຜູ້ໃດບໍຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ຊ່ວຍທ່ານອອກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕາມລາຍການຂ້າງເທິງ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ**ມີ**, ກະລຸນາຕອບໃຫ້ຄົບ.		ແມ່ນໃຜຊ່ວຍຈ່າຍ?	ຫຼາຍປານໃດ? $	ໄດ້ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ?

ຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼືຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບການຊຳລະໃດໜຶ່ງຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອພະລັງງານບ້ານທີ່ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳ (LIHEAP) ບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

16. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ:

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ທີ່ທ່ານເປັນຜູ້ຊື້ ແລະປຸງແຕ່ງອາຫານໃຫ້ກັບຄົນສູງອາຍຸ (60 ປີ ຫຼືແກ່ກວ່ານັ້ນ) ຫຼືຄົນພິການທີ່ມີລາຍຈ່າຍທາງການແພດເກີນທີ່ປະກັນໄພໄວ້? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້.

ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ໝາຍເຫດ: ຢ່າຂຽນບັນຊີລາຍຊື່ຜົວ ຫຼືເມຍ ຫຼືເດັກນ້ອຍທີ່ໄດ້ຮັບການຊຳລະເປັນຜູ້ຂຶ້ນກັບສຳລັບ SSI ຫຼືເປັນຜູ້ຮັບທີ່ພິການ ແລະຕາບອດ.

ເຮັດລາຍການລາຍຈ່າຍທີ່ທ່ານຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບໃນອະນາຄົດອັນໃກ້ນີ້.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການປິ່ນປົວທາງການແພດທີ່ອະນຸຍາດໄດ້ແມ່ນ:

- ☐ ການປິ່ນປົວທາງການແພດ ຫຼືປົວແຂ້ວ
- ☐ ການເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ/ການປິ່ນປົວເປັນຄົນເຈັບເຂດນອກ/ການດູແລຄົນຊະລາ
- ☐ ຢາປິ່ນປົວຕາມທີ່ສັ່ງໃຫ້
- ☐ ຄ່າປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະຄ່ານະໂຍບາຍປະກັນໄພການເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ
- ☐ ຄ່າປະກັນໄພ Medicare (ການອອກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medi-Cal ຮ່ວມກັນ, ອື່ນໆ)
- ☐ ແຂ້ວປອມ, ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງສຽງ ແລະຂາທຽມ
- ☐ ມີຜູ້ເບິ່ງແຍງຮັບໃຊ້ທີ່ຈຳເປັນເນື່ອງຈາກອາຍຸ, ຄວາມເຈັບປ່ວຍ, ຫຼືຄວາມອ່ອນແອໄວ້
- ☐ ຈຳນວນ ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອາຫານທີ່ໄດ້ເສີມໃຫ້ກັບຜູ້ເບິ່ງແຍງຮັບໃຊ້
- ☐ ຢາປິ່ນປົວທີ່ໄດ້ຕຶກລົງສັ່ງໃຫ້
- ☐ ຄ່າຂົນສົ່ງ (ໄລຍະທາງທີ່ໄປ ຫຼືຄ່າໂດຍສານ) ແລະການເດີນທາງໄປຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼືຮັບບໍລິການທາງການແພດ
- ☐ ແວ່ນຕາ ແລະຄອນແທັກເລນສ໌ທີ່ໄດ້ສັ່ງໃຫ້
- ☐ ອຸປະກອນ ແລະວັດຖຸທາງການແພດທີ່ໄດ້ສັ່ງໃຫ້
- ☐ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລສັດລ້ຽງ (ອາຫານ, ປິ່ນສັກຢາສັດ, ອື່ນໆ)

ຊື່ຂອງຜູ້ສູງອາຍຸ/ພິການ	**ຈຳນວນຂອງລາຍຈ່າຍ**	**ໄດ້ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ?** (ປະຈຳເດືອນ, ປະຈຳອາທິດ, ອື່ນໆ)	**ລາຍຈ່າຍປະເພດໃດ?** (ໃບສັ່ງຢາ, ແຂ້ວປອມ, # ຄາບອາຫານສຳລັບຜູ້ເບິ່ງແຍງຮັບໃຊ້, ອື່ນໆ)	**ຄອບຄົວຈະໄດ້ຮັບການເບີກເງິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດໃດໜຶ່ງຄືນບໍ່?** (ໂດຍທາງ Medi-Cal, ປະກັນໄພ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ອື່ນໆ)
	$			ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ແມ່ນໃຜ: ຫຼາຍປານໃດ: $
	$			ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ແມ່ນໃຜ: ຫຼາຍປານໃດ: $

17. ລາຍຈ່າຍທີ່ສາມາດຫັກພາສີໄດ້ອື່ນໆ

ຖ້າຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຈ່າຍຄ່າອັນໃດອັນໜຶ່ງທີ່ສາມາດຖືກຫັກໄດ້ຢູ່ໃນເງິນຕອບແທນພາສີລາຍໄດ້ລັດຖະບານ, ໃຫ້ບອກພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບມັນຢູ່ໃນທີ່ນີ້ ເຊິ່ງຈະເຮັດໃຫ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະກັນໄພສຸຂະພາບຫຼຸດລົງໄດ້ອີກຈັກໜ້ອຍ. ຢ່າລວມເອົາອັນໃດອັນໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ເອົາລວມເຂົ້າໃນລາຍຈ່າຍການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວແລ້ວນັ້ນເຂົ້ານຳ. ຖ້າທ່ານມີລາຍຈ່າຍທີ່ສາມາດຫັກໄດ້ອື່ນໆ, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້. ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**, ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ປະເພດຂອງລາຍຈ່າຍ	**ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບໍ່?**	**ແມ່ນໃຜຈ່າຍ?**	**ໄດ້ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ?** (ປະຈຳອາທິດ/ປະຈຳເດືອນ)
ເງິນຊ່ວຍລ້ຽງເມຍ ຫຼືຜົວ	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ		
ດອກເບ້ຍເງິນກູ້ນັກຮຽນ	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ		
ການຫັກອື່ນໆ (ກະລຸນາລະບຸ)	☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ		

18. ມີຜູ້ໃດບໍ່ທີ່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ໄດ້ຮັບອາຫານຈາກອັນໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

- ສະຖານທີ່ກິນເຂົ້າຮ່ວມກັນສຳລັບຜູ້ສູງອາຍຸ/ພິການ
- ໂຄງການແຈກຢາຍອາຫານທີ່ດຳເນີນງານໂດຍເຂດສະຫງວນສຳລັບຄົນອາເມຣິກັນດັ້ງເດີມ
- ໂຄງການອາຫານອື່ນໆ

ຖ້າມີ, ແມ່ນໃຜ?	ໂຄງການໃດ?
ຖ້າມີ, ແມ່ນໃຜ?	ໂຄງການໃດ?

19. ມີຜູ້ໃດບໍ່ທີ່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ອາໄສຢູ່ໃນບ່ອນໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

- ທີ່ພັກຄົນບໍ່ມີບ້ານ
- ທີ່ພັກສຳລັບແມ່ຍິງທີ່ຖືກທຳຮ້າຍ
- ເຂດສະຫງວນສຳລັບສຳລັບຄົນອາເມຣິກັນດັ້ງເດີມ
- ສູນບຳບັດຄົນຕິດຢາ/ເຫຼົ້າ
- ສູນດັດສ້າງ/ບ່ອນລົງໂທດ (ຄຸກ ຫຼືຄ້າຍຄຸມຂັງ)
- ການຈັດໃຫ້ຢູ່ເປັນກຸ່ມສຳລັບຄົນຕາບອດ/ພິການ
- ທີ່ພັກຕໍ່ເນື່ອງແນ່ນອນໂດຍທາງລັດຖະບານກາງ
- ໂຮງໝໍໂລກຈິດ/ສະຖາບັນທາງຈິດ
- ໂຮງໝໍ
- ສູນດູແລໄລຍະຍາວ ຫຼືສູນພັກພາອາໄສ ຫຼືສູນດູແລ

ຊື່ບຸກຄົນ	**ຊື່ສະຖາບັນ** (ສູນ, ທີ່ພັກ, ບ່ອນອຳນວຍຄວາມສະດວກ, ອື່ນໆ)	**ວັນທີຄາດວ່າຈະໃຫ້ອອກ** (ຖ້າບອກໄດ້)

20. ມີຜູ້ໃດໄດ້ຮັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ໃນບ້ານ (IHSS) ບໍ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ**ມີ**, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຢູ່ລຸ່ມນີ້.

ແມ່ນໃຜໄດ້ຮັບການບໍລິການ?	ແຕ່ລະເດືອນທ່ານຈ່າຍຄ່າການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຫຼາຍປານໃດ?
	$

21. ທຸກໆຄົນທີ່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ຊື້ ແລະກະກຽມປຸງແຕ່ງອາຫານກັບທ່ານບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂຽນລາຍຊື່ຜູ້ທີ່ບໍ່ຊື້ ແລະກະກຽມປຸງແຕ່ງອາຫານກັບທ່ານນັ້ນ.

ຊື່	ຊື່
ຊື່	ຊື່

21a. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັບທ່ານທີ່ມີອາຍຸ 60 ປີ ຫຼືແກ່ກວ່າ ແລະບໍ່ສາມາດຊື້ອາຫານ ແລະເຮັດອາຫານແຍກຕ່າງຫາກໄດ້ ເພາະວ່າມີຄວາມພິການ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ:______________________________

22. ຕອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ສຳລັບຜູ້ໃດກໍ່ໄດ້ ເປັນຜູ້ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນເຂົ້າຮ່ວມໃນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຈາກໂຄງການຕໍ່ໄປນີ້?
☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ ຖ້າ **ມີ**, ກວດເບິ່ງປະເພດຂອງການຄຸ້ມຄອງ ແລະຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນໃສ່ຕໍ່ໜ້າການຄຸ້ມຄອງທີ່ເຂົາເຈົ້າມີ.

☐ Medicaid/Medi-Cal	☐ ປະກັນໄພນາຍຈ້າງ
☐ CHIP	ຊື່ຂອງການປະກັນໄພສຸຂະພາບ
☐ Medicare	ນະໂຍບາຍເລກທີ:
☐ TRICARE (ຢ່າໝາຍໃສ່ ຖ້າທ່ານມີການດູແລໂດຍກົງ ຫຼືເປັນສາຍຂອງໜ້າທີ່)	ນີ້ແມ່ນການຄຸ້ມຄອງ COBRA ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ນີ້ແມ່ນແຜນປະກັນສຸຂະພາບຜູ້ບຳນານບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
☐ ໂຄງການດູແລສຸຂະພາບ VA	ນີ້ແມ່ນແຜນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລູກຈ້າງຂອງລັດບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
☐ ອົງການສັນຕິພາບ (Peace Corps)	☐ ອື່ນໆ
	ຊື່ຂອງການປະກັນໄພສຸຂະພາບ
	ນະໂຍບາຍເລກທີ:
	ນີ້ແມ່ນແຜນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈຳກັດຄືກັນກັບນະໂຍບາຍອຸປະຕິເຫດໂຮງຮຽນບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

22a. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນໃບສະໝັກ ໄດ້ຮັບການສະເໜີໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງດູແລສຸຂະພາບຈາກວຽກ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບໃຫ້ສຳເລັດ ແລະລວມເອົາເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ A ພ້ອມ.

22b. ມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງຜູ້ໃດບໍທີ່ຄາດວ່າຈະໝົດລົງ ຫຼືໝົດລົງໃນ 90 ວັນຜ່ານມາ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມ. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ບໍລິສັດປະກັນໄພ	ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການປະກັນໄພ	ວັນໝົດອາຍຸ	ເຫດຜົນທີ່ໄດ້ໝົດລົງ ຫຼືຈະໝົດລົງ

22c. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບໃບບິນທາງການແພດຈາກສາມເດືອນຜ່ານມາ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ມີ:______________________________

23. ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ມີແຜນທີ່ຈະຍື່ນເງິນຕອບແທນພາສີລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານກາງໃນປີໜ້າ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ຕອບຄຳຖາມຢູ່ລຸ່ມນີ້ສຳລັບຜູ້ຍື່ນພາສີແຕ່ລະຄົນ.
ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ຂ້າມໄປຫາຂໍ້ 23f.

23a. ກະລຸນາຕອບພາກນີ້ໃຫ້ສຳເລັດສຳລັບແຕ່ລະຄົນຜູ້ທີ່ມີແຜນຈະຍື່ນເງິນພາສີລາຍໄດ້ຂອງລາຍໄດ້ **ປີໜ້າ** ຖ້າທ່ານຕອບວ່າມີຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 23.
ທ່ານຍັງສາມາດສະໝັກຂໍປະກັນໄພສຸຂະພາບໄດ້ ແມ້ແຕ່ທ່ານບໍ່ຍື່ນເງິນພາສີລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານ.

23b. ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ວາງແຜນຈະຍື່ນເງິນພາສີລາຍໄດ້ຂອງລັດຖະບານ:______________________________

23c. ຄົນຜູ້ນີ້ຈະຍື່ນຮ່ວມກັບຜົວ ຫຼືເມຍບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ຊື່ຂອງຜົວ ຫຼືເມຍ:______________________________

23d. ຄົນຜູ້ນີ້ຈະຮຽກຮ້ອງສຳລັບຜູ້ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນເງິນພາສີຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ: ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາຂຽນຊື່ຂອງຜູ້ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳ ທີ່ທ່ານກຳລັງຮຽກຮ້ອງໃຫ້ນັ້ນ:______________________________

23e. ຜູ້ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນຂໍ້ 23e ນີ້ກ່ຽວພັນແນວໃດກັບຜູ້ຍື່ນພາສີທີ່ຈະຮຽກຮ້ອງນີ້:______________________________

23f. ເພື່ອເຮັດໃຫ້ມັນງ່າຍຂຶ້ນທີ່ຈະກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້ອຍສຳລັບການຈ່າຍຄ່າການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບໃນປີຕໍ່ໜ້າ. ຂ້ອຍເຫັນດີອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໃຊ້ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້, ລວມທັງຂໍ້ມູນຈາກເງິນພາສີ. ທ່ານຈະສົ່ງແຈ້ງການໃຫ້ກັບຂ້ອຍ, ອະນຸຍາດໃຫ້ຂ້ອຍເຮັດການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງ, ແລະຂ້ອຍສາມາດເລືອກບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໄດ້ທຸກເວລາ.
ແມ່ນແລ້ວ, ຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້ອຍໃໝ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດສຳລັບ (ໝາຍເອົາອັນໜຶ່ງ): ☐ 5 ປີຂ້າງໜ້າ ☐ 4 ປີຂ້າງໜ້າ ☐ 3 ປີຂ້າງໜ້າ ☐ 2 ປີຂ້າງໜ້າ ☐ 1 ປີຂ້າງໜ້າ
☐ **ບໍ່**, ຢ່າໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກເງິນພາສີ ເພື່ອຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້ອຍໃໝ່.

24. **ຊັບສິນຂອງຄອບຄົວ**
ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ມີຊັບສິນຕ່າງໆ (ເງິນສົດ, ເງິນຢູ່ໃນທະນາຄານ, ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ, ຫຸ້ນ ແລະພັນທະບັດ, ອື່ນໆ) ຢູ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມນີ້. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.
ເປັນທາງເລືອກສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບ; ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າຄົນທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍມີອາຍຸ 65 ປີ ຫຼືແກ່ກວ່າ ຫຼືພິການ. ຖ້າກຳລັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະ CalFresh, ທ່ານຕ້ອງຕອບຄຳຖາມ.

ກວດເບິ່ງຊັບສິນແຕ່ລະອັນທີ່ມີລາຍການຢູ່ລຸ່ມນີ້ ທີ່ທ່ານ ຫຼືຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານມີ:

- ☐ ບັນຊີທະນາຄານ/ເຄຣດິດ ຢູນ່ຽນ (ກະແສລາຍວັນ)
- ☐ ບັນຊີທະນາຄານ/ເຄຣດິດ ຢູນ່ຽນ (ປະຢັດ)
- ☐ ຕູ້ຝາກເງິນເພື່ອຄວາມປອດໄພ
- ☐ ພັນທະບັດຝາກປະຢັດ
- ☐ ສິດຕໍ່ບໍ່ນ້ຳມັນ, ບໍ່ແຮ່ ແລະແຮ່ທາດ
- ☐ ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ
- ☐ ກອງທຶນລວມ/ກອງທຶນເຊື່ອໝັ້ນ
- ☐ ໃບຢັ້ງຢືນການຝາກເງິນ (CD)/IRA
- ☐ ເງິນສົດໃນມື
- ☐ ໃບເງິນ, , ສັນຍາຢືມເງິນຊື້ເຮືອນ, ໃບຢັ້ງຢືນກອງທຶນ
- ☐ ຫຸ້ນ
- ☐ ພັນທະບັດ
- ☐ ເຊັກເງິນທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຖອນ
- ☐ ປະກັນໄພຊີວິດ ຫຼືການມ້ຽນຊາກສົບ
- ☐ ອື່ນໆ: ____________________

ຖ້າມີບັນຊີຮ່ວມກັນກັບຜູ້ອື່ນ ກະລຸນາບອກໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້.

ສຳລັບແຕ່ລະຫ້ອງທີ່ໄດ້ໝາຍເອົາຢູ່ຂ້າງເທິງ, ປະກອບຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ຊັບສິນນັ້ນອອກຊື່ໃຜ?	**ປະເພດຂອງຊັບສິນ**	**ມັນມີມູນຄ່າ ຫຼາຍປານໃດ?**	**ຊັບສິນນັ້ນຢູ່ໃສ?** (ລວມທັງຊື່ຂອງທະນາຄານ ຫຼືບໍລິສັດບ່ອນທີ່ເກັບເງິນໄວ້ນຳ)
		$	
		$	
		$	
		$	

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຂາຍ, ຄ້າ, ເອົາໃຫ້ ຫຼືໂອນຊັບສິນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນສາມ ເດືອນຜ່ານມາ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ເມື່ອໃດ?	ແມ່ນຊັບສິນອັນໃດ?	ມັນມີມູນຄ່າເທົ່າໃດ?	ທ່ານໄດ້ຫຼາຍປານໃດສຳລັບມັນ
		$	$

ຖ້າທ່ານໄດ້ຄ້າ ຫຼືເອົາຊັບສິນໃຫ້, ກະລຸນາອະທິບາຍ:____

____

ເປັນທາງເລືອກສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບ; ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າຄົນທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍມີອາຍຸ 65 ປີ ຫຼືແກ່ກວ່າ ຫຼືພິການ.

25. **ຊັບສິນສ່ວນຕົວ**
ມີຜູ້ໃດບໍທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນສ່ວນຕົວ ຫຼືກ່ຽວຂ້ອງກັບທຸລະກິດ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ
ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມ. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

- ☐ ເຄື່ອງມື
- ☐ ບັນຊີຊັບສິນທຸລະກິດ
- ☐ ສັດລ້ຽງ
- ☐ ອຸປະກອນທຸລະກິດ
- ☐ ອຸປະກອນການກິລາ, ປືນ
- ☐ ເຮືອທີ່ບໍ່ແລ່ນດ້ວຍຈັກ ແລະ/ຫຼືລົດລາກຕິດກົ້ນລົດ
- ☐ ເຄື່ອງຂອງຜູ້ອອກຕັ້ງແຄ້ມ
- ☐ ເຄື່ອງມືສ່ວນຕົວ
- ☐ ເຄື່ອງປະດັບ, ເຄື່ອງສິລະປະ, ເຄື່ອງບູຮານ, ເຄື່ອງສະສົມ, ເຄື່ອງອຸປະກອນດົນຕີ (ປີອາໂນ, ອໍແກນ, ອື່ນໆ)

ກະລຸນາລວມເອົາລາຍການທີ່ມີຜູ້ອື່ນເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມນັ້ນເຂົ້ານຳ. ຢ່າລວມເອົາແຫວນແຕ່ງງານ ຫຼືແຫວນໝັ້ນ, ມໍລະດົກຂອງຄອບຄົວ, ອື່ນໆເຂົ້ານຳ.
ຂຽນລາຍການເຄື່ອງປະດັບອື່ນໆທີ່ມີມູນຄ່າ $100 ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ແລະແລະສິນຄ້າຂອງຄອບຄົວ ຫຼືເຄື່ອງຂອງສ່ວນຕົວທີ່ມີມູນຄ່າຫຼາຍກວ່າ $500 ຕໍ່ລາຍການລົງໃສ່.

ລາຍການ	**ມັນເປັນລາຍການທີ່ຂຽນໄວ້ເພື່ອຂາຍບໍ?**	**ລາຄາຊື້ ຫຼືມູນຄ່າປະຈຸບັນ**	**ຈຳນວນທີ່ຕິດຄ້າງ**
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$
	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$

ເປັນທາງເລືອກສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບ; ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າຄົນທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍມີອາຍຸ 65 ປີ ຫຼືແກ່ກວ່າ ຫຼືພິການ. ຖ້າທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ທ່ານຕ້ອງຕອບຄຳຖາມ.

26. ພາຫະນະ

ມີຜູ້ໃດບໍ່ທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງ, ມີການນຳໃຊ້ ຫຼືມີຊື່ຂອງເຂົາເຈົ້າຢູ່ໃນໜັງສືລົງທະບຽນພາຫະນະທີ່ມີເຄື່ອງຈັກໃດໜຶ່ງເຊັ່ນ: ລົດຍົນ, ລົດຈັກ, ລົດເຄື່ອງຂີ່ຢູ່ເທິງຫິມະ, ພາຫະນະຂີ່ພັກຜ່ອນ (RV), ຫຼືເຮືອຈັກ, ອື່ນໆ, ແມ່ວ່າມັນບໍ່ໃຊ້ງານແລ້ວກໍ່ຕາມ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າວ່າ **ມີ**, ກະຣຸນາປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ໃນເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ E.

27. ມີຜູ້ໃດບໍ່ຢູ່ໃນຄຳຖາມທີ 6 ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼືເຂົາເຈົ້າກຳລັງຊື້ບ້ານ, ທີ່ດິນ, ຫຼືຊັບສິນຢູ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງ ລວມທັງຢູ່ໃນລັດອື່ນ ຫຼືປະເທດອື່ນ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາອະທິບາຍ.

ເປັນທາງເລືອກສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບ; ຕອບພຽງແຕ່ຖ້າຄົນທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍມີອາຍຸ 65 ປີ ຫຼືແກ່ກວ່າ ຫຼືພິການ.

ໃຜເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼືກຳລັງຊື້ບ້ານ/ຊັບສິນ?	ທີ່ຢູ່ຂອງບ້ານ/ຊັບສິນ	ມີຜູ້ໃດກຳລັງເຊົ່າບ້ານຈາກເຈົ້າຂອງບໍ່?	ເຈົ້າຂອງໄດ້ຮັບເງິນຄ່າເຊົ່າຫຼາຍປານໃດ?		ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນປະຈຸບັນ ແຕ່ເຈົ້າຂອງຄາດວ່າຈະກັບເຂົ້າໄປຢູ່ໃນເຮືອນໃນມື້ໃດມື້ໜຶ່ງບໍ່?
		☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	☐ ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ເຊົ່າ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
		☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	☐ ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ເຊົ່າ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

28. ໂຄງການບຳນານ

ມີຜູ້ໃດໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນສົດການບຳນານ ຫຼືການບໍລິການທີ່ບໍ່ແມ່ນເງິນສົດຈາກທາງຄາວຕີ້ໃດໜຶ່ງ ຫຼືລັດອື່ນບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ **ມີ**, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມ. ຖ້າ **ບໍ່ມີ**, ໃຫ້ຂ້າມໄປຫາຄຳຖາມຕໍ່ໄປ.

ຊື່	ຄາວຕີ້/ລັດທີ່ໄດ້ຮັບມາ	ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ	ລາຍການຂອງການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ	ມູນຄ່າຂອງການບໍລິການໂດຍປະມານ	ວັນທີຮັບຄັ້ງສຸດທ້າຍ
		$		$	

29. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊ້ຳຊ້ອນ

ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ໃນສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຕັດສິນວ່າໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໂຄງການ SNAP (ຊື່ຂອງໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານຂອງລັດຖະບານກາງ) ຊ້ຳຊ້ອນວ່າເປັນການສໍ້ໂກງຢູ່ໃນລັດໃດໜຶ່ງ ຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?______________________________

30. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການສວຍໃຊ້ຜິດກົດໝາຍ

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ໃນສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານເຄີຍຖືກຕັດສິນກ່ຽວກັບການສວຍໃຊ້ຜິດກົດໝາຍ (ການປ່ອຍໃຫ້ໃຊ້ ຫຼືຂາຍບັດ EBT ແກ່ຜູ້ອື່ນ) ໃນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ SNAP ໃນຈຳນວນເງິນ $500 ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?______________________________

31. ການຄ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອຢາເສບຕິດ

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ໃນສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກພົບວ່າມີຄວາມຜິດໃນການຄ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໂຄງການ SNAP ເພື່ອຄ້າຂາຍຢາເສບຕິດ ຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?______________________________

32. ການຄ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອອາວຸດ ຫຼືວັດຖຸລະເບີດ

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ໃນສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກພົບວ່າມີຄວາມຜິດໃນການຄ້າເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໂຄງການ SNAP ເພື່ອຄ້າຂາຍປືນ, ອາວຸດ ຫຼືວັດຖຸລະເບີດ ຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ກັນຍາ 1996? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?______________________________

33. ການສໍ້ໂກງ

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກຢຸດການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ເນື່ອງຈາກທີ່ພົບວ່າມີຄວາມຜິດໃນການສໍ້ໂກງສະຫວັດດີການ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?______________________ ເມື່ອໃດ?______________________

ຢູ່ໃສ?______________________________

34. ການບໍ່ຮ່ວມມື/ການບໍ່ເຫັນພ້ອມ

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກຢຸດການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດທີ່ເນື່ອງມາຈາກການບໍ່ຮ່ວມມືກັບເງື່ອນໄຂຂໍ້ກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ, ການບໍ່ເຫັນດີເຫັນພ້ອມກັບວຽກ/ການຝຶກອົບຮົມ ຫຼືເຫດຜົນອື່ນໆໃດໜຶ່ງ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?______________________ ເມື່ອໃດ?______________________

ຢູ່ໃສ?______________________ ເປັນຫຍັງ?______________________

35. ນັກໂທດຫຼົບໜີຄະດີ

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ກຳລັງຊ່ອນຕົວ ຫຼືຫຼົບໜີກົດໝາຍ ເພື່ອຫຼີກການລົງໂທດ, ການຖືກກັກຂັງ, ຫຼືການໄປເຂົ້າຄຸກສຳລັບການກະທຳຜິດທາງອາຍາ ຫຼືໄດ້ພະຍາຍາມກະທຳຜິດທາງອາຍາ? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?____

36. ການລະເມີດການທົດສອບ/ການປ່ອຍອອກໄປໂດຍຄາດໂທດໄວ້

ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກສານພົບວ່າມີການລະເມີດການທົດສອບ ຫຼືການປ່ອຍອອກໄປໂດຍຄາດໂທດໄວ້? ☐ ມີ ☐ ບໍ່ມີ

ຖ້າ**ມີ**, ແມ່ນໃຜ?____

37. ຄວາມຕ້ອງການພິເສດອື່ນໆ

ຄອບຄົວຕ້ອງການສະໝັກຂໍຮັບເງິນຈ່າຍສຳລັບຄວາມຕ້ອງການພິເສດບໍ ສຳລັບທີ່ພັກອາໄສ ຫຼືສິ່ງທີ່ຈຳເປັນສຳລັບຄອບຄົວທີ່ເສຍໄປ ຫຼືໄດ້ຮັບຄວາມເສຍຫາຍເນື່ອງຈາກເຫດການກະທັນຫັນ ແລະ/ຫຼືຜິດປົກກະຕິເຊັ່ນ: ໄຟໄໝ້, ແຜ່ນດິນໄຫວ, ຫຼືນ້ຳຖ້ວມ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາອະທິບາຍ:

38. ການບໍລິການອື່ນໆ

ມີການບໍລິການຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຢູ່. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.

A. ການເຂົ້າກວດສຸຂະພາບປົກກະຕິ ເພື່ອຊ່ວຍປົກປ້ອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານແມ່ນມີໃຫ້ຕາມການສະເໜີຜ່ານໂຄງການສຸຂະພາບເດັກ ແລະການປ້ອງກັນຄວາມພິການ (CHDP) ສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຜູ້ມີສິດໄດ້ຮັບ ທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ.

- ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການ CHDP ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
- ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການທາງການແພດຂອງ CHDP ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
- ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການທາງດ້ານແຂ້ວຂອງ CHDP ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
- ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດການນັດໝາຍ ຫຼືກັບການເດີນທາງໄປຮັບບໍລິການ CHDP ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

B. ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການສັກຢາກັນພະຍາດບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

C. ຖ້າທ່ານຖືພາ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກຫາທ່ານໝໍ, ການເອົາອາຫານບຳລຸງສຸຂະພາບ, ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ.
ທ່ານຕ້ອງການລົມກັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອນີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

D. ທ່ານກຳລັງໃຫ້ລູກກິນນົມແມ່ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ທ່ານໄດ້ເກີດລູກຢູ່ໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມານີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າໄດ້ໝາຍເອົາວ່າ ແມ່ນແລ້ວ ກັບຂໍ້ 38 C ຫຼື D, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຈັດໃຫ້ໂດຍທາງໂຄງການອາຫານເສີມພິເສດສຳລັບແມ່ຍິງ, ເດັກອ່ອນ ແລະເດັກນ້ອຍ (WIC).

E. ທ່ານ ຫຼືມີຜູ້ໃດບໍໃນສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການວາງແຜນລູກຫ່າງລາຄາຖືກ ເພື່ອຊ່ວຍວາງແຜນວິທີປ້ອງກັນການຖືພາທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ ແລະ/ຫຼືມີລູກຄົນຕໍ່ໄປ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ໃຫ້ໂທຫາແຜນດູແລສຸຂະພາບ ຫຼືທ່ານໝໍປະຈຳຂອງທ່ານ. ຫຼື, ສຳລັບຂໍ້ມູນ ແລະທີ່ຕັ້ງຂອງຄລີນິກວາງແຜນລູກຫ່າງທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ໂທຫາເບີໂທຟຣີທີ່ 1-800-942-1054.

39. ຄວາມຮັບຜິດຂອງຝ່າຍທີສາມ

ມີໃຜບໍ່ທີ່ກຳລັງສະໝັກຂໍຮັບການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ກ່ຽວພັນກັບການທວງຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ, ການຟ້ອງຮ້ອງຄະດີ, ຫຼື ການຕົກລົງຍອມຄວາມກັນ ເນື່ອງຈາກອຸບັດເຫດ ຫຼື ການບາດເຈັບ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ ມີ, ກະຣຸນາບອກພວກເຮົາວ່າແມ່ນໃຜ:

<u>ບ່ອນຫວ່າງໃຫ້ຂຽນເພີ່ມ</u>

ບ່ອນຫວ່າງໃຫ້ຂຽນເພີ່ມ

ບໍ່ຕ້ອງຂຽນຫຍັງໃສ່ - ສຳລັບຄາວຕີ້ເທົ່ານັ້ນ

IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household’s gross income less than $150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts $100 or less?	☐ Yes ☐ No
Is the household’s combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?	☐ Yes ☐ No
Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding $100?	☐ Yes ☐ No
Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?	☐ Yes ☐ No

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ A

ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຈາກວຽກ

ທ່ານ**ບໍ່**ຕ້ອງຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ ນອກຈາກວ່າມີບາງຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຈາກວຽກ. ຖ້າມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົນເປັນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜອງການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຈາກນາຍຈ້າງອື່ນ, ທ່ານສາມາດກ໊ອບປີ້ເອົາໜ້ານີ້ ແລະໃຊ້ມັນສໍາລັບຄົນທີສອງ (ຫຼືຫຼາຍຄົນກໍ່ໄດ້ຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການ).
ກ່ອນອື່ນໝົດ, ບອກພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບວຽກ (ນາຍຈ້າງ) ຜູ້ທີ່ສະເໜີໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ.

1. ຊື່ນາຍຈ້າງ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	2. ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງລູກຈ້າງ — —

ຂໍ້ມູນນາຍຈ້າງ

3. ຊື່ນາຍຈ້າງ		4. ເລກປະຈໍາຕົວຂອງນາຍຈ້າງ (EIN) —
5. ທີ່ຢູ່ນາຍຈ້າງ		6. ເບີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ ( ) —
7. ເມືອງ	8. ລັດ	9. ລະຫັດໄປສະນີ
10. ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ກັບໃຜໄດ້ກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບລູກຈ້າງຢູ່ໃນວຽກນີ້?		
11. ເບີໂທລະສັບ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກເບີໂທລະສັບຂອງນາຍຈ້າງ) ( )	12. ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌ຂອງນາຍຈ້າງ (ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງນາຍຈ້າງ)	

13. ປະຈຸບັນທ່ານມີສິດຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງທີ່ນາຍຈ້າງນີ້ຈັດສະໜອງໃຫ້ບໍ, ຫຼືທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບໃນອີກສາມເດືອນຂ້າງໜ້າບໍ?

☐ ບໍ່ (ຢຸດທີ່ນີ້ສໍາລັບພາກນີ້ຂອງໃບສະໝັກ)

☐ ແມ່ນແລ້ວ (ສືບຕໍ່)

13a. ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໄລຍະການລໍຖ້າ ຫຼືທົດລອງວຽກ, ທ່ານສາມາດລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງໄດ້ເມື່ອໃດ? ____________________
(ດດ/ວວ/ປປປປ)

ຂຽນລາຍຊື່ຂອງຜູ້ອື່ນ ຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼືຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກວຽກນີ້.

ຊື່:____________________ ຊື່:____________________ ຊື່:____________________

ບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບທີ່ນາຍຈ້າງນີ້ຈັດສະໜອງໃຫ້.

14. ນາຍຈ້າງຈັດສະໜອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຕາມມາດຕະຖານມູນຄ່າຕໍ່າສຸດ*ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

14a. ນີ້ແມ່ນແຜນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອລູກຈ້າງຂອງລັດບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

15. ສໍາລັບແຜນປະກັນລາຄາຕໍ່າສຸດທີ່ໄດ້ຕາມມາດຕະຖານມູນຄ່າຕໍ່າສຸດທີ່ໄດ້ຈັດສະໜອງໃຫ້ **ລູກຈ້າງເທົ່ານັ້ນ**
(ຢ່າລວມເອົາແຜນປະກັນຂອງຄອບຄົວ):
ຖ້ານາຍຈ້າງມີໂຄງການຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີ (wellness), ໃຫ້ຄ່າປະກັນໄພທີ່ລູກຈ້າງຈະຈ່າຍ ຖ້າລາວ/ນາງໄດ້ຮັບການຫຼຸດລາຄາສູງສຸດສໍາລັບໂຄງການການເຊົາສູບຢາ (ທີ່ຊ່ວຍໃຫ້ລູກຈ້າງເຊົາສູບຢາ), ແລະບໍ່ໄດ້ຮັບການຫຼຸດລາຄາໃດໜຶ່ງອີງຕາມໂຄງການຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີ.

a. ລູກຈ້າງຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສໍາລັບແຜນປະກັນນີ້ຫຼາຍປານໃດ? $____________

b. ເລື້ອຍປານໃດ? ☐ ປະຈໍາອາທິດ ☐ ປະຈໍາສອງອາທິດ ☐ ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ ☐ ປະຈໍາເດືອນ ☐ ປະຈໍາງວດ ☐ ປະຈໍາປີ

☐ ນາຍຈ້າງບໍ່ໄດ້ຈັດສະໜອງໂຄງການຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີໃຫ້.

16. ນາຍຈ້າງຈະເຮັດການປ່ຽນແປງອັນໃດສໍາລັບປີແຜນປະກັນໃໝ່ (ຖ້າຮູ້ຈັກ)?

☐ ນາຍຈ້າງຈະບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບອີກ.

☐ ນາຍຈ້າງຈະເລີ່ມຈັດສະໜອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບແກ່ລູກຈ້າງ
ຫຼືປ່ຽນຄ່າປະກັນໄພສໍາລັບແຜນປະກັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕໍ່າສຸດທີ່ມີຢູ່ເທົ່ານັ້ນໃຫ້ກັບລູກຈ້າງທີ່ໄດ້ຕາມມາດຕະຖານມູນຄ່າຕໍ່າສຸດ.

a. ລູກຈ້າງຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສໍາລັບແຜນປະກັນນີ້ຫຼາຍປານໃດ? $____________

b. ເລື້ອຍປານໃດ? ☐ ປະຈໍາອາທິດ ☐ ປະຈໍາສອງອາທິດ ☐ ສອງເທື່ອຕໍ່ເດືອນ ☐ ປະຈໍາເດືອນ ☐ ປະຈໍາງວດ ☐ ປະຈໍາປີ

c. ວັນທີຂອງການປ່ຽນແປງ (ດດ/ວວ/ປປປປ):______________________________

☐ ຄາດວ່າຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງອັນໃດ.

*ແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ນາຍຈ້າງສະໜັບສະໜູນໄດ້ຕາມ "ມາດຕະຖານມູນຄ່າຕໍ່າສຸດ"
ຖ້າສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທັງໝົດຂອງແຜນປະກັນທີ່ໄດ້ຮັບການປະກັນໂດຍແຜນມີບໍ່ໜ້ອຍກວ່າ 60 ເປີເຊັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດັ່ງກ່າວ
(ພາກທີ 36B(c)(2)(C)(ii) ຂອງປະມວນກົດໝາຍລາຍໄດ້ພາຍໃນຂອງປີ 1986)

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ B **ຄຳຖາມສຳລັບ ຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ ແລະຄົນພື້ນເມືອງອາລັສກ້າ**

ຕອບພາກນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ ຖ້າທ່ານ ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວ (ຜົວ ຫຼືເມຍ ແລະ/ຫຼືຜູ້ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳ) ເປັນຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ ຫຼືຄົນພື້ນເມືອງອາລັສກ້າ. ສົ່ງໃບນີ້ໄປພ້ອມກັບໃບສະໝັກຂອງທ່ານ.

ບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ ຫຼືຄົນພື້ນເມືອງອາລັສກ້າຂອງທ່ານ.

ຄົນອາເມຣິກັນອິນເດຍແດງ ແລະຄົນພື້ນເມືອງອາລັສກ້າສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກໜ່ວຍບໍລິການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍ, ໂຄງການສຸຂະພາບຊົນເຜົ່າ, ຫຼືໂຄງການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍໃນເຂດເມືອງ. ເຂົາເຈົ້າຍັງອາດຈະບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອອກຮ່ວມກັນ ຫຼືອາດຈະໄດ້ຮັບໄລຍະການລົງທະບຽນປະຈຳເດືອນພິເສດນຳອີກ. ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ຖ້າທ່ານມີຫຼາຍກວ່າສອງຄົນທີ່ຈະບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້, ໃຫ້ກັອບປີ້ໜ້ານີ້ ແລະຕິດມັນໃສ່ມານຳ. ທ່ານອາດຈະໃຊ້ເຈ້ຍໃບອື່ນແຍກຕ່າງຫາກໄດ້. ຈົ່ງຢ່າລືມຂຽນເລກຂອງຂໍ້ຄຳຖາມໃສ່ຕໍ່ໜ້າຄຳຕອບຂອງທ່ານ.

	ຄົນ AI/AN 1	ຄົນ AI/AN 2
1. ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ
2. ສະມາຊິກຂອງເຜົ່າທີ່ລັດຖະບານກາງຮັບຮູ້?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ຊື່ເຜົ່າ ____________________ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ຖ້າ **ແມ່ນແລ້ວ**, ຊື່ເຜົ່າ ____________________ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
3. ຄົນຜູ້ນີ້ເຄີຍໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກໜ່ວຍບໍລິການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍ, ໂຄງການສຸຂະພາບຊົນເຜົ່າ, ຫຼືຜ່ານການສົ່ງຕໍ່ຈາກໜຶ່ງໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ບໍ?	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**, ຄົນຜູ້ນີ້ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກໜ່ວຍບໍລິການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍ, ໂຄງການສຸຂະພາບຊົນເຜົ່າ, ໂຄງການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍໃນເຂດເມືອງ ຫຼືຜ່ານການສົ່ງຕໍ່ຈາກໜຶ່ງໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ **ບໍ່ແມ່ນ**, ຄົນຜູ້ນີ້ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກໜ່ວຍບໍລິການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍ, ໂຄງການສຸຂະພາບຊົນເຜົ່າ, ໂຄງການສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍໃນເຂດເມືອງ ຫຼືຜ່ານການສົ່ງຕໍ່ຈາກໜຶ່ງໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນແລ້ວ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
4. ຈຳນວນເງິນສະເພາະອາດຈະບໍ່ຖືກນັບເຂົ້າສຳລັບ Medicaid ຫຼືໂຄງການ Children's Health Insurance Program (CHIP) (ໂຄງການປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງເດັກນ້ອຍ). ເຮັດລາຍການລາຍໄດ້ທັງໝົດຂອງທ່ານ (ຈຳນວນ ແລະເລື້ອຍປານໃດ) ທີ່ໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ ທີ່ລວມມີເງິນຈາກແຫຼ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຄື: • ການຈ່າຍໃຫ້ຕໍ່ຫົວຄົນຈາກເຜົ່າທີ່ມາຈາກຊັບພະຍາກອນທຳມະຊາດ, ສິດການນຳໃຊ້, ການໃຫ້ເຊົ່າ, ຫຼືຄ່າທຳນຽມອາກອນ • ການຊຳລະຈາກຊັບພະຍາກອນທຳມະຊາດ, ການເຮັດຟາມ, ການລ້ຽງສັດໃນທົ່ງ, ການປະມົງ, ການໃຫ້ເຊົ່າຫຼືຄ່າທຳນຽມອາກອນຈາກທີ່ດິນທີ່ໄດ້ ມອບໝາຍໃຫ້ເປັນທີ່ດິນເຊື່ອໝັ້ນຄົນອິນເດຍ ໂດຍທາງກະຊວງພາຍໃນ (ລວມທັງການຈອງ ແລະການຈອງມາກ່ອນ) • ເງິນຈາກການຂາຍສິ່ງຂອງຕ່າງໆທີ່ມີຄວາມສຳຄັນທາງດ້ານວັດທະນະທຳ	☐ ແມ່ນແລ້ວ - ຖ້າ**ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ: ☐ ບໍ່ມີອັນໃດຈະລາຍງານ $____________ ເລື້ອຍປານໃດ? (ປະຈຳວັນ, ປະຈຳອາທິດ, ປະຈຳສອງອາທິດ, ປະຈຳເດືອນ, ປະຈຳປີ, ອື່ນໆ) ________________	☐ ແມ່ນແລ້ວ - ຖ້າ**ແມ່ນແລ້ວ**, ກະລຸນາປະກອບຂໍ້ມູນຢູ່ລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ: ☐ ບໍ່ມີອັນໃດຈະລາຍງານ $____________ ເລື້ອຍປານໃດ? (ປະຈຳວັນ, ປະຈຳອາທິດ, ປະຈຳສອງອາທິດ, ປະຈຳເດືອນ, ປະຈຳປີ, ອື່ນໆ) ________________

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ C

ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ວຍການປະກອບໃບສະໝັກນີ້

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີຄົນເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານສຳລັບສ່ວນການປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງການສະໝັກນີ້, ກະລຸນາຕອບຄຳຖາມຢູ່ໃນໜ້ານີ້. ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບການແຕ່ງຕັ້ງສຳລັບຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຢູ່ໃນການສະໝັກນີ້, ໃຫ້ສົ່ງຫຼັກຖານໄປພ້ອມກັບໃບສະໝັກ.

1. ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		
2. ທີ່ຢູ່		3. ອາພາດເມັ້ນ ຫຼືເລກທີຫ້ອງສູດ
4. ເມືອງ	5. ລັດ	6. ລະຫັດໄປສະນີ
7. ເບີໂທລະສັບ ( )		
8. ຊື່ອົງການຈັດຕັ້ງ (ຖ້າມີ)		9. ເລກບັດປະຈຳຕົວ (I.D.) (ຖ້າບອກໄດ້)

ໂດຍການລົງລາຍເຊັນແລ້ວ ທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນຜູ້ນີ້ເປັນຜູ້ຮັບເອົາຂໍ້ມູນທາງການກ່ຽວກັບສ່ວນການປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງການສະໝັກນີ້ ແລະເຮັດແທນທ່ານທຸກເລື່ອງກັບອົງການບໍລິການມະນຸດຂອງຄາວຕີ້ຂອງທ່ານ ຫຼືຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ເພື່ອເປັນການເຕືອນໃຫ້ຮູ້ ທ່ານສາມາດປ່ຽນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານໄດ້ສະເໝີ ໂດຍການໂທຫາທາງຄາວຕີ້ ຫຼືໄປທີ່ເວັບໄຊທ໌ www.HealthCare.gov.

10. ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ	11. ວັນທີ

(ສຳລັບທີ່ປຶກສາການສະໝັກ, ຜູ້ກຳນົດທິດທາງ, ຕົວແທນ ແລະໂບຣກເກີທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນເທົ່ານັ້ນ.)

For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)

2. First name, Middle name, Last name, & Suffix

3. Organization name

4. I.D. number (if applicable)

ພາກຄັດຕິດ D

ປະຫວັດການເຮັດວຽກ

ຖ້າວ່າ ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານເງິນສົດ (cash aid) ແລະມີຜູ້ໃຫຍ່ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານສອງຄົນຂຶ້ນໄປຊຶ່ງເປັນຜູ້ທີ່ກຳລັງຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະຣຸນາປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ໜ້ານີ້ສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ແຕ່ລະຄົນ. ກະຣຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບປະຫວັດການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໃນລະຍະ 24 ເດືອນຜ່ານມາ (ສອງປີ). ຖ້າວ່າ ໃຊ້ໃບສະໝັກທີ່ເປັນເຈັ້ຽ ແລະທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງຂຽນຕື່ມ, ຂໍໃຫ້ເຮັດສຳເນົາໜ້ານີ້ ຫຼື ໃຊ້ເຈັ້ຽຂຽນແຍກຕ່າງຫາກ.

ບຸກຄົນທີ 1

ຊື່: ______________________________

ວຽກທີ 1

ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຊາວພື້ນເມືອງອາເມລິກັນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ______________________________

ເຫດຜົນທີ່ລາອອກຈາກວຽກນີ້?

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກ:

☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ນີ້ແມ່ນທຸລະກິດຂອງທ່ານເອງ (ເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ) ແມ່ນບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ:

ຕັ້ງແຕ່______________ ເຖິງ______________

ທ່ານຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈາກວຽກນີ້ເທົ່າໃດ ແລະເມື່ອໃດ? $________

☐ ປະຈຳຊົ່ວໂມງ ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ທຸກສອງອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ທາງຄາວຕີ້ໄດ້ຊ່ວຍທ່ານໃນການຊອກເອົາວຽກນີ້ແມ່ນບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວຽກທີ 2

ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຊາວພື້ນເມືອງອາເມລິກັນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ______________________________

ເຫດຜົນທີ່ລາອອກຈາກວຽກນີ້?

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກ:

☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ນີ້ແມ່ນທຸລະກິດຂອງທ່ານເອງ (ເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ) ແມ່ນບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ:

ຕັ້ງແຕ່______________ ເຖິງ______________

ທ່ານຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈາກວຽກນີ້ເທົ່າໃດ ແລະເມື່ອໃດ? $________

☐ ປະຈຳຊົ່ວໂມງ ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ທຸກສອງອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ທາງຄາວຕີ້ໄດ້ຊ່ວຍທ່ານໃນການຊອກເອົາວຽກນີ້ແມ່ນບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວຽກທີ 3

ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຊາວພື້ນເມືອງອາເມລິກັນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ______________________________

ເຫດຜົນທີ່ລາອອກຈາກວຽກນີ້?

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກ:

☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ນີ້ແມ່ນທຸລະກິດຂອງທ່ານເອງ (ເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ) ແມ່ນບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ:

ຕັ້ງແຕ່______________ ເຖິງ______________

ທ່ານຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈາກວຽກນີ້ເທົ່າໃດ ແລະເມື່ອໃດ? $________

☐ ປະຈຳຊົ່ວໂມງ ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ທຸກສອງອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ທາງຄາວຕີ້ໄດ້ຊ່ວຍທ່ານໃນການຊອກເອົາວຽກນີ້ແມ່ນບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ພາກຄັດຕິດ D ປະຫວັດການເຮັດວຽກ ຕໍ່

ຖ້າວ່າ ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານເງິນສົດ (cash aid) ແລະມີຜູ້ໃຫຍ່ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານສອງຄົນຂຶ້ນໄປຊຶ່ງເປັນຜູ້ທີ່ກຳລັງຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະຣຸນາປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ໜ້ານີ້ສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ແຕ່ລະຄົນ. ກະຣຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບປະຫວັດການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໃນລະຍະ 24 ເດືອນຜ່ານມາ (ສອງປີ). ຖ້າວ່າ ໃຊ້ໃບສະໝັກທີ່ເປັນເຈັ້ຽ ແລະທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງຂຽນຕື່ມ, ຂໍໃຫ້ເຮັດສຳເນົາໜ້ານີ້ ຫຼື ໃຊ້ເຈັ້ຽຂຽນແຍກຕ່າງຫາກ.

ບຸກຄົນທີ 2

ຊື່:

ວຽກທີ 1

ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຊາວພື້ນເມືອງອາເມລິກັນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ________________________

ເຫດຜົນທີ່ລາອອກຈາກວຽກນີ້?

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກ: ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ນີ້ແມ່ນທຸລະກິດຂອງທ່ານເອງ (ເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ) ແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ: ຕັ້ງແຕ່__________ ເຖິງ__________

ທ່ານຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈາກວຽກນີ້ເທົ່າໃດ ແລະເມື່ອໃດ? $________

☐ ປະຈຳຊົ່ວໂມງ ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ທຸກສອງອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ທາງຄາວຕີ້ໄດ້ຊ່ວຍທ່ານໃນການຊອກເອົາວຽກນີ້ແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວຽກທີ 2

ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຊາວພື້ນເມືອງອາເມລິກັນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ________________________

ເຫດຜົນທີ່ລາອອກຈາກວຽກນີ້?

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກ: ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ນີ້ແມ່ນທຸລະກິດຂອງທ່ານເອງ (ເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ) ແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ: ຕັ້ງແຕ່__________ ເຖິງ__________

ທ່ານຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈາກວຽກນີ້ເທົ່າໃດ ແລະເມື່ອໃດ? $________

☐ ປະຈຳຊົ່ວໂມງ ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ທຸກສອງອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ທາງຄາວຕີ້ໄດ້ຊ່ວຍທ່ານໃນການຊອກເອົາວຽກນີ້ແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວຽກທີ 3

ບຸກຄົນນີ້ແມ່ນຊາວພື້ນເມືອງອາເມລິກັນແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຊົນເຜົ່າ________________________

ເຫດຜົນທີ່ລາອອກຈາກວຽກນີ້?

ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກ: ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ນີ້ແມ່ນທຸລະກິດຂອງທ່ານເອງ (ເຮັດວຽກຂອງຕົນເອງ) ແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ວັນທີທີ່ທ່ານເຮັດວຽກ: ຕັ້ງແຕ່__________ ເຖິງ__________

ທ່ານຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈາກວຽກນີ້ເທົ່າໃດ ແລະເມື່ອໃດ? $________

☐ ປະຈຳຊົ່ວໂມງ ☐ ປະຈຳວັນ ☐ ປະຈຳອາທິດ ☐ ທຸກສອງອາທິດ ☐ ປະຈຳເດືອນ

ທາງຄາວຕີ້ໄດ້ຊ່ວຍທ່ານໃນການຊອກເອົາວຽກນີ້ແມ່ນບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ພາກຄັດຕິດ E ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຍານພາຫະນະ ແລະການຢັ້ງຢືນມູນຄ່າທີ່ຖືກຕ້ອງດ້ວຍຕົນເອງ

ທາງເລືອກສຳລັບການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ: ຕອບສະເພາະຖ້າວ່າມີໃຜຜູ້ໜຶ່ງທີ່ກຳລັງສະໝັກຢູ່ນັ້ນມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼື ພິການ.
ຖ້າວ່າ ທ່ານກຳລັງສະໝັກຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສົດ (cash aid) ທ່ານຕ້ອງຕອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ສຳລັບຣົຖແຕ່ລະຄັນ.

ກະຣຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນສຳລັບຍານພາຫະນະແຕ່ລະຄັນທີ່ໃຜກໍຕາມເປັນເຈົ້າຂອງ, ໄດ້ໃຊ້, ຫຼື ມີຊື່ຢູ່ໃນທະບຽນພາຫະນະ, ຫຼື ແມ້ແຕ່ວ່າບໍ່ໄດ້ໃຊ້ພາຫະນະນັ້ນ.
ຍານພາຫະນະໝາຍເຖິງ, ຣົຖ (ລວມເຖິງ ຣົຖບັນທຸກ, ຣົຖຕູ້, ຣົຖເອສຢູວີ [SUV]), ຣົຖຈັກ, ສະກູດເຕີ, ຣົຖທີ່ໃຊ້ແລ່ນເທິງຫິມະ, ຣົຖອາວີ (RV) ຫຼືເຮືອ.

	ຍານພາຫະນະ (1)	**ຍານພາຫະນະ (2)**	**ຍານພາຫະນະ (3)**
ເຈົ້າຂອງຍານພາຫະນະ			
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຊ້ຍານພາຫະນະນີ້			
ຍານພາຫະນະນີ້: • ຖືກນຳໃຊ້ເປັນເຮືອນແມ່ນບໍ່? • ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ, ໃຊ້ໃນການກຸ້ມຕົນເອງ, ຫຼື ທຸລະກິດ ແມ່ນບໍ່? • ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ໃນການຂົນສົ່ງສະມາຊິກໃນເຮືອນທີ່ພິການ, • ນຳໃຊ້ໃນການໄປເອົານ້ຳມັນເຊື້ອເພີງ ຫຼື ນ້ຳ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າ **ແມ່ນ**, ທ່ານອາດຢຸດຕອບໄດ້	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າ **ແມ່ນ**, ທ່ານອາດຢຸດຕອບໄດ້	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າ **ແມ່ນ**, ທ່ານອາດຢຸດຕອບໄດ້
ຍານພາຫະນະນີ້ຖືກໃຊ້ໂດຍເດັກ ອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ ເພື່ອ: • ໄປໂຮງຮຽນ? • ໄປເຮັດວຽກ? • ໄປຝຶກອົບຮົມ? • ໄປຊອກຫາວຽກ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າ **ແມ່ນ**, ທ່ານອາດຢຸດຕອບໄດ້	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າ **ແມ່ນ**, ທ່ານອາດຢຸດຕອບໄດ້	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າ **ແມ່ນ**, ທ່ານອາດຢຸດຕອບໄດ້
ຍານພາຫະນະນີ້ແມ່ນຂອງຂວັນ, ການບໍລິຈາກ, ຫຼື ເປັນການໂອນໃຫ້ຄອບຄົວ? ທາງຄາວຕີ້ອາດຂໍໃຫ້ທ່ານຫາຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ຂອງຂວັນ ☐ ການບໍລິຈາກ ☐ ການໂອນໃຫ້ໃນຄອບຄົວ ຖ້າວ່າ**ແມ່ນ**, ໝາຍໃສ່ຫ້ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ຄັດຕິດຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນຈາກ DMV ແລະຢຸດບ່ອນນີ້. ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນ, ຈຶ່ງຂໍໃຫ້ທາງຄາວຕີ້ຊ່ວຍເຫຼືອ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ຂອງຂວັນ ☐ ການບໍລິຈາກ ☐ ການໂອນໃຫ້ໃນຄອບຄົວ ຖ້າວ່າ**ແມ່ນ**, ໝາຍໃສ່ຫ້ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ຄັດຕິດຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນຈາກ DMV ແລະຢຸດບ່ອນນີ້. ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນ, ຈຶ່ງຂໍໃຫ້ທາງຄາວຕີ້ຊ່ວຍເຫຼືອ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ຂອງຂວັນ ☐ ການບໍລິຈາກ ☐ ການໂອນໃຫ້ໃນຄອບຄົວ ຖ້າວ່າ**ແມ່ນ**, ໝາຍໃສ່ຫ້ອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ຄັດຕິດຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນຈາກ DMV ແລະຢຸດບ່ອນນີ້. ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນ, ຈຶ່ງຂໍໃຫ້ທາງຄາວຕີ້ຊ່ວຍເຫຼືອ.
ປີ/ຍີ່ຫໍ້/ລຸ້ນ			
ເລກໃບອະນຸຍາດຂອງຍານພາຫະນະ			
ມູນຄ່າຍານພາຫະນະນີ້ໂດຍປະມານ (ຍານພາຫະນະຂອງທ່ານມີມູນຄ່າເທົ່າໃດ)? ພວກເຮົາເອີ້ນມູນຄ່ານີ້ວ່າ ມູນຄ່າຕາມລາຄາຕະຫຼາດ.	$ ☐ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮູ້/ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ການຊອກຫາມູນຄ່າ	$ ☐ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮູ້/ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ການຊອກຫາມູນຄ່າ	$ ☐ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮູ້/ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ການຊອກຫາມູນຄ່າ
ຂ້າພະເຈົ້າຄົ້ນພົບມູນຄ່າຕາມລາຄາຕະຫຼາດໄດ້ແນວໃດ	☐ ສຳລັບໂຄສະນາຂາຍ ☐ ຕົວແທນຂາຍຣົຖ ☐ ບໍລິສັດ Kelly blue Book ☐ ຊ່າງເຄື່ອງ ☐ ລາຄາຊື້ ☐ ອື່ນໆ:________	☐ ສຳລັບໂຄສະນາຂາຍ ☐ ຕົວແທນຂາຍຣົຖ ☐ ບໍລິສັດ Kelly blue Book ☐ ຊ່າງເຄື່ອງ ☐ ລາຄາຊື້ ☐ ອື່ນໆ:________	☐ ສຳລັບໂຄສະນາຂາຍ ☐ ຕົວແທນຂາຍຣົຖ ☐ ບໍລິສັດ Kelly blue Book ☐ ຊ່າງເຄື່ອງ ☐ ລາຄາຊື້ ☐ ອື່ນໆ:________
ຂ້າພະເຈົ້າເປັນໜີ້ຄ່າຍານພາຫະນະນີ້ເທົ່າໃດ	$ ☐ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮູ້/ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ການຊອກຫາຈຳນວນທີ່ເປັນໜີ້	$ ☐ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮູ້/ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ການຊອກຫາຈຳນວນທີ່ເປັນໜີ້	$ ☐ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຮູ້/ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ການຊອກຫາຈຳນວນທີ່ເປັນໜີ້
ສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຊ້ເພື່ອຫາຈຳນວນທີ່ເປັນໜີ້ຄ່າຍານພາຫະນະ	☐ ໃບເກັບຄ່າຄັ້ງຫຼ້າສຸດ ☐ ລາຍງານຈາກຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ ☐ ໂດຍການຕີລາຄາ ☐ ອື່ນໆ:________	☐ ໃບເກັບຄ່າຄັ້ງຫຼ້າສຸດ ☐ ລາຍງານຈາກຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ ☐ ໂດຍການຕີລາຄາ ☐ ອື່ນໆ:________	☐ ໃບເກັບຄ່າຄັ້ງຫຼ້າສຸດ ☐ ລາຍງານຈາກຜູ້ໃຫ້ກູ້ຢືມ ☐ ໂດຍການຕີລາຄາ ☐ ອື່ນໆ:________
ນີ້ແມ່ນພາຫະນະເຊົ່າແມ່ນບໍ່?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ