

WISCONSIN FOODSHARE  
လျှောက်လွှာ  
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)

ညွှန်ကြားချက်များ

သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ စတင်နိုင်မည့် ရက်စွဲကို သတ်မှတ်ရန် သင့်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် လက်မှတ်တို့ကို ဖော်ပြပေးပါ။ ၎င်းကို "သင်၏ တင်သွင်းသည့် ရက်စွဲကို သတ်မှတ်ခြင်း" ဟု ခေါ်သည်။

သင့်တွင် ဤစာမျက်နှာရှိ အချက်အလက်များ (အမည်၊ လိပ်စာ၊ လက်မှတ်) ကိုသာ ပေးပို့ရန်သော်လည်းကောင်း၊ လျှောက်လွှာအပြည့်အစုံကို ဖြည့်စွက်ရန်သော်လည်းကောင်း ရွေးချယ်ခွင့်ရှိသည်။

အကျိုးခံစားခွင့်များကို ချက်ချင်းလိုအပ်ပါက ဦးစားပေး FoodShare အပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပြီး ၎င်းကို ပထမစာမျက်နှာနှင့်အတူ ပေးပို့ပါ။ ဤနည်းအားဖြင့် သင်သည် လျှောက်လွှာတင်ပြီး ခုနစ်ရက်အတွင်း အစားအသောက် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိနိုင်ပေမည်။

လျှောက်လွှာအားလုံးအတွက် သင်သည် ဖုန်းဖြင့်ဖြစ်စေ၊ လူကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ အေဂျင်စီနှင့်အင်တာဗျူး လုပ်ရပါမည်။ လျှောက်လွှာကို အပြည့်အစုံ ဖြည့်ထားပေးခြင်းသည် အင်တာဗျူးလုပ်သည့်ကြာချိန်ကို တိုတောင်းစေသည့်အပြင် ထောက်ခံစာရယူသည့် လုပ်ငန်းစဉ်ကို လျော့ချနိုင်ပါသည်။

သင့်လျှောက်လွှာကို အချိန်မရွေး တင်ခွင့်ရှိသည်။ သင်၏လျှောက်လွှာကို တတ်နိုင်သမျှ မြန်မြန်လုပ်ဆောင်ပေးသော်လည်း ၎င်းကိုလက်ခံရရှိသည့် ရက်မှစ၍ ရက် 30 ထက် နောက်မကျစေရပါ။

သင့်အတွက် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြီးခဲ့သည့် ရက် 30 အတွင်း ရပ်တန့်ထားခဲ့ပါက သင်၏ FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြန်ဖွင့်ရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီနိုင်ပါသည်။ သင်၏ FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြန်ဖွင့်ရန်အတွက် ဖောင်အသစ်များကို မဖြည့်ဘဲ သင်၏အေဂျင်စီသို့ ဆက်သွယ်ပါ။

အွန်လိုင်း သို့မဟုတ် ဖုန်းဖြင့် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။ သင်၏ဒေသဆိုင်ရာ အေဂျင်စီသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် [access.wi.gov](http://access.wi.gov) မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်းလျှောက်ထားပါ။ အွန်လိုင်းမှ လျှောက်ထားပါက သင်သည် FoodShare နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ လျှောက်လွှာများကို တစ်ပြိုင်နက် ဖြည့်နိုင်ပါသည်။

အမည် - လျှောက်ထားသူ (ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)

လမ်းလိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
လက်မှတ် - လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်		လက်မှတ်ရေးထိုးခဲ့သည့် ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)

စာတိုက် သို့မဟုတ် ဖက်စ် လျှောက်လွှာများ

သင် Milwaukee ကောင်တီတွင် နေထိုင်ပါက-

MDPU  
6055 North 64<sup>th</sup> Street  
Milwaukee, WI 53218

သို့မဟုတ် ဖက်စ်- 888-409-1979

သင်သည် Milwaukee ကောင်တီတွင် နေထိုင်သူ မဟုတ်ပါက-

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234

သို့မဟုတ် ဖက်စ်- 855-293-1822

သင့်တွင် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိပြီး အခြားပုံစံကိုလိုအပ်လျှင်ဖြစ်စေ၊ ဘာသာပြန်စေလိုလျှင်ဖြစ်စေ ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏အေဂျင်စီသို့ ဆက်သွယ်ပါ။ သင့်အေဂျင်စီ၏ ဖုန်းနံပါတ်ကို ရယူရန် [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) သို့ သွားပါ သို့မဟုတ် အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများဌာနဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ဘာသာပြန်ခြင်းနှင့် TTY ဝန်ဆောင်မှုများသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။

သင့်အတွက် ဤပုံစံအား ဖြည့်စွက်ပြီး လက်မှတ်ထိုးမည့် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်ကို ထားရှိနိုင်ပါသည်။ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်ကို ခန့်အပ်ရန် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်တစ်ယောက် ခန့်အပ်ခြင်း၊ ပြောင်းလဲခြင်း သို့မဟုတ် ဖယ်ရှားခြင်း- အဖွဲ့ဝင် ပုံစံ၊ F101264 ကို ဖြစ်စေ၊ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်တစ်ယောက် ခန့်အပ်ခြင်း၊ ပြောင်းလဲခြင်း သို့မဟုတ် ဖယ်ရှားခြင်း- အဖွဲ့အစည်း ပုံစံ၊ F10126B ကို ဖြစ်စေ ဖြည့်ပါ။ ဤပုံစံကို ရယူရန် 800-362-3002 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm) သို့ သွားပါ။

## ရွေးချယ်ခွင့်ရှိသည်- ဦးစားပေး FOODSHARE

အကူအညီချက်ချင်းလိုအပ်ပါက ဦးစားပေး FoodShare အတွက် လျှောက်ထားခြင်းဖြင့် သင်တင်သည်ရက်စွဲကို သတ်မှတ်ပြီး ခုနစ်ရက်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိနိုင်ပါသည်။  
 သင်သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုရှိမရှိကို ကြည့်ရန်အတွက် ဤစာမျက်နှာကို ဖြည့်ပြီး ၎င်းကို ပထမစာမျက်နှာ သို့မဟုတ် ကျန်ရှိနေသော လျှောက်လွှာနှင့်အတူ ပေးပို့ပါ။

အောက်ပါအချက်များထဲမှ တစ်ခုခုသည် မှန်ကန်ပါက သင်သည် ဦးစားပေး အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီပါသည်-

- သင့်အိမ်ထောင်စု၏ ပိုင်ဆိုင်မှုအဖြစ် ငွေသား သို့မဟုတ် ဘဏ်တွင် \$100 နှင့်အောက်ရှိပြီး ယခုလ၏ ဝင်ငွေသည် \$150 အောက်ဖြစ်သည်။
- သင့်အိမ်ထောင်စု၏ ငှားရမ်းခ၊ ပေါင်နှံခ သို့မဟုတ် ရေမီးအသုံးပြုခများသည် ယခုလတွင် စုစုပေါင်း အသားတင် လစဉ်ဝင်ငွေ (ငွေသား သို့မဟုတ် ဘဏ်အကောင့်တွင်ရရှိသော) ထက် များနေပါသည်။
- သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူတစ်ဦး သို့မဟုတ် ဝင်ငွေမရှိတော့သည့် ရာသီပေါ်အလုပ်သမား ရှိနေသည်။

အမည် - လျှောက်ထားသူ (ရှေ့ဆုံး၊ အလယ်၊ နောက်ဆုံး)

လမ်းလိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
-------	---------	---------------

**ပိုမိုမြန်ဆန်သည့် ဝန်ဆောင်မှုကို ပေးအပ်နိုင်ရေး စဉ်းစားပေးနိုင်ရန် အောက်ပါ မေးခွန်းများကို ဖြေပါ။**

ယခုလ သင့်အိမ်ထောင်စုအတွက် မျှော်မှန်း စုစုပေါင်း အသားတင် ဝင်ငွေ (အခွန်များ သို့မဟုတ် အခြား ဖြတ်တောက်မှုများ မပြုလုပ်မီ) မှာ မည်မျှနည်း။	\$
သင့်အိမ်ထောင်စု၏ စုစုပေါင်း ပိုင်ဆိုင်မှုကို ဖော်ပြပါ (ဥပမာ၊ ငွေသား၊ စာရင်းရှင်အကောင့် သို့မဟုတ် စုစုပေါင်းအကောင့်ရှိ ငွေကြေး သို့မဟုတ် စုစုပေါင်းတစ်လုံးတစ်ခဲတည်းသောငွေ)။	\$
ယခုလ သင့်အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် သင့်အိမ်အတွက် (ဥပမာ- ငှားရမ်းခ သို့မဟုတ် ချေးငွေ) စုစုပေါင်း ပေးရမည့်ပမာဏမှာ မည်မျှနည်း။	\$
သင့်အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် ယခုလတွင် Wisconsin FoodShare (ဝစ္စကွန်းစင်း ဖုဒ်ရှ်) အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိခဲ့ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင့်အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် ယခုလတွင် အခြားပြည်နယ်တစ်ခုခုရှိ Supplemental Nutrition Assistance Program (အာဟာရထောက်ပံ့ကူညီရေး အစီအစဉ်) (SNAP) အစားအသောက် ကူပွန်း၊ အီလက်ထရောနစ် အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းမှု အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိခဲ့ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင့်အနေဖြင့် လတ်တလောတွင် အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက် ခံစားရသူများ၏ ခိုးနားရာ စခန်းတွင် နေပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းတွင် မကြာသေးခင်က လစာရပ်ဆိုင်းသွားပြီး လာမည့် 10 ရက်အတွင်း ဝင်ငွေ \$25 ထက်မကျော်သည့် ပမာဏကိုသာ ရရှိမည့် ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်သူ သို့မဟုတ် ရာသီပေါ်အလုပ်သမားရှိပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင်၏အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် ရေ၊ မီးအသုံးစရိတ်များကို ပေးဆောင်ရပါက အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ။	
ငှားရမ်းခပေးဆောင်ရပါက သင်၏ငှားရမ်းခတွင် အပူစွမ်းအင်သုံးစွဲခ ပါဝင်ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

သင့်အိမ်ထောင်စု ပေးဆောင်ရမည့် ရေ၊ မီးအသုံးစရိတ်မှန်သမျှအတွက်နှင့် သင့်အိမ်တွင် အပူစွမ်းအင်ရစေရန် ၎င်းကိုအသုံးပြုခြင်းဖြစ်ပါက အကွက်များကို အမှန်ခြစ်ပါ။

သင်သည် ဤအတွက်အသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ပါသလား။	သင်သည် ဤအတွက်အသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ပါသလား။
အပူစွမ်းအင်အတွက် အသုံးပြုသလား။	အပူစွမ်းအင်အတွက် အသုံးပြုသလား။
<input type="checkbox"/> ဂတ်စ် (သဘာဝ) <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဓာတ်ဆီ/ရေနံဆီ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
<input type="checkbox"/> လျှပ်စစ် <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> မီးသွေး <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
<input type="checkbox"/> ပရိုပိန်းဓာတ်ငွေ့အရည် <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ထင်း <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

သင့်အိမ်ထောင်စု ပေးဆောင်ရမည့် ရေ၊ မီးအသုံးစရိတ်မှန်သမျှအတွက် အကွက်များကို အမှန်ခြစ်ပါ။

<input type="checkbox"/> ဖုန်း	<input type="checkbox"/> ရေ	<input type="checkbox"/> မိလ္လာပိုက်	<input type="checkbox"/> အမှိုက်ပစ်ခြင်း	<input type="checkbox"/> လေအေးပေးစက် အပိုဆောင်းကြေး	<input type="checkbox"/> အခြား
--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	--	---	--------------------------------

## ရွေးချယ်ခွင့်ရှိသည်- လျှောက်လွှာ အပြည့်အစုံ

### အပိုင်း 1 - ဆက်သွယ်ရမည့် အချက်အလက်

ကျွန်ုပ်တို့ သင့်ကို ဘယ်လိုဆက်သွယ်နိုင်လဲဆိုတာကို ကျွန်ုပ်တို့ကို ကျေးဇူးပြု၍ ပြောပါ။ ဖုန်းနံပါတ်အားလုံးအတွက် ဧရိယာကုန် ပါဝင်ပါ။

ဖုန်းနံပါတ်	ဖုန်းအမျိုးအစား <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အလုပ်	
အခြားဖုန်းနံပါတ်	ဤဖုန်းနံပါတ်ကို မည်သို့သုံးဆိုင်သနည်း။ <input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင် <input type="checkbox"/> မိသားစု <input type="checkbox"/> အခြား	ဤပုဂ္ဂိုလ်၏နာမည်မှာ အဘယ်နည်း။

အီးမေးလ်လိပ်စာ

သင်၏စာများကို မည်သို့ရရှိလိုပါသနည်း။  စာတိုက် ဝန်ဆောင်မှု  အီးမေးလ်- ACCESS

သင်နေထိုင်နေသည့် နေရာနှင့်မတူညီသည့် သီးသန့်စာပို့လိပ်စာတစ်ခု သင့်တွင်ရှိပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ဟုတ်ပါက စာလက်ခံမည့် လိပ်စာကို ရေးပါ။

လမ်းလိပ်စာ

မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
-------	---------	---------------

သင်သည် လက်ရှိတွင် အိုးမဲ့အိမ်မဲ့တစ်ယောက် ဖြစ်ပါသလား။\*

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

\*အိုးမဲ့အိမ်မဲ့ဆိုသည်မှာ ညဘက် ရေရှည်နေထိုင်နိုင်မည့် နေရာတစ်နေရာ မရှိခြင်းကို ဆိုလိုသည်။ ၎င်းတွင် မိတ်ဆွေ သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်နှင့်အတူ အမိုးအကာအောက်တွင် နေထိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် နေစရာနေရာမရှိခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။

သင်သည် အိုးမဲ့အိမ်မဲ့တစ်ယောက်ဖြစ်ပါက လိပ်စာမေးခွန်းကို ကျော်လိုက်ပါ။ သင်သည် လက်ရှိတွင် အိုးမဲ့အိမ်မဲ့တစ်ယောက်ဖြစ်ပြီး စာပို့လိပ်စာမရှိပါက သင့်စာသည် သင်၏ဒေသန္တရအေဂျင်စီထံသို့ ရောက်ရှိသွားမည်ဖြစ်သည်။

သင့်ကို ဆက်သွယ်ရန် အကောင်းဆုံး နည်းလမ်းနှင့် အချိန်ကို ဖော်ပြပေးပါ။

### အပိုင်း 2 — လျှောက်ထားသူ အချက်အလက်

သင်က ဤလျှောက်လွှာကို အခြားသူတစ်ယောက်အတွက် ဖြည့်စွက်ပေးခြင်းဖြစ်လျှင် ကျန်မေးခွန်းများကိုလည်း ထိုပုဂ္ဂိုလ်အဖြစ် ဖြေဆိုပေးပါ။

သင့်တွင် Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်) တစ်ခုရှိပါက အကျိုးခံစားခွင့်များကို တောင်းခံသူတိုင်းသည် ဥပဒေအရ ၎င်းကို ဖော်ပြရန်လိုအပ်ပါသည်။ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏများကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ၎င်းကို အသုံးပြုပါသည်။ သင့်တွင် Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်) မရှိပါက [www.ssa.gov/number-card](http://www.ssa.gov/number-card) တွင် လျှောက်ထားနိုင်ပါသည်။

**မှတ်ချက်-** လူမျိုးစုနှင့်လူမျိုးဆိုင်ရာ မေးခွန်းများကို သင်မဖြေကြားလိုပါက ဖြေရန်မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များ တိုးတက်စေရေး အထောက်အကူဖြစ်စေရန်နှင့် လူမျိုးစု သို့မဟုတ် လူမျိုးကို အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု မလုပ်ကြောင်းသေချာစေရန် ဤမေးခွန်းများကို မေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။ အစီအစဉ်အတွက် သင်၏သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သင့်အဖြေများကို အသုံးပြုမည်မဟုတ်ပါ။

Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်)	မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)
--	---------------------------

ကျား/မ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	အိမ်ထောင်ရှိ၊ မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် <input type="checkbox"/> အပျို/လူပျို <input type="checkbox"/> ကွာရှင်းထားသည်
U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	လူမျိုးစု (ချန်ထားနိုင်သည်) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုး(a) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုးမဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ
လူမျိုး (ချန်ထားနိုင်သည်) သက်ဆိုင်သမျှကို အမှန်ခြစ်ပါ <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယန်း/အလက်စကာ ဒေသခံ <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်အီ ဒေသခံ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> လူဖြူ <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ	
သင့်အိမ်တွင် ပြောဆိုသော အခြေခံဘာသာစကား	FoodShare စာများကို မည်သည့်ဘာသာစကားဖြင့် ရိုက်နှိပ်စေချင်ပါသနည်း။

**အပိုင်း 3 - အိမ်ထောင်စု အချက်အလက်**

သင်နှင့်အတူ နေထိုင်သူများအတွက် ဤအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။ နေရာလွတ်ပိုလိုအပ်ပါက စာရွက်အလွတ်တစ်ရွက်ကို အသုံးပြုပြီး ၎င်းကိုလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ထည့်သွင်းပါ။

အကျိုးခံစားခွင့်များကို တောင်းခံသူတိုင်းသည် ဥပဒေအရ Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်) (SSN) ကို ဖော်ပြရန်လိုအပ်ပါသည်။ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏများကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ၎င်းကို အသုံးပြုပါသည်။ သင်နှင့်အတူနေထိုင်သူအတွက် SSN ကို မသိရှိသည့်တိုင် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့တွင် ထိန်းသိမ်းမှုမရှိသည့်တိုင် ဤအပိုင်းတွင် ၎င်းတို့ ပါဝင်နေဆဲဖြစ်ပါသည်။

မှတ်ချက်- လူမျိုးစုနှင့်လူမျိုးဆိုင်ရာ မေးခွန်းများကို သင်မဖြေကြားလိုပါက ဖြေရန်မလိုပါ။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်များ တိုးတက်စေရေး အထောက်အကူဖြစ်စေရန်နှင့် လူမျိုးစု သို့မဟုတ် လူမျိုးကို အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံမှု မလုပ်ကြောင်းသေချာစေရန် ဤမေးခွန်းများကို မေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။ အစီအစဉ်အတွက် သင်၏သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် သင့်အဖြေများကို အသုံးမပြုပါ။

**လူပုဂ္ဂိုလ် 1 (လျှောက်ထားသူ)**

အမည် (ပထမ၊ အလယ် အစစာလုံး၊ နောက်ဆုံး)	ဤပုဂ္ဂိုလ်က FoodShare ကို လိုချင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	
မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)	Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်)	
ကျား/မ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	အိမ်ထောင်ရှိ၊ မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် <input type="checkbox"/> အပျို/လူပျို <input type="checkbox"/> ကွာရှင်းထားသည်	
U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	လူမျိုးစု (ချန်ထားနိုင်သည်) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုး(a) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုးမဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ	
လူမျိုး (ချန်ထားနိုင်သည်) သက်ဆိုင်သမျှကို အမှန်ခြစ်ပါ <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယန်း/အလက်စကာ ဒေသခံ <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်အီ ဒေသခံ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> လူဖြူ <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ		
လျှောက်ထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်နှင့်အတူ အစားအစာများဝယ်ယူပြီး သင်၏အစားအစာအများစုကို စားပါမည်လား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို စောင့်ရှောက်ပေးနေပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

**လူပုဂ္ဂိုလ် 2**

အမည် (ပထမ၊ အလယ် အစစာလုံး၊ နောက်ဆုံး)		ဤပုဂ္ဂိုလ်က FoodShare ကို လိုချင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)	Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်)	
ကျား/မ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	အိမ်ထောင်ရှိ၊ မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် <input type="checkbox"/> အပျို/လူပျို <input type="checkbox"/> ကွာရှင်းထားသည်	
U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	လူမျိုးစု (ချန်ထားနိုင်သည်) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုး(a) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုးမဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ	
လူမျိုး (ချန်ထားနိုင်သည်) သက်ဆိုင်သမျှကို အမှန်ခြစ်ပါ- <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယန်း/အလက်စကာ ဒေသခံ <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်အီ ဒေသခံ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> လူဖြူ <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ		
လျှောက်ထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်နှင့်အတူ အစားအစာများဝယ်ယူပြီး သင်၏အစားအစာအများစုကို စားပါမည်လား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို စောင့်ရှောက်ပေးနေပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

**လူပုဂ္ဂိုလ် 3**

အမည် (ပထမ၊ အလယ် အစစာလုံး၊ နောက်ဆုံး)		ဤပုဂ္ဂိုလ်က FoodShare ကို လိုချင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)	Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်)	
ကျား/မ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	အိမ်ထောင်ရှိ၊ မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် <input type="checkbox"/> အပျို/လူပျို <input type="checkbox"/> ကွာရှင်းထားသည်	
U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	လူမျိုးစု (ချန်ထားနိုင်သည်) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုး(a) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုးမဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ	
လူမျိုး (ချန်ထားနိုင်သည်) သက်ဆိုင်သမျှကို အမှန်ခြစ်ပါ- <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယန်း/အလက်စကာ ဒေသခံ <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်အီ ဒေသခံ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> လူဖြူ <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ		
လျှောက်ထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်နှင့်အတူ အစားအစာများဝယ်ယူပြီး သင်၏အစားအစာအများစုကို စားပါမည်လား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို စောင့်ရှောက်ပေးနေပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

**လူပုဂ္ဂိုလ် 4**

အမည် (ပထမ၊ အလယ် အစစာလုံး၊ နောက်ဆုံး)		ဤပုဂ္ဂိုလ်က FoodShare ကို လိုချင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/နှစ်)	Social Security Number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်)	

ကျား/မ <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	အိမ်ထောင်ရှိ၊ မရှိ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်သည် <input type="checkbox"/> အပျို/လူပျို <input type="checkbox"/> ကွာရှင်းထားသည်
U.S. နိုင်ငံသား <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	လူမျိုးစု (ချန်ထားနိုင်သည်) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုး(a) <input type="checkbox"/> ဟစ်စပန်းနစ် သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုးမဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ
လူမျိုး (ချန်ထားနိုင်သည်) သက်ဆိုင်သမျှကို အမှန်ခြစ်ပါ- <input type="checkbox"/> အမေရိကန် အိန္ဒိယန်း/အလက်စကာ ဒေသခံ <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> မသိပါ <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်းအီ ဒေသခံ/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> လူဖြူ <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> လူမည်း/အာဖရိကန် အမေရိကန် <input type="checkbox"/> မဖြေချင်ပါ	
လျှောက်ထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်နှင့်အတူ အစားအစာများဝယ်ယူပြီး သင်၏အစားအစာအများစုကို စားပါမည်လား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
	သင်သည် ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို စောင့်ရှောက်ပေးနေပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

**အပိုင်း 4 - ကျောင်းသား အချက်အလက်**

နေရာလွတ် ပိုလိုအပ်ပါက သီးခြားစာရွက်တစ်ရွက်ကို အသုံးပြုပါ။

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် အသက် 18-49 နှစ်အရွယ် ကောလိပ်/တက္ကသိုလ် (ဥပမာ- နည်းပညာကောလိပ် သို့မဟုတ် တက္ကသိုလ်) တက်ရောက်မည့်သူ တစ်ယောက်ယောက်ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ မဟုတ်ပါက အပိုင်း 5 သို့ သွားပါ။	ပုံမှန်သင်ရိုးပြင်ပမှ အတန်းများကို တက်ရောက်ပါသလား။ ပုံမှန်သင်ရိုးတွင် မပါဝင်သည့် အထူးအတန်းများတွင် ပြန်လည်ကုစားသည့် ပညာရေး၊ တစ်သက်တာပညာရေး သို့မဟုတ် လူ့အဖွဲ့အစည်းတွင် ပြန်လည်အသုံးချနိုင်သည့် ပညာရေး၊ အတတ်ပညာပိုင်း ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု၊ အခြားဘာသာစကားပြောဆိုသူတို့အတွက် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကား သင်ယူရေး (ESOL/ESL) နှင့် လုပ်သားအင်အား ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုတို့ပါဝင်ပါသည်။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ မဟုတ်ပါက အပိုင်း 5 သို့ သွားပါ။
ကျောင်းအမည်	စာရင်းသွင်းထားသော ကျောင်းသား- <input type="checkbox"/> အချိန်တစ်ဝက်အောက် <input type="checkbox"/> အချိန်တစ်ဝက်နှင့် ထို့ထက်ပိုများသောအချိန် <input type="checkbox"/> အချိန်ပြည့် <input type="checkbox"/> အခြား

ကောလိပ်/တက္ကသိုလ် တက်ရောက်နေသည့်ကျောင်းသား၏အမည် (ပထမစာလုံး၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ နောက်ဆုံးစာလုံး)

ကျောင်းသားသည် ယာယီ သို့မဟုတ် အမြဲတမ်း မသန်မစွမ်းမှုကြောင့် အလုပ်မလုပ်နိုင်ဖြစ်နေပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

Social Security Act (လူမှုဖူလုံရေး အင်္ဂုပဒေ) ၏ ခေါင်းစဉ် IV အောက်တွင် Wisconsin Works (Wisconsin လုပ်ငန်းစဉ်များ) (W-2) သို့မဟုတ် အခြား TANF ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့ထားသော အစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းထားသည်။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် တစ်ပတ်လျှင် အနည်းဆုံး နာရီ 20 အလုပ်လုပ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	ကျောင်းသားသည် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းလုပ်ကိုင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
---	---

ကျောင်းသားသည် ဖက်ဒရယ်အစိုးရ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်က ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့ထားသော အလုပ်အကိုင် လေ့လာမှု အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် အလုပ်လေ့ကျင့်ရေး အစီအစဉ်တွင် အကြေးငွေဖြင့် အလုပ်လုပ်နေပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် အသက် 6 နှစ်အောက် ကလေးငယ်တစ်ယောက်ကို ပြုစုစောင့်ရှောက်နေရပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် အသက် 6-12 နှစ် အရွယ် ကလေးတစ်ယောက်ကို ပြုစုစောင့်ရှောက်နေပြီး လုံလောက်သော ကလေးစောင့်ရှောက်မှုကို မရရှိနိုင်ဖြစ်နေပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် အသက် 12 နှစ်အောက် ကလေးတစ်ယောက်ကို မိဘဘာသာပြုစောင့်ရှောက်နေရသည့် မိဘတစ်ဦးဖြစ်ပြီး အချိန်ပြည့်ကျောင်းတက်နေပါသလား။  
 ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် Workforce Innovation and Opportunity Act (လုပ်သားအင်အား ဆန်းသစ်ပြောင်းလဲခြင်းနှင့် အခွင့်အလမ်းဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ) (WIOA)၊ Trade Act of 1974 (1974 ခုနှစ် ကုန်သွယ်ရေး အက်ဥပဒေ) (TAA)၊ W-2၊ FoodShare Employment and Training (FoodShare အလုပ်အကိုင်နှင့် လေ့ကျင့်ရေး) (FSET) သို့မဟုတ် အခြားသော အလုပ်အကိုင်နှင့် လေ့ကျင့်ရေး အစီအစဉ်တို့မှတစ်ဆင့် နေရာချထားမှုကြောင့် ကျောင်းတက်နေရပါသလား။  
 ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

**အပိုင်း 5 - ထပ်ဆောင်း အိမ်ထောင်စု အချက်အလက်**

သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်စုံတစ်ယောက်အား Social Security Administration (လူမှုဖူလုံရေး စီမံခန့်ခွဲမှု)၊ Veterans Administration (စစ်မှုထမ်းဟောင်း စီမံခန့်ခွဲမှု) သို့မဟုတ် Railroad Retirement Board (မီးရထား အငြိမ်းစား ဘုတ်အဖွဲ့) က လုံးဝမသန်စွမ်းသူအဖြစ် သတ်မှတ်ထားပါသလား။  
 ဟုတ်  မဟုတ်

မသန်စွမ်းဖြစ်နေသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	မသန်စွမ်းအဖြစ် သတ်မှတ်သည့်ရက်စွဲ (mm/dd/yyyy)
--	---

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် နာမကျန်းဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှု (စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ) ကြောင့် အလုပ်မလုပ်နိုင်သူ ရှိပါသလား။  
 ဟုတ်  မဟုတ်

အလုပ်မလုပ်နိုင်သူ(များ) ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	အလုပ်မလုပ်နိုင်သူအဖြစ် သတ်မှတ်သည့်ရက်စွဲ (mm/dd/yyyy)
---	---

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင် ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	ကိုယ်ဝန်ဆောင်(များ) ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
--	---

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် အသက် 18 နှစ်ပြည့်ချိန်၌ မွေးစားစောင့်ရှောက်မှု၊ ထောက်ပံ့ကြေးပေးအပ်သော အုပ်ထိန်းမှု သို့မဟုတ် တရားရုံးက အုပ်ထိန်းခွင့်ချမှတ်ထားသော ဆွေမျိုး၏စောင့်ရှောက်မှုအောက်တွင် ရှိခဲ့သည့် အသက် 18-24 နှစ်အရွယ် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးတစ်ယောက်ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	အသက် 18 နှစ်ပြည့်ချိန်၌ မွေးစားစောင့်ရှောက်မှု၊ ထောက်ပံ့ကြေးပေးအပ်သော အုပ်ထိန်းမှု သို့မဟုတ် တရားရုံးက အုပ်ထိန်းခွင့်ချမှတ်ထားသော ဆွေမျိုး၏စောင့်ရှောက်မှုအောက်တွင် ရှိခဲ့သည့် အသက် 18-24 နှစ်အရွယ် လူပုဂ္ဂိုလ်(များ) ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
--	---

သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် အကြောင်းပြချက်တစ်စုံတစ်ရာကြောင့် နှုတ်ထွက်ခဲ့ရသော အမေရိကန်စစ်တပ်မှ စစ်မှုထမ်းဟောင်းတစ်ဦး ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	စစ်မှုထမ်းဟောင်းဖြစ်သူ(များ) ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
---	--

သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲမှု ကုသရေးပရိုဂရမ်တစ်ခု (ယင်းတွင် Alcoholics Anonymous သို့မဟုတ် Narcotics Anonymous ပရိုဂရမ်များ မပါဝင်ပါ) တွင် ပုံမှန်ပါဝင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	ကုသမှုတွင် ပါဝင်နေသူ(များ) ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
--	--

သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် အသက် 6 နှစ်အောက် ကလေး သို့မဟုတ် မိမိကိုယ်ကို ပြုစောင့်ရှောက်နိုင်ခြင်းမရှိသည့် အခြားသူ (နေအိမ်၌ နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ နေအိမ်ပြင်ပ၌ နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ) တစ်ဦး၏ အခြေခံစောင့်ရှောက်သူ ဟုတ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	ပြုစောင့်ရှောက်မှုပေးနေသူ(များ) ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
---	---

သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် အလုပ်ပရိုဂရမ်တွင် ပါဝင်ပါသလား။ ဥပမာ အရိုးအဆစ်လွှဲနေသော အလုပ်သမားများဆိုင်ရာ ပရိုဂရမ်များ၊ Wisconsin Works (W-2) သို့မဟုတ် မျိုးနွယ်စု TANF။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	အလုပ်ပရိုဂရမ်တွင် ပါဝင်နေသူ(များ) ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
--	---

လွန်ခဲ့သော ငါးနှစ်က သင့်အိမ်ထောင်စုတွင် တစ်ဦးဦးသည် မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့်ပတ်သက်သည့် ပြစ်မှုဖြင့် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရသည့် ရက်စွဲ (mm/dd/yyyy)	
<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်		

သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် ပြစ်မှုတစ်ခုခု ထွက်ပြေးနေခြင်း သို့မဟုတ် ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်း/လွတ်ငြိမ်း ချမ်းသာခွင့်ကို ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်း/လွတ်ငြိမ်း ချမ်းသာခွင့်ကို ဖောက်ဖျက်ခြင်းရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	ပြစ်မှုတစ်ခုခု ထွက်ပြေးနေသောသူ သို့မဟုတ် ခံဝန်ချုပ်ဖြင့်လွတ်ခြင်း/လွတ်ငြိမ်း ချမ်းသာခွင့်ကို ဖောက်ဖျက်သောသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
---	--

**အပိုင်း 6 - ပိုင်ဆိုင်မှုများ**

သင်သည် အရေးပေါ်အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားမှသာလျှင် သို့မဟုတ် သင်သည် သက်ကြီးရွယ်အို၊ မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူများရှိနေသည့် အိမ်ထောင်စုတွင် ပါဝင်နေမှသာလျှင် ပိုင်ဆိုင်မှု အချက်အလက်ကို ဖြည့်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

လျှောက်ထားသူ(များ) ပိုင်ဆိုင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှုအားလုံးကို ဖော်ပြပါ။ အခြားသူတစ်ယောက်ယောက်နှင့် ပူးတွဲပိုင်ဆိုင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှုများကို ထည့်သွင်းပါ။ အသုံးပြုနိုင်သော ပိုင်ဆိုင်မှုများဆိုသည်မှာ အချိန်မရွေး ငွေသားအဖြစ် ပြောင်းလဲနိုင်သည့် ပိုင်ဆိုင်မှုမန်သမျှကို ဆိုလိုပါသည်။

ငွေသား၊ ချက် သို့မဟုတ် ငွေစုအကောင့်များ၊ ကြိုတင်ငွေဖြည့် ဒဲဘစ်ကတ်များ၊ အပ်ငွေ လက်မှတ်များ (CD များ)၊ ယုံကြည်အပ်နှံသောရန်ပုံငွေများ၊ စတော့များ၊ ငွေချေးစာချုပ်များ (ပညာရေး သို့မဟုတ် နားရေးအသုံးစရိတ်များအတွက် ဖယ်မထားပါ)၊ နှစ်စဉ်အတိုး၊ U.S. ငွေစုငွေချေးစာချုပ်များ၊ ပိုင်ဆိုင်မှု သဘောတူညီချက်များ၊ ပိုင်ဆိုင်မှုစာရွက်စာတမ်းများအတွက် စာချုပ်များ၊ အားလပ်ရက်အတွက် မျှသုံး၊ မျှပိုင် အဆောက်အအုံ၊ ငှားရမ်းထားသော အဆောက်အအုံ၊ အသက်ရှင်နေသည့်ကာလအတွင်း ပိုင်ဆိုင်မှုများ သို့မဟုတ် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုအတွက် ရည်ရွယ်ကာ ထိန်းသိမ်းထားသည့် တစ်ကိုယ်ရေပိုင်ဆိုင်မှုကဲ့သို့သော အရာများကို စာရင်းပြုစုပါ။ တစ်ကိုယ်ရေ မိသားစုသုံးပစ္စည်းများ၏ တန်ဖိုးကို မထည့်သွင်းပါနှင့်။

ပိုင်ဆိုင်မှု အမျိုးအစား	ပိုင်ရှင်(များ)၏အမည်	လက်ရှိတန်ဖိုး	ဖော်ပြချက် (ဘဏ် သို့မဟုတ် ဘဏ္ဍာရေး အဖွဲ့အစည်း အမည်ကဲ့သို့၊ အခြားပိုင်ဆိုင်မှုအမျိုးအစားကို ဤနေရာတွင် ထည့်သွင်းပါ)
ငွေသား		\$	
စာရင်းရှင်အကောင့်		\$	
ငွေစုအကောင့်		\$	
အခြား ပိုင်ဆိုင်မှု အမျိုးအစား		\$	
အခြား ပိုင်ဆိုင်မှု အမျိုးအစား		\$	
အခြား ပိုင်ဆိုင်မှု အမျိုးအစား		\$	

**အပိုင်း 7 - အလုပ်အကိုင်/အလုပ်ဝင်ငွေနှင့် လုပ်အားခများ**

အိမ်ထောင်စု၏ စုစုပေါင်းအသွင်းတင်ဝင်ငွေ (အခွန်များ သို့မဟုတ် နုတ်ယူမှုများ မပြုမီ) ပေါ်တွင် အခြေခံပြီး FoodShare အတွက် စာရင်းသွင်းပါသည်။ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းအကြောင်းကို အပိုင်း 9 တွင် ထည့်သွင်းထားသည်။ နေရာလွတ်ပိုလိုအပ်ပါက သီးခြားစာရွက်တစ်ရွက်ကို အသုံးပြုပါ။

မည်သည့် အိမ်ထောင်စုဝင်မဆို အလုပ်လုပ်နေပါသလား။  
 ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ  
 ဟုတ်ပါက အလုပ်လုပ်နေသော အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးစီအတွက် အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပါ။

တစ်ယောက်ယောက်သည် ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမား ဖြစ်ပါသလား။  
 ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

**လူပုဂ္ဂိုလ် 1**

အလုပ်လုပ်ကိုင်နေသူ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	အလုပ်စလုပ်သည့် ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
--	------------------------------------

အလုပ်ရှင်အမည်

အလုပ်ရှင် လိပ်စာ



ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို မည်မျှကြာခဏ ပေးသနည်း (အောက်ဖော်ပြပါ အရာများထဲမှ ရွေးချယ်ပါ။)

- အပတ်စဉ်   
  နှစ်ပတ်တစ်ခါ (တစ်ပတ်ခြားတစ်ခါ)   
  တစ်လလျှင် တစ်ကြိမ်   
  လဝက်တိုင်း (တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ်)  
 အခြား၊ အသေးစိတ် ဖော်ပြပါ-

လစာဖြတ်ပိုင်းတစ်ခုလျှင် အလုပ်ချိန်နာရီ မည်မျှရှိသနည်း။

လစာဖြတ်ပိုင်းတစ်ခုလျှင် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (အခွန် သို့မဟုတ် နုတ်ယူမှုများ မပြုလုပ်မီ)  
 \$

ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို နာရီအလိုက် ပေးချေခြင်း ဖြစ်ပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက ဤပုဂ္ဂိုလ်အား တစ်နာရီလုပ်အားခ မည်မျှပေးရသနည်း။ \$

ဤပုဂ္ဂိုလ်အား လစာပေးရပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက ဤပုဂ္ဂိုလ်၏ လစာမှာ မည်မျှနည်း။ \$

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ၎င်းတို့၏ နာရီအလိုက် လုပ်အားခ သို့မဟုတ် လစာမလွဲ၍ အခြား အပိုကြေးများ သို့မဟုတ် လျော်ကြေးများ ရရှိပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် လစာပေးသည့် ကာလတစ်ခုလျှင် မည်မျှရရှိသနည်း။ \$

**လူပုဂ္ဂိုလ် 2**

အလုပ်လုပ်ကိုင်နေသူ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)

အလုပ်လုပ်သည့် ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)

အလုပ်ရှင်အမည်

အလုပ်ရှင် လိပ်စာ

ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို မည်မျှကြာခဏ ပေးသနည်း (အောက်ဖော်ပြပါ အရာများထဲမှ ရွေးချယ်ပါ။)

- အပတ်စဉ်   
  နှစ်ပတ်တစ်ခါ (တစ်ပတ်ခြားတစ်ခါ)   
  တစ်လလျှင်တစ်ကြိမ်   
  လဝက်တိုင်း (တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ်)  
 အခြား

လစာဖြတ်ပိုင်းတစ်ခုလျှင် အလုပ်ချိန်နာရီ မည်မျှရှိသနည်း။

လစာဖြတ်ပိုင်းတစ်ခုလျှင် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ (အခွန် သို့မဟုတ် နုတ်ယူမှုများ မပြုလုပ်မီ)  
 \$

ဤပုဂ္ဂိုလ်ကို နာရီအလိုက် ပေးချေခြင်း ဖြစ်ပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက ဤပုဂ္ဂိုလ်အား တစ်နာရီလုပ်အားခ မည်မျှပေးရသနည်း။ \$

ဤပုဂ္ဂိုလ်အား လစာပေးရပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက ဤပုဂ္ဂိုလ်၏ လစာမှာ မည်မျှနည်း။ \$

ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် ၎င်းတို့၏ နာရီအလိုက် လုပ်အားခ သို့မဟုတ် လစာမလွဲ၍ အခြား အပိုကြေးများ သို့မဟုတ် လျော်ကြေးများ ရရှိပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်ပါက ဤပုဂ္ဂိုလ်သည် လစာပေးသည့် ကာလတစ်ခုလျှင် မည်မျှရရှိသနည်း။ \$

**အပိုင်း 8 - အလုပ်အကိုင်ဆုံးရှုံးခြင်း**

သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးသည် မကြာသေးမီက အလုပ်ထွက်ခဲ့ပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်လျှင် အပိုင်း 8 ၏ ကျန်အပိုင်းကို ဖြည့်ပါ။

အလုပ်အကိုင်ဆုံးရှုံးခဲ့သူ၏ အမည် (ပထမစာလုံး၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ နောက်ဆုံးစာလုံး)

အလုပ်ထွက်ခဲ့သည့်ရက် (လ/ရက်/နှစ်)

အလုပ်ရှင်အမည်နှင့် လိပ်စာ

အလုပ်ထွက်ရသည့် အကြောင်းရင်း

- မိမိသဘောဖြင့်ထွက်ခြင်း   
  အထုတ်ခံရခြင်း  
 အလုပ်ဖြုတ်ခံရခြင်း   
  အခြား- \_\_\_\_\_

ဤလူသည် အလုပ်လက်မဲ့ အာမခံအတွက် လျှောက်ထားဖူးပါသလား။

- ဟုတ်သည်   
  မဟုတ်ပါ ဟုတ်လျှင် ဤလူသည် မည်သည့်အချိန်က အလုပ်လက်မဲ့ အာမခံအတွက် လျှောက်ထားခဲ့သနည်း (လ/ရက်/နှစ်)။

**အပိုင်း 9 - ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းဝင်ငွေ**

သင့်နှင့်/သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦး ရရှိသည့် ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်းဝင်ငွေမှန်သမျှအကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ။ ထိုလူက အခွန်များမဆောင်လျှင်ပင် ရရှိသော ဝင်ငွေကို ထည့်သွင်းပါ။ ကိုယ်ပိုင်လုပ်ငန်း ဥပမာများတွင် လုပ်ငန်းတစ်ခုပိုင်ဆိုင်ခြင်း၊ အိမ်ခြံမြေငှားရမ်းခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကုန်စည်များ/ဝန်ဆောင်မှုများကို ငွေနှင့် အလဲအထပ်လုပ်ငြင်းတို့ ပါဝင်သည်။ နေရာပိုလိုလျှင် သို့မဟုတ် လူတစ်ဦးထက်ပို၍ ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်လျှင် သီးခြားစာရွက်တစ်ရွက်ကို အသုံးပြုပါ။

သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်ဦးဦးသည် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ပါသလား။  
 ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ ဟုတ်လျှင် အပိုင်း 9 ၏ ကျန်အပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။

ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ကိုင်သူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	လုပ်ငန်းအမည်
---	--------------

လုပ်ငန်းလိပ်စာ

လုပ်ငန်းပိုင်ဆိုင်မှု အမျိုးအစား  
 အစုစပ်  S ကော်ပိုရေးရှင်း  တစ်ဦးတည်းပိုင်  ကော်ပိုရေးရှင်း  အခြား  မသိပါ

လုပ်ငန်းအမျိုးအစား (လယ်ယာ၊ နေ့ကလေးထိန်းကျောင်း)	လုပ်ငန်းစတင်သည့်ရက်
---	---------------------

ဤလုပ်ငန်းသည် အခွန်များကို ပေးသွင်းဖူးပါသလား။  ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ  
 ဟုတ်လျှင် လုပ်ငန်းသည် မည်သည့်အခွန်နှုန်းအတွက် နောက်ဆုံးအခွန်ပေးသွင်းခဲ့သနည်း။

နောက်ဆုံးအခွန်ပေးသွင်းချိန်ကစ၍ လုပ်ငန်း၌ ဝင်ငွေ သို့မဟုတ် အသုံးစရိတ်များတွင် သိသာသောပြောင်းလဲမှု ရှိပါသလား။  
 ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ  မသိပါ

ပျမ်းမျှအားဖြင့် ဤလုပ်ငန်းသည် တစ်လလျှင် စုစုပေါင်းဝင်ငွေ မည်မျှရသနည်း။ အသုံးစရိတ်များ မဖယ်မီ ရရှိသော ဝင်ငွေကို ဖော်ပြပေးပါ။ \$

ပျမ်းမျှအားဖြင့် တစ်လလျှင် ဤလုပ်ငန်းတွင် စုစုပေါင်းအသုံးစရိတ် မည်မျှရှိသနည်း။  
 \$

ပျမ်းမျှအားဖြင့် ဤလုပ်ငန်းသည် ဤလုပ်ငန်းအတွက် တစ်လလျှင် ဘယ်နှနာရီ အလုပ်လုပ်သနည်း။

**အပိုင်း 10 - ငွေအစားလုပ်အား သို့မဟုတ် စေတနာ့ဝန်ထမ်း ဝင်ငွေ၊ အခြားဝင်ငွေ**

သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦး လုပ်ကိုင်နေသည့် ငွေအစားလုပ်အား (လုပ်အားအတွက် အလဲအလှယ်အဖြစ် ကုန်စည်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အစားအစာရရှိခြင်း) သို့မဟုတ် စေတနာ့ဝန်ထမ်းအလုပ်အကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ။ နေရာလွတ် ပိုလိုအပ်ပါက သီးခြားစာရွက်တစ်ရွက်ကို အသုံးပြုပါ။

လုပ်အား သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အလဲအလှယ်အဖြစ် ကုန်စည်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အစားအစာပေးသည့် လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်း၏ အမည်

လမ်းလိပ်စာ	ဖုန်းနံပါတ်
------------	-------------

မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
-------	---------	---------------

ကုန်စည်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် အစားအစာအတွက် အလဲအလှယ်အဖြစ် မည်သည်ကို လုပ်ဆောင်ရသနည်း။

တစ်လလျှင် ဘယ်နှနာရီလုပ်ရသလဲ။	စတင်သည့်ရက်
------------------------------	-------------

လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်း၏ အမည်

လမ်းလိပ်စာ	ဖုန်းနံပါတ်	
မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့သင်္ကေတ
တစ်လလျှင် ဘယ်နှနာရီ စေတနာ့ဝန်ထမ်း လုပ်သနည်း။	စတင်သည့်ရက်	

**အပိုင်း 11 - အခြားဝင်ငွေ**

နေရာလွတ် ပိုလိုအပ်ပါက သီးခြားစာရွက်တစ်ရွက်ကို အသုံးပြုပါ။

သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အခြားဝင်ငွေများကို ရရှိပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ ဟုတ်လျှင် ဝင်ငွေအမျိုးအစားတစ်ခုစီအတွက် အောက်ပါအပိုင်းကို ဖြည့်စွက်ပါ။

ဝင်ငွေအမျိုးအစား	ဤဝင်ငွေကို သင်ရရှိပါသလား။	ဤဝင်ငွေရရှိသူ၏ အမည်	(အခွန်များ သို့မဟုတ် နုတ်ယူမှုများ မပြုလုပ်မီ) စုစုပေါင်း လစဉ်ပမာဏ
Social Security (လူမှုဖူလုံရေး)	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
Supplemental Security Income (SSI) (ဖြည့်စွက်ဖူလုံရေးဝင်ငွေ)	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
မယားစရိတ်/ကလေးထောက်ပံ့မှု	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
အလုပ်သမား/အလုပ်လက်မဲ့ လျော်ကြေး	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
မသန်စွမ်းမှု/နာကျန်းမှုအတွက် ပေးချေငွေ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
အတိုး/အမြတ်ငွေ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
စစ်မှုထမ်းဟောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
ယာယီစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှုများ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
သွေးသားတော်စပ်သူ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှုများ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$
အခြား- _____	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ		\$

**အပိုင်း 12 - အသုံးစရိတ်များ**

**မှီခိုသူစောင့်ရှောက်မှု-** သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အလုပ်လုပ်နိုင်ရန်၊ အလုပ်ရှာနိုင်ရန်၊ ကျောင်းသွားနိုင်ရန် သို့မဟုတ် လေ့ကျင့်မှုရယူနိုင်ရန် ကလေး/လူကြီး ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးဆောင်ရပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

ကလေးသူငယ် သို့မဟုတ် အရွယ်ရောက်ပြီးသူ စောင့်ရှောက်ရေးအတွက် ငွေပေးချေနေရသူ၏အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	အဆိုပါကလေးသူငယ် သို့မဟုတ် အရွယ်ရောက်ပြီးသူကို စောင့်ရှောက်မှုပေးရန် မည်သူ့အား ငွေပေးချေနေသနည်း။ (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	စောင့်ရှောက်မှုခံယူနေသည့် ကလေးသူငယ် သို့မဟုတ် အရွယ်ရောက်ပြီးသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
ပမာဏ \$	၎င်းကို မည်မျှမကြာခဏ ပေးချေသနည်း (အောက်ပါတို့မှ ရွေးပါ။)	

<input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်လျှင်တစ်ကြိမ် (တစ်ပတ်ခြား) <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လဝက် (တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ်) <input type="checkbox"/> အခြား၊ ကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြပါ-
--

**ကလေးထောက်ပံ့ကြေး-** ကလေးထောက်ပံ့ကြေးပေးရန် သင့်အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးကို တရားရုံးအမိန့် ချမှတ်ထားပါသလား။  
 ဟုတ်သည်     မဟုတ်ပါ

ကလေးသူငယ် ကူညီပံ့ပိုးမှုအတွက် ငွေပေးချေနေသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	ငွေလက်ခံရယူနေသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	ကူညီပံ့ပိုးမှုအတွက် ငွေပေးချေနေရသည့် ကလေးသူငယ်၏အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)
--	--	--

ပမာဏ \$

ငင်းကို မည်မျှမကြာခဏ ပေးချေရသနည်း (အောက်ပါတို့မှ ရွေးပါ)။  
 အပတ်စဉ်       နှစ်ပတ်လျှင်တစ်ကြိမ် (တစ်ပတ်ခြား)       တစ်လလျှင် တစ်ကြိမ်  
 လဝက် (တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ်)  
 အခြား၊ ကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြပါ-

**ဆေးကုသစရိတ်များ-** အသက်ကြီးသော၊ မျက်စိကွယ်နေသော သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုတစ်ခုရှိသည်ဟု ယူဆထားသော အိမ်ထောင်စုဝင်တစ်ဦးဦးသည် ဆေးကုသမှုခံရ အိတ်စိုက်ကုန်ကျစရိတ်များ ကျခံရပါသလား။ ဥပမာများ သို့မဟုတ် [P-03315B](http://P-03315B) အတွက် ဆေးကုသစရိတ် နုတ်ယူမှုများနှင့် ငင်းတို့က FoodShare အကျိုး ခံစားခွင့်များအပေါ် သက်ရောက်ပုံ လက်ကမ်းစာစောင်ကို [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b) တွင် ကြည့်ပါ။  
 ဟုတ်သည်     မဟုတ်ပါ

ဆေးကုသမှု ကုန်ကျစရိတ်ရှိသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	ဆေးကုသစရိတ်အမျိုးအစားများမှာ အဘယ်နည်း။	ပမာဏ
	<input type="checkbox"/> ဆေးစာများ	\$
	<input type="checkbox"/> ဆေးကုသမှုခိုင်ရာ ငွေတောင်းခံလွှာများ	\$
	<input type="checkbox"/> စရိတ်မျှပေးငွေ	\$
	<input type="checkbox"/> အာမခံ ပရီမီယံကြေး	\$
	<input type="checkbox"/> အခြား	\$
	<input type="checkbox"/> အခြား	\$

ငင်းကို မည်မျှမကြာခဏ ပေးချေရသနည်း (အောက်ပါတို့မှ ရွေးပါ)။  
 အပတ်စဉ်     နှစ်ပတ်လျှင်တစ်ကြိမ် (တစ်ပတ်ခြား)     တစ်လလျှင် တစ်ကြိမ်     လဝက် (တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ်)  
 အခြား၊ ကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြပါ-

**အိမ်ရာကုန်ကျစရိတ်များ-** အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အိမ်ရာကုန်ကျစရိတ်များ (အငှား၊ အိမ်ရာချေးငွေ၊ အိမ်ခြံမြေအခွန်များ) ကျခံရပါသလား။  
 ဟုတ်သည်     မဟုတ်ပါ

နေရာထိုင်ခင်း ကုန်ကျစရိတ်ရှိသူ၏ အမည် (ကိုယ်ပိုင်အမည်၊ အလယ် အစအက္ခရာ၊ မျိုးရိုးအမည်)	လစဉ်ကုန်ကျစရိတ် \$
---	--------------------

အသုံးစရိတ်သည် မည်သည့်အတွက်ဖြစ်သနည်း။  
 ငှားခ/မြေကွက်ငှားခ     အိမ်ရာချေးငွေ     အိမ်ခြံမြေခွန်     အိမ်ပိုင်ရှင်၏ အာမခံ  
 ရွှေ့လျားအိမ် မော်တော်ယာဉ် ငှားရမ်းခပေးချေမှု     လူသွားလမ်း သို့မဟုတ် လမ်းပြုပြင်ရေးကဲ့သို့ ကိစ္စများအတွက် အထူးပေးချေရန် သတ်မှတ်ငွေ သို့မဟုတ် အခွန်များ

<b>အသုံးဝန်ဆောင်မှု စရိတ်များ-</b> အိမ်ထောင်စုဝင် တစ်ဦးဦးသည် အသုံးဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပေးဆောင်ရပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	ငှားနေပါက အပူပေးစနစ်ကျသင့်ငွေသည် အိမ်ငှားခတွင် ပါဝင်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
---	--

သင့်အိမ်ထောင်စုက ပေးဆောင်ရန်လိုအပ်သော အသုံးဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သင့်အိမ်ကို အပူဓာတ်ပေးရန် ယင်းဝန်ဆောင်မှုကို အသုံးပြုခြင်းရှိ၊ မရှိ အကွက်(များ)ကို အမှန်ဖြစ်ပေးပါ။

သင်သည် ဤအတွက်အသုံးစရိတ်ကို ပေးဆောင်ပါသလား။	အပူစွမ်းအင်အတွက် အသုံးပြုသလား။
--	--------------------------------

ဂတ်စ် (သဘာဝ)	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
လျှပ်စစ်	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ပရိုဂရမ်အောက်တွင်	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ဓာတ်ဆီ/ရေနံဆီ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
မီးသွေး	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ထင်း	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

သင့်အိမ်ထောင်စုက ပေးဆောင်ရန်လိုအပ်သော အသုံးဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အကွက်(များ)ကို အမှန်ဖြစ်ပါ။

ဖုန်း  ရေ  မိလ္လာပိုက်  အမှိုက်ပစ်ခြင်း  လေအေးပေးစက် အပိုဆောင်းကြေး  အခြား-\_\_\_\_\_

အိမ်ရာအကူအညီ (အပိုင်း 8 သို့မဟုတ် အခြားအစိုးရထောက်ပံ့အိမ်ရာ) ကို သင်ရရှိပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

စွမ်းအင်အကူအညီ (WHEAP၊ LIHEAP၊ weatherization သို့မဟုတ် အခြားပြည်နယ်မှ အခြားစွမ်းအင်အကူအညီ) ကို သင်ရရှိပါသလား။

ဟုတ်သည်  မဟုတ်ပါ

## WISCONSIN FOODSHARE

### အရေးကြီးသော အချက်အလက်

ဤလျှောက်လွှာသည် FoodShare အတွက်ဖြစ်ပြီး Medicaid၊ BadgerCare Plus၊ Family Planning Only Services၊ Wisconsin Shares (ကလေးစောင့်ရှောက်မှု အကူအညီ) သို့မဟုတ် Wisconsin Works (W-2) (Wisconsin လုပ်ငန်းစဉ်များ) အတွက် လျှောက်လွှာမဟုတ်ပါ။ ဤအစီအစဉ်များသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ကလေးစောင့်ရှောက်မှု ကုန်ကျစရိတ် သို့မဟုတ် အလုပ်ရှာဖွေခြင်းအတွက် ကူညီပေးသည်။ သင်သည် FoodShare အတွက် လျှောက်ထားသည့် တစ်ချိန်တည်းတွင် [access.wi.gov](http://access.wi.gov) ၌ BadgerCare Plus၊ Family Planning Only Services၊ Medicaid နှင့် Wisconsin Shares တို့အတွက် အွန်လိုင်းမှတစ်ဆင့် လျှောက်ထားနိုင်သည်။ W-2 ကို လျှောက်ထားရန်အတွက် သင့် အေဂျင်စီကို ဆက်သွယ်ရပါမည်။

FoodShare သည် ဝင်ငွေနှုန်းပြီး အစားအစာကုန်ကျစရိတ်အတွက် အခက်အခဲရှိသောသူများအား ဖူလုံအောင် လစဉ်အကူအညီရစေရန် ထောက်ပံ့ပေးသည့် ခံစားခွင့်တစ်ခုဖြစ်သည်။ FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိရန် W-2 သို့မဟုတ် အခြားအစီအစဉ်များအတွက် လျှောက်ထားစရာမလိုပါ။ အိမ်ထောင်စုတစ်စုတွင် များသောအားဖြင့် အတူတကွနေထိုင်ပြီး အစားအစာစေ့စပ်သောသူများ ရှိပါသည်။ အိမ်ထောင်စုတစ်စု ရရှိသည့် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များ၏ ပမာဏသည် အိမ်ထောင်စုဝင်ဦးရေ၊ အသုံးစရိတ်များနှင့် ဝင်ငွေအပေါ် အခြေခံသည်။ FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များအား FoodShare ကို လက်ခံသည့် ကုန်စုံဆိုင်များ၊ အွန်လိုင်းလက်လီအရောင်းဆိုင်များ သို့မဟုတ် လယ်ယာထွက်ကုန်ဈေးများတွင် ဒက်ဘစ်ကတ်ကဲ့သို့ အသုံးပြုနိုင်သည်။ Wisconsin QUEST ကတ်ဖြင့် ထုတ်ပေးသည်။

### တင်ပြရန် လိုအပ်သည့်အချက်များ

သင့်အိမ်ထောင်စု၏ လစဉ်ဝင်ငွေစုစုပေါင်းသည် သင့်အိမ်ထောင်စုအရွယ်အစားအတွက် federal poverty level (ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့်) 130% ထက် ကျော်လွန်နေပါက တင်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်။

အခွန်အခများ သို့မဟုတ် အခြားသော ငွေကြေးပမာဏများကို မပေးဆောင်မီ ဂိမ်းတစ်ခု၊ လောင်းကစားတစ်ခု သို့မဟုတ် လက်မှတ်တစ်စောင်၌ ပေါက်သော ထိဆုကြီး သို့မဟုတ် အနိုင်ရရှိသော လောင်းကစား၏ လက်ခံရရှိသော ပမာဏတိုင်းကို တင်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်။

FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆက်လက်ရရှိစေရန်အတွက် သင့်အတွက် အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ထုတ်ပေးထားသည့် အချိန်အပိုင်းအခြား၏ ကာလတစ်ခု၌ သင် သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ထောင်စုရှိ တစ်ဦးတစ်ယောက်သည် FoodShare အလုပ်လိုအပ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ အလုပ်လိုအပ်ချက်နှင့် ပြည့်မီစေရန်အတွက် သင်သည် တစ်လလျှင် အနည်းဆုံး နာရီ 80 ခန့် အလုပ်လုပ်ကိုင်ရမည် သို့မဟုတ် အလုပ်ပရိုဂရမ်၌ ပါဝင်ရမည်ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင်၏အလုပ်ချိန်သည် တစ်လလျှင် နာရီ 80 အောက်ဖြစ်ပါက ထိုအကြောင်း တင်ပြရပါမည်။

### FOODSHARE အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအနေဖြင့် သင့်တွင် အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်များရှိသည်။

- သင့်အခွင့်အရေးများတွင် အောက်ပါတို့ ပါဝင်ပါသည်-
  - လျှောက်ထားသည့်နေ့မှ ရက်ပေါင်း 30 ရက်အတွင်း သင်၏ စာရင်းသွင်းမှုအခြေအနေကို သိရှိခွင့်။
  - ချက်ချင်းအကူအညီရယူရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီပါက ခုနစ်ရက်အတွင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိခွင့်။

- သက်ကြီးရွယ်အိုဖြစ်သောကြောင့် သို့မဟုတ် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိ၊ လိင် (လိင်စိတ်ခံယူချက်နှင့် လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှု အပါအဝင်)၊ ဘာသာအယူဝါဒ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်၊ နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက်များကြောင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမခံရခွင့် သို့မဟုတ် ယခင်က နိုင်ငံသားအခွင့်အရေး လှုပ်ရှားမှုအတွက် ပါဝင်ခဲ့ခြင်းကြောင့် ရန်တုံ့နှင်းခြင်း/လက်တုံ့ပြန်ခြင်း မခံရခွင့်။

သင့်တွင် အောက်ပါတာဝန်များရှိသည်-

- လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ မေးခွန်းအားလုံးကို ပြည့်စုံစွာနှင့် ရိုးသားစွာဖြေပြီး သင့်အဖြေအားလုံးသည် တိကျမှန်ကန်ကြောင်း မုသားသက်သေခံ ပြစ်ဒဏ်အောက်တွင် အတည်ပြုရန် သင့်အမည်ကို လက်မှတ်ထိုးရမည်။ ၎င်းတွင် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် လျှောက်ထားသော အဖွဲ့ဝင်များ၏ နိုင်ငံသားဖြစ်မှုနှင့် ပြည်ဝင်ခွင့်အခြေအနေနှင့်သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များ ပါဝင်သည်။
- သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် လိုအပ်သော အချက်အလက်အားလုံး၏ အထောက်အထားကို ပေးအပ်ရမည်။
- အပြောင်းအလဲများရှိပါက သင့်စာထဲတွင်ပါသည့် သင့်အတွက် ပေးထားသောအချိန်ကာလအတွင်း သတင်းပို့ရမည်။
- အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရောင်းချခြင်း၊ လဲလှယ်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားသို့ ပေးခြင်းများ မလုပ်ရ။
- FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ခွင့်ပြုထားသည့် ပစ္စည်းများကို ဝယ်ရန်သာလျှင် အသုံးပြုခြင်း။

FoodShare စည်းမျဉ်းများကို ချိုးဖောက်သည့်လူများသည် အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခွင့်မှ ပိတ်ပင်ခံရခြင်း၊ ငွေဒဏ်၊ ထောင်ဒဏ်ကိုဖြစ်စေ၊ သုံးမျိုးစလုံးကိုဖြစ်စေ ခံစားရနိုင်သည်။ သင့်အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်များအကြောင်း ပိုမိုသိရှိရန် [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b) သို့ သွားပါ။

### အကြောင်းကြားစာ

အေဂျင်စီက မည်သည်ကိုမျှ မလုပ်ခင် သို့မဟုတ် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို မလျှော့ချခင် သင့်အနေဖြင့် စာဖြင့်ရေးထားသော အကြောင်းကြားစာကို သင့် အေဂျင်စီထံမှ ရပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ လုပ်ဆောင်ချက် အများစုအတွက် သင်သည် လုပ်ဆောင်ချက်ကို မလုပ်မီ အနည်းဆုံး 10 ရက်မတိုင်မီ စာတစ်စောင် ရပါလိမ့်မည်။

### တရားမျှတသည့် ကြားနာမှု

သင့်အနေဖြင့် အေဂျင်စီကဆောင်ရွက်သည့် လုပ်ဆောင်ချက်အား သဘောမတူပါက တရားမျှတသည့် ကြားနာမှုတစ်ခု လုပ်ဆောင်နိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် တရားမျှတသည့် ကြားနာမှုကို 608-266-7709 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုခြင်းက ကြားနာမှု လုပ်ဆောင်ပေးရန်အတွက် နှုတ်ဖြင့်တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင်သည် တရားမျှတသော ကြားနာမှုပုံစံ တောင်းဆိုချက် သို့မဟုတ် ကြားနာရန် တောင်းဆိုသည့် စာတစ်စောင်ကို 608-264-9885 သို့ ဖက်စ်ဖြင့် ပေးပို့နိုင်သည် သို့မဟုတ် ဖော်ပြပါအတိုင်း လိပ်မူ၍ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် ပေးပို့နိုင်သည်-

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

သင်၏ FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် အေဂျင်စီ၏ အကျိုးသက်ရောက်သည့်ရက်စွဲမှ **ရက်ပေါင်း 90** အတွင်း **သို့မဟုတ်** သင့် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များ၏ ပမာဏကို သဘောမတူပါက အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိနေချိန်တွင် အချိန်မရွေး သင့်တောင်းဆိုချက်ကို လက်ခံရရှိရမည်။

တရားမျှတသည့် ကြားနာမှု ပုံစံစာရွက်ကို [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) တွင် ဒေါင်းလုဒ်ယူနိုင်ပါသည် သို့မဟုတ် ကြားနာမှုတောင်းဆိုသည့် သင့်စာရွက်ပါ အေဂျင်စီသို့ ဖုန်းခေါ်ဆို နိုင်ပါသည်။

ဖြစ်စဉ်အများစုတွင် သင်၏တရားမျှတသော ကြားနာမှုတောင်းဆိုချက်ကို စတင်အကျိုးဝင်သည့်ရက်မတိုင်ခင် Division of Hearings and Appeals (ကြားနာမှုများနှင့် အယူခံဝင်ခြင်းများ ဌာန) က လက်ခံရရှိပါက သင်၏ FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရပ်တန့်ခြင်း သို့မဟုတ် လျှော့ချခြင်းများ မလုပ်ပါ။ သင့် အယူခံနှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်စုံတစ်ရာ မပြုလုပ်ခင်ထိ သင့်အနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆက်လက်ရရှိရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ အဆိုပါကာလအတွင်း အခြားမဆက်စပ်သော အပြောင်းအလဲများ ပေါ်ပေါက်လာပါက သင့် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များ ပြောင်းလဲသွားနိုင်ပါသည်။ အခြား အပြောင်းအလဲဖြစ်လာပါက သင့်အနေဖြင့် စာအသစ်တစ်စောင် လက်ခံရရှိမည်ဖြစ်သည်။ သင့်အနေဖြင့် တရားမျှတသော ကြားနာမှု ဆုံးဖြတ်ချက်အပေါ် စိတ်ကျေနပ်မှုမရှိပါက အယူခံဝင်နိုင်ပြီး ဒုတိယအကြိမ် တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ တရားမျှတသော ကြားနာမှု ဆုံးဖြတ်ချက်အရ သင့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရပ်လိုက်ပါက သို့မဟုတ် လျှော့ချပါက သင့် အယူခံ လုပ်နေသည့်ကာလတစ်ခုလုံး သင်ရရှိခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ကျသင့်ငွေကို ပေးချေရမည်။ ဆက်လက်ရရှိနေသော အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်မခံတော့ကြောင်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

ကြားနာမှု သို့မဟုတ် အစည်းအဝေးတွင် သင်ကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် ရှေ့နေတစ်ဦး၊ မိတ်ဆွေ သို့မဟုတ် သင်ရွေးချယ်ထားသည့် တစ်စုံတစ်ယောက်က သင့်အတွက် ကိုယ်စားပြုနိုင်ပါသည်။ သင့်ရွေးနေခံကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ပေးမည်မဟုတ်ပါ။ သို့သော်လည်း သင့်အနေဖြင့် အရည်အချင်းပြည့်မီပါက အခမဲ့ ဥပဒေ ဝန်ဆောင်မှုကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ အခမဲ့ ဥပဒေ ဝန်ဆောင်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး ပိုမိုသိရှိရန် 888-278-0633 ကို ခေါ်ဆိုပါ။

သင် သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စားပြုပုဂ္ဂိုလ်အနေဖြင့် ခိုင်လုံသည့် အကြောင်းပြချက်မရှိဘဲ ကြားနာမှုသို့လာရောက်ရန် ပျက်ကွက်ပါက သင့် အယူခံကို အပယ်ဟု သတ်မှတ်ပြီး ပယ်ဖျက်မည်ဖြစ်သည်။

### LEGAL GUARDIAN (တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ)၊ CONSERVATOR (ထိန်းသိန်းစောင့်ရှောက်သူ) သို့မဟုတ် POWER OF ATTORNEY (ကိုယ်စားလှယ်လွှဲအပ်ထားသူ)

သင့်တွင် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၊ ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်သူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်လွှဲအပ်ထားသူ တစ်ဦးဦး ရှိပါက အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်က သင့်ကိုယ်စား ယခုပုံစံစာရွက်ကို ဖြည့်ကာ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ ထိုပုဂ္ဂိုလ်သည် ဤပုံစံနှင့်အတူ သို့မဟုတ် သူမ၏ ခန့်အပ်ကြောင်း စာရွက်စာတမ်းများကို တင်ပြရန် လိုအပ်သည်။

**သတင်းအချက်အလက် စုဆောင်းခြင်း/SOCIAL SECURITY NUMBERS (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ) အသုံးပြုခြင်း/မည်သူမည်ဝါ ခွဲခြားဖော်ထုတ်နိုင်သော အချက်အလက်များ**

အိမ်ထောင်စုဝင်အသီးသီး၏ Social Security number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်) အပါအဝင် ဤအချက်အလက်စုဆောင်းမှုကို Food and Nutrition Act of 2008 ခုနှစ်၊ အစားအသောက်နှင့် အာဟာရအက်ဥပဒေ) ပြင်ဆင်ချက် 7 U.S.C. 2011-2036 အရ ခွင့်ပြုထားသည်။ သင့်အိမ်ထောင်စုသည် SNAP တွင် ပါဝင်ရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်း သို့မဟုတ် ဆက်လက်ပါဝင်ရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီခြင်း ရှိမရှိကို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပါမည်။

သင့်အိမ်ထောင်စုအနေဖြင့် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိနိုင်၊ မရရှိနိုင် သို့မဟုတ် ဆက်လက်ရရှိနိုင်၊ မရရှိနိုင်ကို ဆုံးဖြတ်ရန် အချက်အလက်ကို အသုံးပြုပါမည်။ သင် ပေးလာသည့် အချက်အလက်များကို ကွန်ပျူတာဖြင့် တိုက်ကြည့်သည့်ပရိုဂရမ်များသုံး၍ အတည်ပြုသွားမည်ဖြစ်သည်။ အဆိုပါအချက်အလက်များကို အစီအစဉ် စည်းကမ်းနှင့် အစီအစဉ် စီမံခန့်ခွဲရေးတို့အား လိုက်နာမှု ရှိမရှိ စောင့်ကြည့်ရန် အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်သည်။

အဆိုပါအချက်အလက်များအား တရားဝင်စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်နိုင်ရန်အတွက် အခြားသော ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ် အေဂျင်စီများထံအပြင်၊ ဥပဒေအား ရှောင်ရှားသူများကို ထိန်းသိမ်းနိုင်ရန်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် တရားဥပဒေစိုးမိုးရေး အရာရှိများထံသို့လည်း ဖော်ထုတ်ပြောပြသွားမည်ဖြစ်သည်။

SNAP သည် သင့်အိမ်ထောင်စုနှင့်ပတ်သက်၍ ရသင့်ငွေတောင်းဆိုမှုတစ်ခု ပြုလုပ်လာပါက ရသင့်ငွေကောက်ခံမှု လုပ်ဆောင်ချက်အတွက် Social Security numbers (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ) အားလုံးအပါအဝင် သင့်လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ အချက်အလက်များကို ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအပြင် ရသင့်ငွေတောင်းဆိုမှုများအတွက် ပုဂ္ဂလိက ငွေကောက်ခံရေး အေဂျင်စီများသို့ လွှဲပြောင်းပေးနိုင်သည်။

အိမ်ထောင်စုဝင်အသီးသီး၏ Social Security numbers (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ) အပါအဝင် တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များကို မိမိသဘောဆန္ဒအလျောက် ပေးအပ်နိုင်သည်။ သို့သော်လည်း ခိုင်လုံသည့်အကြောင်းရင်းမရှိဘဲ Social Security number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်) ကိုမပေးပါက ထိုသို့ Social Security number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်) ကိုပေးရန်ပျက်ကွက်သူတိုင်းသည် SNAP အကျိုးခံစားခွင့်များ ငြင်းပယ်ခံရနိုင်သည်။ ပေးအပ်သည့် Social Security numbers (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ) ကို သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော အိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ Social Security numbers (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ) နည်းတူ အသုံးပြုပြီး ထုတ်ပြန်ပါမည်။

သင်၏ Social Security number (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်) ကို United States Citizenship and Immigration Services (အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားဖြစ်မှုနှင့် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ) (USCIS) နှင့် မျှဝေမည်မဟုတ်ပါ။

FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များသည် အစိုးရထောက်ပံ့ကြေးအပေါ် အဓိကမှီခိုနေခြင်းကြောင့် ပြည်ဝင်ခွင့် ပယ်ချခံရခြင်း အကြောင်းရင်းကို ထည့်မတွက်ပါ။

**လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေ**

FoodShare ကိုရယူနိုင်ရန် သင်သည် အမေရိကန် နိုင်ငံသားဖြစ်ရမည် သို့မဟုတ် USCIS တွင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေရှိရမည်။ FoodShare အတွက် လျှောက်ထားသူအားလုံး၏ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေကို SAVE မှတစ်ဆင့် USCIS ဖြင့် အတည်ပြုမည်ဖြစ်ကာ ၎င်းသည် FoodShare တွင် စာရင်းသွင်းခြင်းနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိခြင်းအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်သည်။ FoodShare အတွက် လျှောက်ထားခြင်းမရှိသော သို့မဟုတ် USCIS တွင် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေမရှိဟု ညွှန်ပြသော မည်သူမဆိုအတွက် USCIS ရှိ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး အခြေအနေကို အတည်ပြုမည် မဟုတ်ပါ။ သို့သော်လည်း အဆိုပါတစ်ဦးတစ်ယောက်ချင်းစီ၏ ဝင်ငွေသည် FoodShare အတွက် အမည်စာရင်းပေးသွင်းမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်အပေါ် သက်ရောက်မှုရှိနိုင်ပါသည်။

**အရည်အသွေး ထိန်းချုပ်မှု သုံးသပ်ချက်**

သင်၏ FoodShare အမှုတွဲကို အရည်အသွေး စစ်ဆေးရန်အတွက် Wisconsin Department of Health Services (ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာန) က ကျပန်း ရွေးချယ်သွားမည်ဖြစ်သည်။ FoodShare အရည်အသွေး စစ်ဆေးရေး သုံးသပ်ချက်ဆိုသည်မှာ သင့်အား FoodShare တွင် အမည်စာရင်းသွင်းပေးထားသည့် အေဂျင်စီအနေဖြင့် သင်၏ အကျိုးခံစားခွင့်များကို မှန်ကန်စွာ ထုတ်ပြန်ထားခြင်း ရှိ/မရှိ နှင့် ဖက်ဒရယ်အစိုးရက ထုတ်ပြန်ထားသော စည်းမျဉ်း စည်းကမ်းများနှင့် ကိုက်ညီမှု ရှိ/မရှိကို စစ်ဆေးသည့် FoodShare ၏ သုံးသပ်ချက် တစ်ခုဖြစ်ပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် အရည်အသွေး စစ်ဆေးရေး သုံးသပ်ချက်ပြုလုပ်ရေးတွင် ပူးပေါင်းရမည်ဟု ဖက်ဒရယ် ဥပဒေတွင် ဖော်ပြထားပါသည်။ တောင်းဆိုသည့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘက်က ပေးအပ်မှုမရှိခြင်း၊ သုံးသပ်ချက်တွင် ပူးပေါင်းမှုမရှိခြင်းများ ပြုလုပ်ပါက သင်၏ FoodShare အမှုတွဲကို ပိတ်သိမ်းမည်ဖြစ်သည်။ ထိုသို့ဖြစ်လာပါက သင့်အမှုကို မည်မျှကြာအောင် ပိတ်သိမ်းထားမည်ဆိုသည်ကို ပြောပြမည်ဖြစ်သည်။

**အသက် 16 နှစ်မှ 59 နှစ်အထိ လူတိုင်းအတွက် အခြေခံအလုပ်စည်းမျဉ်းများ**

အသက် 16 နှစ်မှ 59 နှစ်ကြားအရွယ် FoodShare လျှောက်ထားသူများနှင့် အဖွဲ့ဝင်အားလုံးသည် ကင်းလွတ်ခွင့်မရပါက FoodShare အတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှု အခြေအနေတစ်ရပ်အနေဖြင့် အခြေခံအလုပ်စည်းမျဉ်းများကို လိုက်နာရမည်။ အခြေခံ အလုပ်စည်းမျဉ်းများကို လိုက်နာရာတွင် အလုပ်အကိုင်ရရှိမှုအခြေအနေ သို့မဟုတ် အလုပ်လုပ်နိုင်မှု အခြေအနေနှင့်ပတ်သက်၍ လိုလောက်သည့် အချက်အလက်ကို ပေးခြင်းဖြင့် လျှောက်လွှာတင်ချိန်တွင် အလုပ်အတွက် စာရင်းသွင်းခြင်းလည်း ပါဝင်သည်။

အောက်ပါအချက်များထဲမှတစ်ခုခု မှန်နေလျှင် သင်သည် အခြေခံအလုပ်စည်းမျဉ်းများမှ ကင်းလွတ်ခွင့်ရမည်-

- သင်သည် အသက် 16 နှစ် သို့မဟုတ် 17 နှစ်ဖြစ်ပြီး FoodShare အဖွဲ့တွင် အဓိကပုဂ္ဂိုလ် မဟုတ်ခြင်း။
- သင်သည် အသက် 16 နှစ် သို့မဟုတ် 17 နှစ်ဖြစ်ပြီး FoodShare အုပ်စုတွင် အဓိကပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်သော်လည်း အနည်းဆုံး အချိန်တစ်ဝက်ခန့် ကျောင်းအပ်နှံထားသူဖြစ်ခြင်း သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင်နှင့်သင်တန်း အစီအစဉ်တစ်ခုခုတွင် အမည်စာရင်းပေးထားခြင်း။
- သင့်အနေဖြင့် အလုပ်အတွက် ကိုက်ညီမှုမရှိကြောင်း တွေ့ရခြင်း။ အောက်ပါအချက်များဖြစ်ပါကလည်း သက်ရောက်မည်ဖြစ်သည်-
  - သင့်အနေဖြင့် အစိုးရ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိက အရင်းအမြစ်တစ်ခုခု မသန်စွမ်း အကျိုးခံစားခွင့်များကို ယာယီ သို့မဟုတ် အမြဲတမ်း ရရှိနေခြင်း။
  - သင့်အေဂျင်စီပြောပြချက်အရ သင်သည် အလုပ်လုပ်ရန်အတွက် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အဆင်မပြေမှုရှိကြောင်း တွေ့ရှိရခြင်း။
  - ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်သူ သို့မဟုတ် လူမှုရေးဝန်ထမ်းတစ်ဦးက သင်သည် အလုပ်လုပ်ရန် အဆင်မပြေနိုင်သည့် အခြေအနေရှိကြောင်း ဖော်ပြထားခြင်း။
- သင်သည် W-2 တွင် စာရင်းပေးသွင်းထားပြီး W-2 အလုပ် လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီမှု ရှိခြင်း။
- သင်သည် အသက် 6 နှစ်အောက် မိခင်ကလေးငယ်တစ်ဦးအား ကနဦး စောင့်ရှောက်မှု ပေးနေရသူဖြစ်ခြင်း (ကလေးအနေဖြင့် သင့်အိမ်တွင် ရှိသည်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် သင့်အိမ်ပြင်ပတွင် ရှိသည်ဖြစ်စေ)။ သို့သော်လည်း သင်နှင့်အခြားသူတစ်ဦးသည် ကလေးအား မိဘအဖြစ် စောင့်ရှောက်နေပါက သင်တို့နှစ်ဦးထဲက တစ်ဦးကသာ ကလေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ဆောင်ပေးနိုင်ရန်အတွက် အလုပ် မှတ်ပုံတင်လိုအပ်ချက်များ ကင်းလွတ်ခွင့်ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်သည်။
- သူ သို့မဟုတ် သူမ အနေဖြင့် မိမိကိုယ်မိမိ စောင့်ရှောက်မှု မလုပ်နိုင်သူတစ်ဦးကို သင်က ကနဦး စောင့်ရှောက်မှု ပေးနေရသူဖြစ်ခြင်း (အဆိုပါ ပုဂ္ဂိုလ်သည် သင့်အိမ်တွင် နေထိုင်သူဖြစ်စေ သင့်အိမ်ပြင်ပတွင် နေထိုင်သူဖြစ်စေ)။
- သင့်အနေဖြင့် အလုပ်လက်မဲ့ နှစ်နာကြေးကို ရရှိရန် လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် ရရှိထားသူ ဖြစ်ခြင်း။
- သင့်အနေဖြင့် အရက် သို့မဟုတ် အခြား မူးယစ်ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ကုသမှုခံယူနေခြင်း သို့မဟုတ် ပြန်လည်ထူထောင်ရေး အစီအစဉ်တွင် ပုံမှန်ဆောင်ရွက်နေခြင်း။
- သင်သည် တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 30 နှင့်အထက် အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် အပတ်စဉ် လုပ်ခလစာ \$217.50 နှင့်အထက် ရရှိခြင်း။
- သင်သည် အသိအမှတ်ပြု ကျောင်း၊ သင်တန်းအစီအစဉ် သို့မဟုတ် အထက်တန်းအဆင့်ကျောင်းတွင် အနည်းဆုံး အချိန်တစ်ဝက်စာ အပ်နှံထားသူဖြစ်ခြင်း။

ဤကင်းလွတ်ခွင့်များထဲမှ တစ်ခုခုနှင့် ကိုက်ညီပါက သင့်အေဂျင်စီကို သက်သေပြရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ အခြေခံအလုပ်စည်းမျဉ်းများကို မဖြစ်မနေ လိုက်နာရန် လိုအပ်သော်လည်း အလုပ်အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ခြင်းမှာမူ မိမိဆန္ဒအပေါ် မူတည်သည်။

**အခြေခံအလုပ်စည်းမျဉ်းအတွက် ဒဏ်ခတ်မှု**

အခြေခံအလုပ်စည်းမျဉ်း သတ်မှတ်ချက်များကို မလိုက်နာသည့်အပြင် ကင်းလွတ်ခွင့်နှင့် မကိုက်ညီပါက သတ်မှတ်ထားသော ဒဏ်ခတ်အရေးယူသည့် ကာလတစ်ခုကြာအောင် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိနိုင်မည်မဟုတ်ပါ။ ၎င်းတွင် ခိုင်လုံသောအကြောင်းရင်းမရှိဘဲ အောက်ပါတို့မှ တစ်ခုခုကို သင့်ဆန္ဒအလျောက် လုပ်ဆောင်ခြင်း ပါဝင်သည်-

- သင့်လျော်သော အလုပ်ကမ်းလှမ်းချက်ကို ပယ်ချခြင်း
- ရက်သတ္တပတ် တစ်ပတ်လျှင် နာရီပေါင်း 30 သို့မဟုတ် ၎င်းထက်ပိုသော အလုပ်တစ်ခုခု ထွက်ခြင်း (သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ဆိုင်ရာ အနည်းဆုံး လုပ်ခလစာဖြစ်သည့် တစ်ပတ်လျှင် နာရီပေါင်း 30 နှင့် ညီမျှသည့် လစာရသည့် အလုပ်တစ်ခု)
- တစ်ပတ်လျှင် နာရီပေါင်း 30 အောက်ဖြစ်စေရန် အလုပ်ချိန်ကို လျှော့ချခြင်း (သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ဆိုင်ရာ အနည်းဆုံး လုပ်ခလစာဖြစ်သည့် အဆ 30 ထက် လျော့ခြင်း)
- W-2 တွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်လျှင်သော်လည်း W-2 အစီအစဉ် အလုပ် လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီမှုမရှိခြင်း
- အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားခြင်း သို့မဟုတ် ရရှိခြင်း ရှိသော်လည်း အလုပ်လက်မဲ့ နှစ်နာကြေး အစီအစဉ် အလုပ် လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီမှုမရှိခြင်း

အကယ်၍ ရပ်ဆိုင်းထားသည့် ကာလအတွင်း သင်က အခြားသော FoodShare အိမ်ထောင်စုသို့ ရွှေ့ပြောင်းပါက ရပ်ဆိုင်းကာလသည် သင်ပြောင်းရွှေ့သွားသည့် အိမ်ထောင်စုသို့ ပြောင်းသွားမည်ဖြစ်သည်။ ဒဏ်ခတ်ရပ်စဲသည့်ကာလသည်-

- ပထမ ဒဏ်ခတ်မှုအတွက် တစ်လ။
- ဒုတိယ ဒဏ်ခတ်မှုအတွက် သုံးလ။
- တတိယ သို့မဟုတ် နောက်ဆက်တွဲ ဒဏ်ခတ်မှုများအတွက် ခြောက်လ။

သင့်အနေဖြင့် အလုပ် မှတ်ပုံတင် လိုအပ်ချက်များမှ ကင်းလွတ်ခွင့် ရရှိလာပါက ဒဏ်ခတ်ကာလကို စောစီးစွာ အဆုံးသတ်နိုင်ပါသည်။ ဒဏ်ခတ်ကာလပြီးဆုံးပြီးနောက် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိလိုပါက သင့်အနေဖြင့် FoodShare ကို ပြန်လည်လျှောက်ထားဖို့ လိုမည်ဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင်သည် FoodShare အဖွဲ့၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းဖြစ်ပါက ပြန်လည် လျှောက်ထားရမည့်အစား သင့်အမှုကို အပိုင်လုပ်ရန် သင့်ဝန်ထမ်းအား အသိပေးရမည်။

**အသက် 18 နှစ်မှ 54 နှစ်အတွင်း လုပ်နိုင်ကိုင်နိုင်သော အရွယ်ရောက်ပြီးသူများအတွက် FOODSHARE အလုပ်လိုအပ်ချက်**

အိမ်တွင်နေထိုင်သည့်အပြင် အသက်မပြည့်သေးသော ကလေးများမရှိသည့် အသက် 18 နှစ်မှ 54 နှစ်ကြား အရွယ်ရောက်ပြီးသူ အချို့သည် FoodShare အလုပ်လိုအပ်ချက်နှင့် မကိုက်ညီပါက သို့မဟုတ် ကင်းလွတ်ခွင့်အဖွဲ့ သတ်မှတ်ခံရခြင်း မရှိပါက 36 လ (သုံးနှစ်) ကာလအတွင်း FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို သုံးလသာ အချိန်အကန့်အသတ်ဖြင့် ရရှိမည်။ ဤအလုပ်လိုအပ်ချက်သည် အခြေခံအလုပ်စည်းမျဉ်း လိုအပ်ချက်နှင့် ကွဲပြားသည်။

ABAWD များအတွက် FoodShare အလုပ်လိုအပ်ချက်ကို ဖညှိဆည်းရန် နည်းလမ်းလေးခုရှိသည်။

- လစဉ် အလုပ်ချိန် အနည်းဆုံး နာရီပေါင်း 80 ရှိခြင်း။



- အောက်တွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း တစ်လလျှင် အနည်းဆုံး အလုပ်ချိန် နာရီပေါင်း 80 ရှိသည့် ခွင့်ပြုနိုင်သော အလုပ် အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ခြင်း-
  - FoodShare Employment and Training (FoodShare အလုပ်အကိုင်ရရှိမှုနှင့် သင်တန်း, FSET)
  - W-2။
  - Workforce Innovation and Opportunity Act (လုပ်သားအင်အား တီထွင်ဆန်းသစ်မှုနှင့် အခွင့်အလမ်းဥပဒေ, WIOA)။
- ပစ္စည်းပေးသည့် အလုပ်တစ်ခုရှိခြင်း (ငွေကြေးအစား ကုန်ပစ္စည်းဖြင့် ပေးချေသည်) သို့မဟုတ် လစဉ် အနည်းဆုံး နာရီ 80 စေတနာ့ဝန်ထမ်းလုပ်ခြင်း။
- အလုပ်၊ ပစ္စည်းပေးသည့်အလုပ်၊ စေတနာ့ဝန်ထမ်း စသည့်အလုပ်များကို ပူးတွဲလုပ်ကိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် တစ်လလျှင် အနည်းဆုံး နာရီစုစုပေါင်း 80 ခန့်ထိ ခွင့်ပြုနိုင်သော အလုပ်အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ခြင်း။

သင့်အနေဖြင့် FoodShare တွင် အမည်စာရင်းပေးသွင်းထားပါက FSET အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ ရရှိမည်ဖြစ်သည်။

သင့်အနေဖြင့် အောက်ဖော်ပြပါအချက်များထဲက တစ်ခု မှန်ကန်လျှင် ကင်းလွတ်ဟု ထည့်သွင်းစားခံရမည် သို့မဟုတ် အလုပ် လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီရန် မလိုဟု သတ်မှတ်ခံရမည်။

- တူညီသည့် FoodShare အိမ်ထောင်စုဝင်ဖြစ်သော အသက် 18 နှစ်အောက် ကလေးသည် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သတ်မှတ်ချက်နှင့်မပြည့်မီလျှင်ပင် သင်သည် အဆိုပါကလေးနှင့်အတူ နေထိုင်ခြင်း။
- သင်သည် မိမိကိုယ်ကို ပြုစုစောင့်ရှောက်နိုင်ခြင်းမရှိသူတစ်ဦးအတွက် အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုပေးသူဖြစ်ခြင်း (ထိုသူသည် သင့်အိမ်၌ နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ သင့်အိမ်ပြင်ပ၌ နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ)။
- သင်သည် အသက် 6 နှစ်အောက် မိမိ ကလေးငယ်တစ်ဦး၏ အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုပေးသူဖြစ်ခြင်း (ကလေးသည် သင့်အိမ်၌ နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ၊ သင့်အိမ်ပြင်ပ၌ နေထိုင်သည်ဖြစ်စေ)။ သို့သော် သင်နှင့် အခြားသူတစ်ဦး၊ နှစ်ဦးလုံးတွင် ကလေးအား အုပ်ထိန်းခွင့်ရှိပါက သင်တို့အနက်မှ တစ်ဦးကသာ ကလေးငယ်၏ အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုပေးသူအဖြစ် FoodShare အလုပ်လိုအပ်ချက်မှ ကင်းလွတ်ခွင့်ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်သည်။
- သင်သည် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာအရ သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာအရ အလုပ်မလုပ်နိုင်ခြင်း။
- သင်သည် အိမ်ခြေရာခံခြင်း၊ ယင်းတွင် စပ်ကူးမပ်ကူး နေထိုင်မှု အစီအစဉ်များနှင့် ဂေဟများကဲ့သို့သော ယာယီအိမ်ရာခွင့်ရရှိနေသူများ သို့မဟုတ် အခြားသူတစ်ဦး၏အိမ်တွင် ယာယီ (ရက် 90 အထိ) နေထိုင်သူများ ပါဝင်ပါသည်။
- သင်သည် ကိုယ်ဝန်သည် ဖြစ်နေခြင်း။
- သင်သည် အလုပ်လက်မဲ့ နှစ်နာကြေး ရရှိနေခြင်း သို့မဟုတ် ထို့အတွက် လျှောက်ထားခြင်း။
- သင့်အနေဖြင့် alcohol or other drug abuse (အရက် သို့မဟုတ် အခြားသော မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှု) (AODA) ကုသမှု ခံယူနေခြင်း သို့မဟုတ် ပြန်လည်ထူထောင်ရေး အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်နေခြင်း။
- သင်သည် အဆင့်မြင့်ပညာရေးဆိုင်ရာ အသိအမှတ်ပြုထားသော ကျောင်း သို့မဟုတ် တက္ကသိုလ်တွင် အနည်းဆုံး နေ့တစ်ပိုင်းတက်ရောက်သူအဖြစ် စာရင်းသွင်းထားခြင်း။
- သင်သည် အထက်တန်းကျောင်းကို အနည်းဆုံး နေ့တစ်ပိုင်း တက်ရောက်နေသော အသက် 18 နှစ်နှင့်အထက် ပြည့်ပြီးသူဖြစ်ခြင်း။
- သင်သည် W-2 တွင် စာရင်းသွင်းထားပြီး W-2 လိုအပ်ချက်များနှင့် ပြည့်မီခြင်း။
- သင်သည် တစ်ပတ်လျှင် နာရီ 30 နှင့်အထက် အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း သို့မဟုတ် အပတ်စဉ် လုပ်ခလစာ \$217.50 နှင့်အထက် ရရှိခြင်း။
- သင်သည် အသက် 18 နှစ်ပြည့်ချိန်၌ မွေးစားစောင့်ရှောက်မှု၊ ထောက်ပံ့ကြေးပေးအပ်သော အုပ်ထိန်းမှု သို့မဟုတ် တရားရုံးက အုပ်ထိန်းခွင့်ချမှတ်ထားသော ဆွေမျိုး၏စောင့်ရှောက်မှုအောက်တွင် ရှိခဲ့သည့် အသက် 18-24 နှစ်အရွယ် လူတစ်ဦးဖြစ်ခြင်း။
- သင်သည် စစ်မှုထမ်းဟောင်းတစ်ဦးဖြစ်ခြင်း။ စစ်မှုထမ်းဟောင်းဟူသည်မှာ အမေရိကန်စစ်တပ် (ကြည်းတပ်၊ ကမ်းတက်အဖွဲ့၊ ရေတပ်၊ လေတပ်၊ အာကာသတပ်ဖွဲ့၊ ကမ်းခြေစောင့်တပ်ဖွဲ့၊ အမျိုးသားအစောင့်တပ်နှင့် အရန်တပ်ဖွဲ့များ) တွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့ပြီး အခြေအနေတစ်စုံတစ်ရာကြောင့် ထုတ်ပယ်ခြင်းခံရသည့် သို့မဟုတ် နှုတ်ထွက်သည့် လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး ဖြစ်ပါသည်။

မှတ်ချက်- သင့်အနေဖြင့် ကင်းလွတ်ခွင့်ရရှိလျှင် အထောက်အထား လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။

**အလုပ်စင်တာ**

သင့်အတွက် အလုပ်စင်တာရှိပါသည်။ အလုပ်စင်တာသည် Wisconsin တွင် ဖွင့်ထားသည့် အကြီးဆုံးသော စင်တာဖြစ်သည်။ အလုပ်စင်တာ ဝက်ဘ်ဆိုက်ဖြစ်သည့် [jobcenterofwisconsin.com](http://jobcenterofwisconsin.com) တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် သင့် နယ်မြေတွင်း အလုပ်စင်တာရှိ တက်ချ်စခရင် ကွန်ပျူတာများဖြင့်လည်း အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ သင့်အနီးနားရှိ အလုပ်စင်တာကို ရှာဖွေနိုင်ရန်အတွက် 888-258-9966 (ခေါ်ဆိုမှု အခမဲ့) ကို ခေါ်ဆိုပါ။

**ကွန်ပျူတာ စစ်ဆေးမှု**

သင့်လျှောက်လွှာပါ အချက်အလက်များကို ပြည်နယ် ဝင်ငွေနှင့် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း အတည်ပြုရေး စနစ်မှတစ်ဆင့် အတည်ပြုသွားမည်ဖြစ်သည်။ သင်က အလုပ်လုပ်သူဖြစ်ပြီး သင်တင်ပြထားသည့် အလုပ်ဝင်ငွေနှင့် လုပ်ခလစာတို့ကို သင့်အလုပ်ရှင်က Department of Workforce Development (အလုပ်သမား ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေး ဌာန) သို့ တင်ပြလာသည့် လုပ်ခလစာများဖြင့် ချိန်ကိုက်ပြီး ကွန်ပျူတာဖြင့် စစ်ဆေး သွားမည်ဖြစ်သည်။ IRS၊ Social Security Administration (လူမှုဖူလုံရေးဆိုင်ရာ စီမံခန့်ခွဲရေး) နှင့် Unemployment Insurance Division (အလုပ်လက်မဲ့ အာမခံ ဌာန) တို့ကလည်း သင်ရရှိသည့် ဝင်ငွေနှင့် သင့်ပိုင်ဆိုင်မှုကို မေးမြန်းရန် ဆက်သွယ်လာမည်ဖြစ်သည်။ အဆိုပါ အေဂျင်စီများထံက အချက်အလက်များသည် သင့်အိမ်ထောင်စု၏ အမည်စာရင်းပေးသွင်းမှု နှင့်/သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်တို့အပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်ပါသည်။

သင်တင်ပြလာသည့် အချက်အလက်များတွင် မမှန်ကန်မှု တစ်စုံတစ်ရာ တွေ့ရှိရပါက FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များမှ ငြင်းပယ်ခံရမည် နှင့်/သို့မဟုတ် အချက်အလက် မမှန်မကန်တင်ပြမှုအတွက် ရာဇဝတ်မှုဟု တရားစွဲဆိုခံရခြင်းများ ရှိမည်။ မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်ကို ပေးထားပါက သင်ရရှိခဲ့သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပြန်လည်ပေးအပ်ရမည်ဖြစ်သည်။ FoodShare သည်

သင့်အိမ်ထောင်စုနှင့်ပတ်သက်၍ ရသင့်ငွေတောင်းဆိုမှုတစ်ခု ပြုလုပ်လာပါက ရသင့်ငွေကောက်ခံမှု လုပ်ဆောင်ချက်အတွက် Social Security numbers (လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်များ) အားလုံးအပါအဝင် သင့်လျှောက်လွှာပေါ်ရှိ အချက်အလက်များကို ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ်အေဂျင်စီများအပြင် ပုဂ္ဂလိက ငွေကောက်ခံရေး အေဂျင်စီများသို့ လွှဲပြောင်းပေးနိုင်သည်။

**FOODSHARE ပြစ်ဒဏ် သတိပေးချက်**

သင့်အိမ်ထောင်စုအတွင်းရှိ မည်သည့်အိမ်ထောင်စုဝင်မဆို အောက်ဖော်ပြပါ စည်းမျဉ်း စည်းကမ်းများထဲက မည်သည့်အချက်ကိုမဆို ရည်ရွယ်ချက်ရှိရှိ ဖောက်ဖျက်ပါက ပထမ ဖောက်ဖျက်မှုအတွက် FoodShare မှ 12 လတာ ပိတ်ပင်ခံရမည်။ ဒုတိယ ဖောက်ဖျက်မှုအတွက် သို့မဟုတ် ပထမဖောက်ဖျက်မှုတွင် ထိန်းချုပ်ထားသော ပစ္စည်း ပါဝင်ပါက 24 လတာ ပိတ်ပင်ခံရမည်ဖြစ်ပြီး တတိယအကြိမ်ဖောက်ဖျက်ပြီဆိုပါက ရာသက်ပန် ပိတ်ပင်ခံရမည်ဖြစ်သည်။

- FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိရန်သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် ဆက်လက် ရရှိရန်သော်လည်းကောင်း မမှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များကို ပေးခြင်း သို့မဟုတ် ဝှက်ထားခြင်း
- FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို လဲလှယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းချခြင်း
- သင်ခံစားခွင့်မရှိသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိရန်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ကတ်များကို လဲလှယ်ခြင်း
- FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို အရက် သို့မဟုတ် ဆေးရွက်ကြီး စသည့် အစားအသောက်မဟုတ်သည့် ပစ္စည်းများဝယ်ယူရန် အသုံးပြုခြင်း
- အခြားလူတစ်ဦး၏ FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ မှတ်ပုံတင်ကတ်များနှင့် သို့မဟုတ် စာရွက်စာတမ်းများကို အသုံးပြုခြင်း

လွဲမှားစွာအသုံးပြုသော အကျိုးခံစားခွင့် တန်ဖိုးအပေါ် မူတည်ပြီး သင့်အား \$250,000 ငွေဒဏ်ဖြစ်စေ၊ နှစ်ပေါင်း 20 ခန့်အထိ ထောင်ဒဏ်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် နှစ်ခုစလုံးကိုဖြစ်စေ ဒဏ်ရိုက်မည်။ တရားရုံးက သင့်အား FoodShare Wisconsin မှ နောက်ထပ် 18 လခန့်ထိ ပိတ်သိမ်းနိုင်သည်။ သင့်အနေဖြင့် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့် \$500 သို့မဟုတ် ၎င်းထက်ပိုသော ပမာဏကို ခိုးကူးမှု ကျူးလွန်ပါက သင့်အား အစီအစဉ်မှ ရာသက်ပန် အရည်အချင်းမပြည့်မီသူဟု သတ်မှတ်ခံရမည်။ သင့်အနေဖြင့် များစွာသော အကျိုးခံစားခွင့်များကို တစ်ချိန်တည်းတွင် ရရှိနိုင်ရန်အတွက် အထောက်အထားနှင့်နေထိုင်ခွင့်တို့ကို လိမ်ညာ ဖော်ပြခြင်း သို့မဟုတ် ကိုယ်စားပြုခြင်းများ ပြုလုပ်ပါက FoodShare Wisconsin တွင် 10 နှစ်ကြာ ပါဝင်ခွင့်ရှိမည်မဟုတ်ပါ။ ပြစ်မှုကျူးလွန်သူများ၊ အစမ်းကာလနှင့် လျှို့ဝှက်စကား ချိုးဖောက်သူများသည် FoodShare Wisconsin တွင် ပါဝင်ခွင့် မရှိပါ။ အခြားသော ပြဌာန်းထားသည့် ဖက်ဒရယ် ဥပဒေများနှင့်အညီ သင့်အား နောက်ထပ်သော တရားစွဲဆိုမှုများ လုပ်ဆောင်သွားမည်ဖြစ်သည်။

သင့်အနေဖြင့် FoodShare အကျိုးခံစားခွင့်များကို ထိန်းချုပ်ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် တရားမဝင် ဆေးဝါးများအတွက် လဲလှယ်ခြင်း (ဝယ်ခြင်း သို့မဟုတ် ရောင်းခြင်း) များပြုလုပ်ပါက ပထမအကြိမ် တွေ့ရှိမှုတွင် သင့်အား FoodShare အစီအစဉ်မှ နှစ်နှစ်ကြာ ပိတ်ပင်သွားမည်ဖြစ်ပြီး ဒုတိယအကြိမ် တွေ့ရှိပါက ရာသက်ပန် ပိတ်ပင် သွားမည်ဖြစ်သည်။ သင့်အနေဖြင့် သေနတ်များ၊ ခဲယမ်းများ သို့မဟုတ် ပေါက်ကွဲစေတတ်သော ပစ္စည်းများကို လဲလှယ်ခြင်း (ရောင်းခြင်း သို့မဟုတ် ဝယ်ခြင်း) များ ပြုလုပ်ပါက သင့်အား FoodShare Wisconsin အစီအစဉ်မှ ရာသက်ပန် ပိတ်ပင်မည်။

**အထောက်အထား လိုအပ်သည်**

အချို့သောအဖြေများကို အတည်ပြုရန် အထောက်အထား မပြမချင်း FoodShare တွင် စာရင်းသွင်းခြင်းကို ဆုံးဖြတ်မပေးနိုင်ပါ။

- အေဂျင်စီတွင် အင်တာဗျူးပြုလုပ်လျှင် အောက်ပါစာရင်းမှ သင်တတ်နိုင်သမျှ အရာများစွာကို ယူဆောင်လာပါ။
- အင်တာဗျူးကို ဖုန်းဖြင့်လုပ်ခြင်းဖြစ်လျှင် အင်တာဗျူးပြီးလျှင် လိုအပ်သော အထောက်အထားစာရင်းကို သင့်ထံ ပို့ပေးမည်။

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများပေးအပ်ရန် သင့်အား တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သို့ဆိုလျှင် သင့်အေဂျင်စီသည် အတည်ပြုရန် လိုအပ်သည့် အထောက်အထားစာရင်းကို သင့်ထံ ပေးပို့မည်။ သင်လိုအပ်သည့်အရာများကို မရရှိနိုင်ပါက သင်မရရှိနိုင်သည့် အရာများကို သင့်အေဂျင်စီအား ပြောပြပါ။ သင့်အေဂျင်စီက သင့်ကို ကူညီနိုင်ပါသည်။

အောက်ဖော်ပြပါတို့သည် အထောက်အထား နမူနာများဖြစ်သည်-

<p><b>အထောက်အထား/လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေး</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ယာဉ်မောင်းလိုင်စင်</li> <li>• မွေးဖွားကြောင်း အထောက်အထား</li> <li>• နိုင်ငံကူးလက်မှတ် သို့မဟုတ် အမေရိကန်နိုင်ငံသားကတ်</li> <li>• လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်း</li> <li>• လစာဖြတ်ပိုင်းစာရွက်</li> <li>• အလုပ်သမား ID</li> <li>• ဆေးရုံမှတ်တမ်း</li> </ul>	<p><b>ရရှိသော ဝင်ငွေ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• လွန်ခဲ့သော ရက် 30 အတွင်း လက်ခံရရှိခဲ့သည့် လစာဖြတ်ပိုင်းစာရွက်</li> <li>• လာမည့်ရက် 30 အတွက် စုစုပေါင်းဝင်ငွေနှင့် မျှော်မှန်းထားသည့် လစာထုတ်ရက်များအပါအဝင် အလုပ်ရှင်ထံမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ထုတ်ပြန်ချက်။</li> <li>• အလုပ်ရှင်၏ လစာအတည်ပြု ပုံစံ</li> </ul>	<p><b>ကိုယ်ပိုင်အလုပ်အကိုင်</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• နောက်ဆုံး တစ်နှစ်တာအခွန်များ</li> </ul> <p><b>အခြား ဝင်ငွေ</b></p> <p>(အလုပ်လက်မဲ့ အာမခံ၊ မသန်စွမ်း အာမခံ၊ Social Security (လူမှုဖူလုံရေး)၊ အငြိမ်းစားယူမှု၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ စစ်မှုထမ်း ဝေစုများ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ချီးမြှင့်သည့်စာ</li> <li>• နောက်ဆုံး ချက်လက်မှတ် မိတ္တူ</li> </ul>
--	---	--

ခရက်ဒစ်ရစေရန် အောက်ပါအရာများ လိုအပ်နိုင်သည်-

- အိမ်အတွက် ကုန်ကျစရိတ်များနှင့် ရေမီးသုံးစွဲခ တောင်းခံလွှာများ
- မြေပိုင်ရှင်၏ အမည်နှင့် ဖုန်းနံပါတ်ပါရှိသည့် လက်ရှိ ငှားရမ်းမှု ပြေစာ
- ငှားရမ်း သို့မဟုတ် ပေါင်နှံ စာရွက်များ
- အိမ်ခြံမြေ ပိုင်ဆိုင်မှု အခွန် ဖော်ပြချက်
- ရေမီးသုံးစွဲခ တောင်းခံလွှာများ

- ကလေးအား ထောက်ပံ့မှု (Wisconsin မှလွဲ၍ အခြားပြည်နယ်တစ်ခုတွင် လက်ခံ သို့မဟုတ် ပေးအပ်သည်)
- တရားရုံး အမိန့် စာရွက်များ သို့မဟုတ် အခြား ပေးချေမှု မှတ်တမ်း
- အခြားပြည်နယ်က ကျသင့်ငွေ မှတ်တမ်း

သင်သည် အသက် 60 သို့မဟုတ် ၎င်းထက်ကျော်သူဖြစ်ပြီး မျက်မမြင် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းသူ ဖြစ်ပါက အချို့သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ခရက်ဒစ် တစ်ခု ရရှိမည်ဖြစ်သည်။

**ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များနှင့် အသုံးစရိတ်များ**

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များနှင့် အသုံးစရိတ်များပါဝင်ပြီး အောက်ပါတို့ကိုလည်း ကန့်သတ်မထားပါ-

- ဆေးရုံ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာနှင့် အမြင်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ
- ကျန်းမာရေး အာမခံအတွက် ပရီမီယံများ၊ Medicare ပရီမီယံများနှင့် ဆရာဝန် ညွှန်ကြားချက်ပါ ဆေးဝါး အစီအစဉ်များအတွက် ကျသင့်ငွေများ
- ဆရာဝန်ညွှန်ကြားချက်ပါသော ဆေးဝါးများနှင့် ဆရာဝန်ညွှန်ကြားချက်မလိုဘဲ ဆေးဆိုင်တွင် ဝယ်ယူနိုင်သော ဆေးဝါးများ
- နေအိမ် သူနာပြုထားရှိခြင်းနှင့် နေအိမ် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသုံးအဆောင်နှင့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ
- ဆေးကုသရန်အတွက် ခရီးသွားလာမှုနှင့် တည်းခိုစရိတ်များ
- အထူးလေ့ကျင့်ထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသော တိရစ္ဆာန်အတွက် ဆက်စပ် ကုန်ကျစရိတ်
- ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်သူတစ်ဦးက ညွှန်ကြားချက်ပေးပါက Lifeline/Medic Alert ကုန်ကျစရိတ်
- ငွေတောင်းခံ စာရင်းရှင်းတမ်း
- အသေးစိတ်ဖော်ပြထားသော လက်ခံဖြတ်ပိုင်းများ
- ဈေးနှုန်း အညွှန်းတပ်ထားသော ဆေးဝါးနှင့် ဆေးပုလင်းများ
- ပရီမီယံကြေး၊ ပူးတွဲအာမခံ၊ ပူးတွဲကျသင့်ငွေများ သို့မဟုတ် နုတ်ယူငွေများကို ပြသထားသည့် ကျန်းမာရေးအာမခံမူဝါဒ
- ဆေးဆိုင်ထံမှ စာရင်းရှင်းတမ်း
- ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့် သဘောတူထားသည့် ပြန်ဆပ်ရန်ငွေ
- ဆရာဝန်ညွှန်ကြားချက်မလိုသော ဆေးဝါးဝယ်ရန် အတည်ပြုထားသည့် ဆရာဝန်ထံမှ ထုတ်ပြန်ချက်
- လာရောက်ကြည့်ရှုသော သူနာပြု၊ အိမ်တွင်လာရောက်ဆောင်ရွက်သူ သို့မဟုတ် အိမ်တွင်း ကျန်းမာရေး အထောက်အကူပြု ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ဘေလ်
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်အတွက် တည်းခိုနေထိုင်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် သယ်ယူပို့ဆောင်မှု ပြေစာများ
- အထူးလေ့ကျင့်ထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသော တိရစ္ဆာန်အတွက် တိရစ္ဆာန်အစာ၊ လေ့ကျင့်ရေး သို့မဟုတ် တိရစ္ဆာန်ဆေးကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာ သို့မဟုတ် ပြေစာများ

ထပ်ဆောင်း အာဟာရ အထောက်အပံ့ အစီအစဉ် (အက်စ်အန်အေပီ) နှင့် အိန္ဒိယန်း ရီဖာပေးရှင်း (အက်စ်ဒီအိုင်အာ) အတွက် အစားအစာ ဖြန့်ချိရေး အစီအစဉ်အတွက် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများ နှင့် ၎င်းတို့၏ လက်အောက်ခံများအနေဖြင့် အောက်ပါ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း ဖော်ပြချက်ကို မဖြစ်မနေ ပြထားရမည်။

ပြည်ထောင်စု မြို့ပြအခွင့်အရေး ဥပဒေ နှင့် အမေရိက စိုက်ပျိုးရေးဌာန (ယူအက်စ်ဒီအေ) မြို့ပြအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ နှင့် မူဝါဒများအရ ဤအဖွဲ့အစည်းသည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံ၊ ကျားမ (လိင်ရပ်တည်ချက် နှင့် လိင်ကိုင်ညွှန်မှုအပါအဝင်)၊ ဘာသာရေးခံယူကိုးကွယ်မှု၊ ချို့ယွင်းချက်၊ အသက်၊ နိုင်ငံရေး ယုံကြည်ချက် သို့မဟုတ် ယခင် မြို့ပြအခွင့်အရေးလှုပ်ရှားမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်း အပေါ်အခြေခံပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို တားမြစ်ပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအပြင် အခြားဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရှိပါသည်။ ကိုယ်အင်္ဂါမသန်စွမ်း သူများအနေဖြင့် အစီအစဉ်၏ အချက်အလက်များကို သိရန် အခြားဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်းများ (ဥပမာ။ ။ မျက်မမြင်စာ၊ ပိုကြီးသော စာလုံး၊ အသံတိတ်၊ အမေရိကန် သင်္ကေတဘာသာစကား)ကို လိုအပ်လျှင် ၎င်းတို့က အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားသော အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ)ကို ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ နားမကြားသော၊ အကြားအာရုံ အခက်အခဲရှိသော သို့မဟုတ် စကားပြောချို့ယွင်းချက်များရှိသောသူများအနေဖြင့် ယူအက်စ်ဒီအေ ထံသို့ ပြည်ထောင်စု ရီလေး ဝန်ဆောင်မှု (800) 877-8339 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုကို တိုင်တန်းရန် တိုင်တန်းသူသည် အွန်လိုင်းတွင် <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-burmese.pdf> မှ၊ ယူအက်စ်ဒီအေ

ရုံး ထံမှ၊ (866) 632-9992 ထံသို့ဖုန်းဆက်ပြီး သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေထံသို့စာရေးပြီး

ရယူနိုင်သော ယူအက်စ်ဒီအေ အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး

ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုအကြောင်းတိုင်းတန်းသည့်ပုံစံ ပုံစံ AD-3027 ကိုဖြည့်စွက်ရမည်။ စာတွင် တိုင်တန်းသူ၏အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် နှင့် မြို့ပြအခွင့်အရေးအတွက် လက်ထောက်အတွင်းရေးမှူး (အေအက်စ်စီအာ) အား မြို့ပြအခွင့်အရေးကို ချိုးဖောက်ခံရသည့် အခြေအနေ၊ ရက်စွဲနှင့် အကျိုးအကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ရန် လုံလောက်သော အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ပါဝင်ရမည်။ ဖြည့်စွက်ပြီးသော AD-3207 ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ အောက်ပါနည်းလမ်းများဖြင့် မဖြစ်မနေ ပေးပို့ပါ။

- (1) **စာတိုက်မှတစ်ဆင့်**  
Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; သို့မဟုတ်
- (2) **ဖက်စ်ဖြင့်**  
(833)-256-1665 သို့မဟုတ် (202)-690-7442; သို့မဟုတ်
- (3) **အီးမေးလ်ဖြင့်**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် အခွင့်အရေးတန်းတူညီတူပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုဖြစ်ပါသည်။