

ໃບຄໍາຮ້ອງສະໝັກ  
**WISCONSIN FOODSHARE**  
(WISCONSIN FOODSHARE APPLICATION)

**ຄໍາແນະນໍາ**

ລະບຸຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ລາຍເຊັນຂອງທ່ານເພື່ອກຳນົດວັນທີ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານສາມາດເລີ່ມຕົ້ນໄດ້. ຊຶ່ງເອີ້ນວ່າ: "ກຳນົດວັນທີ່ຍື່ນເອກະສານຂອງທ່ານ."

ທ່ານມີທາງເລືອກໃນການສົ່ງຂໍ້ມູນພຽງແຕ່ຢູ່ໃນໜ້ານີ້ເທົ່ານັ້ນ (ຊື່, ທີ່ຢູ່, ລາຍເຊັນ) ຫຼື ຕື່ມຄໍາຮ້ອງສະບັບເຕັມ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສິດທິປະໂຫຍດທັນທີ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກ Priority FoodShare ແລະ ສົ່ງພ້ອມກັບໜ້າທຳອິດ. ຊຶ່ງນີ້ອາດຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດດ້ານອາຫານພາຍໃນເຈັດວັນຫຼັງຈາກທີ່ສະໝັກ.

ດ້ວຍຄໍາຮ້ອງທັງໝົດ, ທ່ານຕ້ອງດຳເນີນການສຳພາດກັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຜ່ານທາງໂທລະສັບ ຫຼື ດ້ວຍຕົນເອງ. ຕື່ມຂໍ້ມູນໃນໃບຄໍາຮ້ອງໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ສາມາດຫຼຸດຜ່ອນເວລາທີ່ໃຊ້ໃນການສຳພາດ ແລະ ຂັ້ນຕອນໃນການຢັ້ງຢືນ.

ທ່ານມີສິດສົ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ໃບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການດຳເນີນການໂດຍໄວທີ່ສຸດ ແຕ່ບໍ່ເກີນ 30 ມື້ນັບຈາກມື້ທີ່ໄດ້ຮັບ.

ຖ້າວ່າທ່ານມີສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare ທີ່ສິ້ນສຸດລົງພາຍໃນ 30 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ, ທ່ານອາດຈະມີສິດເປີດສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare ຂອງທ່ານຄືນໃໝ່. ຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານເພື່ອເປີດສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare ຂອງທ່ານຄືນໃໝ່ໂດຍບໍ່ຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມໃໝ່.

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທາງອອນລາຍ ຫຼື ທາງໂທລະສັບ! ໂທຫາໜ່ວຍງານໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼື ສະໝັກທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ [access.wi.gov](https://www.wisconsin.gov/access).

ຖ້າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງທາງອອນລາຍ, ທ່ານສາມາດຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງ FoodShare ແລະ ການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບໄດ້ໃນເວລາດຽວກັນ.

ຊື່ - ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ລາຍເຊັນ – ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	ວັນທີລົງລາຍເຊັນ (mm/dd/yyyy)	

**ການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງແຟັກ**

ຖ້າຫາກທ່ານອາໄສຢູ່ໃນຄາວຕີ້ Milwaukee:

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

ຫຼື ທາງແຟັກ: 888-409-1979

ຖ້າທ່ານ ບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນຄາວຕີ້ Milwaukee:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234

ຫຼື ທາງແຟັກ: 855-293-1822

ຖ້າວ່າທ່ານເປັນຜູ້ພິການ ແລະ ຕ້ອງການຮູບແບບອື່ນ ຫຼື ຕ້ອງການແປພາສາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ. ເພື່ອເອົາເບີໂທຂອງຕົວແທນທ່ານ, ໄປທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 800-362-3002. ບໍລິການແປພາສາ ແລະ TTY ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າບໍລິການ.

ທ່ານສາມາດມອບໝາຍສິດໃຫ້ຕົວແທນຂອງທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນ ແລະ ລົງນາມໃສ່ໃນແບບຟອມນີ້ແທນທ່ານໄດ້. ເພື່ອນັດພົບຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ຕື່ມແບບຟອມເພື່ອນັດພົບ, ປຽນ ຫຼື ຖອດຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: ແບບຟອມສ່ວນບຸກຄົນ, F10126A ຫຼື ໃບແຕ່ງຕັ້ງ, ປຽນແທນ ຫຼື ຖອດຖອນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເພື່ອນັດພົບ, ແບບຟອມອົງການຈັດຕັ້ງ, F10126B. ຖ້າຫາກຕ້ອງການຮັບແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາໂທ 800-362-3002, ຫຼື ໄປຍັງ

[www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

### ທາງເລືອກ: ບຸລິມະສິດ FOODSHARE

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນທັນທີ, ການຍື່ນຄໍາຮ້ອງສໍາລັບ FoodShare ທີ່ມີບຸລິມະສິດ ອາດຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດພາຍໃນເຈັດມື້ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານຍື່ນເອກະສານ. ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໜ້ານີ້ ແລະ ສິ່ງພ້ອມກັບໜ້າທໍາອິດ ຫຼື ສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງຄໍາຮ້ອງເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດຫຼືບໍ່.

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດທີ່ເປັນບຸລິມະສິດ ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ໃດໜຶ່ງຄືດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ:

- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີເງິນສິດ \$100 ຫຼື ຫນ້ອຍກວ່າ ຫຼື ຢູ່ໃນທະນາຄານ ແລະ ຈະມີລາຍຮັບຫນ້ອຍກວ່າ \$150 ໃນເດືອນນີ້.
- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ຄ່າຜ່ອນບ້ານ ຫຼື ສາທາລະນະປະໂພກທີ່ຫຼາຍກວ່າລາຍຮັບລວມທັງໝົດປະຈໍາເດືອນ (ເປັນເງິນສິດ ຫຼື ມີຢູ່ໃນບັນຊີທະນາຄານ) ສໍາລັບເດືອນນີ້.
- ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານລວມມີແຮງງານເຄື່ອນຍ້າຍ ຫຼື ເຮັດວຽກຕາມລະດູການຜູ້ທີ່ບໍ່ມີລາຍຮັບ.

ຊື່ - ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

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

### ຕອບຄໍາຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເພື່ອໃຫ້ຖືກພິຈາລະນາສໍາລັບບໍລິການທີ່ໄວກວ່າ.

ລາຍຮັບລວມທັງໝົດ (ກ່ອນຈ່າຍພາສີ ຫຼື ການຫັກຈ່າຍອື່ນໆ) ທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບໃນເດືອນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?	\$
ຊັບສິນທັງໝົດທີ່ມີຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີຫຍັງແດ່ (ຕົວຢ່າງ: ເງິນສິດ, ເງິນຢູ່ໃນບັນຊີຝາກກະແສລາຍວັນ ຫຼື ຝາກປະຢັດ ຫຼື ເງິນເປັນກ້ອນ)?	\$
ຈໍານວນເງິນທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຈ່າຍສໍາລັບທີ່ພັກອາໄສ (ຕົວຢ່າງ: ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຜ່ອນບ້ານ) ທັງໝົດໃນເດືອນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?	\$
ເດືອນນີ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Wisconsin FoodShare ບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ໃນເດືອນນີ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Supplemental Nutrition Assistance Program (ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານໂພຊະນາການເພີ່ມເຕີມ) (SNAP, ບັດອາຫານ, ການໂອນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງອີເລັກໂທຣນິກ) ໃນລັດອື່ນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ຕອນນີ້ທ່ານກໍາລັງອາໄສຢູ່ໃນທີ່ພັກອາໄສສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງການໃຊ້ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ມີໃຜໃນເຮືອນຂອງທ່ານເປັນແຮງງານເຄື່ອນຍ້າຍ ຫຼື ເຮັດວຽກຕາມລະດູການຜູ້ທີ່ລາຍຮັບໄດ້ຖືກຢຸດເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ຄາດຫວັງວ່າຈະໄດ້ຮັບລາຍຮັບຈໍານວນຫຼາຍກວ່າ \$25 ໃນ 10 ວັນຂ້າງໜ້າ?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຊໍາລະຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ, ໃຫ້ຕອບຄໍາຖາມຕໍ່ໄປນີ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຈ່າຍຄ່າເຊົ່າເຮືອນ, ຄ່າເຄື່ອງອາຍຮ້ອນລວມກັບຄ່າເຊົ່າບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
---	--

ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍທີ່ຊ່ອງສໍາລັບຄ່າສາທາລະນະປະໂພກທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງຊໍາລະ ແລະ ຄ່າສາທາລະນະປະໂພກທີ່ໃຊ້ເພື່ອເຮັດຄວາມຮ້ອນໃນເຮືອນຂອງທ່ານ.

ທ່ານຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະປະໂພກນີ້ບໍ່?	ໃຊ້ສໍາລັບຄວາມອຸ່ນ	ທ່ານຈ່າຍຄ່າສາທາລະນະປະໂພກນີ້ບໍ່?	ໃຊ້ສໍາລັບຄວາມອຸ່ນບໍ່?
<input type="checkbox"/> ອາຍແກັສ (ທໍາມະຊາດ)	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ນໍ້າມັນເຊື້ອໄຟ/ນໍ້າມັນກາສ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
<input type="checkbox"/> ໄຟຟ້າ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ຖ່ານຫີນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
<input type="checkbox"/> ແກັສໂປຣເປນແຫຼວ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ຟືນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍທີ່ຊ່ອງສໍາລັບຄ່າສາທາລະນະປະໂພກໃດໜຶ່ງທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງຊໍາລະ.

- ໂທລະສັບ  ນໍ້າ  ທໍ່ນໍ້າເສຍ  ບໍລິການເກັບມ້ຽນຂີ້ເຫຍື້ອ  ຄ່າແອ  ອື່ນໆ

**ທາງເລືອກ: ຄຳຮ້ອງສະບັບຄົບຖ້ວນ**

**ພາກທີ 1 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຕິດຕໍ່**

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບວິທີຕິດຕໍ່ທ່ານ. ລວມທັງລະຫັດເຂດສຳລັບເບີໂທລະສັບທັງໝົດ.

ເບີໂທລະສັບ	ປະເພດຂອງໂທລະສັບ <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ບ່ອນເຮັດວຽກ	
ເບີໂທລະສັບອື່ນໆ	ເບີໂທນີ້ເປັນຂອງໃຜ? <input type="checkbox"/> ຕົນເອງ <input type="checkbox"/> ຄອບຄົວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ	ຊື່ຂອງບຸກຄົນນັ້ນແມ່ນຫຍັງ?

ທີ່ຢູ່ອີເມວ

ທ່ານຕ້ອງການຮັບຈົດໝາຍຂອງທ່ານແບບໃດ?  ໄປສະນີ  ອີເມວ – ACCESS

ທ່ານມີທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີແຍກຕ່າງຫາກຈາກບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ບໍ?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາຂຽນທີ່ຢູ່ທີ່ທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍໄດ້.

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

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

ຕອນນີ້ທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ອາໄສບໍ?\*

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

\*ຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ ໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານບໍ່ມີບ່ອນຢູ່ໄລຍະຍາວເພື່ອພັກເຊົາໃນຕອນກາງຄືນ. ຊຶ່ງນີ້ແມ່ນລວມເຖິງການພັກພາອາໄສຢູ່ສູນພັກພິງ, ກັບໝູ່ເພື່ອນ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ, ຫຼື ບໍ່ມີບ່ອນຢູ່.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ, ໃຫ້ຂ້າມຄຳຖາມກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສຢູ່ໃນຂະນະນີ້ ແລະ ບໍ່ມີທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ຈົດໝາຍຂອງທ່ານຈະໄປຫາອົງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ວິທີການ ແລະ ເວລາທີ່ດີທີ່ສຸດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ທ່ານແມ່ນແບບໃດ?

**ພາກທີ 2 – ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງຂໍ**

ຖ້າຫາກທ່ານກຳລັງຕື່ມແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົນອື່ນ, ຕອບຄຳຖາມທັງໝົດຄືກັບວ່າທ່ານແມ່ນບຸກຄົນນັ້ນ.

ການໃຫ້ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ), ຖ້າວ່າມີ, ແມ່ນສິ່ງທີ່ກົດໝາຍກຳນົດສຳລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ສະແຫວງຫາຜົນປະໂຫຍດ.

ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຊ່ວຍກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ຈຳນວນສິດທິປະໂຫຍດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ), ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ທີ່ [www.ssa.gov/number-card](http://www.ssa.gov/number-card).

**ໝາຍເຫດ:** ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບຊົນເຜົ່າ ແລະ ເຊື້ອຊາດຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ. ພວກເຮົາກຳລັງຖາມຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ຖືກແບ່ງແຍກຍ້ອນຊົນເຜົ່າ ຫຼື ເຊື້ອຊາດ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ ແລະ ຈຳນວນສິດທິປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.

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

ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input checked="" type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ຄົນອາຊີ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວຂາວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ພາສາຕົ້ນຕໍທີ່ເວົ້າຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ	ທ່ານຕ້ອງການພົມຕົວອັກສອນ FoodShare ເປັນພາສາໃດ?

**ພາກທີ 3 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນ**

ຕື່ມໃສ່ພາກນີ້ກ່ຽວກັບຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ. ຖ້າວ່າຕ້ອງການພື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າໜຶ່ງແຜ່ນ, ແລະ ແນບໃສ່ກັບຄຳຮ້ອງ.

ກົດໝາຍກຳນົດໃຫ້ລະບຸ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) (SSN) ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ສະແຫວງຫາສິດທິປະໂຫຍດສາທາລະນະ. ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຊ່ວຍກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ຈຳນວນສິດທິປະໂຫຍດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ SSN ຂອງບຸກຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານ, ຫຼື ພວກເຂົາບໍ່ມີ, ຍັງລວມເຂົ້າໄວ້ຢູ່ໃນພາກນີ້.

**ໝາຍເຫດ:** ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບຊົນເຜົ່າ ແລະ ເຊື້ອຊາດຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ. ພວກເຮົາກຳລັງຖາມຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງໂຄງການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ຖືກແບ່ງແຍກຍ້ອນຊົນເຜົ່າ ຫຼື ເຊື້ອຊາດ. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະບໍ່ໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ ແລະ ຈຳນວນສິດທິປະໂຫຍດ.

**ບຸກຄົນທີ 1 (ຜູ້ຮ້ອງຂໍ)**

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ວັນເດືອນປີເກີດ (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ຄົນອາຊີ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວຂາວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ		
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານຊື້ອາຫານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

**ບຸກຄົນທີ 2**

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ວັນເດືອນປີເກີດ (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ຄົນອາຊີ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວຂາວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ		
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານຊື້ອາຫານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

**ບຸກຄົນທີ 3**

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ວັນເດືອນປີເກີດ (mm/dd/yyyy)	Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ຄົນອາຊີ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວຂາວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ		
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານຊື້ອາຫານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

**ບຸກຄົນທີ 4**

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ບຸກຄົນນີ້ຕ້ອງການ FoodShare ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
-----------------------------	---

ວັນເດືອນປີເກີດ (mm/dd/yyyy)		Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)	
ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ		ສະຖານະ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ	
ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		ຊົນເຜົ່າ (ຕົວເລືອກ) <input type="checkbox"/> ຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນຄົນສະເປນ ຫຼື ລາຕິນ(a) <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ	
ເຊື້ອຊາດ (ທາງເລືອກ) ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ: <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມລິກາອິນເດຍ/ຄົນອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ຄົນອາຊີ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ <input type="checkbox"/> ຄົນພື້ນເມືອງຮາວາຍ/ຊາວເກາະປາຊີຟິກ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວຂາວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ/ຄົນອາຟຣິກາອາເມລິກາ <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍບໍ່ຕ້ອງການຕອບ			
ສະຖານະຕໍ່ກັບຜູ້ສະໝັກ	ທ່ານຊື້ອາຫານ ແລະ ກິນອາຫານສ່ວນໃຫຍ່ກັບບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ທ່ານໃຫ້ການເບິ່ງແຍງແກ່ບຸກຄົນນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	

**ພາກທີ 4 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບນັກຮຽນ**

ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ 18-49 ປີ ທີ່ກຳລັງຮຽນໃນໂຮງຮຽນຫຼັງມັດທະຍົມ (ຕົວຢ່າງ: ວິທະຍາໄລເຕັກນິກ ຫຼື ມະຫາວິທະຍາໄລ) ບໍ່?  <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປທີ່ພາກທີ 5.	ມີການຮຽນນອກຫຼັກສູດປົກກະຕິບໍ່?  ຫ້ອງຮຽນພິເສດທີ່ບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຫຼັກສູດປົກກະຕິສາມາດປະກອບມີການສຶກສາສ້ອມ, ການສຶກສາຕໍ່ເນື່ອງ ຫຼື ການສຶກສາຊຸມຊົນ, ການພັດທະນາວິຊາຊີບ, ພາສາອັງກິດສຳລັບຜູ້ເວົ້າພາສາອື່ນໆ (ESOL/ESL), ແລະ ການພັດທະນາບຸກຄະລາກອນ.  <input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໄປທີ່ພາກທີ 5.
ຊື່ຂອງໂຮງຮຽນ	ນັກຮຽນໄດ້ສະໝັກ: <input type="checkbox"/> ໜ້ອຍກວ່າເຄິ່ງເວລາ <input type="checkbox"/> ເຄິ່ງເວລາ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> ເຕັມເວລາ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ
ຊື່ຂອງນັກຮຽນທີ່ເຂົ້າຮຽນຢູ່ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມສຶກສາ (ຕົ້ນ, ກາງ, ປາຍ)	
ນັກຮຽນບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກເນື່ອງຈາກຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ຖາວອນບໍ່?  <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Wisconsin Works (ວຽກງານ Wisconsin) (W-2) ຫຼື ໂຄງການອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກ TANF ພາຍໃຕ້ຫົວຂໍ້ IV ຂອງ Social Security Act (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ).  <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ນັກຮຽນຖືກຈ້າງຢ່າງໜ້ອຍ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດບໍ່?	ນັກຮຽນປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະບໍ່?
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ນັກຮຽນກຳລັງເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສຶກສາການເຮັດວຽກເງິນທຶນຂອງລັດ ຫຼື ລັດທະບານກາງບໍ່?  <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	

ນັກຮຽນເຮັດວຽກໃນໂຄງການຝຶກອົບຮົມວຽກງານທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນນັ້ນກຳລັງເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 6 ປີບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍອາຍຸ 6-12 ປີ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຢ່າງພຽງພໍບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນເປັນພໍ່ແມ່ລ້ຽງດ່ຽວກຳລັງເບິ່ງແຍງເດັກທີ່ມີອາຍຸໜ້ອຍກວ່າ 12 ປີ ແລະ ກຳລັງເຂົ້າຮຽນເຕັມເວລາບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ນັກຮຽນເຂົ້າໂຮງຮຽນເນື່ອງຈາກການບັນຈຸເຂົ້າຮຽນໂດຍຜ່ານ Workforce Innovation and Opportunity Act (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍນະວັດຕະກຳ ແລະ ໂອກາດຂອງແຮງງານ) (WIOA), Trade Act of 1974 (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄ້າປີ 1974) (TAA), W-2, FoodShare Employment and Training (ການຈ້າງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມຂອງ FoodShare) (FSET), ຫຼື ໂຄງການການຈ້າງງານ ແລະ ການຝຶກອົບຮົມອື່ນບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

**ພາກທີ 5 – ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄົວເຮືອນເພີ່ມເຕີມ**

ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ທີ່ Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ), Veterans Administration (ອົງການຄຸ້ມຄອງນັກຮົບເກົ່າ) ຫຼື Railroad Retirement Board (ຄະນະກຳມະການການລົດໄຟບ້ານນ) ພົບເຫັນວ່າມີຄວາມພິການຖາວອນບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມພິການ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີກຳນົດວ່າພິການ (mm/dd/yyyy)

ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ເນື່ອງຈາກການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ (ທາງຈິດໃຈ ຫຼື ຮ່າງກາຍ) ບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີທີ່ກຳນົດວ່າບຸກຄົນນັ້ນບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ (ດດ/ວວ/ປປປປ)

ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຖືພາບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ຖືພາ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ມີອາຍຸ 18-24 ປີ ທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳ, ການປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງຍາດພີ່ນ້ອງຕາມຄຳສັ່ງຂອງສານ ເມື່ອຜູ້ກ່ຽວມີອາຍຸຄົບ 18 ປີບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 18-24 ປີ ທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳ, ການປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງຍາດພີ່ນ້ອງຕາມຄຳສັ່ງຂອງສານ ເມື່ອຜູ້ກ່ຽວມີອາຍຸຄົບ 18 ປີ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ເປັນນັກຮົບເກົ່າຂອງກອງທັບສະຫະລັດ ທີ່ຖືກປົດອອກຈາກຕຳແໜ່ງຍ້ອນສາເຫດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ເປັນນັກຮົບເກົ່າ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການພາວະຜິດປົກກະຕິຈາກການນຳໃຊ້ສານເສບຕິດ (ນີ້ບໍ່ລວມໂຄງການຜູ້ຕິດເຫຼົ້າທີ່ບໍ່ເປີດເຜີຍຊື່ ຫຼື ຜູ້ຕິດຢາເສບຕິດບໍ່ເປີດເຜີຍຊື່) ເປັນປະຈຳ ຫຼື ບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຮັກສາປິ່ນປົວ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ເປັນຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກຂອງເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 6 ປີ ຫຼື ຄົນອື່ນທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງດູແລຕົນເອງໄດ້ (ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ຢູ່ນອກເຮືອນ) ບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	ຊື່ບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	
ມີບຸກຄົນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການການເຮັດວຽກບໍ່? ຕົວຢ່າງ: ໂຄງການຜ່ອກແຮງງານທີ່ຖືກຍົກຍ້າຍ, Wisconsin Works (W-2), ຫຼື Tribal TANF? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	ຊື່ບຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	
ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມຜິດໃນຄະດີອາຍາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາເສບຕິດໃນຊ່ວງຫ້າປີທີ່ຜ່ານມາບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມຜິດທາງອາຍາກ່ຽວກັບ ຢາເສບຕິດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນທີ່ຕັດສິນການກະທຳຜິດ (mm/dd/yyyy)
ມີໃຜຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ຫຼົບໜີຈາກຄວາມຜິດທາງອາຍາ ຫຼື ລະເມີດການຄຸມຂັງ ຫຼື ຖືກປ່ອຍຕົວບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຫຼົບໜີຈາກຄວາມຜິດທາງອາຍາ ຫຼື ລະເມີດການຄຸມຂັງ ຫຼື ຖືກປ່ອຍຕົວ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	

**ພາກທີ 6 – ຊັບສິນ**

ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ຂໍ້ມູນຊັບສິນສະເພາະໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານສະໜັກຂໍຮັບສະຫວັດດີການສຸກເສີນ ຫຼື ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄອບຄົວທີ່ມີຜູ້ສູງອາຍຸ, ຕາບອດ ຫຼື ພິການ.

ຂຽນທຸກຊັບສິນທີ່ຜູ້ສະໜັກເປັນເຈົ້າຂອງນັ້ນລົງເປັນລາຍການ. ລວມເຖິງຊັບສິນທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງຮ່ວມກັນຄົນອື່ນນຳ. ຊັບສິນທີ່ມີຢູ່ໜາຍເຖິງຊັບສິນໃດໜຶ່ງທີ່ສາມາດປ່ຽນເປັນເງິນສົດໃນເວລາໃດກໍໄດ້.

ລາຍຊື່ລາຍການ ເຊັ່ນ: ເງິນສົດ, ແຊັກ ຫຼື ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ, ບັດເດບິດແບບເຕີມເງິນ, ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ (CDs), ກອງທຶນທຣັສ, ຫຼັກຊັບ, ພັນທະບັດ (ບໍ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ເພື່ອການສຶກສາ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນງານລົບ), ດອກເບ້ຍເງິນປີ, ພັນທະບັດເງິນຝາກປະຢັດສະຫະລັດ, ສັນຍາຊັບສິນ, ສັນຍາສະໂໜດ, ການຊື້ສິດໃນການນຳໃຊ້ອະສັງຫາໃນຊ່ວງເວລາທີ່ກຳນົດ, ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ, ສິດທິເກັບຄ່າເຊົ່າໃນທີ່ດິນຕະຫຼອດຊີບ, ຫຼື ຊັບສິນສ່ວນບຸກຄົນທີ່ຖືກຈັດຂຶ້ນເພື່ອຈຸດປະສົງການລົງທຶນ. ຢາລວມເອົາມູນຄ່າເຄື່ອງຂອງຄົວເຮືອນສ່ວນຕົວເຂົ້ານຳ.

ປະເພດຂອງຊັບສິນ	ຊື່ຜູ້ເປັນເຈົ້າຂອງ	ມູນຄ່າປັດຈຸບັນ	ລາຍລະອຽດ (ເຊັ່ນວ່າ: ຊື່ຂອງທະນາຄານ ຫຼື ສະຖາບັນການເງິນ, ລວມທັງຊັບສິນປະເພດອື່ນໆຢູ່ທີ່ນີ້)
ເງິນສົດ		\$	
ບັນຊີເງິນຝາກກະແສລາຍວັນ		\$	
ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອື່ນໆ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອື່ນໆ		\$	
ຊັບສິນປະເພດອື່ນໆ		\$	

**ພາກທີ 7 – ລາຍຮັບ ແລະ ຄ່າຈ້າງຈາກການຈ້າງງານ/ການເຮັດວຽກ**

ການລົງທະບຽນ FoodShare ແມ່ນອີງໃສ່ລວມຍອດຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດ (ກ່ອນພາສີ ຫຼື ຫຼັງຫັກພາສີ) ລາຍໄດ້. ຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະແມ່ນຢູ່ໃນພາກທີ 9. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ່າຕ່າງຫາກ.

ມີສະມາຊິກໃນເຮືອນຜູ້ໃດເຮັດວຽກບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າແມ່ນ, ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມຄືດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ສຳລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນແຕ່ລະຄົນທີ່ເຮັດວຽກ.

ມີຜູ້ໃດເປັນແຮງງານຂ້າມຊາດບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

**ບຸກຄົນທີ 1**

ຊື່ຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີການຈ້າງເຮັດວຽກເລີ່ມຕົ້ນ (mm/dd/yyyy)

ຊື່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວນີ້ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ (ເລືອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)?

ທຸກໆອາທິດ  ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັນອອກ)  ເດືອນລະຄັ້ງ  ທຸກໆເຄິ່ງເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ)  
 ອື່ນໆ, ໃຫ້ລະບຸລາຍລະອຽດ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ແຊັກເງິນເດືອນ?

ລາຍໄດ້ລວມ (ກ່ອນຫັກພາສີ ຫຼື ຫຼັງຫັກພາສີ) ຕໍ່ແຊັກເງິນເດືອນ  
\$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນຊົ່ວໂມງບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເທົ່າໃດຕໍ່ຊົ່ວໂມງ? \$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນເງິນເດືອນບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ເງິນເດືອນຂອງບຸກຄົນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ? \$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນພິເສດ ຫຼື ຄ່າຕອບແທນນອກເໝືອນຈາກຄ່າຈ້າງຊົ່ວໂມງ ຫຼື ເງິນເດືອນຂອງພວກເຂົາບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນເດືອນລະເທົ່າໃດ? \$

**ບຸກຄົນທີ 2**

ຊື່ຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ວັນທີການຈ້າງເຮັດວຽກເລີ່ມຕົ້ນ (mm/dd/yyyy)

ຊື່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ທີ່ຢູ່ຜູ້ວ່າຈ້າງ

ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວນີ້ໄດ້ຮັບເງິນເລື້ອຍປານໃດ (ເລືອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)?

ທຸກໆອາທິດ  ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັນອອກ)  ເດືອນລະຄັ້ງ  ທຸກໆເຄິ່ງເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ)  
 ອື່ນໆ

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ແຊັກເງິນເດືອນ?	ລາຍໄດ້ລວມ (ກ່ອນຫັກພາສີ ຫຼື ຫຼັງຫັກພາສີ) ຕໍ່ແຊັກເງິນເດືອນ \$
-------------------------------	--

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນຊົ່ວໂມງບໍ່?  
 ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເທົ່າໃດຕໍ່ຊົ່ວໂມງ? \$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນເປັນເງິນເດືອນບໍ່?  
 ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ເງິນເດືອນຂອງບຸກຄົນນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ? \$

ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນພິເສດ ຫຼື ຄ່າຕອບແທນນອກເໜືອຈາກຄ່າຈ້າງຊົ່ວໂມງ ຫຼື ເງິນເດືອນຂອງພວກເຂົາບໍ່?  
 ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບເງິນເດືອນລະເທົ່າໃດ? \$

**ພາກທີ 8 – ການເສຍການຈ້າງງານ**

ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຫາກໍ່ຖືກຍົກເລີກການຈ້າງງານ?  
 ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ໃຫ້ຕອບໃສ່ສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງພາກທີ 8.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກຍົກເລີກການຈ້າງງານ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນທີວຽກສິ້ນສຸດ (mm/dd/yyyy)
---	------------------------------

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ

ເຫດຜົນທີ່ຖືກຍົກເລີກການຈ້າງງານ <input type="checkbox"/> ລາອອກ <input type="checkbox"/> ຖືກໄລ່ອອກ <input type="checkbox"/> ຖືກປົດອອກ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____	ຄົນຜູ້ນີ້ໄດ້ສະໝັກຂໍປະກັນໄພຫວ່າງງານບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າແມ່ນ, ເມື່ອໃດທີ່ບຸກຄົນນີ້ຍື່ນສະແດງການວ່າງງານ (mm/dd/yyyy)?
--	--

**ພາກທີ 9 – ລາຍໄດ້ການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ**

ກະລຸນາບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບ. ລວມທັງລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບເຖິງແມ່ນວ່າບຸກຄົນນີ້ບໍ່ໄດ້ຍື່ນເສຍພາສີ. ຍົກຕົວຢ່າງການປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ ຊຶ່ງໄດ້ແກ່ ການເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ, ການໃຫ້ເຊົ່າອະສັງຫາລິມະຊັບ ຫຼື ການແລກປ່ຽນສິນຄ້າ ຫຼື ການບໍລິການໃດໜຶ່ງກັບເງິນ. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມ ຫຼື ມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄົນທີ່ເຮັດວຽກດ້ວຍຕົນເອງ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າຕ່າງຫາກ.

ມີໃຜໃນເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະບໍ່?  
 ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນແລ້ວ, ໃຫ້ຕອບໃສ່ສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງພາກທີ 9.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ເຮັດທຸລະກິດຕົນເອງ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງທຸລະກິດ
--	---------------

ທີ່ຢູ່ຂອງທຸລະກິດ

ປະເພດຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງທຸລະກິດ  
 ຫ້າງຫຸ້ນສ່ວນ  ບໍລິສັດ S  ຫ້າງຫຸ້ນສ່ວນຜູ້ດຽວ  ບໍລິສັດ  ອື່ນໆ  ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້

ປະເພດທຸລະກິດ (ເຮັດສວນ, ສະຖານຮັບລ້ຽງເດັກນ້ອຍຢູ່ບ້ານ)	ວັນທີ່ທຸລະກິດເລີ່ມຕົ້ນ
---	------------------------

ທຸລະກິດນີ້ໄດ້ຍື່ນເສຍພາສີບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ  
 ຖ້າແມ່ນ, ພາສີບິດທີ່ທຸລະກິດໄດ້ຍື່ນເສຍພາສີເທື່ອກ່ອນ?

ທຸລະກິດມີການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢ່າງຫຼວງຫຼາຍນັບແຕ່ການຍື່ນພາສີຄັ້ງລ້າສຸດບໍ່?

ແມ່ນແລ້ວ  ບໍ່ແມ່ນ  ຂ້ອຍບໍ່ຮູ້

ໂດຍສະເລ່ຍ, ທຸລະກິດນີ້ມີລາຍຮັບລວມເທົ່າໃດໃນແຕ່ລະເດືອນ? ກະລຸນາເອົາລາຍຮັບທີ່ໄດ້ຮັບກ່ອນທີ່ຈະລົບລາຍຈ່າຍໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ. \$

ໂດຍສະເລ່ຍ, ຈຳນວນລາຍຈ່າຍທັງໝົດຂອງທຸລະກິດນີ້ມີເທົ່າໃດຕໍ່ເດືອນ?

\$

ສະເລ່ຍ, ຈຳນວນຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນທີ່ບຸກຄົນນີ້ເຮັດວຽກແກ່ທຸລະກິດນີ້ແມ່ນເທົ່າໃດ?

**ພາຫທີ່ 10 – ລາຍຮັບເປັນສິ່ງຂອງ ຫຼື ລາຍຮັບອາສາສະໝັກອື່ນໆ**

ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບກ່ຽວກັບສິ່ງຂອງ (ການໄດ້ຮັບສິນຄ້າ, ບໍລິການ ຫຼື ອາຫານເພື່ອແລກປ່ຽນກັບວຽກງານ) ຫຼື ວຽກງານອາສາສະໝັກທີ່ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານເຮັດ. ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າຕ່າງຫາກ.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ໃຫ້ສິນຄ້າ, ການບໍລິການ ຫຼື ອາຫານເພື່ອແລກປ່ຽນກັບວຽກງານ ຫຼື ບໍລິການ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ	ເບີໂທລະສັບ	
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ

ສິ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດເພື່ອແລກປ່ຽນສິນຄ້າ, ການບໍລິການ ຫຼື ອາຫານ ແມ່ນມີຫຍັງແດ່?

ຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະເດືອນ?	ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ
-------------------------	----------------

ຊື່ຂອງບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ	ເບີໂທລະສັບ	
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ

ທ່ານເປັນອາສາສະໝັກຈັກຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະເດືອນ?

	ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ
--	----------------

**ພາຫທີ່ 11 – ລາຍຮັບອື່ນໆ**

ຖ້າຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ, ໃຊ້ເຈ້ຍເປົ້າຕ່າງຫາກ.

ມີໃຜໃນເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ມີລາຍຮັບອື່ນໆບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າມີ, ປະກອບໃສ່ພາກສ່ວນລຸ່ມນີ້ສໍາລັບແຕ່ລະປະເພດຂອງລາຍຮັບ.

ປະເພດຂອງລາຍຮັບ	ທ່ານໄດ້ຮັບສິ່ງນີ້ແລ້ວຫຼືບໍ່?	ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບລາຍຮັບນີ້	ຍອດລວມຈຳນວນເງິນປະຈຳເດືອນ (ກ່ອນຫັກພາສີ ຫຼື ຫຼັງຫັກພາສີ)
Social Security (ປະກັນສັງຄົມ)	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
Supplemental Security Income (ລາຍໄດ້ເສີມຄວາມໝັ້ນຄົງ) (SSI)	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ຄ່າລ້ຽງດູເມຍ/ລ້ຽງດູສິ່ງເສີມເດັກ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ເງິນຊົດເຊີຍພະນັກງານ/ການຫວ່າງງານ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ຄ່າພິການ/ເຈັບປ່ວຍ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ເງິນຊົດເຊີຍຂອງນັກຮົບເກົ່າ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ລາຍຈ່າຍຄ່າອຸປະຖຳລ້ຽງດູ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ລາຍຈ່າຍຄ່າອຸປະຖຳລ້ຽງດູເຄືອຍາດ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$
ອື່ນໆ: _____	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		\$

**ພາຫທີ່ 12 – ລາຍຈ່າຍ**

ການເບິ່ງແຍງຜູ້ສູງອາຍຸ: ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຂົາໄດ້ເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກ, ໄປໂຮງຮຽນ ຫຼື ເຂົ້າຮັບການຝຶກອົບຮົມບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດູແລລູກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ແມ່ນໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ຄົນນີ້? (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)
ຈຳນວນ \$	ການຈ່າຍນີ້ແມ່ນເລື້ອຍປານໃດ (ເລືອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)? <input type="checkbox"/> ທຸກໆອາທິດ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັ້ນອາທິດ) <input type="checkbox"/> ເດືອນລະຄັ້ງ <input type="checkbox"/> ທຸກໆເຄິ່ງເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ) <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ:	

ການລ້ຽງດູບຸດ: ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານຖືກສານສັ່ງໃຫ້ຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູບຸດບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຈ່າຍເງິນຄ່າລ້ຽງດູບຸດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບເງິນ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຊື່ຂອງເດັກ ທີ່ໄດ້ຈ່າຍເງິນຄ່າລ້ຽງດູບຸດໃຫ້ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)
ຈຳນວນ \$	ການຈ່າຍນີ້ແມ່ນເລື້ອຍປານໃດ (ເລືອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)? <input type="checkbox"/> ທຸກໆອາທິດ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັ້ນອາທິດ) <input type="checkbox"/> ເດືອນລະຄັ້ງ <input type="checkbox"/> ທຸກໆເຄິ່ງເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ) <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ:	

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປີ້ນປົວພະຍາດ: ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ສູງອາຍຸ, ຕາບອດ ຫຼື ກຳນົດໃຫ້ເປັນຜູ້ພິການ ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການຮັກສາພະຍາບານທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງບໍ່? ເບິ່ງຕົວຢ່າງການຫັກເງິນຄ່າຮັກສາພະຍາບານ ແລະ ຜົນກະທົບຕໍ່ສິດທິປະໂຫຍດຂອງ FoodShare ຫຼື [P-03315B](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b) ທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/p-03315b).

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຜູ້ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຄ່າຮັກສາພະຍາບານປະເພດໃດແດ່?	ຈໍານວນ
	<input type="checkbox"/> ໃບສັ່ງຢາ	\$
	<input type="checkbox"/> ຄ່າຮັກສາພະຍາບານ	\$
	<input type="checkbox"/> ການຮ່ວມຈ່າຍ	\$
	<input type="checkbox"/> ເບ້ຍປະກັນ	\$
	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ	\$
	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ	\$

ການຈ່າຍນີ້ແມ່ນເລື້ອຍປານໃດ (ເລືອກຈາກຂ້າງລຸ່ມ)?

ທຸກໆອາທິດ  ທຸກໆສອງອາທິດ (ອາທິດເວັນອອກທິດ)  ເດືອນລະຄັ້ງ  ທຸກໆເຄິ່ງເດືອນ (ສອງຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ)  
 ອື່ນໆ, ກະລຸນາລະບຸ:

ຄ່າທີ່ພັກ: ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສ (ຄ່າເຊົ່າ, ຄ່າຈໍານອງ, ອາກອນຊັບສິນ) ບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ບຸກຄົນທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກອາໄສ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນ \$
--	--------------------------

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ເພື່ອຫຍັງ?

ຄ່າເຊົ່າ/ຄ່າເຊົ່າຕອນດິນ  ຄ່າຈໍານອງ  ອາກອນຊັບສິນ  ປະກັນໄພເຈົ້າຂອງເຮືອນ  
 ການຊໍາລະເງິນຄ່າສິນເຊື່ອບ້ານເຄື່ອນທີ່  ການປະເມີນພິເສດ ຫຼື ພາສີສໍາລັບສິ່ງຕ່າງໆ ເຊັ່ນວ່າ ການສ້ອມແປງທາງຢ່າງ ຫຼື ຖະໜົນ

ຄ່າສາທາລະນຸປະໂຫຍກ:

ມີໃຜໃນເຮືອນຈ່າຍຄ່າສາທາລະນຸປະໂຫຍກບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ ເຊົ່າ, ຄ່າເຊົ່າແມ່ນລວມເຖິງຄ່າເຄື່ອງເຮັດຄວາມອຸ່ນດ້ວຍຫຼືບໍ່?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ໃສ່ໝາຍຖືກໃສ່ຫ້ອງສໍາລັບສາທາລະນຸປະໂຫຍກທີ່ຄິດເຮືອນຂອງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຈ່າຍ ແລະ ຖ້າຫາກສາທາລະນຸປະໂຫຍກຖືກໃຊ້ເພື່ອເຮັດໃຫ້ເຮືອນຂອງທ່ານອຸ່ນ.

ທ່ານຈ່າຍຄ່າສາທາລະນຸປະໂຫຍກນີ້ບໍ່?	ໃຊ້ສໍາລັບຄວາມອຸ່ນບໍ່?
ອາຍແກັສ (ທໍາມະຊາດ) <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ໄຟຟ້າ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ແກັສໂປຣເປນແຫຼວ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ນໍ້າມັນເຊື້ອໄຟ/ນໍ້າມັນກາສ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ຖ່ານຫີນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ຟືນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	--

ໃສ່ໝາຍຖືກໃສ່ທ້ອງສໍາລັບສາທາລະນະປະໂພກທີ່ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຈ່າຍ.

ໂທລະສັບ  ນໍ້າ  ທໍ່ນໍ້າເສຍ  ບໍລິການເກັບມ້ຽນຂີ້ເຫຍື້ອ  ຄ່າແອ  ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

ທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສ (ພາກທີ 8 ຫຼື ເງິນອຸດໜູນດ້ານທີ່ຢູ່ອາໄສສາທາລະນະອື່ນໆ)?

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

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

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

## WISCONSIN FOODSHARE ຂໍ້ມູນສໍາຄັນ

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

FoodShare ແມ່ນການໃຫ້ສິດທິ ໝາຍຄວາມວ່າຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ທີ່ມີລາຍຮັບໜ້ອຍ ແລະ ມີບັນຫາໃນການຊື້ອາຫານໃຫ້ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອປະຈໍາເດືອນ ເພື່ອໃຫ້ມີລາຍຮັບທີ່ພຽງພໍ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍ W-2 ຫຼື ໂຄງການອື່ນໆເພື່ອໃຫ້ສາມາດໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare. ປົກກະຕິຄົວເຮືອນແມ່ນປະກອບດ້ວຍຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ນໍ້າກັນ ແລະ ກິນອາຫານຮ່ວມກັນ. ຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ທີ່ຄົວເຮືອນໄດ້ຮັບອີງຕາມຂະໜາດ, ລາຍຈ່າຍ ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ. ສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare ແມ່ນອອກໃຫ້ໃນບັດ Wisconsin QUEST, ຊຶ່ງໃຊ້ຄືກັນກັບບັດເດບິດທີ່ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງ, ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຍ່ອຍທາງອອນລາຍ ຫຼື ຕະຫຼາດກະສິກໍາທີ່ຮອງຮັບສິດທິປະໂຫຍດ FoodShare.

### ຂໍ້ກໍານົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລາຍງານ ຖ້າລາຍຮັບລວມຍອດປະຈໍາເດືອນຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານເກີນ 130% ຂອງ federal poverty level (ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ) ສໍາລັບຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລາຍງານການໄດ້ຮັບເງິນຫວຍ ຫຼື ການຊະນະພະນັນໃນເກມດຽວ, ການເດີມພັນ ຫຼື ບິໂທເປັນຈໍານວນຫຼວງຫຼາຍ ກ່ອນຫັກອາກອນ ຫຼື ຈໍານວນອື່ນໆທີ່ຖືກລະງັບໄວ້.

ທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ອາດຈະຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມຂໍ້ກໍານົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ໃນບາງຈຸດໃນຊ່ວງໄລຍະເວລາການຢັ້ງຢືນຂອງທ່ານ ເພື່ອສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນສົ່ງເຄາະຂອງ FoodShare. ເພື່ອບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມຂໍ້ກໍານົດໃນການເຮັດວຽກ, ທ່ານຕ້ອງເຮັດວຽກ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການເຮັດວຽກຢ່າງໜ້ອຍ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ. ຖ້າຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຂອງທ່ານຕໍ່າກວ່າ 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລາຍງານເລື່ອງນີ້.

### ຍ້ອນວ່າເປັນສະມາຊິກຂອງ FoodShare, ທ່ານມີສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ.

ສິດຂອງທ່ານລວມມີ:

- ສິດໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບສະຖານະການລົງທະບຽນຂອງທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການສະໝັກ.
- ສິດໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍພາຍໃນເຈັດວັນຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອທັນທີ.
- ຈະບໍ່ມີການເລືອກປະຕິບັດ ພຽງເພາະວ່າທ່ານເປັນຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ເພາະເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກໍາເນີດ, ເພດ (ລວມເຖິງຮູບລັກທາງເພດ ແລະ ຮິດສະນິຍົມທາງເພດ), ຄວາມເຊື່ອທາງສາດສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການຕອບໂຕ້/ການແກ້ແຄ້ນສໍາລັບກິດຈະກຳທາງສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້.

ທ່ານຮັບຜິດຊອບຕໍ່:

- ການຕອບຄໍາຖາມທັງໝົດໃນໃບສະໝັກຢ່າງຄົບຖ້ວນ ແລະ ຊື່ສັດ ແລະ ເຊັນຊື່ຂອງທ່ານເພື່ອຢັ້ງຢືນພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການໃຫ້ຄວາມເຫັດວ່າຄໍາຕອບທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນເປັນຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຊຶ່ງນີ້ແມ່ນລວມເຖິງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສັນຊາດ ແລະ ສະຖານະການຍ້າຍຖິ່ນຖານຂອງສະມາຊິກທີ່ຂໍຮັບສິດທິປະໂຫຍດ.
- ການໃຫ້ຫຼັກຖານຂອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຕ້ອງການເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບ.

- ການລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ຕ້ອງການພາຍໃນໄລຍະເວລາທີ່ໃຫ້ແກ່ທ່ານໃນໜັງສືຂອງທ່ານ.
- ບໍ່ຂາຍ, ແລກປ່ຽນ ຫຼື ແບ່ງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ.
- ການໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ພຽງແຕ່ຊື້ສິ່ງຂອງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເທົ່ານັ້ນ.

ຄົນຜູ້ທີ່ລະເມີດກົດລະບຽບຂອງ FoodShare ອາດຈະຖືກຕັດສິດຈາກໂຄງການ, ຖືບັບໄໝ, ຈັບເຂົ້າຄຸກ ຫຼື ທັງສາມ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/collection/f-10150b).

### ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບແຈ້ງການລາຍລັກອັກສອນຈາກຕົວແທນຂອງທ່ານກ່ອນການດໍາເນີນການໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດເພື່ອສິ້ນສຸດ ຫຼື ຫຼຸດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານ. ສໍາລັບການດໍາເນີນການສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນກ່ອນການດໍາເນີນການ.

### ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ

ທ່ານມີສິດໃນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີນໍາການກະທໍາຂອງຕົວແທນ. ທ່ານອາດຈະຂໍການໂຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໂດຍທາງວາຈາໄດ້ໂດຍການໂທຫາ 608-266-7709. ທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງຄໍາສະເໜີຂໍແບບຟອມການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ ຫຼື ໜັງສືຄໍາຮ້ອງການໄຕ່ສວນໂດຍແຟັກເຖິງ 608-264-9885 ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີເຖິງ:

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

ຕ້ອງໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານພາຍໃນ **90 ວັນ**ຂອງວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງຕົວແທນສໍາລັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານ ຫຼື, ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຈໍານວນຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານໃນເວລາໃດໜຶ່ງໃນຂະນະທີ່ທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາອາດຈະດາວໂຫຼດໄດ້ທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm), ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາຕົວແທນທີ່ມີລາຍຊື່ໃນໜັງສືຂອງທ່ານເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ.

ໃນຄະດີສ່ວນໃຫຍ່, ຖ້າ Division of Hearings and Appeals (ພະແນກໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຂອງທ່ານກ່ອນວັນທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ການດໍາເນີນການ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຢຸດ ຫຼື ຖືກຫຼຸດລົງ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ, ຢ່າງໜ້ອຍຈົນກວ່າການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິບັດ. ໃນລະຫວ່າງເວລານີ້, ຖ້າຫາກການປ່ຽນແປງທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໆເກີດຂຶ້ນ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງໄດ້. ຖ້າຫາກການປ່ຽນແປງເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືໃໝ່. ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄໍາຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ, ທ່ານອາດຈະອຸທອນ ແລະ ຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຄັ້ງທີສອງໄດ້. ຖ້າຄໍາຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາສິ້ນສຸດ ຫຼື ຫຼຸດເງິນຊົດເຊີຍຂອງທ່ານລົງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານຍັງຄ້າງຢູ່ນັ້ນຄືນ. ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍເພື່ອບໍ່ສືບຕໍ່ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້.

ທ່ານອາດຈະເປັນຕົວແທນຂອງຕົວເອງ ຫຼື ໃຫ້ທະນາຍຄວາມ, ໝູ່ ຫຼື ອື່ນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເປັນຕົວແທນຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນ ຫຼື ການປະຊຸມ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າທະນາຍຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ອາດຈະມີບໍລິການກົດໝາຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ໂທ 888-278-0633.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມາປະກົດຕົວ ຫຼື ຕົວແທນຂອງທ່ານບໍ່ມາປະກົດຕົວຢູ່ທີ່ການໄຕ່ສວນໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນທີ່ດີ, ການອຸທອນຂອງທ່ານຖືກພິຈາລະນາວ່າຖືກປະປ່ອຍ ແລະ ຖືກປະຕິເສດ.

### ຜູ້ປົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ການມອບສິດ

ຖ້າຫາກທ່ານມີຜູ້ປົກຄອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ຜູ້ປົກປ້ອງ ຫຼື ການມອບສິດ, ບຸກຄົນນັ້ນສາມາດຕິມ ແລະ ສົ່ງແບບຟອມນີ້ໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ບຸກຄົນນັ້ນຈໍາເປັນຈະຕ້ອງສົ່ງເອກະສານກ່ຽວກັບການແຕ່ງຕັ້ງກັບແບບຟອມນີ້.

### ການເກັບກໍາຂໍ້ມູນ/ການນໍາໃຊ້ SOCIAL SECURITY NUMBERS (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ)/ຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວບຸກຄົນໄດ້

ການເກັບກໍາຂໍ້ມູນນີ້, ລວມທັງ Social Security number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນແຕ່ລະຄົນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ Food and Nutrition Act of 2008 (ກົດໝາຍອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ 2008), ດັ່ງທີ່ໄດ້ປັບປຸງ, 7 U.S.C. 2011-2036. ຂໍ້ມູນຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກໍານົດວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ສືບຕໍ່ມີສິດເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມໃນ SNAP ຫຼືບໍ່.

ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອກໍານົດວ່າຄົວເຮືອນຂອງທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຮັກສາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ບໍ່. ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ຈະຖືກກວດສອບຜ່ານໂຄງການຈັບຄູ່ທາງຄອມພິວເຕີ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອກວດກາການຍອມປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງໂຄງການ ແລະ ສໍາລັບການຈັດການໂຄງການ.

ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກເປີດເຜີຍໃຫ້ກັບຕົວແທນຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງອື່ນໆສໍາລັບການກວດກາທາງການ ແລະ ເປີດເຜີຍໃຫ້ກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການຈັບບຸກຄົນທີ່ຫຼົບໜີເພື່ອຫຼີກລ້ຽງກົດໝາຍ.

ຖ້າການຕໍ່ວ່າ SNAP ເກີດຂຶ້ນກັບເຮືອນຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກນີ້, ລວມທັງ Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ທັງໝົດອາດຈະຖືກອ້າງອີງເຖິງໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ພ້ອມກັບໜ່ວຍງານເກັບກຳຂໍ້ຮຽກຮ້ອງສ່ວນຕົວສໍາລັບການດໍາເນີນການເກັບກຳຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ.

ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍ, ລວມທັງ Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ຂອງສະມາຊິກໃນແຕ່ລະຄົວເຮືອນແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການບໍ່ສາມາດລະບຸ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ຈະສົ່ງຜົນເຮັດໃຫ້ສິດ ທີ່ປະໂຫຍດ SNAP ຖືກປະຕິບັດສໍາລັບທຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີ Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ໂດຍ ທີ່ບໍ່ມີເຫດຜົນພຽງພໍ ແລະ ເໝາະສົມ. Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ໃດໆທີ່ໃຫ້ມາຈະຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍໃນລັກສະນະດຽວກັນກັບ Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ຂອງສະມາຊິກຄົວເຮືອນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.

Social Security Number (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນກັບ United States Citizenship and Immigration Services (ໜ່ວຍງານພົນລະເມືອງອະເມລິກາ ແລະ ບໍລິການຍົກຍ້າຍ) (USCIS).

ສິດທີ່ປະໂຫຍດຂອງ FoodShare ແມ່ນບໍ່ນັບລວມຢູ່ໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສາທາລະນະທີ່ບໍ່ ອາດຍອມຮັບໄດ້.

### ສະຖານະການຍົກຍ້າຍ

ເພື່ອສາມາດໃຫ້ໄດ້ຮັບ FoodShare, ທ່ານຕ້ອງເປັນພົນລະເມືອງອາເມລິກາ ຫຼື ມີສະຖານະການຍົກຍ້າຍທີ່ເໝາະສົມກັບ USCIS. ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງຂອງ ບັນດາບຸກຄົນທັງໝົດທີ່ສະໝັກຂໍ FoodShare ຈະໄດ້ຮັບການຢືນຢັນກັບ USCIS ໂດຍຜ່ານ SAVE ແລະ ອາດຈະສົ່ງຜົນຕໍ່ການລົງທະບຽນ ແລະ ສິດທີ່ປະໂຫຍດຂອງ FoodShare. ສະຖານະການຍົກຍ້າຍຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນກັບ USCIS ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ສະໝັກຂໍ FoodShare ຫຼື ຜູ້ທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າພວກເຂົາບໍ່ມີສະຖານະ ການຍົກຍ້າຍທີ່ມີຄຸນສົມບັດກັບ USCIS. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ລາຍຮັບຈາກບຸກຄົນເຫຼົ່ານັ້ນອາດຈະກະທົບເຖິງການລົງທະບຽນ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare.

### ການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ

Wisconsin Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບຂອງລັດວິດສະຄອນຊິນ) ອາດຈະເລືອກເອົາກໍລະນີ FoodShare ຂອງທ່ານແບບສຸ່ມ ເພື່ອເຮັດການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ. ການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ FoodShare ແມ່ນການທວນຄືນກໍລະນີ FoodShare ຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໜ່ວຍງານທີ່ລົງທະບຽນໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃນ FoodShare ໄດ້ອອກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ທ່ານຢ່າງຖືກຕ້ອງ ແລະ ໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທີ່ກຳນົດໂດຍລັດຖະບານກາງ. ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງລະບຸວ່າທ່ານຕ້ອງຮ່ວມມືກັບການທົບທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການ ແລະ ບໍ່ຮ່ວມມືກັບການທົບທວນ, ກໍລະນີ FoodShare ຂອງທ່ານອາດຈະຖືກປິດ. ຖ້າສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບອກວ່າກໍລະນີຂອງທ່ານອາດຈະຖືກປິດດົນປານໃດ.

### ກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 16 ເຖິງ 59 ປີ.

ຜູ້ສະໝັກ ແລະ ສະມາຊິກ FoodShare ທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕັ້ງແຕ່ 16 ເຖິງ 59 ປີ ຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງການໄດ້ຮັບສິດໄດ້ຮັບ FoodShare ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າ ຈະໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ. ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ ຊຶ່ງລວມເຖິງ ການລົງທະບຽນເຂົ້າເຮັດວຽກໃນເວລາທີ່ສະໝັກ ໂດຍການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ພຽງພໍກ່ຽວກັບສະຖານະການຈ້າງງານ ຫຼື ຄວາມພ້ອມໃນການເຮັດວຽກ.

ທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ ຖ້າວ່າ ສິ່ງໃດໜຶ່ງ ຄືດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ:

- ທ່ານມີອາຍຸ 16 ຫຼື 17 ປີ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຄົນທໍາອິດໃນກຸ່ມຂອງ FoodShare.
- ທ່ານອາຍຸ 16 ຫຼື 17 ປີ ແລະ ແມ່ນຄົນທໍາອິດຢູ່ໃນກຸ່ມ FoodShare ແຕ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນໂຮງຮຽນ ຫຼື ໃນໂຄງການຈ້າງງານ ແລະ ຝຶກອົບຮົມຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາ.
- ພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີຄວາມພ້ອມສໍາລັບການເຮັດວຽກ ນີ້ໃຊ້ໄດ້ ຖ້າຫາກ:
  - ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄວາມພິການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ຖາວອນຈາກລັດຖະບານ ຫຼື ແຫຼ່ງເອກະຊົນ.
  - ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານພົບວ່າສະພາບຈິດໃຈ ຫຼື ຮ່າງກາຍບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້.
  - ທ່ານຖືກຢັ້ງຢືນວ່າບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໂດຍໃບຢັ້ງຢືນຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບ ຫຼື ພະນັກງານສັງຄົມ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ W-2 ແລະ ຍອມປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂການເຮັດວຽກຂອງ W-2.
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົ້ນຕໍສໍາລັບເດັກໃນການອຸປະຖໍາທໍາອາຍຸນ້ອຍກວ່າ 6 ປີ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍ່ຕາມ). ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຫາກເດັກຄົນອື່ນຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍທັງພໍ່ ແລະ ແມ່, ມີພຽງຜູ້ດຽວທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຄວາມຕ້ອງການລົງທະບຽນການເຮັດວຽກຍ້ອນວ່າທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົ້ນຕໍຂອງເດັກນັ້ນ.
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຕົ້ນຕໍສໍາລັບເດັກຄົນອື່ນທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງຕົນເອງໄດ້ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍ່ຕາມ).
- ທ່ານໄດ້ສະໝັກຂໍ ຫຼື ກໍາລັງໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ.
- ທ່ານກໍາລັງເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການພັກພື້ນ ຫຼື ຮັກສາການຕິດ ເຫຼົ້າ ຫຼື ສິ່ງເສບຕິດອື່ນໆ ເປັນປະຈໍາ.
- ທ່ານກໍາລັງເຮັດວຽກຈໍານວນ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນຕໍ່ອາທິດ ຫຼື ກໍາລັງໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງປະຈໍາອາທິດຈໍານວນ \$217.50 ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາໃນໂຮງຮຽນທີ່ມີຊື່ສຽງ, ໂຄງການການຝຶກງານ ຫຼື ສະຖາບັນຂອງການສຶກສາຂັ້ນສູງ.

ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງມອບຫຼັກຖານໃຫ້ແກ່ຕົວແທນຂອງທ່ານຖ້າຫາກທ່ານມີເງື່ອນໄຂໜຶ່ງໃນບັນດາຂໍ້ຍົກເວັ້ນນີ້.  
ເຖິງແມ່ນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນ ຖານ,  
ແຕ່ວ່າການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການເຮັດວຽກດັ່ງກ່າວແມ່ນຕ້ອງເປັນໄປດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ.

### ມາດຕະການລົງໂທດຕໍ່ກົດລະບຽບການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ

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

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

ຖ້າວ່າ, ໃນລະຫວ່າງຊ່ວງເວລາການລົງໂທດ, ທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ຄົວເຮືອນຂອງ FoodShare ອື່ນ, ການແຈ້ງເຕືອນໄລຍະການລົງໂທດຈະຖືກສົ່ງໄປພ້ອມກັບທ່ານໄປຫາຄົວເຮືອນນັ້ນ.  
ໄລຍະເວລາຂອງການລົງໂທດແມ່ນ:

- ໜຶ່ງເດືອນສໍາລັບການລົງໂທດເທື່ອທຳອິດ.
- ສາມເດືອນສໍາລັບການລົງໂທດເທື່ອທີ່ສອງ.
- ຫົກເດືອນສໍາລັບການລົງໂທດເທື່ອທີ່ສາມ ຫຼື ເທື່ອຕໍ່ມາ.

ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດໄລຍະການລົງໂທດໄວ ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຂໍ້ກຳນົດການລົງທະບຽນເຮັດວຽກ. ທ່ານຈະຕ້ອງສະໝັກຂໍ  
FoodShare ຄືນໃໝ່ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຫຼັງຈາກໄລຍະການລົງໂທດສິ້ນສຸດ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງກຸ່ມ  
FoodShare, ທ່ານຈະຕ້ອງບອກໃຫ້ພະນັກງານຂອງທ່ານຮູ້ເພື່ອອັບເດດກໍລະນີຂອງທ່ານແທນທີ່ຈະມີການສະໝັກຄືນ.

### ຂໍ້ກຳນົດດ້ານການເຮັດວຽກຂອງ FOODSHARE ສໍາລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີອາຍຸແຕ່ 18 ເຖິງ 52

ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີອາຍຸ 18 ຮອດ 52 ປີໂດຍບໍ່ມີລູກນ້ອຍອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນອາດຈະໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຈຳກັດເວລາຈາກ FoodShare ພຽງແຕ່ສາມເດືອນຈາກໄລຍະເວລາ 36 ເດືອນ  
(ສາມປີ) ເວັ້ນແຕ່ວ່າພວກເຂົາມີສິດໃນຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ຫຼື ຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ຖືກຍົກເວັ້ນ. ຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກດັ່ງກ່າວນີ້  
ແມ່ນມີຄວາມແຕກຕ່າງຈາກຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂັ້ນພື້ນຖານ.

ມີສິ່ງທີ່ການໃນການຕອບສະໜອງຕໍ່ຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ສໍາລັບ ABAWDs:

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

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ FSET ຖ້າຫາກທ່ານລົງທະບຽນໃນ FoodShare.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາຍົກເວັ້ນ ແລະ ອາດຈະບໍ່ຕ້ອງບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຖ້າຫາກໜຶ່ງໃນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຄວາມຈິງ:

- ທ່ານກຳລັງອາໄສຢູ່ກັບເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີຜູ້ທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄົວເຮືອນ FoodShare ດຽວກັນ, ເຖິງແມ່ນວ່າເດັກຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບເງິນສົ່ງເຄາະ FoodShare ກໍຕາມ.
- ທ່ານເປັນຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງດູແລຕົນເອງໄດ້ (ບໍ່ວ່າບຸກຄົນນັ້ນຈະຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ ຫຼື ຢູ່ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍຕາມ).
- ທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກສໍາລັບເດັກໃນອຸປະຖາທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 6 ປີ (ເຖິງວ່າເດັກນັ້ນອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຫຼື ນອກເຮືອນຂອງທ່ານກໍຕາມ). ແນວໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານ ແລະ ອີກຄົນໜຶ່ງມີສິດເປັນຜູ້ປົກຄອງໃນການຄວບຄຸມເດັກທັງສອງຄົນ, ຈະມີພຽງຄົນດຽວເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນຈາກຂໍ້ກຳນົດການເຮັດວຽກຂອງ FoodShare ໃນຖານະຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຫຼັກຂອງເດັກ.
- ພົບວ່າສະພາບຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້.

- ທ່ານກຳລັງປະສົບກັບການຂາດແຄນທີ່ຢູ່ອາໄສ. ນີ້ແມ່ນລວມທັງຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ຢູ່ອາໄສຊົ່ວຄາວ ເຊັ່ນ: ການຈັດສັນການດຳລົງຊີວິດ ແລະ ທີ່ພັກອາໄສໃນໄລຍະປ່ຽນຜ່ານ ຫຼື ການຢູ່ຊົ່ວຄາວ (ສູງສຸດ 90 ວັນ) ຢູ່ທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງບຸກຄົນອື່ນ.
- ທ່ານກຳລັງຖືພາ.
- ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື ໄດ້ສະໜັກຂໍເງິນຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ.
- ທ່ານກຳລັງເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການການພັກພື້ນ ຫຼື ຮັກສາປິ່ນປົວ alcohol or other drug abuse (ການຕິດ ເຫຼົ້າ ຫຼື ສິ່ງເສບຕິດອື່ນໆ, AODA).
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາໃນໂຮງຮຽນ ຫຼື ສະຖາບັນການສຶກສາຂັ້ນສູງທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບ.
- ທ່ານມີອາຍຸ 18 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າທີ່ກຳລັງເຂົ້າໂຮງຮຽນມັດທະຍົມຢ່າງໜ້ອຍເຄິ່ງເວລາ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໃນ W-2 ແລະ ບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ W-2.
- ທ່ານກຳລັງເຮັດວຽກຈຳນວນ 30 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນຕໍ່ອາທິດ ຫຼື ພວມກຳລັງໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງປະຈຳອາທິດຈຳນວນ \$217.50 ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ.
- ທ່ານມີອາຍຸ 18-24 ປີ ທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳ, ການປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງຍາດພີ່ນ້ອງຕາມຄຳສັ່ງຂອງສານ, ເມື່ອທ່ານມີອາຍຸຄົບ 18 ປີ.
- ທ່ານເປັນນັກຮົບເກົ່າ. ນັກຮົບເກົ່າ ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບໃຊ້ຢູ່ໃນກອງທັບສະຫະລັດ (ລວມທັງກອງທັບບົກ, ກອງທັບນໍ້າ, ກອງທັບເຮືອ, ກອງທັບອາກາດ, ກອງທັບອາວະກາດ, ໜ່ວຍຍາມແຄມຝັ່ງ, ໜ່ວຍປ້ອງກັນຊາດ ແລະ ກອງກຳລັງສຳຮອງ) ແລະ ຖືກປົດປ່ອຍ ຫຼື ປ່ອຍອອກພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໜຶ່ງ.

**ໝາຍເຫດ:** ທ່ານອາດຈະຕ້ອງມອບຫຼັກຖານວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ.

### ສູນອາຊີບ

ສູນອາຊີບແມ່ນມີໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ສູນອາຊີບແມ່ນແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທີ່ໃຫຍ່ທີ່ສຸດຂອງການຊອກຫາວຽກໃນລັດ Wisconsin. ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊສູນອາຊີບທີ່ [jobcenterofwisconsin.com](http://jobcenterofwisconsin.com) ຫຼື ທ່ານສາມາດໃຊ້ຄອມພິວເຕີແບບສຳຜັດໜ້າຈຸ່ມທີ່ສູນອາຊີບຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາສູນອາຊີບໃກ້ກັບທ່ານ, ໂທ 888-258-9966 (ໂທບໍ່ເສຍຄ່າ).

### ການກວດເບິ່ງທາງຄອມພິວເຕີ

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

ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ທ່ານໃຫ້ພົບວ່າບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຖືກປະຕິເສດຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ແລະ/ຫຼື ນຳໄປສູ່ການດຳເນີນຄະດີທາງອາຍາ ສຳລັບການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໂດຍເຈດຕະນາ. ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍໃດໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄືນຖ້າຫາກທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າໄດ້ມີການຕໍ່ວ່າ FoodShare ກັບເຮືອນຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນໃນໃບຄຳຮ້ອງສະໝັກ, ລວມທັງ Social Security Numbers (ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ) ທັງໝົດອາດຈະຖືກອ້າງອີງເຖິງໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ພ້ອມກັບໜ່ວຍງານເກັບກຳສ່ວນຕົວສຳລັບການດຳເນີນການເກັບກຳຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ.

### ການເຕືອນການລົງໂທດຂອງ FOODSHARE

ສະມາຊິກຄົນໃດຄົນໜຶ່ງໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ລະເມີດກົດລະບຽບໃດໆຕໍ່ໄປນີ້ໂດຍເຈດຕະນາສາມາດຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare ເປັນເວລາ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດເທື່ອທຳອິດ, 24 ເດືອນຫຼັງຈາກການລະເມີດເທື່ອທີ່ສອງ ຫຼື ການລະເມີດເທື່ອທຳອິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສານທີ່ຖືກຄວບຄຸມ ແລະ ຖາວອນສຳລັບການກະທຳຜິດເທື່ອທີ່ສາມ.

- ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບິດບັງຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບ ຫຼື ການສືບຕໍ່ເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare
- ການແລກປ່ຽນ ຫຼື ການຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare
- ການປ່ຽນບັດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ
- ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ເພື່ອຊື້ສິ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານເຊັ່ນ: ສິ່ງມືນເມົາ ແລະ ຢາສູບ
- ການນຳໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare, ບັດປະຈຳຕົວ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆຂອງຜູ້ອື່ນ

ຂຶ້ນກັບມູນຄ່າຂອງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໃຊ້ໃນທາງທີ່ຜິດ, ທ່ານຍັງສາມາດຖືກປັບໄໝສູງສຸດເຖິງ \$250,000, ຈຳຄຸກເຖິງ 20 ປີ ຫຼື ທັງສອງ. ສານຕັດສິນຍັງຫ້າມທ່ານຈາກ FoodShare Wisconsin (ຟຸດແຊວິດສະຄອນຊິນ) ເພີ່ມອີກ 18 ເດືອນ. ທ່ານຈະຖືກຕັດສິນຖາວອນ ຖ້າຫາກທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າຄ້າຂາຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ FoodShare ຈຳນວນ \$500 ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ. ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare Wisconsin (ຟຸດແຊວິດສະຄອນຊິນ) ເປັນເວລາ 10 ປີ, ຖ້າຫາກທ່ານຖືກພົບວ່າໄດ້ເຮັດຄຳຖະແຫຼງສໍ້ໂກງ ຫຼື ການສະແດງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຕົວຕົນ ແລະ ຜູ້ຢູ່ອາໄສເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍທາງໃນເວລາດຽວກັນ. ຜູ້ກະທຳຜິດການຫຼົບໜີຄະດີອາຍາ ແລະ ການຄຸມການປະພຶດ ແລະ ຜູ້ທີ່ພື້ນໂທດບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນ FoodShare Wisconsin ໄດ້. ທ່ານອາດຈະຖືກນຳໄປສູ່ການດຳເນີນຄະດີເພີ່ມເຕີມພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງອື່ນໆທີ່ບັງຄັບໃຊ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຄ້າຂາຍ (ຊື້ ຫຼື ຂາຍ) ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ FoodShare ສໍາລັບຊັບສິນທີ່ຖືກຄວບຄຸມ ຫຼື ຢາເສບຕິດຜິດກົດໝາຍ, ທ່ານຈະຖືກຫ້າມຈາກໂຄງການ FoodShare ເປັນເວລາສອງປີສໍາລັບການກວດພົບເທື່ອທໍາອິດ ແລະ ຖາວອນສໍາລັບການກວດພົບຄັ້ງທີ່ສອງ. ຖ້າຫາກທ່ານຄ້າຂາຍ (ຊື້ ຫຼື ຂາຍ) ອາວຸດຂະໜາດນ້ອຍ, ລູກປືນ ຫຼື ລະເບີດ, ທ່ານຈະຖືກຫ້າມຈາກ FoodShare Wisconsin ຢ່າງຖາວອນ.

### ຕ້ອງການຫຼັກຖານ

ບໍ່ສາມາດລະບຸການລົງທະບຽນໃນ FoodShare ໄດ້ຈົນກວ່າທ່ານຈະສະແດງຫຼັກຖານເພື່ອຢັ້ງຢືນຄໍາຕອບບາງຢ່າງ.

- ຖ້າວ່າການສໍາພາດຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ທີ່ໜ່ວຍງານ, ກະລຸນານໍາເອົາສິ່ງຂອງຕ່າງໆເທົ່າທີ່ ທ່ານສາມາດນໍາມາໄດ້ຕາມລາຍການຂ້າງລຸ່ມ.
- ຖ້າວ່າການສໍາພາດຂອງທ່ານແມ່ນຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບລາຍການຫຼັກຖານ ທີ່ຈໍາເປັນພາຍຫຼັງຈາກທີ່ສໍາເລັດການສໍາພາດ.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຄໍາຂໍຮ້ອງໃຫ້ສະແດງເອກະສານຫຼັກຖານຕ່າງໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງ ລຸ່ມ. ຖ້າວ່າເປັນເຊັ່ນນັ້ນ, ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຈະສົ່ງລາຍການຫຼັກຖານທີ່ມີຄວາມຈໍາເປັນເພື່ອການຢືນຢັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດຫາສິ່ງຂອງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້, ບອກກັບຕົວແທນຂອງທ່ານວ່າສິ່ງຂອງອັນໃດທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດຫາໄດ້ ແລະ ຕົວແທນຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານ.

ລາຍການຕ່າງໆຄັ້ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງການພິສູດ:

#### ການລະບຸຕົວຕົນ/ການຍ້າຍຖິ່ນຖານ

- ໃບຂັບຂີ່
- ໃບແຈ້ງເກີດ
- ໜັງສືຜ່ານແດນ ຫຼື ບັດພົນລະເມືອງອາເມລິກາ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນການເຂົ້າເມືອງ
- ເຊັກຈ່າຍເງິນ
- ບັດປະຈໍາຕົວພະນັກງານ
- ບັນທຶກຈາກໂຮງໝໍ

#### ລາຍຮັບທີ່ຫາໄດ້

- ຫົວຂອງເຊັກທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບພາຍໃນ 30 ວັນທີ່ຜ່ານມາ
- ເອກະສານຖະແຫຼງການທີ່ລົງນາມຈາກຜູ້ຈໍາຈ້າງ ລວມເຖິງລາຍຮັບໂດຍລວມ ແລະ ວັນທີທີ່ຄາດຄະເນວ່າຈະຊໍາລະໃນອີກ 30 ວັນຕໍ່ຈາກນີ້.
- ແບບຟອມການຢັ້ງຢືນເງິນທີ່ຫາມາໄດ້ຂອງນາຍຈ້າງ

#### ຜູ້ປະກອບອາຊີບອິດສະຫຼະ

- ພາສີປິລາສຸດ

#### ລາຍຮັບອື່ນໆ

(ປະກັນໄພການຫວ່າງງານ, ປະກັນໄພຄວາມພິການ, Social Security (ປະກັນສັງຄົມ), ບໍານານ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮີບເກົ້າ, ການຈັດສັນຂອງກອງທັບ)

- ໜັງສືລາງວັນ
- ສໍາເນົາເຊັກລ່າສຸດ

ສິ່ງຂອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ອາດຈະຈໍາເປັນຕ້ອງມີຄວາມໜ້າເຊື່ອຖື:

- ຄໍາເຮືອນ ແລະ ໃບເກັບເງິນຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ
- ໃບບິນຄ່າເຊົ່າບັດຈຸບັນທີ່ມີຊື່ຂອງເຈົ້າຂອງ ແລະ ເບີໂທຢູ່ນໍາ
- ເອກະສານເຊົ່າ ຫຼື ຜ່ອນເຮືອນ
- ໃບເກັບເງິນຄ່າພາສີອະສັງຫາລິມະຊັບ
- ໃບເກັບເງິນຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ
- ຄ່າລ້ຽງລູກ (ໄດ້ຮັບ ຫຼື ໄດ້ຈ່າຍໃນລັດອື່ນໆນອກເໜືອຈາກລັດ Wisconsin)
- ສໍາເນົາຄໍາສັ່ງຂອງສານ ຫຼື ບັນທຶກການຈ່າຍອື່ນໆ
- ບັນທຶກການຈ່າຍເງິນຈາກລັດອື່ນ

ຖ້າຫາກທ່ານອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ, ຕາບອດ ຫຼື ພິການ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມໜ້າເຊື່ອຖືສໍາລັບຄ່າການຮັກສາທາງການແພດບາງຢ່າງ.

### ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ລາຍຈ່າຍທາງການແພດ

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ລາຍຈ່າຍທາງການແພດລວມມີແຕ່ບໍ່ຖືກຈໍາກັດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ການບໍລິການໂຮງໝໍ, ການແພດ, ປົວແຂ້ວ ແລະ ການເບິ່ງເຫັນ
- ຄ່າປະກັນໄພສໍາລັບປະກັນໄພສຸຂະພາບ, ຄ່າປະກັນໄພ Medicare ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບແຜນການໃຫ້ຢາຕາມແພດສັ່ງ
- ຢາຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ຢາທີ່ຫາຊື້ໄດ້ທົ່ວໄປ
- ຝ່າຍບໍລິການບ້ານພັກຄົນຊະລາ ແລະ ການຮັກສາຢູ່ເຮືອນ
- ອຸປະກອນທາງການແພດ ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆ
- ຄ່າພາຫະນະ ແລະ ຄ່າທີ່ພັກສໍາລັບການຮັກສາພະຍາບານ.
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງສໍາລັບສັດຮັບໃຊ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກເປັນພິເສດ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Lifeline/Medic Alert
- ຖ້າຫາກສັ່ງໃຫ້ຢາໂດຍຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບ
- ໃບແຈ້ງຍອດການເກັບເງິນ
- ໃບບິນຮັບເງິນແຍກ
- ຂວດຢາທີ່ມີລາຄາຢູ່ໃນປ້າຍ
- ສັນຍາປະກັນສຸຂະພາບທີ່ສະແດງເຖິງຄ່າໃຊ້ປະກັນໄພ, ປະກັນໄພຮ່ວມ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນຫຼຸດ
- ໃບຮັບຮອງຈາກການຢາ
- ຂໍ້ຕົກລົງການຈ່າຍຄືນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
- ໃບຮັບຮອງຈາກທ່ານໜ້າຢັ້ງຢືນວ່າໄດ້ສັ່ງໃຫ້ຊື້ຢາທີ່ຫາໄດ້ທົ່ວໄປ
- ໃບບິນສໍາລັບການບໍລິການຂອງພະຍາບານທີ່ໄປຢ້ຽມຢາມ, ແມ່ບ້ານ ຫຼື ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບໃນບ້ານ
- ໃບບິນສໍາລັບບ່ອນພັກ ແລະ/ຫຼື ການເດີນທາງສໍາລັບການຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ບໍລິການທາງການແພດ
- ໃບເກັບເງິນ ຫຼື ໃບຮັບເງິນສໍາລັບອາຫານສັດ, ການຝຶກອົບຮົມ ຫຼື ບໍລິການຈາກສັດຕະວະແພດສໍາລັບສັດຮັບໃຊ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກຝົນໂດຍສະເພາະ

## ຄຳຖະແຫຼງກ່ຽວກັບການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດຂອງ USDA

ອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ The U.S. Department of Agriculture (USDA), ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ໜ່ວຍງານ, ຫ້ອງການ ແລະ ພະນັກງານຂອງກະຊວງນີ້, ແລະ ບັນດາສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ຄຸ້ມຄອງບໍລິຫານບັນດາໂຄງການຂອງ USDA ດຳເນີນການເລືອກປະຕິບັດ ບົນພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ, ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ສຳລັບການເຄື່ອນໄຫວດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງໃນເມື່ອກ່ອນໃນໂຄງການ ຫຼື ກິດຈະກຳຕ່າງໆທີ່ດຳເນີນໂດຍ ຫຼື ໃຫ້ ທຶນໂດຍ USDA.

ບຸກຄົນພິການທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການສື່ສານໃນຮູບແບບອິນສຳລັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ຕົວຢ່າງ ໜັງສືໂພງ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ເທບສຽງ, ພາສາໃບອາເມລິກາ ແລະ ອື່ນໆ) ຄວນຕິດຕໍ່ຫາໜ່ວຍງານ (ລັດ ຫຼື ຫ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ພວກເຂົາສະໜັກຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ. ຄົນ ຫູໜວກ, ຫູຕົງ ຫຼື ປາກກົກ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານ Federal Relay Service ທີ່ (800) 877-8339. ນອກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນ ໂຄງການອາດຈະມີໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງຮຽນໂຄງການເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດ, ໃຫ້ປະກອບ [ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດໃນໂຄງການຂອງ USDA](#), (AD-3027) ທີ່ມີໃຫ້ທາງອອນລາຍທີ່: <https://www.ascr.usda.gov/how-file-program-discrimination-complaint>, ແລະ ຢູ່ທຸກຫ້ອງການ USDA, ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍຈຳໜ້າຊອງຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນແບບຟອມຢູ່ໃນຈົດໝາຍນັ້ນ. ເພື່ອຮ້ອງຂໍເອົາສຳເນົາແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ, ໃຫ້ໂທຫາ (866) 632-9992. ສິ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານ ຫຼື ຈົດໝາຍຫາ USDA ທາງ:

(1) ໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) ແຟັກ: (202) 690-7442; ຫຼື

(3) ອີເມວ: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.