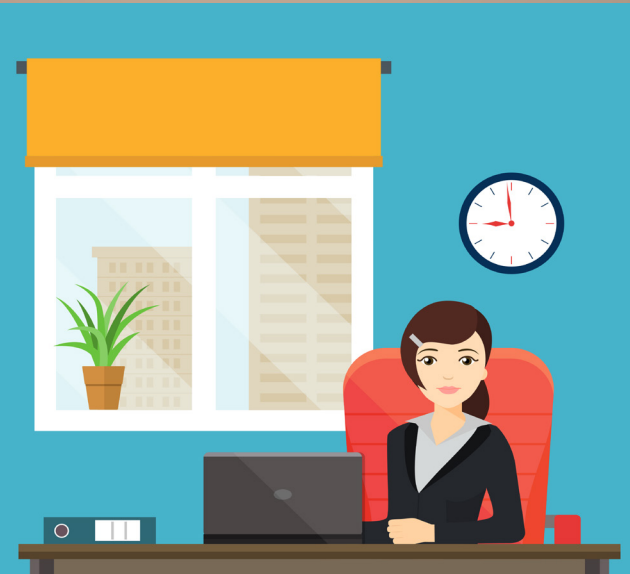




# ບົດແນະນຳ ການສະໝັກ

ຂໍໂຄງການສຸຂະພາບ, ໂພຊະນາການ  
ແລະ ອື່ນໆ ຂອງ Wisconsin



ຖ້າທ່ານພິການ ແລະ ຕ້ອງການຂໍ້ມູນນີ້ຢູ່ໃນຮູບແບບອື່ນ, ຕ້ອງການໃຫ້ແປມັນເປັນພາສາອື່ນ ຫຼື ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ (ເບິ່ງໜ້າ 15) ຫຼື ໂທຫາ Member Services (ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ) ທີ່ເບີ 800-362-3002. ການບໍລິການພາສາທຸກຢ່າງແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

# ຍິນດີຕ້ອນຮັບ

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເອົາປະກັນໄພສຸຂະພາບບໍ່? ທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈບໍ່ວ່າ ທ່ານຈະຈ່າຍໃຫ້ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຂອງທ່ານໃນເດືອນນີ້ແນວໃດ? ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເບິ່ງແຍງດູແລເດັກບໍ່ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານໄປໂຮງຮຽນ, ໄປເຮັດວຽກ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຝຶກອົບຮົມກ່ຽວກັບວຽກ? ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກວຽກ ຫຼື ການສ້າງທັກສະຄວາມຊຳນານຂອງທ່ານ ເພື່ອດຳເນີນຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປຢູ່ໃນອາຊີບຂອງທ່ານບໍ່?



ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ



ໂພຊະນາການ



ການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ



ການວ່າຈ້າງ

ບົດແນະນຳນີ້ບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວິທີສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການສຸຂະພາບ, ໂພຊະນາການ ແລະ ອື່ນໆຂອງ Wisconsin. ຜູ້ໃດກໍ່ຕາມ ຜູ້ທີ່ສະໝັກຂໍ ແລະ ພົບວ່າ ມີສິດໄດ້ຮັບແມ່ນຈະໄດ້ຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການ.



## ສາລະບານ

ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການ	4
ວິທີສະໝັກ	7
ສິ່ງທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງມີ ເພື່ອສະໝັກ	8
ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຄຳແນະນຳ	9
ການໃຫ້ຫຼັກຖານ	10
ໜັງສືທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ	14
ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ ແລະ ການຕິດຕໍ່	15
ສິດຂອງທ່ານຕໍ່ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ	17
ການເກັບເອົາ ແລະ ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນ ແລະ ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ	20

# ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການ

Wisconsin ມີຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານສຸຂະພາບ, ໂພຊະນາການ, ການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ ແລະ ການວ່າຈ້າງ, ສໍາລັບຂໍ້ມູນລະອຽດ ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບແຕ່ລະໂຄງການ, ເຂົ້າເບິ່ງ:

- [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).
- <https://dcf.wisconsin.gov/childcare>.
- <https://dcf.wisconsin.gov/w2/parents>.

ອາດຈະມີແຫຼ່ງຂໍ້ມູນອື່ນໃຫ້ສໍາລັບຄົນຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເກີນກ່ວາຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຢູ່ນີ້. ໂທຫາໜ່ວຍງານ ຫຼື 211 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ເບິ່ງໜ້າ 15 ສໍາລັບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.

## BadgerCare Plus

BadgerCare Plus ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ສໍາລັບຄົນອາຍຸ 0–64 ປີ ຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຈໍາກັດ.

## ໂຄງການ BadgerCare Plus Prenatal Plan

ໂຄງການ BadgerCare Plus Prenatal Plan ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາແກ່ແມ່ ຍິງຖືພາ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ BadgerCare Plus ເນື່ອງຈາກສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ເພາະວ່າພວກເຂົາຖືກກັກຂັງຢູ່ໃນຄຸກ.

## Badger Care Plus Emergency Services

ການບໍລິການສຸກເສີນ BadgerCare Plus ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຈໍາກັດຢູ່ໃນບາງກໍລະນີແກ່ຄົນຜູ້ທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ BadgerCare Plus ເນື່ອງຈາກສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ການເປັນພົນລະເມືອງຂອງພວກເຂົາ ແຕ່ເປັນຜູ້ທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ມີການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດທັນທີ.

## Family Planning Only Services

ໂຄງການ Family Planning Only Services ໃຫ້ການບໍລິການບໍລິການ ແລະ ອຸປະກອນກ່ຽວຂ້ອງກັບການວາງແຜນຄອບຄົວສະເພາະແກ່ຜູ້ຊາຍ ແລະ ແມ່ຍິງ ເພື່ອປ້ອງກັນການຖືພາທີ່ບໍ່ໄດ້ວາງແຜນໄວ້.

## FoodShare

FoodShare Wisconsin, ຍັງຮູ້ຈັກໃນນາມວ່າ SNAP (ເຊິ່ງເປັນຄໍາຫຍໍ້ສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອອາຫານເສີມ) ຊ່ວຍຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ຈໍາກັດຊື້ອາຫານທີ່ພວກເຂົາຕ້ອງການໃຫ້ມີສຸຂະພາບດີ.

## Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid ສໍາລັບຜູ້ສູງອາຍຸ, ຄົນຕາບອດ ຫຼື ຄົນພິການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບຄົນຜູ້ມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ, ຕາບອດ ຫຼື ພິການ ແລະ ມີລາຍໄດ້ ຫຼື ຊັບສິນຈໍາກັດ. ອັນນີ້ລວມມີແຜນປະກັນຄຸ້ມຄອງເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຕໍ່ໄປນີ້:

- Supplemental Security Income (SSI) Medicaid (ເມດິກເອດລາຍຮັບຄໍ້າປະກັນເສີມ)
- SSI-related Medicaid (ເມດິກເອດກ່ຽວຂ້ອງກັບ SSI)
- Medicaid Purchase Plan (ແຜນປະກັນການຊື້ເມດິກເອດ)
- Wisconsin Well Woman Medicaid (ເມດິກເອດແມ່ຍິງມີສຸຂະພາບດີວິດສະຄອນຊິນ)
- ການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, ລວມທັງ Family Care (ການເບິ່ງແຍງດູແລຄອບຄົວ), Family Care Partnership (ຫຸ້ນສ່ວນການເບິ່ງແຍງດູແລຄອບຄົວ, IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (ລວມເຂົ້ານໍາ, ເຄົາລົບ, ຂ້ອຍສັ່ງຕົວເອງ), Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) (ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລລະອຽດຮອບດ້ານສໍາລັບຜູ້ສູງອາຍຸ), Institutional Medicaid (ເມດິກເອດທາງດ້ານສະຖາບັນ) ແລະ Katie Beckett (ເຄຕີ ເບັກເກັດ)

## Family Care

Family Care ໃຫ້ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວແກ່ຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸສູງກວ່າ 65 ປີ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຄວາມພິການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ພັດທະນາການ ຫຼື ປັນຍາ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຂົາສາມາດດຳລົງຊີວິດຢູ່ໃນບ້ານຂອງພວກເຂົາເອງ ເມື່ອເປັນໄປໄດ້.

## Family Care Partnership

Family Care Partnership ໃຫ້ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ຢາຕາມແພດສັງແກ່ຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸສູງກວ່າ 65 ປີ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີຄວາມພິການທາງດ້ານພັດທະນາການ, ປັນຍາ ຫຼື ຮ່າງກາຍ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຂົາດຳລົງຊີວິດຢູ່ໃນຊຸມຊົນໄດ້ຢ່າງເປັນເອກະລາດເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.

## ໂຄງການ IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) (ລວມເຂົ້ານຳ, ເຄົາລົບ, ຂ້ອຍສັ່ງຕົວເອງ)

IRIS ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການສະໜັບສະໜູນໄລຍະຍາວຈັດການເລື່ອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຂອງພວກເຂົາເອງ.

## Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

PACE ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ, ການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ຢາຕາມແພດສັງແກ່ຄົນອາຍຸ 55 ປີຂຶ້ນໄປ ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄາວຕີ້ Milwaukee ຫຼື Waukesha.

## Institutional Medicaid (ໂຮງໝໍ, ບ້ານພະຍາບານ, ສະຖາບັນສຳລັບໂລກຈິດ)

Institutional Medicaid ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວແກ່ຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນເປັນເວລາ 30 ວັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໃນຊຸດໜຶ່ງ ຫຼື ຄາດວ່າຈະອາໄສຢູ່ໃນສະຖາບັນເປັນເວລາ 30 ວັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໃນຊຸດໜຶ່ງ.

## Katie Beckett Medicaid

ໂຄງການ Katie Beckett ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບສຳລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ ທີ່ມີຄວາມພິການໄລຍະຍາວ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຊັບຊ້ອນ ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ກັບຄອບຄົວຂອງພວກເຂົາ.

## ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare

ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare ຊ່ວຍຄົນຜູ້ທີ່ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare ຈ່າຍຄ່າ Medicare ສະເພາະ, ຂຶ້ນກັບລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບສິນຂອງພວກເຂົາ.

## Qualified Medicare Beneficiary

Medicaid ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ A ແລະ ພາກ B, ປະກັນໄພຮ່ວມ Medicare ແລະ ສ່ວນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍກ່ອນ.

## Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B.

## Qualified Individual Group 1 (ຍັງເອີ້ນວ່າ Specified Low Income Beneficiary Plus ນຳອີກ)

Medicaid ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B.

## Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພພາກ A.



## SeniorCare

SeniorCare ຊ່ວຍຈ່າຍຢາຕາມແພດສັງສຳລັບຄົນອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ.

## Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Tuberculosis-Related Services Only Benefit ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການກ່ຽວຂ້ອງກັບວັນນະໂລກປອດສຳລັບຄົນ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການວິນິໄວວ່າເປັນວັນນະໂລກປອດ ແຕ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid.

## Caretaker Supplement

Caretaker Supplement ແມ່ນຜົນປະໂຫຍດເງິນສົດສຳລັບພໍ່ແມ່ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ຜູ້ທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນ SSI ແລະ ຜູ້ທີ່ກຳລັງອາໄສຢູ່ກັບ ແລະ ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລລູກຂອງພວກເຂົາ.

## ໂຄງການ Wisconsin Shares Child Care Subsidy

ໂຄງການ Wisconsin Shares Child Care Subsidy ຊ່ວຍຄອບຄົວທີ່ມີລາຍໄດ້ໜ້ອຍຈ່າຍຄ່າການເບິ່ງແຍງດູແລ ເພື່ອໃຫ້ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລອື່ນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດທີ່ອາດຈະເຮັດວຽກ, ໄປໂຮງຮຽນ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຝຶກອົບຮົມວຽກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ.

## Wisconsin Works (W-2)

W-2 ແມ່ນໂຄງການຈຳກັດເວລາທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຊົ່ວຄາວ ແລະ ການບໍລິການຈັດການເລື່ອງໃຫ້ກັບພໍ່ແມ່ມີລາຍໄດ້ໜ້ອຍ ແລະ ແມ່ຍິງຖືພາ. ມັນແມ່ນໂຄງການວຽກສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ຢາກຈະມີສ່ວນຢູ່ໃນກິດຈະກຳວຽກຕ່າງໆ.



# ວິທີສະໝັກ

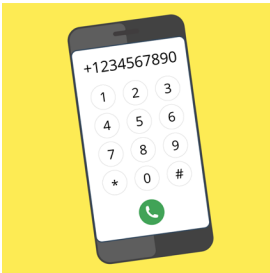
ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການໄດ້ທາງອອນລາຍ, ໂດຍທາງໂທລະສັບ, ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ດ້ວຍຕົວເອງຢູ່ທີ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານອ່ານ ຫຼື ຂຽນເປັນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ຫຼື ພາສາສະເປນ, ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກຂໍໂດຍການໂທຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ ຫຼື ດ້ວຍການສົ່ງໃບສະໝັກສະບັບເຈ້ຍ.

ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາ, ລວມທັງ ການບໍລິການແປພາສາເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ຜູ້ແປພາສາປາກເປົ່າແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ເບິ່ງໜ້າ 15 ສໍາລັບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງ ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.



## ອອນລາຍ: ມີໃຫ້ເປັນພາສາອັງກິດ ແລະ ພາສາສະເປນເທົ່ານັ້ນ

ໄປຫາ [access.wisconsin.gov](https://access.wisconsin.gov). ເລືອກ "Apply for Benefits" (ສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ). ທ່ານສາມາດເຫັນຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ໂຄງການສຸຂະພາບ, ໂພຊະນາການ ຫຼື ອື່ນໆທີ່ທ່ານອາດຈະສາມາດ ໄດ້ຮັບອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ນັ້ນໄດ້. ທ່ານສາມາດຕັ້ງບັນຊີ ACCESS ເພື່ອກວດເບິ່ງສະຖານະການ ສະໝັກທາງອອນລາຍຂອງທ່ານໄດ້.



## ໂທລະສັບ

ໂທຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ ເພື່ອສະໝັກຂໍທາງໂທລະສັບ. ເບິ່ງໜ້າ 15 ສໍາລັບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງໜ່ວຍ ງານຂອງທ່ານ.

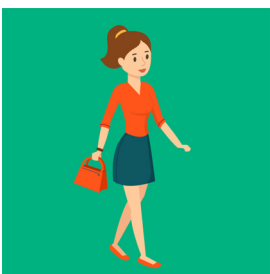


## ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ

ພິມໃບສະໝັກເຈ້ຍເປັນພາສາຂອງທ່ານ.

- **BadgerCare Plus and Family Planning Only Services:** ໄປຫາ [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm).
- **FoodShare:** ໄປຫາ [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm).
- **Medicaid:** ໄປຫາ [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm).
- **SeniorCare:** ໄປຫາ [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm).

ປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນຳຢູ່ໃນໃບສະໝັກ ເພື່ອສົ່ງມັນເຂົ້າມາ. ຖ້າທ່ານຈະແຟັກມັນ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ສົ່ງໃບ ສະໝັກທັງສອງດ້ານແລ້ວ.



## ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ

ໄປຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ ແລະ ພະນັກງານຈະຊ່ວຍທ່ານປະກອບໃບສະໝັກສະບັບເຈ້ຍ ຫຼື ສະໝັກທາງອອນລາຍ. ເບິ່ງໜ້າ 15 ສໍາລັບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.

# ສິ່ງທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງມີ ເພື່ອສະໝັກ

ເມື່ອທ່ານສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ໂຄງການ, ທ່ານອາດຈະຖືກບອກໃຫ້ສະໜອງຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ບາງອັນ ຫຼື ທັງໝົດສໍາລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ສະໝັກ. ການມີຂໍ້ມູນນີ້ພ້ອມເມື່ອທ່ານສະໝັກຈະເຮັດໃຫ້ການສະໝັກງ່າຍຂຶ້ນ ແລະ ໄວຂຶ້ນ.





# ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຄໍາແນະນໍາ

## ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ອື່ນ

ຄົນໃດຄົນໜຶ່ງເຊັ່ນ: ໝູ່, ພີ່ນ້ອງ ຫຼື ເພື່ອນບ້ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດໄດ້. ຖ້າທ່ານຢາກຈະໃຫ້ຄົນໃດໜຶ່ງ ຫຼື ອົງການໃດໜຶ່ງຊ່ວຍທ່ານສະໝັກຂໍ ແລະ ຈັດການຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ທ່ານ ຫຼື ສາມາດຕ້ອງໄດ້ແຕ່ງຕັ້ງ ພວກເຂົາເຮັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງທ່ານ. ຢູ່ລຸ່ມນີ້ແມ່ນບັນດາຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ສາມາດແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເຮັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້.

## ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດແມ່ນບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ທ່ານ ແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ຊ່ວຍທ່ານສະໝັກຂໍ ແລະ ຈັດການຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ໂຄງການຂອງທ່ານ.

ທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານໂດຍການປະກອບເອກະສານ Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person (ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນແປງ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຄື: ແບບຟອມບຸກຄົນ), ແບບຟອມ F-10126A. ໄປຫາ [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm) ເພື່ອເອົາແບບຟອມ.

ທ່ານສາມາດແຕ່ງຕັ້ງອົງການໃດໜຶ່ງເປັນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຂອງທ່ານໂດຍການປະກອບເອກະສານ Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization (ແຕ່ງຕັ້ງ, ປ່ຽນແປງ ຫຼື ລົບລ້າງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດຄື: ແບບຟອມອົງການ), ແບບຟອມ F-10126B. ໄປຫາ [www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm) ເພື່ອເອົາແບບຟອມ.

## ຜູ້ຕາງໜ້າອື່ນໆ

ຜູ້ປົກປ້ອງ, ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍແນ່ນອນເຊັ່ນ: ຜູ້ປົກຄອງຊັບສິນຕາມກົດໝາຍ ແລະ ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບສິດສະເພາະເຊັ່ນ: ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບສິດທາງດ້ານການເງິນອາດຈະເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານສະໝັກຂໍ ແລະ ຈັດການຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການຂອງທ່ານ. ພວກເຂົາອາດຈະໄດ້ຮັບການບອກໃຫ້ສະໜອງເອກະສານສະຖານະຂອງພວກເຂົາໃນຖານະເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ.

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

## ສິ່ງທີ່ຕ້ອງຈື່ໄວ້ໃຈ ເມື່ອທໍາການສະໝັກ

- ໂຄງການມີຂີດຈໍາກັດທາງດ້ານລາຍຮັບ ແລະ ກົດລະບຽບການລົງທະບຽນຕ່າງກັນ. ວິທີດຽວທີ່ຈະຮູ້ຄວາມຈິງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບໍ່ ແມ່ນໃຫ້ສະໝັກຂໍ. ຖ້າທ່ານຢາກຈະເບິ່ງວ່າ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບໍ່ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະໝັກ, ໄປຫາ [access.wisconsin.gov](http://www.dhs.wisconsin.gov/access.wisconsin.gov) ແລະ ເລືອກ "Am I Eligible (ຂ້ອຍມີສິດໄດ້ຮັບບໍ່)?" ທ່ານອາດຈະຖືກຖາມຄໍາຖາມເພື່ອເບິ່ງວ່າ ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບບໍ່.
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເບິ່ງຂີດຈໍາກັດລາຍໄດ້ປັດຈຸບັນຂອງໂຄງການ, ໄປຫາ [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).
- ຖ້າທ່ານກໍາລັງສະໝັກຂໍ FoodShare, ທ່ານຕ້ອງດໍາເນີນການສໍາພາດໃຫ້ສໍາເລັດ. ທ່ານສາມາດເຮັດການສໍາພາດໄດ້ໂດຍທາງໂທລະສັບ ຫຼື ດ້ວຍຕົວເອງຢູ່ທີ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.
- ທ່ານສາມາດໂທຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານໄດ້ຫຼັງຈາກສິ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານທາງອອນລາຍ.
- ສໍາລັບ Medicaid ແລະ Caretaker Supplement, ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນຊັບສິນ ແລະ ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຫຼັກຖານຂອງຊັບສິນເຫຼົ່ານັ້ນ. ໃຫ້ມີບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານຂອງທ່ານພ້ອມໄວ້ເພື່ອເຮັດການສະໝັກໄດ້ງ່າຍຂຶ້ນ ແລະ ໄວຂຶ້ນ.



# ການໃຫ້ຫຼັກຖານ

ຫຼັງຈາກທ່ານສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ໂຄງການ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນ ຫຼື ຫຼັກຖານເພີ່ມເຕີມ. **ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືບອກທ່ານວ່າ ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຫຼັກຖານອັນໃດ** ເມື່ອໜ່ວຍງານຂອງທ່ານທົບທວນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ.

ຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນບັນຊີລາຍການຕົວຢ່າງຂອງຫຼັກຖານ. ຢູ່ໃນບາງກໍລະນີ, ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານສາມາດເອົາຫຼັກຖານຈາກແຫຼ່ງອື່ນໄດ້ ແລະ ທ່ານຈະບໍ່ຕ້ອງເອົາມັນມາໃຫ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເອົາຫຼັກຖານ, ໃຫ້ໂທຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ.

## ຫຼັກຖານຂອງຄວາມພິການ

- ໃບອະນຸມັດຈາກ Disability Determination Bureau
- ໜັງສືອະນຸມັດຈາກອົງການປະກັນສັງຄົມ

## ຫຼັກຖານເອກະລັກປະຈຳຕົວ

- ໜັງສືຜ່ານແດນສະຫະລັດທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້
- ໃບອະນຸຍາດຂັບຂີ່ຂອງລັດ ຫຼື ບັດປະຈຳຕົວຂອງລັດທີ່ໃຊ້ໄດ້
- ID ທີ່ມີຮູບຕິດຂອງໂຮງຮຽນ
- ID ທີ່ມີຮູບຕິດພະນັກງານ
- ບັດ ID ຂຶ້ນກັບກອງທັບ
- ID ກອງທັບ ຫຼື ບັນທຶກສະບັບຮ່າງ
- ເອກະສານລົງທະບຽນຊົນເຜົ່າພື້ນເມືອງອາເມຣິກາ
- ສຳລັບເດັກນ້ອຍຕໍ່າກວ່າ 18 ປີທີ່ສະໝັກຂໍ BadgerCare Plus ຫຼື Medicaid, ແບບຟອມ Statement of Identity (ຄຳຢັ້ງຢືນເອກະລັກປະຈຳຕົວ) ທີ່ມີລາຍເຊັນ, F-10154 (ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາໜ່ວຍງານຂອງທ່ານສຳລັບແບບຟອມນີ້.)
- ID ທີ່ມີຮູບຕິດຂອງ U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS)

ທ່ານສາມາດໃຫ້ຫຼັກຖານຜ່ານແອັບມືຖື MyACCESS, ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກໄດ້.

ວິທີງ່າຍທີ່ສຸດທີ່ຈະໃຫ້ຫຼັກຖານແມ່ນດ້ວຍແອັບມືຖື MyACCESS. ທ່ານສາມາດດາວໂຫຼດແອັບໄດ້ຟຣີຢູ່ໃນ App Store ຫຼື Google Play. ແອັບແມ່ນມີໃຫ້ເປັນພາສາອັງກິດ ແລະ ພາສາສະເປນເທົ່ານັ້ນ.

## ຫຼັກຖານຂອງເອກະລັກປະຈຳຕົວອື່ນໆ/ ເພີ່ມເຕີມ— FoodShare ເທົ່ານັ້ນ

- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດ
- ບັນທຶກການເກີດຂອງໂຮງໝໍ
- ບັນທຶກການຮັບເປັນລູກລ້ຽງ
- ໃບເຊັກຈ່າຍເງິນ ຫຼື ສົ່ນໃບເຊັກຈ່າຍເງິນ
- Application for a Social Security Card (ໃບຄຳຮ້ອງຂໍບັດປະກັນສັງຄົມ) ຄົບຊຸດ, SS-5
- ໃບຢືນຢັນ ຫຼື ເອກະສານການເປັນສະມາຊິກໂບດ
- ບັດລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ
- ບັນທຶກຄອບຄົວ (ປຶ້ມວັນເດືອນປີເກີດ, ປະຫວັດວົງຕະກູນ, ການປະກາດແຈ້ງເກີດທາງໜັງສືພິມ, ເອກະສານສະໜັບສະໜູນ ຫຼື ຢ່າຮ້າງ)
- ໜັງສືສັນຍາປະກັນໄພຊີວິດ
- ID ໂຄງການບໍລິການທາງສັງຄົມອື່ນໆ
- ບັນທຶກຂອງສະຫະພາບແຮງງານ ຫຼື ອົງການອ້າຍນ້ອງກັນ
- ຄຳສັ່ງສານຂອງການປ່ຽນຊື່

## ຫຼັກຖານຂອງເອກະລັກປະຈຳຕົວອື່ນໆ/ ເພີ່ມເຕີມ— FoodShare ແລະ Health Care

ບັນທຶກທາງການແພດ (ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ, ບັນທຶກຂອງທ່ານໝໍ ຫຼື ຄລິນິກ, ໃບບິນຕ່າງໆ)

## ຫຼັກຖານຂອງການເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດສໍາລັບຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍ

- ໜັງສືຜ່ານແດນສະຫະລັດທີ່ນໍາໃຊ້ໄດ້
- ສໍາເນົາໃບຢັ້ງຢືນການເກີດຂອງສະຫະລັດທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນ
- ບັດ ID ພົນລະເມືອງ
- Certificate of Citizenship or Naturalization (ໃບຢັ້ງຢືນການເປັນພົນລະເມືອງ ຫຼື ການຕັດສັນຊາດ)
- ເອກະສານການຮັບເປັນລູກບຸນທໍາ
- ບັນທຶກຂອງກອງທັບ, ບັນທຶກຂອງໂຮງໝໍ, ບັນທຶກຂອງໂຮງຮຽນ, ບັນທຶກປະກັນໄພ ຫຼື ບັນທຶກຂອງສະຖານພະຍາບານສະແດງໃຫ້ເຫັນສະຖານທີ່ເກີດຢູ່ໃນສະຫະລັດ
- ບັດ ID ຄົນພື້ນເມືອງອາເມຣິກາ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍຊົນເຜົ່າທີ່ລັດຖະບານກາງຮັບຮູ້

## ຫຼັກຖານຂອງສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ (ຖ້າ ທ່ານບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ)

- ຜູ້ຢູ່ອາໄສຖາວອນ ຫຼື ບັດ “ຂຽວ”
- ໃບຢັ້ງຢືນການຕັດສັນຊາດ
- ເອກະສານໃດໜຶ່ງທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍ USCIS, ໝາຍເລກ (“A”) ທະບຽນຄົນຕ່າງດ້າວ ຫຼື ໝາຍເລກ USCIS

## ຫຼັກຖານຂອງການເປັນສະມາຊິກຊົນເຜົ່າ ແລະ/ຫຼື ຄົນອາເມຣິກັນພື້ນເມືອງ ຫຼື ຄົນສືບສາຍເລືອດຄົນພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ

- ບັດລົງທະບຽນຊົນເຜົ່າ
- ໃບກວດສອບຢັ້ງຢືນ ຫຼື ເອກະສານທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍຊົນເຜົ່າທີ່ບັງບອກເຖິງຄວາມສໍາພັນກັບຊົນເຜົ່າ
- Certificate of Degree of Indian Blood (ໃບຢັ້ງຢືນລະດັບການມີສາຍເລືອດອິນເດຍ) ອອກໃຫ້ໂດຍ Bureau of Indian Affairs (ສໍານັກງານການພົວພັນຄົນອິນເດຍ)
- ເອກະສານສໍາມະໂນຄົວຊົນເຜົ່າ
- ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດ, ບັນທຶກທາງການແພດ ຫຼື ອື່ນໆສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ບຸກຄົນເປັນລູກ ຫຼື ຫຼານຂອງສະມາຊິກຊົນເຜົ່າ
- ບັນທຶກທາງການແພດ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ບຸກຄົນມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຄົນອິນເດຍພື້ນເມືອງ

## ຫຼັກຖານຂອງການລ້ຽງດູເດັກ ແລະ/ຫຼື ເງິນລ້ຽງເມຍຮ້າງໄປທີ່ໄດ້ຈ່າຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບ

- ຄໍາສັ່ງສານ
- ບັນທຶກການຊໍາລະຈາກລັດອື່ນ

## ຫຼັກຖານຂອງຫຼັກຊັບ

- ບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານ
- ໃບຢັ້ງຢືນກໍາມະສິດ
- ສັນຍາ
- ໃບຢັ້ງຢືນນໍາໃຊ້
- ບັນທຶກການເງິນ
- ໜັງສືສັນຍາປະກັນໄພຊີວິດ

## ຫຼັກຖານລາຍໄດ້ຈາກອາຊີບ

- ສິນໃບຈ່າຍເງິນສໍາລັບ 30 ຫຼ້າສຸດ
- ແບບຟອມ Employer Verification of Earnings (EVF-E) (ໃບຢັ້ງຢືນການກວດສອບນາຍຈ້າງເລື່ອງເງິນຫາໄດ້), F-10146 (ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານສໍາລັບແບບຟອມນີ້. ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານຕ້ອງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນໃສ່. ສິ່ງແບບຟອມປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວນັ້ນກັບຄືນໄປໃຫ້ທີ່ຢູ່ບອກໄວ້ໃນແບບຟອມ.)
- ໜັງສືຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ (ຖ້າທ່ານເລືອກເອົາໜັງສື, ມັນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນດຽວກັນກັບແບບຟອມ EVF-E.)

## ຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ໃນການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ

- ສໍາເນົາແບບຟອມເສຍພາສີ
- ແບບຟອມ Self-Employment Income Report (ໃບລາຍງານລາຍໄດ້ໃນການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ), F-00107 ຫຼື ແບບຟອມ Self-Employment Income Report: Farm Business (ໃບລາຍງານລາຍໄດ້ໃນການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ: ທຸລະກິດໃນຟາມ), F-00219 (ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານສໍາລັບແບບຟອມເຫຼົ່ານີ້. ຄວນນໍາໃຊ້ແບບຟອມເຫຼົ່ານີ້ກໍ່ຕໍ່ເມື່ອທ່ານບໍ່ໄດ້ຍື່ນເສຍພາສີສໍາລັບການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.)

## ຫຼັກຖານຂອງລາຍໄດ້ອື່ນ

**ໝາຍເຫດ:** ຕົວຢ່າງລາຍຮັບອື່ນບາງອັນແມ່ນເງິນຄ່າລ້ຽງເມຍທີ່ປະຮ້າງ, ເງິນລ້ຽງລູກ, ການຈ່າຍຄ່າຄວາມພິການ ຫຼື ການເຈັບເປັນ, ເງິນດອກເບ້ຍ ຫຼື ເງິນປັນຜົນ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ, ເງິນຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ເຮັດວຽກ ແລະ ປະກັນໄພຫວ່າງງານ.

- ໃບຢັ້ງຢືນເງິນບໍານານ
- ສໍາເນົາໃບເຊັກປັດຈຸບັນ
- ໜັງສືອະນຸມັດ Unemployment Compensation (ການຊົດເຊີຍການຫວ່າງງານ)
- ເອກະສານຢ່າຮ້າງສະແດງໃຫ້ເຫັນການແກ້ໄຂທາງດ້ານການເງິນ, ການຄຸ້ມຄອງຮັກສາ, ການລ້ຽງຄອບຄົວ ຫຼື ການລ້ຽງເດັກ
- ເອກະສານການຕັດສິນທີ່ສານອະນຸມັດ
- ໜັງສືອະນຸມັດປະກັນສັງຄົມ
- ໜັງສືອະນຸມັດ Veterans Affairs
- ໜັງສືອະນຸມັດການຊົດເຊີຍ
- ໜັງສືອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ
- ບັນທຶກພາສີທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນລາຍໄດ້ບໍ່ໄດ້ມາ
- ເອກະສານຈາກແຫຼ່ງລາຍໄດ້ອື່ນ
- ຫຼັກຖານຂອງການຊໍາລະ Kinship Care (ການເບິ່ງແຍງດູແລສາຍຍາດ), Foster Care (ການເບິ່ງແຍງດູແລລ້ຽງດູ) ຫຼື Subsidized Guardian (ຜູ້ປົກຄອງທີ່ໄດ້ຮັບການທົດແທນໃຫ້) ຫຼື ການຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລເລີ່ມຕົ້ນ (ອາດຈະເປັນການຍືນຍັນປາກເປົ່າ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກໜ່ວຍງານບໍລິການປົກປ້ອງເດັກ)

## ຫຼັກຖານຂອງການຢູ່ອາໄສໃນລັດວິດສະຄອນຊິນ

- ການໃຫ້ເຊົ່າ, ຂໍ້ຕົກລົງເຊົ່າ ຫຼື ໃບຮັບ ຫຼື ໜັງສືຈາກຜູ້ໃຫ້ເຊົ່າທີ່ມີທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ
- ໃບຮັບເງິນສັນຍາຢືນເງິນຊື້ບ້ານທີ່ມີທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ
- ໃບບິນສິ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ ແລະ/ຫຼື ໂທລະສັບທີ່ມີທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ
- ສົ້ນໃບເຊັກທີ່ມີຊື່, ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ ແລະ ນາຍຈ້າງ

- ເອກະສານອະນຸມັດໂຄງການທີ່ຢູ່ອາໄສໄດ້ຮັບການທົດແທນ
- ເອກະສານການອະນຸມັດໂຄງການຊ່ວຍໃຫ້ທູດພື້ນຈາກຄວາມລໍາບາກ
- ໃບອະນຸຍາດຂັບຂີ່ຂອງລັດວິດສະຄອນຊິນປັດຈຸບັນ
- ບັດ ID ລັດວິດສະຄອນຊິນປັດຈຸບັນ
- ໃບລົງທະບຽນພາຫະນະຕິດເຄື່ອງຈັກປັດຈຸບັນ

**ໝາຍເຫດ:** ຄົນ ແລະ ຄອບຄົວທີ່ບໍ່ມີບ້ານຢູ່ບໍ່ຕ້ອງໃຫ້ໃບກວດສອບຢັ້ງຢືນທີ່ຢູ່ບ້ານຂອງພວກເຂົາ ແຕ່ຕ້ອງຢັ້ງຢືນວ່າພວກເຂົາອາໄສຢູ່ໃນລັດວິດສະຄອນຊິນ ແລະ ມີແຜນທີ່ຈະສືບຕໍ່ອາໄສຢູ່ໃນລັດວິດສະຄອນຊິນ.

## ຫຼັກຖານທາງການສຶກສາ

- ຕາຕະລາງຮຽນຂອງໂຮງຮຽນ
- ບັດລາຍງານ

## ຫຼັກຖານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ

- ໃບຢັ້ງຢືນການສົ່ງໃບບິນ ຫຼື ໃບຮັບເງິນຕາມລາຍການ
- ບັດ Medicare ສະແດງໃຫ້ເຫັນການຄຸ້ມຄອງພາກ B
- ໜັງສືສັນຍາປະກັນໄພສຸຂະພາບສະແດງໃຫ້ເຫັນຄ່າປະກັນໄພ, ປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍກ່ອນ
- ຢາ ຫຼື ຂວດຢາທີ່ມີລາຄາຕິດຢູ່ໃນສະຫຼາກ

## ຫຼັກຖານການຫັກອອກກ່ອນເສຍພາສີ

- ສົ້ນໃບເຊັກ
- ໜັງສືຈາກນາຍຈ້າງ

## ຫຼັກຖານການຫັກເສຍພາສີ

- ໃບຮັບເງິນ
- ບັນຊີສໍາຮອງທະນາຄານ
- ສົ້ນໃບເຊັກ
- ໃບເສຍພາສີຂອງປີຜ່ານໆມາ

## ຫຼັກຖານຂອງການບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ ແລະ ເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳທີ່ອະນຸມັດໄດ້

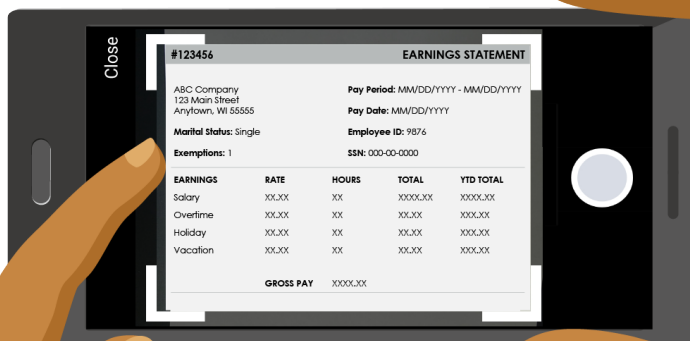
ໜັງສືຈາກແພດ, ຈິດຕະແພດ ຫຼື ນັກຈິດຕະວິທະຍາທີ່ແຈ້ງວ່າ ພໍ່ແມ່ບໍ່ສາມາດເບິ່ງແຍງດູແລລູກ ແລະ ບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳທີ່ອະນຸມັດໄດ້

## ຫຼັກຖານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ

- ໃບຢັ້ງຢືນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກ
- ໃບເຊັກທີ່ຖືກຍົກເລີກ
- ໃບຮັບເງິນ ຫຼື ໃບບິນທີ່ຈ່າຍແລ້ວ

## ຫຼັກຖານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພັກພິງ ແລະ/ຫຼື ສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ

- ບັນທຶກການຊຳລະສັນຍາການຢືມເງິນຊື້ບ້ານ
- ໃບຮັບເງິນຄ່າເຊົ່າ
- ໃບຢັ້ງຢືນຈາກຜູ້ໃຫ້ເຊົ່າ
- ການໃຫ້ເຊົ່າ
- ໃບອະນຸມັດທີ່ຢູ່ອາໄສ HUD ທົດແທນໃຫ້
- ໃບຢັ້ງຢືນພາສີຊັບສິນ
- ໃບບິນເກັບຄ່າສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ
- ໃບຢັ້ງຢືນຈາກບລິສັດສິ່ງອຳນວຍຄວາມສະດວກ
- ໃບບິນໂທລະສັບ
- ໜັງສືສັນຍາປະກັນໄພ ຫຼື ໃບຢັ້ງຢືນການສົ່ງໃບບິນຂອງເຈົ້າຂອງບ້ານ
- WHEAP/LIHEAP ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອພະລັງງານອື່ນໆ

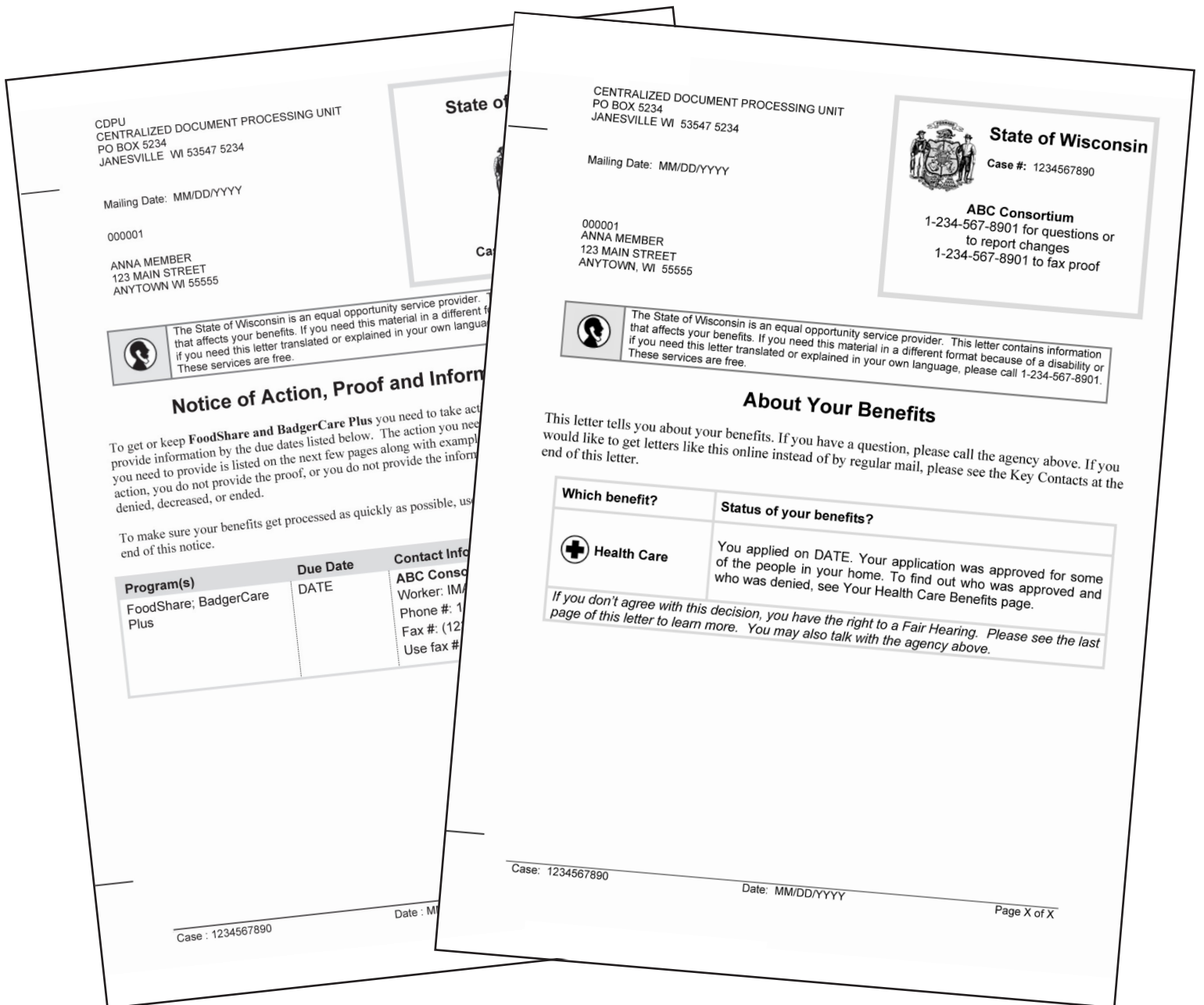


ໃຊ້ແອັບ MyACCESS ເພື່ອຖ່າຍຮູບ ແລະ ສົ່ງຫຼັກຖານຂອງທ່ານ.

# ໜັງສືທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ

ຫຼັງຈາກທ່ານສະໝັກ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໜັງສືຢູ່ໃນໄປສະນີ. ໜັງສືເຫຼົ່ານີ້ບອກສະຖານະຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ທ່ານ ແລະ ອົງການຂອງທ່ານກຳລັງລໍຖ້າອັນໃດຈາກທ່ານນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເຮັດວຽກໃຫ້ສຳເລັດ ຫຼື ໃຫ້ຫຼັກຖານຄຳຕອບຂອງທ່ານ. **ສິ່ງສຳຄັນທ່ານຕ້ອງໄດ້ອ່ານໜັງສືແຕ່ລະອັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.**

ທ່ານສາມາດເລືອກຮັບໜັງສືທາງອອນລາຍໄດ້ແທນການຮັບໂດຍທາງໄປສະນີປົກກະຕິ. ເພື່ອເອົາທາງເລືອກນີ້, ເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີ ACCESS ຂອງທ່ານຢູ່ທີ່ [access.wisconsin.gov](http://access.wisconsin.gov). ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບັນຊີ ACCESS, ທ່ານສາມາດສ້າງບັນຊີໜຶ່ງຂຶ້ນມາເພື່ອເບິ່ງໜັງສື ແລະ ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການຂອງທ່ານທາງອອນລາຍ.



# ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນ ແລະ ການຕິດຕໍ່

## ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການ

ຄາວຕີ ຫຼື ໜ່ວຍງານຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານສາມາດ ຕອບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ໂຄງການ, ຊ່ວຍທ່ານສະໝັກ, ອະທິບາຍກົດລະບຽບການລົງທະບຽນ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານເຮັດການສໍາພາດ FoodShare ຂອງທ່ານໃຫ້ສໍາເລັດໄດ້.

ບັນດາໜ່ວຍງານຂອງຄາວຕີຢູ່ໃນລັດວິດສະຄອນຊິນໄດ້ແຍກ ອອກເປັນ 11 ກຸ່ມຕ່າງກັນ. ບັນດາກຸ່ມຂອງໜ່ວຍງານເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນ ວ່າ ກຸ່ມລວມຕົວກັນ (consortiums).

ຍັງມີໜ່ວຍງານຊົນເຜົ່າອີກເກົ້າໜ່ວຍງານຢູ່ໃນລັດວິດສະຄອນຊິນ.

ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກຊົນເຜົ່າ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຊົນເຜົ່າຂອງ ທ່ານ. ຖ້າຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານບໍ່ມີໜ່ວຍງານຊົນເຜົ່າ, ໃຫ້ໂທຫາໜ່ວຍ ງານຢູ່ໃນຄາວຕີທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່.

ຕາຕະລາງຕໍ່ໄປນີ້ເຮັດບັນຊີລາຍຊື່ກຸ່ມລວມຕົວກັນ (consortiums) ແລະ ຊົນເຜົ່າເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ມີເບີໂທລະສັບຂອງແຕ່ລະ consortium ຫຼື ຊົນເຜົ່າ ພ້ອມທັງບັນດາຄາວຕີທີ່ປະກອບຂຶ້ນເປັນ ແຕ່ລະ consortium ຢູ່ນໍາ. ໂທຫາເບີໂທຕົ້ນຕໍຂອງ consortium ເພື່ອລົມກັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ, ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ໃນຄາວຕີ Green Lake, ທ່ານຈະໂທຫາເບີ 888-256-4563.

<b>Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians</b>	<b>715-682-7127</b>
<b>Bay Lake</b>	<b>888-794-5747</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Brown</li> <li>Door</li> <li>Marinette</li> <li>Oconto</li> <li>Shawano</li> </ul>	
<b>Capital</b>	<b>888-794-5556</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adams</li> <li>Columbia</li> <li>Dane</li> <li>Dodge</li> <li>Juneau</li> <li>Richland</li> <li>Sauk</li> <li>Sheboygan</li> </ul>	
<b>Central</b>	<b>888-445-1621</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Langlade</li> <li>Marathon</li> <li>Oneida</li> <li>Portage</li> </ul>	
<b>East Central Income Maintenance Partnership</b>	<b>888-256-4563</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Calumet</li> <li>Green Lake</li> <li>Kewaunee</li> <li>Manitowoc</li> <li>Marquette</li> <li>Outagamie</li> <li>Waupaca</li> <li>Waushara</li> <li>Winnebago</li> </ul>	
<b>Forest County Potawatomi Community</b>	<b>715-478-4433</b>
<b>Great Rivers</b>	<b>888-283-0012</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Barron</li> <li>Burnett</li> <li>Chippewa</li> <li>Douglas</li> <li>Dunn</li> <li>Eau Claire</li> <li>Pierce</li> <li>Polk</li> <li>St. Croix</li> <li>Washburn</li> </ul>	
<b>Lac Courte Oreilles Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians of Wisconsin</b>	<b>715-634-8934</b>
<b>Lac du Flambeau Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians</b>	<b>715-588-4235</b>
<b>Menominee Indian Tribe of Wisconsin</b>	<b>715-799-5137</b>

<b>MILES</b>	<b>888-947-6583</b>
Milwaukee	
<b>Moraine Lakes</b>	<b>888-446-1239</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fond du Lac</li> <li>Ozaukee</li> <li>Walworth</li> <li>Washington</li> <li>Waukesha</li> </ul>	
<b>Northern</b>	<b>888-794-5722</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ashland</li> <li>Bayfield</li> <li>Florence</li> <li>Forest</li> <li>Iron</li> <li>Lincoln</li> <li>Price</li> <li>Rusk</li> <li>Sawyer</li> <li>Taylor</li> <li>Vilas</li> <li>Wood</li> </ul>	
<b>Oneida Nation</b>	<b>800-216-3216</b>
<b>Red Cliff Band of Lake Superior Chippewa</b>	<b>715-779-3706</b>
<b>Sokaogon Chippewa Community</b>	<b>715-478-3265</b>
<b>Southern</b>	<b>888-794-5780</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Crawford</li> <li>Grant</li> <li>Green</li> <li>Iowa</li> <li>Jefferson</li> <li>Lafayette</li> <li>Rock</li> </ul>	
<b>Stockbridge-Munsee Community</b>	<b>715-793-4032</b>
<b>Western Region for Economic Assistance</b>	<b>888-627-0430</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Buffalo</li> <li>Clark</li> <li>Jackson</li> <li>La Crosse</li> <li>Monroe</li> <li>Pepin</li> <li>Trempealeau</li> <li>Vernon</li> </ul>	
<b>Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)</b>	<b>888-794-5820</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kenosha</li> <li>Racine</li> </ul>	

## ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ BadgerCare Plus ແລະ Medicaid, ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 800-362-3002.

## SeniorCare

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ SeniorCare, ໂທຫາສາຍດ່ວນຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າ SeniorCare ທີ່ເບີ 800-657-2038.

ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ໃຫຍ່ສູງອາຍຸ ຫຼື ມີຄວາມພິການ, ສູນຂໍ້ມູນຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ພິການປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ (ADRC) ສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆຫຼາກຫຼາຍ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານເຂົ້າໃຈທາງເລືອກການເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວຕ່າງໆທີ່ມີໃຫ້ແກ່ທ່ານໄດ້. ເພື່ອຊອກຫາຂໍ້ມູນສໍາລັບ ADRC ຂອງທ່ານ, ໄປຫາ [www.FindMyADRC.com](http://www.FindMyADRC.com).



# ສິດຂອງທ່ານຕໍ່ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ

ເວລາໃດກໍ່ຕາມທີ່ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ຫຼຸດ ຫຼື ສິ້ນສຸດ ແລະ ທ່ານຄິດວ່າ ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານເຮັດຜິດພາດ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ. ຖ້າໜ່ວຍງານຂອງທ່ານບໍ່ເຫັນດີ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພະນັກງານໜ່ວຍງານຊ່ວຍທ່ານໃນການຂໍເປີດກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນກ່ອນ ແລະ ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ.

## ກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນກ່ອນ

ທ່ານອາດຈະສາມາດບັນລຸຂໍ້ຕົກລົງກັບໜ່ວຍງານໄດ້ຜ່ານກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນກ່ອນໂດຍບໍ່ຕ້ອງລໍຖ້າໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາເກີດຂຶ້ນ. ຢູ່ໃນກອງປະຊຸມ, ທ່ານຕ້ອງເລົ່າເລື່ອງລາວຈາກຝ່າຍຂອງທ່ານ.

ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຈະອະທິບາຍວ່າ ເປັນຫຍັງຈຶ່ງໄດ້ດໍາເນີນການ. ຖ້າໜ່ວຍງານພົບວ່າ ໜ່ວຍງານໄດ້ເຮັດຜິດພາດ, ໜ່ວຍງານຈະປ່ຽນຄໍາຕັດສິນຂອງຕົນເອງ ແລະ ດໍາເນີນການແກ້ໄຂໃຫ້ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າໜ່ວຍງານຕັດສິນວ່າ ຄໍາຕັດສິນເບື້ອງຕົ້ນຂອງຕົນເອງຖືກຕ້ອງ ແລະ ທ່ານຍັງຮູ້ສຶກວ່າ ໜ່ວຍງານຜິດພາດ, ທ່ານມີສິດໄປຜ່ານຂະບວນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ.

**ໝາຍເຫດ:** ການເຫັນດີກັບກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນກ່ອນບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະມີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ. ທ່ານສາມາດຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ ແລະ ຖ້າທ່ານພໍ້ໃຈກັບການດໍາເນີນການຂອງກອງປະຊຸມໄຕ່ສວນກ່ອນ, ທ່ານສາມາດຍົກເລີກການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຂອງທ່ານໄດ້.

## ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ

ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໃຫ້ໂອກາດທ່ານບອກເຈົ້າໜ້າທີ່ໄຕ່ສວນວ່າ ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຄິດວ່າ ຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບການສະໝັກຂໍ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຜິດພາດ. ຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ໄຕ່ສວນຈະຟັງຈາກທ່ານ ແລະ ໜ່ວຍງານເພື່ອຊອກເບິ່ງວ່າ ຄໍາຕັດສິນຖືກ ຫຼື ຜິດ. ທ່ານອາດຈະເອົາໝູ່ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວໄປໃນການໄຕ່ສວນນໍາທ່ານກໍ່ໄດ້. ທ່ານອາດຈະສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍຟຣີໄດ້. ໃຫ້ເບິ່ງຂໍ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍຢູ່ໃນໜ້າ 19 ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມຕື່ມ.

## ຈະໃຊ້ຂະບວນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາເມື່ອໃດ

ຕົວຢ່າງເມື່ອຈະຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາແມ່ນລວມມີຄືດັ່ງນີ້:

- ທ່ານເຊື່ອວ່າ ການສະໝັກຂໍຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດຢ່າງບໍ່ເປັນທໍາ ຫຼື ມີຄວາມຜິດພາດ.
- ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຖືກງັດ, ຫຼຸດ ຫຼື ສິ້ນສຸດ ແລະ ທ່ານຄິດວ່າ ມັນເປັນຄວາມຜິດ.
- ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຈໍານວນຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບ.
- ການສະໝັກຂໍຂອງທ່ານບໍ່ຖືກດໍາເນີນການພາຍໃນ 30 ວັນ.

ອ່ານໜັງສືແຕ່ລະອັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃຫ້ລະອຽດ ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານເຂົ້າໃຈການດໍາເນີນການທີ່ໄດ້ເຮັດ. ຖ້າເຫດຜົນສໍາລັບການປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານແມ່ນການປ່ຽນແປງກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼື ຂອງລັດ, Division of Hearings and Appeals (ພະແນກໄຕ່ສວນ ແລະ ອຸທອນ) ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາແກ່ທ່ານ.

## ວິທີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ

ຂໍໃຫ້ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຊ່ວຍຍື່ນຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ ຫຼື ຂຽນໜັງສືໂດຍກົງຫາ:

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

ທ່ານສາມາດເອົາແບບຟອມ Fair Hearing Request (ໃບສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ) ໄດ້ທາງອອນລາຍທີ່ [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm) ຫຼື ໂດຍການໂທຫາເບີ 608-266-7709.

ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຂຽນໜັງສືແທນແບບຟອມ, ທ່ານຕ້ອງລວມເອົາສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເຂົ້ານໍາຄື:

- ຊື່ຂອງທ່ານ
- ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຂອງທ່ານ
- ລາຍລະອຽດໂດຍຫຍໍ້ຂອງບັນຫາ

- ຊື່ຂອງໜ່ວຍງານທີ່ໄດ້ດໍາເນີນການ ຫຼື ປະຕິເສດການບໍລິການ
- ເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ
- ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

ສໍາລັບ FoodShare, ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານສາມາດດໍາເນີນການຄໍາຂໍຂອງທ່ານໂດຍປາກເປົ່າໄດ້.

ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, ການຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຕ້ອງໄດ້ເຮັດບໍ່ຊ້າກວ່າ 45 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີຂອງການດໍາເນີນການຖືກອຸທອນ. ສໍາລັບ FoodShare, ການສະເໜີຂໍຕ້ອງໄດ້ເຮັດບໍ່ຊ້າກວ່າ 90 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີຂອງການດໍາເນີນການຖືກອຸທອນ. ທ່ານສາມາດສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໃນເວລາໃດກໍໄດ້ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ FoodShare ຢູ່ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຈໍານວນຜົນປະໂຫຍດ. ໜັງສືລົງທະບຽນຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານຈະມີວັນທີເຊິ່ງທ່ານຕ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ.

ທ່ານ, ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານທີ່ເລືອກມາ (ຖ້າທ່ານມີ) ແລະ ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນຢ່າງໜ້ອຍ 10 ວັນກ່ອນການໄຕ່ສວນ ພ້ອມທັງມີເວລາ, ວັນທີ ແລະ ສະຖານທີ່ຂອງການໄຕ່ສວນ.

### ການກະກຽມສໍາລັບການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ

ທ່ານມີສິດເອົາພະຍານ, ທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ທີ່ປຶກສາອື່ນມາຮ່ວມການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໄດ້. Department of Health Services ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍໃຫ້ເປັນຕົວແທນທ່ານ, ແຕ່ພວກເຂົາອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບຄໍາຖາມ ຫຼື ການເປັນຕົວແທນຂອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໄດ້.

ທ່ານມີສິດທົບທວນເບິ່ງຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນສໍານວນຄະດີຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອກໍານົດການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ.

ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານມີສິດທີ່ຈະ:

- ຊັກຖາມຜູ້ໃດກໍໄດ້ ຜູ້ທີ່ໃຫ້ການຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ.

- ສະເໜີຂໍໄດ້ແຍ້ງຂອງທ່ານເອງ ແລະ ເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ທີ່ສະແດງວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຄິດວ່າ ທ່ານຖືກຕ້ອງ.
- ນໍາສະເໜີຫຼັກຖານທາງການແພດເປັນຫຼັກຖານ ຖ້າການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາແມ່ນກ່ຽວກັບວ່າ ທ່ານພິການ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຫຼືບໍ່ ເນື່ອງຈາກຄວາມເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ການບາດເຈັບ. ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າຫຼັກຖານທາງການແພດ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້, ທ່ານມີສິດເອົາຜູ້ແປພາສາມາຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນໄດ້. Division of Hearings and Appeals ອາດຈະຈ່າຍຄ່າແປພາສາ ຫຼື ຜູ້ແປພາສາໃຫ້ຖ້າທ່ານຂໍ.

### ການສືບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ

ຖ້າທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ ແລະ ທ່ານຂໍການໄຕ່ສວນກ່ອນການປ່ຽນແປງຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮັກສາການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດຽວກັນນີ້ໄວ້ຈົນກວ່າເຈົ້າໜ້າທີ່ສືບສວນອອກຄໍາຕັດສິນ.

ຖ້າເຈົ້າໜ້າທີ່ໄຕ່ສວນຕັດສິນວ່າ ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສົ່ງຄືນ ຫຼື ຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດສ່ວນເກີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບລະຫວ່າງເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຂອງທ່ານ ແລະ ເວລາທີ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ສືບສວນຕັດສິນກ່ຽວກັບຄະດີຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ, ທ່ານຈະຍັງຕ້ອງໄດ້ດໍາເນີນການຕໍ່ໃໝ່ໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ກໍານົດເວລາໄວ້ໃຫ້ສໍາເລັດ. ຖ້າໜ່ວຍງານຂອງທ່ານບອກທ່ານກ່ອນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຖືກດໍາເນີນການ ເຊິ່ງໄລຍະການລົງທະບຽນຂອງທ່ານໄດ້ສິ້ນສຸດລົງ, ທ່ານຕ້ອງສະໝັກໃໝ່ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບໂຄງການທຸກອັນ ເພື່ອໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການສືບຕໍ່.

ຖ້າການຕໍ່ໃໝ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີການປ່ຽນແປງຢູ່ໃນສະພາບການຂອງທ່ານ, ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງ ຫຼື ສິ້ນສຸດເນື່ອງຈາກການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້.

## ຜົນກະທົບຂອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ

ຖ້າຄຳຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳເອື້ອປະໂຫຍດໃຫ້ກັບທ່ານ, ທາງໜ່ວຍງານຈະບໍ່ມີການດຳເນີນການໃດຕໍ່ກັບທ່ານ. ຖ້າຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານສິ້ນສຸດ, ທ່ານຈະເລີ່ມໄດ້ຮັບພວກມັນອີກ. ວັນທີທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈະຖືກເຮັດເປັນບັນຊີລາຍການໄວ້ຢູ່ໃນໜັງສືທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ.

ຖ້າການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຖືກຕັດສິນຕ້ານກັບທ່ານ, ການດຳເນີນການຈະເກີດຂຶ້ນ ແລະ ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານບໍ່ຄວນໄດ້ຮັບນັ້ນຄືນ. ຖາມໜ່ວຍງານຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຂີດຈຳກັດກ່ຽວກັບການຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດຄືນ.

ຈະບໍ່ມີການດຳເນີນການໃດຕ້ານກັບທ່ານສຳລັບການຍື່ນຄຳສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ.

## ການໄຕ່ສວນຄືນໃໝ່

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ, ທ່ານມີສິດຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຄືນໃໝ່ ຖ້າທ່ານ:

- ມີຫຼັກຖານໃໝ່ທີ່ບໍ່ຮູ້ຈັກ ຫຼື ມີໃຫ້ກັບທ່ານກ່ອນການໄຕ່ສວນທີ່ສາມາດປ່ຽນແປງຄຳຕັດສິນໄດ້.
- ຮູ້ສຶກວ່າມີຄວາມຜິດຢູ່ໃນຂໍ້ເທັດຈິງຂອງຄຳຕັດສິນ.
- ຮູ້ສຶກວ່າມີຄວາມຜິດຢູ່ໃນພື້ນຖານກົດໝາຍຂອງຄຳຕັດສິນ

ຕ້ອງໄດ້ຮັບໃບສະເໜີຂໍໄຕ່ສວນຄືນໃໝ່ພາຍໃນ 20 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີ່ຂອງຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ. ຈາກນັ້ນ Division of Hearings and Appeals ຈະຕັດສິນພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບໃບສະເໜີ ຖ້າທ່ານຈະໄດ້ຮັບການໄຕ່ສວນຄືນໃໝ່. ຖ້າໜ່ວຍງານບໍ່ໃຫ້ຄຳຕອບເປັນລາຍລັກອັກສອນຕໍ່ຄຳສະເໜີຂອງທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນ, ຄຳສະເໜີຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.

## ການອຸທອນການໄຕ່ສວນ ຫຼື ການໄຕ່ສວນຄຳຕັດສິນຄືນໃໝ່

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ ຫຼື ການໄຕ່ສວນຄຳຕັດສິນຄືນໃໝ່, ເປັນໄປໄດ້ທີ່ທ່ານຈະຍື່ນອຸທອນຄຳຕັດສິນນີ້ກັບລະບົບສານຕ່າງໆຢູ່ໃນປະເທດຂອງທ່ານ. ອັນນີ້ຕ້ອງເຮັດພາຍໃນ 30 ວັນຫຼັງຈາກທ່ານໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ ຫຼື ພາຍໃນ 30 ວັນຂອງການປະຕິເສດການສະເໜີຂໍການໄຕ່ສວນໃໝ່. ການອຸທອນຫາລະບົບສານຕ້ອງເຮັດໂດຍການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບຈຳສານຢູ່ໃນປະເທດຂອງທ່ານ. ດິທີ່ສຸດຕ້ອງມີການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍ ຖ້າທ່ານຕັດສິນອຸທອນຄຳຕັດສິນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຢູ່ໃນລະບົບສານຕ່າງໆ.

## ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍ

ທ່ານອາດຈະສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ຈາກ Wisconsin Judicare, Inc. ຫຼື Legal Action of Wisconsin, Inc. (LAW). ເພື່ອຊອກຫາທ້ອງຖານໃກ້ກັບທ່ານທີ່ສຸດ:

- ໂທຫາ Judicare ທີ່ເບີ 800-472-1638 ຫຼື ໄປຫາ [www.judicare.org](http://www.judicare.org).
- ໂທຫາ LAW ທີ່ເບີ 888-278-0633 ຫຼື ໄປຫາ [www.badgerlaw.net](http://www.badgerlaw.net).



# ການເກັບເອົາ ແລະ ການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນ ແລະ ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

## ແຈ້ງການທຳມະການເລືອກປະຕິບັດ: ການເລືອກປະຕິບັດແມ່ນຜິດກົດໝາຍ— ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ

Wisconsin Department of Health Services ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ. Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ) ບໍ່ຍົກເວັ້ນຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງຈາກຄົນອື່ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

Department of Health Services  
(ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ):

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:
  - ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
  - ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນຢູ່ໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ໃຫ້ການບໍລິການພາສາຟຣີແກ່ຄົນທີ່ໃຊ້ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:
  - ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
  - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Department of Health Services ທີ່ເບີ 844-201-6870.

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ Department of Health Services ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ໄດ້ເລືອກປະຕິບັດຢູ່ໃນວິທີທາງອື່ນບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, Fax: 608-267-1434 ຫຼື ສົ່ງອີເມວຫາ [dhscrc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscrc@dhs.wisconsin.gov). ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົວເອງ ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ, ທາງແຟັກ ຫຼື ທາງອີເມວໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, ຜູ້ປະສານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Department of Health Services ພ້ອມໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກທາງດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ໄດ້, ໂດຍທາງອີເລັກໂທຣນິກແມ່ນຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ມີໃຫ້ຢູ່ທີ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ໂທລະສັບທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ທີ່

<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<p><b>Español (Spanish)</b>  <b>ATENCIÓN:</b> si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Deitsch (Pennsylvania Dutch)</b>  Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kantscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p><b>Hmoob (Hmong)</b>  LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>ພາສາລາວ (Laotian)</b>  ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b>  <b>注意:</b> 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p><b>Français (French)</b>  <b>ATTENTION :</b> Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p><b>Deutsch (German)</b>  <b>HINWEIS:</b> Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Polski (Polish)</b>  <b>UWAGA:</b> Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>العربية (Arabic)</b>  ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p><b>हिंदी (Hindi)</b>  ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p><b>Русский (Russian)</b>  <b>ВНИМАНИЕ:</b> Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p><b>Shqip (Albanian)</b>  <b>KUJDES:</b> Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>한국어 (Korean)</b>  <b>알림:</b> 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p><b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b>  <b>PAUNAWA:</b> Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b>  <b>CHÚ Ý:</b> Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Soomaali (Somali)</b>  <b>FIIRO GAAR AH:</b> Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>

## ຄຳຢັ້ງຢືນການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ USDA

ຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍທາງດ້ານສິດທິມະນຸດຂອງ U.S. Department of Agriculture (USDA), USDA, ໜ່ວຍງານ, ຫ້ອງການ ແລະ ພະນັກງານຂອງມັນ ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການຂອງ USDA ຫ້າມການເລືອກປະຕິບັດອີງຕາມເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນ ກ່ອນກິດຈະກຳທາງດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງຢູ່ໃນໂຄງການ ຫຼື ກິດຈະກຳໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ເຮັດ ຫຼື ໄດ້ຮັບທຶນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ USDA.

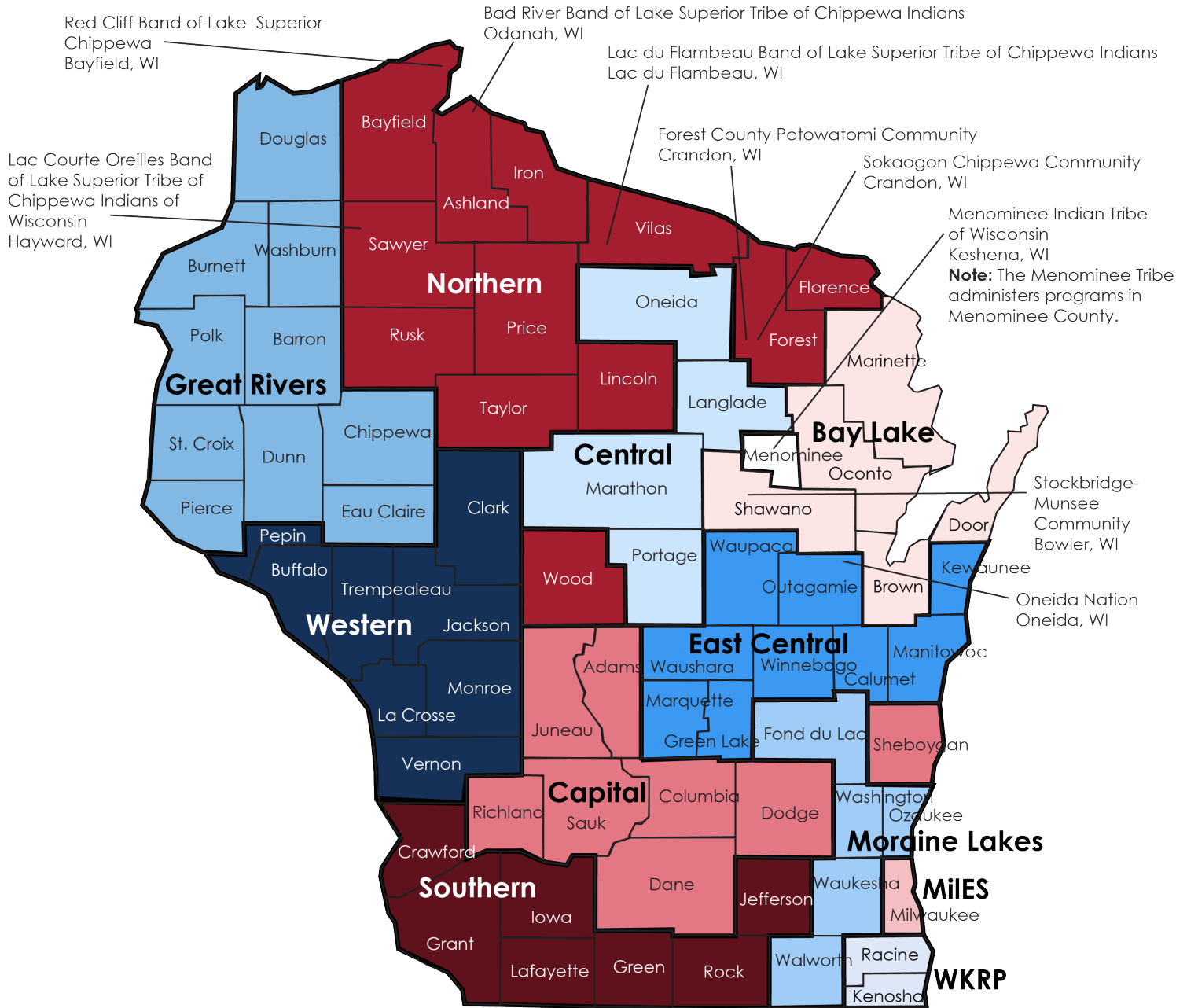
ຄົນພິການຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການສື່ສານຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການເປັນທາງເລືອກອື່ນ (ຕົວຢ່າງ: ຕົວໜັງສືພິມ, ການພິມເປັນແຜ່ນໃຫຍ່, ເທັບອັດສຽງ, ພາສາມືອາເມຣິກາ, ອື່ນໆ) ຄວນຕິດຕໍ່ຫາໜ່ວຍງານ (ລັດ ຫຼື ຫ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ພວກເຂົາໄດ້ສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ຄົນທູໜວກ, ຫູກາຍ ຫຼື ເປັນໄປອາດຈະຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານການບໍລິການສົ່ງສັນຍານຂອງລັດທີ່ເບີ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດຈະມີໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນນອກເໜືອຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຂອງໂຄງການໃນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດ, ໃຫ້ປະກອບແບບຟອມ [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (ແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກການເລືອກປະຕິບັດໃນໂຄງການຂອງຢູເອັສດີເອ), (AD-3027) ມີຢູ່ໃນອອນລາຍທີ່: [How to File a Complaint](#) (ວິທີຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ) ແລະ ຫ້ອງການຂອງ USDA ບ່ອນໃດໜຶ່ງ ຫຼື ຂຽນໜັງສືສົ່ງຫາ USDA ແລະ ໃຫ້ຂຽນທຸກຂໍ້ມູນທີ່ຂໍຢູ່ໃນແບບຟອມນັ້ນລົງໃສ່ໃນໜັງສື. ເພື່ອສະເໜີຂໍເອົາສຳເນົາແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກ, ໂທຫາ (866) 632-9992. ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນ ຫຼື ໜັງສືຫາ USDA ໂດຍທາງ:








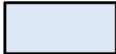



- (1) ໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for  
Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) ແຟັກ: (202) 690-7442; ຫຼື
- (3) ອີເມວ: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

ສະຖາບັນນີ້ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

# ການຄຸ້ມຄອງລາຍໄດ້ ກຸ່ມລວມຕົວກັນ (Consortiums) ແລະ ອົງການຊົນເຜົ່າ



## Consortia:

 Bay Lake	 East Central	 Moraine Lakes	 Western
 Capital	 Great Rivers	 Northern	 WKRP
 Central	 MiES	 Southern	



WISCONSIN DEPARTMENT  
*of* HEALTH SERVICES

P-16091L  
03/2019