ເອກະສານຂໍ້ມູນ

ແບບຟອມນີ້ ແມ່ນຕື່ມໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ພິຈາລະນາສິດໃນການໄດ້ຮັບ ສະຫວັດດີການ ໃນລະຫว่າງ ສຳພາດຕົວຕໍ່ຕົວກັບຜູ້ສະໝັກ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ແບບຟອມນີ້ສາມາດຕື່ມໂດຍຜູ້ສະໝັກໄດ້ ໃນກໍລະນີພິເສດ ເຊັ່ນ ການຍັ້ງຢືນຄືນສະຖານະພາບຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຄ່າອາຫານ ຫຼື ການສະໝັກ ທາງໄປສະນີ.

A. ທຸກຄົນໃນຄອບ ແມ່ນພົນລະເມືອງສະຫະລັດບໍ? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ (ຖ້າແມ່ນ, ຂ້າມໄປ ຂໍ້ E)

ຜູ້ສະໝັກບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນການເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ເອກະສານສຳຫຼັບສະມາຊິກຄອບຄົວ ຄົນໃດໜຶ່ງ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ ເນື່ອງຈາກ ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ສະໝັກຂໍສະຫວັດດີການ.

ຊື່ນາມສະກຸນ:	ໄດ້ຮັບການ ຄ້ຳປະກັນບໍ?	ແຕ່ລະຄົນ ໃນຄອບຄົວ ທ່ານຢູ່ໃນ ສະຫະລັດ ເປັນເວລາຈັກປີ?	ໃນຊ່ວງເວລາດັ່ງກ່າວເປັນເວລາ ຈັກປີທີ່ ທ່ານ, ຄູ່ສົມລົດຂອງ ທ່ານ, ແລະ/ຫຼື ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ (ກ່ອນທ່ານອາຍຸຮອດ 18 ປີ) ຫາເງິນໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ ໃນສະຫະລັດ?	ເປັນເວລາຈັກປີທີ່ທ່ານ, ຄູ່ສົມລົດ ຂອງທ່ານ, ແລະ/ຫຼື ພໍ່ແມ່ຂອງ ທ່ານ (ກ່ອນທ່ານອາຍຸຮອດ 18 ປີ) ເຮັດວຽກໃນສະຫະລັດ ຫຼື ເຮັດວຽກ ໃຫ້ ບໍລິສັດສະຫະລັດ ໃນຂະນະ ທີ່ບໍ່ອາໃສໃນສະຫະລັດ?
1.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
2.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
3.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
4.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
5.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
6.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
7.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
8.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
9.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			
10.	❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ			

B. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນບ້ານທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ກຳລັງປະຈຳການທະຫານ, ເປັນທະຫານຜ່ານເສີກ ຫຼື ແມ່ນຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ເດັກໃນດູແລຂອງບຸກຄົນທີ່ປະຈຳການທະຫານ ຫຼື ເປັນທະຫານຜ່ານເສີກບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍ: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ນາມສະກຸນ:	ບ່ອນປະຈຳການ:	ວັນທີປະຈຳການ:

C. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນບ້ານເປັນຜູ້ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງທີ່ມີຄວາມລຳບາກ? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

D. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງ ມີປະຫວັດການເຮັດວຽກຢ່າງຕຳ່ 40 ໄຕມາດ ຫຼື 10 ປີ ໃນສະຫະລັດບໍ? ຖ້າ ແມ່ນ, ລະບຸຊື່ນາມສະກຸນ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກຢ່າງຕຳ່ 40 ໄຕມາດ:

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

❑ New ❑ Recert

❑ Residency verified

❑ Length of time in another's home

❑ FS ID verified

❑ Received food stamps

Where? _____

When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1._____	❑ Yes ❑ No	_____
2._____	❑ Yes ❑ No	_____
3._____	❑ Yes ❑ No	_____
4._____	❑ Yes ❑ No	_____
5._____	❑ Yes ❑ No	_____
6._____	❑ Yes ❑ No	_____
7._____	❑ Yes ❑ No	_____
8._____	❑ Yes ❑ No	_____
9._____	❑ Yes ❑ No	_____
10._____	❑ Yes ❑ No	_____

Honorable Discharge verified

❑ YES ❑ NO

USCIS Petition Filed?

❑ YES ❑ NO

❑ 40 Quarters Verified

❑ Own Quarters

❑ Spouse's Quarters

❑ Spouses' Combined Quarters

❑ Parent(s) Quarters

CFAP ❑ YES ❑ NO

Person #:_____

ເອກະສານຂໍ້ມູນ

E. ມີຜູ້ໃດໃນບ້ານມີອາຍຸ 60 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ ແລະ ບໍ່ສາມາດຊື້ອາຫານ ແລະ ແຕ່ງກິນເອງບໍ? ມີຜູ້ໃດໃນບ້ານຕາບອດ, ຫູໜວກ, ພິການ ຫຼື ຖືພາ ບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ອະທິບາຍ	ຊື່	ອະທິບາຍ

F. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງອາໃສຢູ່ສະຖານທີ່ຕໍ່ໄປນີ້ ຫຼື ມີສ່ວນໃນໂຄງການອາຫານໃດໜຶ່ງ ລວມທັງທີ່ລະບຸລຸ່ມນີ້ບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

- ■ ບ່ອນຢູ່ສຳຫຼັບຜູ້ໄຮ້ບ້ານ
- ■ ບ່ອນຢູ່ສຳຫຼັບແມ່ຍິງຖືກທາລຸນ
- ■ ເຂດສະຫງວນສຳຫຼັບຄົນອາເມຣິກັນພື້ນເມືອງ
- ■ ສູນບຳບັດຜູ້ຕິດຢາ/ຕິດເຫຼົ້າ
- ■ ບ້ານທີ່ສະໜັບສະໜູນໂດຍລັດຖະບານກາງ
- ■ ບ່ອນກິນເຂົ້າຮ່ວມກັນສຳຫຼັບຄົນຊະລາ/ຄົນພິການ
- ■ ບ່ອນຢູ່ລວມກຸ່ມສຳຫຼັບຄົນຕາບອດ/ຄົນພິການ
- ■ ໂຄງການແຈກຢາຍອາຫານ
- ■ ບ່ອນດັດຄວາມປະພຶດ/ສະຖານທັນບົນ
- ■ ໂຮງພະຍາບານໂລກຈິດ
- ■ ສະຖາບັນໂລກຈິດ

ຊື່ນາມສະກຸນ	ຊື່ຂອງ ສູນ/ບ່ອນຢູ່/ໂຄງການອາຫານ/ແລະອື່ນໆ.	ວັນທີເຂົ້າໄປ	ວັນທີຄາດว່າຈະອອກ

G. ທ່ານຈ່າຍອາຫານ ແລະ/ຫຼື ຄ່າຫ້ອງ ໃຫ້ຜູ້ໃດໜຶ່ງ ຫຼື ຜູ້ໃດໜຶ່ງຈ່າຍຄ່າອາຫານ ແລະ/ຫຼື ຄ່າຫ້ອງໃຫ້ທ່ານບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ນາມສະກຸນ ຜູ້ທີ່ຈ່າຍຄ່າອາຫານ/ຫ້ອງ	ຊື່ນາມສະກຸນ ຜູ້ທີ່ໃຫ້ຄ່າອາຫານ/ຫ້ອງ	ການກະບາດ: ✔ ☐ ຄ່າອາຫານ ☐ ຄ່າຫ້ອງ ☐ ທັງສອງ	ຫຼາຍປານໃດ?	ເລື້ອຍປານໃດ?	ຈຳນວນຄາບຕໍ່ ວັນ?

H. ສະມາຊິກໃດໜຶ່ງຂອງຄອບຄົວທ່ານກຳລັງຫຼົບໜີກົດໝາຍ ເພື່ອຫຼົບຫຼີກການລົງໂທດສະຖານໜັກ, ກັກຂັງ ຫຼື ຈຳກັດສິດພາຍຫຼັງຕ້ອງໂທດ ຫຼື ສະມາຊິກໃດໜຶ່ງ ລະເມີດທັນບົນ ຫຼື ການປະກັນຕົວ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ອະທິບາຍ	ຊື່	ອະທິບາຍ

I. ນັບແຕ່ວັນທີ 22 ສິງຫາ 1996, ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃດໜຶ່ງຂອງຄອບຄົວທ່ານ ໄດ້ຖືກຕັດສິນລົງໂທດສະຖານໜັກທີ່ກ່ຽວພັນກັບຢາເສບຕິດບໍ? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ (ຖ້າ ບໍ່ແມ່ນ, ຂ້າມໄປ ຂໍ້ K.)

ຖ້າວ່າແມ່ນ: _____ _____

ຊື່ ວັນທີ່ຖືກຕັດສິນ

ຖ້າ ແມ່ນ, ແມ່ນການລົງໂທດເຫຼົ່ານີ້:

- ■ ຂົນສົ່ງ, ນຳເຂົ້າ ມາຍັງລັດນີ້, ຂາຍ, ຕົກແຕ່ງ, ບໍລິການ, ບໍລິຈາກ, ຄອບຄອງເພື່ອຂາຍ, ຊື້ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຂາຍ, ຜະລິດ ຫຼື ແປຮູບ ສານກະຕຸນ ເພື່ອຈົງໃຈຈະຜະລິດສານຄວບຄຸມ ຫຼື ປູກ, ເກັບກຽ່ວ, ຫຼື ແປຮູບກັນຊາ. ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ
- ■ ສະໜັບສະໜູນ, ແນະນຳ, ຊັກນຳ ຫຼື ຊູ່ເຂັນ ຜູ້ເຍົາໃຫ້ດຳເນີນການ ດັ່ງທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງ. ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

J. ທ່ານໄດ້:

a) ຜ່ານໂຄງການບຳບັດຜູ້ຕິດຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຈາກລັດຖະບານ. ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

b) ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການບຳບັດທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຈາກລັດຖະບານ. ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

c) ລົງທະບຽນໃນໂຄງການບຳບັດທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຈາກລັດຖະບານ. ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

d) ເຄີຍຢູ່ໃນລາຍຊື່ລໍຖ້າໃນໂຄງການບຳບັດຜູ້ຕິດຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຈາກ ລັດຖະບານ. ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

e) ຢຸດໃຊ້ສານຄວບຄຸມ ແລະ ມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຢຸດເຊົາແລ້ວ. ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: _____

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Felony?
☐ YES ☐ NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

ເອກະສານຂໍ້ມູນ

K. ມີການຍຸດຕິສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານສຳຫຼັບບຸກຄົນໃດໜຶ່ງເນື່ອງຈາກການລົ້ມເຫຼວໃນການ ເຮັດວຽກ ຫຼື ຝຶກອົບຮົມ ຫຼື ບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂເຮັດວຽກ ຂອງຜູ້ໃຫຍ່ ທີ່ມີຄວາມສາມາດ ໂດຍບໍ່ມີຜູ້ໃນດູແລ (ABAWD) ຫຼື ການລະເມີດໂຄງການໂດຍຈົງໃຈ (IPV) ຫຼື ສໍ້ໂກງ ສະຫວັດດີການບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ແມ່ນຫຍັງ?	ຍ້ອນຫຍັງ?	ເມື່ອໃດ?	ດົນປານໃດ?	ໃນເຫດສະບານ/ລັດໃດ?

L. ມີຜູ້ໃດທີ່ອາຍຸ 16 ປີ ຫຼື ຕ່ຳກວ່າ ລົງທະບຽນໃນໂຮງຮຽນ, ວິທະຍາໄລ ຫຼື ໂຄງການຝຶກອົບຮົມບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ຊື່ໂຮງຮຽ		ຫົວໜ່ວຍຕໍ່ເທີມ/ໄຕມາດ	
ຊື່	ຊື່ໂຮງຮຽ	☐ ເຕັມເວລາ ☐ ບໍ່ເຕັມເວລາ ☐ ອື່ນໆ	ຫົວໜ່ວຍຕໍ່ເທີມ/ໄຕມາດ	ເຮັດວຽກບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຊົ່ວໂມງ: _____
ຊື່	ຊື່ໂຮງຮຽ	☐ ເຕັມເວລາ ☐ ບໍ່ເຕັມເວລາ ☐ ອື່ນໆ	ຫົວໜ່ວຍຕໍ່ເທີມ/ໄຕມາດ	ເຮັດວຽກບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ຊົ່ວໂມງ: _____

M. ມີຜູ້ໃດພາຍໃນ 60 ວັນຜ່ານມາ ອອກ/ປະຕິເສດວຽກ ຫຼື ຝຶກອົບຮົມບໍ່? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ
ມີໃຜນັດຍຸດງານບໍ່? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່	ນັດຍຸດງານ ☐ ລາອອກ/ປະຕິເສດວຽກ ☐	ວັນທີສຸດທ້າຍທີ່ເຮັດວຽກ	ວັນທີສຸດທ້າຍທີ່ຖືກຈ່າຍ
ຊື່/ທີ່ຢູ່ ນາຍຈ້າງ/ການຝຶກອົບຮົມ		ຖ້າອອກ ຫຼື ປະຕິເສດວຽກ/ຝຶກອົບຮົມ, ອະທິບາຍ.	

N. ມີຜູ້ໃດຂາຍ, ຈ່າຍ ຫຼື ບໍລິຈາກ ອະສັງຫາລິມະຊັບ ຫຼື ຊັບສິນສ່ວນຕົວບໍ່ ໃນ 3 ເດືອນຜ່ານມາ ເຊັ່ນ ບານ, ບັນຊີທະນາຄານ, ເງິນຈາກການໄກ່ເກ່ຍທາງກົດໝາຍ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ ຫຼື ອື່ນໆ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ອະທິບາຍ

O. ມີຜູ້ໃດເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ກຳລັງຊື້ອະສັງຫາລິມະຊັບ ຢູ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງ (ໃນ ຫຼື ນອກ ສະຫະລັດ)? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້: ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ປະເພດ	ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່	ໃຊ້ເພື່ອ:	ເຈົ້າຂອງ:	ມູນຄ່າປະມານ:
ປະເພດ	ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່	☐ ຢູ່ອາໃສ ☐ ໃຫ້ເຊົ່າ	ເຈົ້າຂອງ:	ມູນຄ່າປະມານ: ຈຳນວນເງິນ:
ປະເພດ	ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່	☐ ຢູ່ອາໃສ ☐ ໃຫ້ເຊົ່າ	ເຈົ້າຂອງ:	ມູນຄ່າປະມານ: ຈຳນວນເງິນ:

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
$_____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO

Good Cause
☐ YES ☐ NO

ເອກະສານຂໍ້ມູນ

P. ແມ່ນໃຜ ລວມທັງເດັກ ມີຊັບສິນດັ່ງລຸ່ມນີ້ບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ໂປດອະທິບາຍລຸ່ມນີ້:

❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

- ■ ເງິນສົດ ຫຼື ເຊັກ
- ■ ເງິນບຳນານ
- ■ ສັນຍາຂາຍ
- ■ ຫຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ໃບເງິນຝາກ
- ■ ເງິນຈຳນອງ
- ■ ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ
- ■ ເງິນກອງທຶນ
- ■ ບັນຊີສະຫະກອນສິນເຊື່ອ
- ■ ເງິນງວດຊົດເຊີຍລູກຈ້າງ
- ■ ບັນຊີເງິນຝາກກະເເສລາຍວັນ ຫຼື ປະຍັດ
- ■ ບັນຊີບຳນານ (IRA) ຫຼື Keogh Plans
- ■ ສິດທິໃນນຳ້ມັນ, ເໝືອງແຮ່ ຫຼື ບໍ່ແຮ່
- ■ ອື່ນໆ

ປະເພດຊັບສິນ	ເຈົ້າຂອງ	ມູນຄ່າປະຈຸບັນ	ຈຳນວນເງິນ (ຖ້າມີ)	ຊື່ & ທີ່ຢູ່ ຂອງທະນາຄານ/ສະຖາບັນ	ເລກບັນຊີ

Q. ມີໃຜ, ລວມທັງເດັກ, ໄດ້ຮັບຫຼືຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບເງິນຈາກແຫຼ່ງທີ່ລະບຸລຸ່ມນີ້?

❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

- ການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນເງິນສົດ (CalWORKs, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ຫຼີ້ໄພ, CAPI, General Assistance/ Relief, Tribal TANF)
- ສະຫວັດດີການຈາກລັດ (ເງິນປະກັນວ່າງງານ ຫຼື ພິການ)
- ສະຫວັດດີການທະຫານຜ່ານເສີກ (ພິການ, ການສຶກສາ, Aid and Attendance ແລະ ອື່ນໆ)
- ສະຫວັດດີການປະກັນສັງຄົມ ຫຼື SSI/SSP
- ບຳນານການລົດໄຟ (ພິການ ຫຼື ບຳນານ)
- ພິການ, ບຳນານ ຫຼື ຜູ້ລອດຊີວິດອື່ນໆ
- ເງິນດູແລບຸດ/ຄູ່ສົມລົດ
- ທຶນ, ເງິນກູ້ຮຽນໜັງສື ແລະ/ຫຼື ທຶນການສຶກສາ
- ເງິນຈ່າຍ ຕໍ່ຄົນ
- ລາງວັນ (ບິງໂກ້, ຫວຍ, ລາງວັນ ແລະ ອື່ນໆ)
- ສະຫວັດດີການັນດຢຸດງານ
- ສະຫວັດດີການຝຶກອົບຮົມ
- ອື່ນໆ

ຊື່	ແຫຼ່ງເງິນ	ຫຼາຍປານໃດ?	ເລື້ອຍປານໃດ?

R. ມີໃຜໃນບ້ານ, ລວມທັງເດັກ, ກຳລັງເຮັດວຽກ ຫຼື ຄາດວ່າຈະເຮັດວຽກ ພາຍໃນສອງເດືອນຂ້າງໜ້າ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:

❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່	ນາຍຈ້າງ/ທີ່ຢູ່	# ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ຕໍ່ເດືອນ	ລາຍໄດ້ລວມ

S. ມີຜູ້ໃດຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ພິການ ເພື່ອພວກເຂົາສາມາດໄປເຮັດວຽກ, ຝຶກອົບຮົມ, ຮຽນໜັງສື, ຫຼື ຊອກຫາວຽກບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:

❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ໄດ້ຮັບການດູແລ	ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ຈ່າຍ	ຫຼາຍປານໃດ?	ເລື້ອຍປານໃດ?
		$	
		$	

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Total Value = _____

SSI pending ☐ YES ☐ NO

Interim Assistance ☐ YES ☐ NO

GA ☐ YES ☐ NO

CAPI ☐ YES ☐ NO

Person #: _____

☐ Self -employed?

☐ Actual ☐ 40%

Is the caretaker a household member?

☐ YES ☐ NO

ເອກະສານຂໍ້ມູນ

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

T. ຜູ້ອື່ນຈ່າຍຄ່າດູແລເດັກຂອງທ່ານເປັນທັງໝົດ ຫຼື ສ່ວນໜຶ່ງບໍ? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ຈ່າຍ	ເຂົາເຈົ້າຈ່າຍຫຼາຍປານໃດ?
	$ _____ ຕໍ່ _____

U. ຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນບ້ານຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູບຸດບໍ? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ຈ່າຍ	ຊື່ນາມສະກຸນເດັກທີ່ຮັບຄ່າລ້ຽງດູບຸດ	ຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນ	ສານສັ່ງບໍ?
		$	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
		$	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

Court order on file?
☐ YES ☐ NO

Amount ordered: $_____

V. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດໜຶ່ງອາໃສໃນບ້ານ ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບ້ານເຫຼົ່ານີ້ບໍ? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

	ຊື່	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລວມ	ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍ	ຈຳນວນຄອບຄົວ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຄົນອື່ນຈ່າຍ	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ
ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຄ່າຈ່າຍບ້ານ		$	$	$	
ອາກອນ ແລະ ເງິນປະກັນ ຊັບສິນ (ຖ້າຈາຍແຍກກັນ)		$	$	$	
ຄ່າແກ້ດສ, ໄຟ ຫຼື ນ້ຳມັນອື່ນໆ ທີ່ໃຊ້ເພື່ອທຳຄວາມຮອນ ຫຼື ຄວາມເຢັນ		$	$	$	
ຄ່ານ້ຳ, ນ້ຳເສຍ, ຂີ້ເຫຍື້ອ		$	$	$	
ຄ່າໂທລະສັບ		$	$	$	
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ		$	$	$	

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO

Total housing
$_____

Shared housing
☐ YES ☐ NO

Utilities verified?
☐ YES ☐ NO

Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO

Utility Allowance?
☐ SUA
☐ LUA
☐ TUA

W. ທ່ານສາມາດມອບອຳນາດໃຫ້ບາງຄົນໃນຄອບຄົວ ຫຼື ນອກຄອບຄົວ ຮັບຄ່າອາຫານຂອງທ່ານແທນຕົວທ່ານໄດ້.
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການມອບອຳນາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າ, ຕື່ມຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້:

ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ	ທີ່ຢູ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ	ໂທລະສັບ

X. ທ່ານສົນໃຈຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຍ້າຍໂອນປະກັນສຸຂະພາບ (Medi-Cal ຫຼື Healthy Families)? ❑ແມ່ນ ❑ບໍ່ແມ່ນ

ເອກະສານຂໍ້ມູນ

ການຮັບຮອງ

- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຄຳຖາມໃນແບບຟອມນີ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້, ລວມທັງ ກ່ຽວກັບ ສະຫວັດດີການ ແລະ ລາຍໄດ້, ຈະກົງກັບບັນທຶກຂອງເຊັ່ນ ນາຍຈ້າງ, ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ, ອາກອນ, ສະຫວັດດີການ ແລະ ໜວຍງານ ສະໝັກງານ ແລະ ອື່ນໆ ໃນເຂດ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ເທດສະບານ ຈະສົ່ງຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ແກ່ ສຳນັກງານ ບໍລິການພົນລະເມືອງ ແລະ ຄົນເຂົ້າເມືອງສະຫະລັດ (USCIS) ເພື່ອກວດສອບສະຖານະພາບການບໍ່ເປັນພົນລະເມືອງ ແລະ ໃຫ້ແກ່ ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ ເພື່ອກວດສອບຂໍ້ມູນເຂດເຮັດວຽກ ສຳຫຼັບ ຜູ້ທີ່ບໍ່ເປັນພົນລະເມືອງ ທີ່ສະໝັກຂໍສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ເທດສະບານໄດ້ຮັບຈາກ USCIS ແລະ/ຫຼື ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ ອາດສົ່ງຜົນຕໍ່ສິດໃນການໄດ້ຮັບ ສະຫວັດດີການ ຄ່າອາຫານ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ຂໍ້ມູນ, ລວມທັງ ກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການ ແລະ ລາຍໄດ້, ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໃນແບບຟອມນີ້ ອາດມີການສອບສວນ ແລະ ທົບທວນໂດຍ ພະນັກງານຂອງເຂດ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານ ກາງ ແລະ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດ, ສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ຍົກເລີກ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບ ສິດແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບ (DFA 285 A3) ແລະ ຍິນດີປະຕິບັດຕາມຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ບົດລົງ�โทດ, ລວມທັງ ການຕັດສິດສະເພາະໃດໜຶ່ງ ສຳຫຼັບ ສະຫວັດດີການ ຄ່າອາຫານ ທີ່ອະທິບາຍໃນ DFA 285 A3 ກ່ຽວກັບ ຂໍ້ມູນບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ບໍ່ລາຍງານຄວາມຈິງ ຫຼື ສະຖານະການ ຊຶ່ງອາດສົ່ງຜົນຕໍ່ສິດ ໃນການໄດ້ຮັບ ຫຼື ສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າຄອບຄົວທີ່ຮັບຄ່າອາຫານ, ສະມາຊິກຜູ້ໃຫຍ່ໃດໆ ໃນຄອບຄົວທີ່ຮັບຄ່າອາຫານ (ເຖິງແມ່ນວາ ມີການຍ້າຍອອກ), ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າ ທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ຂອງຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ ອາດຕ້ອງ ໄດ້ຈ່າຍຄືນສະຫວັດດີການໃດໆ ທີ່ເກີນຈາກສ່ວນທີ່ຄອບຄົວຄວນ ໄດ້ຮັບ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກເລືອກສຳຫຼັບ ທົບທວນເພີ່ມເຕີມ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າສິດໃນການຮັບສະຫວັດດີການ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ມີການພິຈາລະນາຢ່າງຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງໃຫ້ການຮ່ວມມືຢ່າງເຕັມທີ່ ກັບພະນັກງານເຂດ, ລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງ ໃນການສອບສວນ ຫຼື ທົບທວນໃດໆ, ລວມທັງ ການທົບທວ-ພຶດຕິກຳ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ສະມາຊິກໃດໆໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຜູ້ທີ່ຫຼີກລ່ຽງ ຫຼື ຫຼົບໜີ ການລົງ�โทດອາຍາສະຖານໜັກ, ຈອງຈຳ ຫຼື ຄອບຄຸມພຶດຕິກຳພາຍຫຼັງ ຕ້ອງ�โทດ ຫຼື ລະເມີດທັນບົນ ຫຼື ການປະກັນຕົວຕາມກົດໝາຍ ບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ ຄ່າອາຫານ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ ຜູ້ໃດທີ່ຖືກຈຳ�โทດ ນັບແຕ່ວັນທີ 22 ສິງຫາ 1996 ຈາກ�โทດສະຖານໜັກທີ່ຕິດພັນກັບຢາເສບຕິດ ໃນການຜະລິດ, ຂາຍ ຫຼື ຈຳໜ່າຍ ສານຄວບຄຸມ ຫຼື ການເຄື່ອນໄຫວໃດໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ການດຳເນີນການທີ່ຜິດກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ເກັບກ່ຽວ, ປູກ ຫຼື ຜະລິດຊາ, ຫຼື ກ່ຽວຂອງກັບຜູ້ເຍົ້າໃນການເຄື່ອນໄຫວຂ້າງເທິ້ງ, ບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບ ສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ, ຖ້າເທດສະບານຕື່ມແບບຟອມນີ້ ອີງຕາມຄຳຕອບຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທົບທວນ ແລະ ເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນແມ່ນຕື່ມ ຢ່າງຖືກຕ້ອງ. ພາຍໃຕ້ບົດລົງ�โทດຂອງກົດໝາຍສະຫະລັດອາເມລິກາ ແລະ ລັດແຄລິຟໍເນຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງວ່າຂໍ້ມູນໃນເອກະສານຂໍ້ມູນນີ້ ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.

ລາຍເຊັນ (ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼື ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ)	ວັນທີ
ລາຍເຊັນ ພະຍານ ຫຼື ນາຍພາສາ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນພະນັກງານກວດສອບສິດ	ວັນທີ