ເອກະສານຂໍ້ມູນສຳຫຼັບບຸກຄົນເພີ່ມເຕີມ

(ໃບສະໝັກເພີ່ມເຕີມ ເພື່ອຂໍສະຫວັດດີການຄ່າອາຫານ ແລະ ເງິນສະຫວັດດີການ)

ຄຳແນະນຳ: ຕື່ມແບບຟອມນີ້ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບຸກຄົນໃໝ່ໃນບ້ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຕອບຄຳຖາມຫຼາຍກວ່າເນື້ອທີ່ທີ່ມີ, ຄັດຕິດເຈ້ຍອີກ ຕ່າງຫາກ. ຕື່ມຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມທຸກຂໍ້ກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການທີ່ທ່ານຍື່ນຂໍ. ຄຳວ່າ "CA" ສຳຫຼັບເງິນສະຫວັດດີການ ແລະ "FS" ສຳຫຼັບຄ່າອາຫານ ລະບຸໄວ້ຫາງດ້ານຊ້າຍຂອງແຕ່ລະຄຳຖາມ ບົ່ງບອກວ່າຄຳຖາມໃດ ແມ່ນສຳຫຼັບ ໂຄງການໃດ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນສະຫວັດດີການ, ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຂໍເງິນສະຫວັດດີການ ສຳຫຼັບບຸກຄົນໃໝ່, ແບບຟອມນີ້ຕ້ອງຕື່ມໂດຍຜູ້ດູແລ ທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ຜູ້ທີ່ກຳລັງ ຮັບເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື ບຸກຄົນໃໝ່, ນອກຈາກວ່າບຸກຄົນໃໝ່ເປັນເດັກ.

ສຳຫຼັບຄອບຄົວທີ່ຮັບຄ່າອາຫານ, ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື ບໍ່ຕ້ອງການ ເງິນສະຫວັດດີການ ສຳຫຼັບບຸກຄົນໃໝ່, ແບບຟອມນີ້ ອາດຕື່ມໂດຍສະມາຊິກ ຄອບຄົວ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ຫຼື ບຸກຄົນໃໝ່.

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME

WORKER NUMBER

DATE RECEIVED

ກະລຸນາຊ່ວຍໃຫ້ຈະແຈ້ງ

CA FS (1) ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ທີ່ຕື່ມແບບຟອມນີ້ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

CA FS (2) ລະບຸບຸກຄົນໃໝ່ໃນບ້ານ, ລວມທັງເດັກເກີດໃໝ່.

ຊື່ນາມສະກຸນ (ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ)		ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງ (✓) ☐ ພົນລະເມືອງ/ສັນຊາດ ອະເມຣິກັນ ☐ ບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງ: ໄດ້ຮັບຄຳປະກັນ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	
ເລກປະກັນສັງຄົມ - -	ວັນເດືອນປີເກີດ - -	ຖືພາບໍ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ລາວເປັນພໍ່ຫຼືແມ່ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ທີ່ເກີດ (ເມືອງ/ລັດ/ປະເທດ)	ເພດ (✓) ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ລະດັບການສຶກສາ (✓) ☐ ມີປະກາດສະນີຍະບັດຈົບມັດທະຍົມປາຍ ☐ ມີປະກາດສະນີຍະບັດຈົບການສຶກສາທົ່ວໄປ ☐ ກຳລັງຮຽນໜັງສື ☐ ບໍ່ໄດ້ຮຽນໜັງສື (ອະທິບາຍ):	
ສະຖານະພາບສົມລົດ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ບໍ່ເຄີຍແຕ່ງງານ ☐ ແຍກກັນຢູ່ ☐ ຢ່າຮ້າງ ☐ ຢູ່ນຳກັນ ☐ ໝ້າຍ	ຕາບອດ/ທູໜວກ/ພິການ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		
ກ່ຽວກັບ ຜູ້ສະໝັກ/ຜູ້ດູແລ/ຫົວໜ້າຄອບຄົວ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍກ່ຽວກັບສາຍພົວພັນ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		ມີການໃຊ້ຊື່ອື່ນໆ: (ຊື່ແມ່, ຊື່ຕັ້ງໃໝ່ ແລະ ອື່ນ)	

CA FS (3) ລາວໄດ້ສະໝັກຂໍ ຫຼື ໄດ້ຮັບ ສະຫວັດດີການ ໃນອະດີດ ເຊັ່ນ ເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ໄຮ້ບ້ານ, ເມດິແຄລ (Medi-Cal), ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ອົບພະຍົບບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍ:

ເມື່ອໃດ	ຢູ່ໃສ (ເທດສະບານ, ລັດ, ຫຼື ປະເທດ)	ປະເພດສະຫວັດດີການ

CA (4) ລາວແມ່ນເດັກອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 19 ປີບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ແມ່ (✓) ທີ່ຢູ່ບ້ານ	ຊື່ພໍ່ (✓) ທີ່ຢູ່ບ້ານ	ເຫດຜົນພໍ່ແມ່ອີກຄົນ ບໍ່ຢູ່ໃນບ້ານ	ເດັກຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ເນື່ອງຈາກ ພໍ່ແມ່ (ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມ)
			☐ ບໍ່ຢູ່ບ້ານ ☐ ວ່າງງານ ☐ ທຸພົນລະພາບ ☐ ເສຍຊີວິດ
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ		

CA FS (5) ລາວເຄີຍປະຈຳການ ທະຫານສະຫະລັດ ຫຼື ແມ່ນຄູ່ສົມລົດ, ພໍ່ແມ່ ຫຼື ລູກ ຂອງຜູ້ທີ່ເຄີຍປະຈຳການທະຫານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍ:

ລະບຸຊື່, ບ່ອນປະຈຳການ ແລະ ອື່ນໆ.	ໄດ້ຮັບຍຳເນັດກຽດຕິຍົດບໍ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

CA (6) ລາວກຳລັງອາໃສຢູ່ແຄລິຟໍເນຍ ແລະ ຕັ້ງໃຈຈະສືບຕໍ່ຢູ່ທີ່ນີ້ຕໍ່ໄປບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ບໍ່ແມ່ນ", ອະທິບາຍ:

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
FS ID		
Blind/Deaf/Disabled		
Residency		
DFA 285-C Comp.		
Referred to Cal-Learn		
CW 25 Completed		
CW 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		

Date of Entry to U.S. _____
Excluded HH Member Code _____
Work/Training/WTW Code _____

VERIFIED: Deprivation ☐ YES ☐ NO

CW 5 ☐ YES ☐ NO
Date Initiated _____

CA FS (7) A. ລາວແມ່ນລູກລ້ຽງທີ່ຢູ່ໃນບ້ານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

☐ CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses:
Child: ☐ CalWORKs ☐ FC
CR: ☐ CalWORKs ☐ None

FS B. ທ່ານຕ້ອງການ ນັບລູກລ້ຽງ **ແລະ** ລາຍໄດ້ຜູ້ແລລູກລ້ຽງ ລວມໃນການພິຈາລະນາ ຄ່າອາຫານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

CA FS (8) A. ລາວມີອາຍຸ 16 ປີ ຫຼື ແກ່ກວ່າ ແລະ ລົງທະບຽນຮຽນໃນໂຮງຮຽນ, ວິທະຍາໄລ ຫຼື ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ ໃດໜຶ່ງບໍ? ຖ້າ “ແມ່ນ”, ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

VERIFIED:
School Enrollment ☐ Yes ☐ No
FS Eligible Student ☐ Yes ☐ No

ຊື່ໂຮງຮຽນ/ວິທະຍາໄລ/ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ	ທີ່ຕັ້ງ/ຊື່ໂມງຕໍ່ອາທິດ	ວັນທີຄາດວ່າຈະຮຽນຈົບ	ກຳລັງເຮັດວຽກບໍ?
ຖ້າລົງທະບຽນຮຽນ, ກາກະບາດ (✔) ສະຖານະພາບ ☐ ເຕັມເວລາ ☐ ບໍ່ເຕັມເວລາ ☐ ອື່ນໆ (ໂປດລະບຸ):			☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

CA FS B. ຕື່ມຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ ຖ້າລາວ ລົງທະບຽນຮຽນໃນວິທະຍາໄລ ຫຼື ກຳລັງຮຽນໃນ ສະຖາບັນການສຶກສາ ໃນລັກສະນະດຽວກັນ.

VERIFIED:
Expenses ☐ Yes ☐ No
Financial Aid ☐ Yes ☐ No

ເທີມ	ຄ່າຮຽນ ຕໍ່ເທີມ	ຄ່າໜັງສື, ອຸປະກອນການຮຽນ ແລະ ອື່ນໆ ຕໍ່ເທີມ
☐ ເທີມ ☐ ປີ ☐ ໄຕມາດ	$	$
ເດີນທາງໄປກັບໂຮງຮຽນ/ໂຮງຮຽນອະນຸບານ ຕໍ່ມື້ (ໄມລ໌)	ຈຳນວນມື້ຮຽນ ຕໍ່ອາທິດ	ພາຫະນະທີ່ໃຊ້
ຄ່າເດີນທາງ ຕໍ່ອາທິດ $	ຈຳນວນເງິນທີ່ຈ່າຍໂດຍສະມາຊິກຮ່ວມຄົວ $	ຂົນສົ່ງມວນຊົນ (ລົດເມ ແລະ ອື່ນໆ) ຕໍ່ວັນ $

CA FS (9) ເງິນສະຫວັດດີການ ຫຼື ຄ່າອາຫານຂອງລາວ ຖືກຢຸດເຊົາເປັນໄລຍະເວລາໃດໜຶ່ງ ຫຼື ຕະຫຼອດໄປ ເນື່ອງຈາກ: ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການຮ່ວມມືໃນໄລຍະທົບທວນພຶດຕິກຳ, ລົງໂທດເຮັດວຽກ ຫຼື ຝຶກອົບຮົມ, ຫຼື ເນື່ອງຈາກສັ້ນໂກງສະຫວັດດີການ ຫຼື ລະເມີດໂຄງການ ຄ່າອາຫານໂດຍຕັ້ງໃຈບໍ? ຖ້າ “ແມ່ນ”, ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຍ້ອນຫຍັງ	ເມື່ອໃດ	ເຫດສະບານ/ລັດໃດ

CA FS (10) **ສະມາຊິກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວ ກຳລັງ ຫຼົບຫຼີກ ຫຼື ຫຼົບໜີ ຈາກກົດໝາຍໃນການຫຼົບໜີການລົງໂທດ ສະຖານຸໜັກ, ກັກຂັງ ຫຼື ຈຳກັດສິດ ພາຍຫຼັງຖອງໂທດ, ຫຼື ລະເມີດທັນບົນ ຫຼື ການປະກັນຕົວບໍ?** ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ **“ແມ່ນ”**, ລະບຸຊື່ນາມສະກຸນ ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ:

CA FS (11) ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນໃດໜຶ່ງ ຖືກຕັດສິນລົງໂທດຄວາມຜິດ ສະຖານໜັກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາເສບຕິດ ໃນກໍລະນີຄອບຄອງ, ໃຊ້ ຫຼື ຈຳໜ່າຍສານຄວບຄຸມບໍ? ໃຫ້ຂໍ້ມູນ ສຳຫຼັບ ເງິນສະຫວັດດີການ, ສຳຫຼັບການລົງໂທດໃນ ຫຼື ຫຼັງວັນທີ 1 ມັງກອນ 98; ແລະ ,ສຳຫຼັບຄຸ້ງອາຫານ, ສຳຫຼັບອາຊະຍາກຳ ແລະ ການລົງໂທດ ພາຍຫຼັງວັນທີ 22 ສິງຫາ 96. ຖ້າ “ແມ່ນ”, ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ນາມສະກຸນຜູ້ຖືກລົງໂທດ	ວັນທີຖືກລົງໂທດ	ວັນທີກະທຳຜິດ

FS (12) ລາວ ຊື້ອາຫານ ແລະ ແຕ່ງກິນ ແຍກຕ່າງຫາກຈາກຄົນອື່ນ ໃນຄອບຄົວບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS (13) ລາວມີອາຍຸ ຫຼື ແກ່ກວ່າ 60 ປີ ແລະ ບໍ່ສາມາດຊື້ອາຫານ ແລະ ແຕ່ງກິນແຍກຕ່າງຫາກ ເນື່ອງຈາກຄວາມພິການບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

Separate household eligible ☐ Yes ☐ No

FS (14) ລາວຈ່າຍຄ່າອາຫານ ແລະ ຫຼື ຄ່າທ້ອງ ໃຫ້ຫານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

Household Elects

ກາກະບາດ (✔)	ຫຼາຍປານໃດ	ເລື້ອຍປານໃດ	ຈຳນວນຄາບຕໍ່ວັນ	BOARDER	HH MEMBER	ROOMER
☐ ອາຫານ ☐ ທ້ອງ ☐ ທັງສອງ	$					

FS (15) ລາວ ໄດ້ຮັບອາຫານຈາກໂຄງການໃດໜຶ່ງ ດັ່ງລຸ່ມນີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

- ບ່ອນກິນເຂົ້າຮ່ວມກັນສຳຫຼັບຄົນຊະລາ ຫຼື ຄົນພິການ
- ໂຄງການແຈກຢາຍອາຫານທີ່ດຳເນີນໂດຍເຂດສະຫງວນຄົນອາເມຣິກັນພື້ນເມືອງ
- ໂຄງການອາຫານອື່ນໆ

ຖ້າ “ແມ່ນ”, ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ໂຄງການ

CA FS ⑯ ປະຈຸບັນ ລາວກຳລັງເຮັດວຽກ ຫຼື ຄາດວ່າຈະເຮັດວຽກໃນສອງເດືອນຂ້າງໜ້າບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້. ຄັດຕິດສຳເນົາຂອງໃບຮັບເງິນຄ່າແຮງ ຫຼື ຫຼັກຖານສະແດງລາຍໄດ້ອື່ນໆ. (ໝາຍເຫດ: ຖ້າເຮັດທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ, ສະແດງລາຍການໃຊ້ຈ່າຍຂອງທຸລະກິດ ໃສ່ເຈຍຕ່າງຫາກ ແລະ ຄັດຕິດໃສ່ແບບຟອມນີ້). ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ນາຍຈ້າງ	ທຸລະກິດຂອງຕົນເອງ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	ອາຊີບ	ຈຳນວນວັນ/ຊົ່ວໂມງທີ່ເຮັດວຽກຕໍ່ເດືອນ
ວັນທີຮັບ	ຄ່າແຮງກ່ອນຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ $ ຕໍ່	ຄ່າທິບ ຫຼື ຄ່າຄອມມິດຊັ່ນ ☐ ແມ່ນ ຈຳນວນເງິນ $	☐ ບໍ່ແມ່ນ

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

(✔) if Exempt
☐ CA
☐ FS Adult
☐ FS Child

FS S/E Farmer ☐ Yes ☐ No

Verification(s) on file: ☐ Yes ☐ No

CA FS 17 A. ລາວຈ້າງບາງຄົນເບິ່ງແຍງລູກ, ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ພິການ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ດູແລອື່ນໆ ເພື່ອລາວສາມາດໄປ ເຮັດວຽກ ຫຼື ຝຶກອົບຮົມ ຫຼື ຊອກຫາວຽກບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຜູ້ຮັບການດູແລ	ຊື່ຜູ້ ດູແລ	ຈຳນວນເງິນຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນ
		$
ຊື່ຜູ້ຮັບການດູແລ	ຊື່ຜູ້ ດູແລ	ຈຳນວນເງິນຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນ
		$

Child Care Informing Given to Client:

Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Dependent Care Eligible

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

CA FS B. ລາວໄດ້ຮັບຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູບຸດບໍ? ລວມທັງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກໂດຍຍາດ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ, ກົມການສຶກສາ, ເງິນເພື່ອການສຶກສາ, Block Grant, Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP ແລະ ອື່ນໆ. ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງເດັກ	ໃຜຈ່າຍ	ຈຳນວນເງິນຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນ
		$
ຊື່ຂອງເດັກ	ໃຜຈ່າຍ	ຈຳນວນເງິນຈ່າຍແຕ່ລະເດືອນ
		$

CA FS 18 ລາວໄດ້ຢຸດຕິ ຫຼື ປະຕິເສດໃນການເຮັດວຽກ ຫຼື ຝຶກອົບຮົມບໍ ພາຍໃນ 60 ວັນຜ່ານມາ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

	YES	NO
Emp. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

☐ CA: 30 days

☐ FS: 60 days

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ/ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ

ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວໄດ້ຮັບ ຫຼື ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບຄ່າແຮງ ຫຼື ສະຫວັດດີການ ໃນເດືອນນີ້ບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້. ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

(ວັນທີ) ໄດ້ຮັບເງິນຄ່າແຮງຄັ້ງສຸດທ້າຍ	ຈຳນວນເງິນກ່ອນຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ $
(ວັນທີ) ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບແຊັກ	ຈຳນວນເງິນກ່ອນຫັກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ $

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງ ເຮັດວຽກ/ຝຶກອົບຮົມ

ເດືອນກ່ອນ _____

ເດືອນນ _____

ວັນສຸດທ້າຍຂອງການເຮັດວຽກ/ຝຶກອົບຮົມ	ຄ່າທິບ ຫຼື ຄ່າຄອມມິດຊັ່ນ ☐ ແມ່ນ ຈຳນວນເງິນ $ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ເຫດຜົນຂອງການອອກວຽກ/ຝຶກອົບຮົມ	

CA FS 19 ລາວກຳລັງນັດຢຸດງານບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

Striker Regs Apply

CA	FS
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍຈ້າງ/ໂຄງການຝຶກອົບຮົມ

ຊື່ສະຫະພາບແຮງງານ

ວັນທີນັດຢຸດງານ

ລາຍໄດ້ລວມຕໍ່ເດືອນຈາກວຽກນີ້ ກ່ອນັນດຢຸດງານ $

FS 20 ລາວ ຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູບຸດ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

Court Order on File ☐ Yes ☐ No

Amount Ordered $

ຊື່ຂອງບຸດ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດ	ຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນ $	ຄຳສັ່ງສານ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

CA FS 21 ລາວ ໄດ້ສະໝັກຂໍ ຫຼື ໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການອື່ນໃດ ພາຍໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາ, ເຊັ່ນ: ເງິນປະກັນສັງຄົມ, ເງິນປະກັນວ່າງງານ/ພິການ, ເງິນສະຫວັດດີການ, ເງິນລ້ຽງດູບຸດ/ຄູ່ສົມລົດ, ສະຫວັດດີການທະຫານ ຜ່ານເສິກ, ທີ່ຢູ່ອາໃສຟຣີ, ຄ່ານ້ຳຄ່າໄຟຟຣີ ແລະ ອື່ນໆ ບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ປະເພດສະຫວັດດີການ	ຈຳນວນເງິນ $	ວັນທີສະໝັກ	ຢູ່ໃສ (ເທດສະບານ/ລັດ)	ວັນທີໄດ້ຮັບຄັ້ງສຸດທ້າຍ	ເລື້ອຍປານໃດ (ຄ້ອທິດ, ຕໍ່ເດືອນ ແລະ ອື່ນໆ)	ວັນທີຄາດວ່າຈະເລີ່ມ ແລະ ສິ້ນສຸດ	(✔) if Exempt CA	FS
						ເລີ່ມ:		
						ສິ້ນສຸດ:		

CA FS (22) ລາວເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ກຳລັງຊື້ອະສັງຫາລິມະຊັບໃດໜຶ່ງ ເຊັ່ນ ທີ່ດິນ ແລະ/ຫຼື ອາຄານ ຢູ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງບໍ, ລວມທັງ ນອກສະຫະລັດ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

ປະເພດ (ທີ່ດິນ, ບ້ານ, ອາພາດເມັ້ນ ແລະ ອື່ນໆ)	ໃຊ້ເພື່ອ (ຢູ່ອາໃສ, ໃຫ້ເຊົ່າ ແລະ ອື່ນໆ)	ທີ່ຢູ່ ຫຼື ສະຖານທີ່	ມູນຄ່າໂດຍປະມານ	ຈຳນວນເງິນ
			$	$

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Home Exempt ☐ Yes ☐ No

Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ Yes ☐ No

CA FS (23) A. ລາວມີຊັບສິນໃດໜຶ່ງ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ກາກະບາດ (✓) ແຕ່ລະລາຍການ ແລະ ອະທິບາຍລຸ່ມນີ້:

ຊັບສິນ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ຊັບສິນ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ແຊັກ ຫຼື ເງິນສົດ (ຢູ່ບ້ານ ຫຼື ບ່ອນອື່ນໆ)			ເງິນກອງທຶນ		
ບັນຊີເດີນສະພັດ/ປະຢັດ/ສະຫະກອນສິນເຊື່ອ			ຫຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ໃບຢັ້ງຢືນ, ບັນຊີບຳນານ (IRAs), ເງິນບຳນານ		
ສັນຍາ, ເງິນຈຳນອງ, ສະໂມດກອງທຶນ, ສັນຍາຂາຍ			ອື່ນ ๆ (ໂປດລະບຸ)		

ປະເພດຊັບສິນ	ເຈົ້າຂອງ	ບັນຊີ/ນະໂຍບາຍ ເລກທີ.	ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງທະນາຄານ ແລະ ອື່ນໆ	ມູນຄ່າປະຈຸບັນ
				$
				$

(✓) if Exempt

CA	FS

CA FS B. ລາວມີລາຍໄດ້ຈາກແຫຼ່ງເຫຼົ່ານີ້ ເຊັ່ນ ດອກເບ້ຍ, ເງິນປັນຜົນ ແລະ ອື່ນໆ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ສະແດງແຕ່ລະລາຍການ ແລະ ອະທິບາຍ ລຸ່ມນີ້:

ແຫຼ່ງເງິນ	ຫຼາຍປານໃດ	ເລື້ອຍປານໃດ
	$	
	$	

CA FS (24) ລາວເປັນເຈົ້າຂອງ, ເຊົ່າ ຫຼື ໃຊ້ພາຫະນະໃດໜຶ່ງ ເຊັ່ນ ລົດ, ລົດຂົນ, ເຮືອ, ລົດລາກ, ລົດຕູ້, ບ້ານເຄື່ອນທີ່, ລົດອອຟໂຣດ (ATVs), ລົດຈັກ, ເຮືອຍອກທະເລ, ເຈັດສະກີ ແລະ ອື່ນໆ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ເຈົ້າຂອງ ຖ້າໃຫ້ເຊົ່າ ກາກະບາດ (✓)	ໃຊ້ແນວໃດ	ປີ, ຍີ່ຫໍ້ ລຸ້ນ	ເລກທະບຽນ & ລັ່ງທະບຽນໃນລັດ	ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (✓)	ມູນຄ່າ ໂດຍປະມານ	ຈຳນວນເງິນ
☐ ໃຫ້ເຊົ່າ				☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ	$	$

(✓) If Exempt Leased | Vehicle Valuation
☐ Exempt
☐ Leased

CA FS (25) ລາວເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ໃຊ້ຊັບສິນສ່ວນຕົວ ທີ່ມີມູນຄ່າຢ່າງຕ່ຳ $100 ສຳຫຼັບແຕ່ລະລາຍການ ຫຼື ປະຈຸບັນ ແຕ່ລະຢ່າງມີມູນຄ່າຢ່າງຕ່ຳ $100, ເຊັ່ນ: ອັນຍະມະນີ, ເຄື່ອງມື, ອຸປະກອນ, ສັດລ້ຽງ ແລະ ອື່ນໆ ບໍ? **ບໍ່ຕ້ອງ**ລະບຸເຄື່ອງນຸ່ງ, ແຫວນແຕ່ງງານ, ພົມ, ເຟີນີເຈີ, ເຄື່ອງໃຊ້ໄຟຟ້າ ຫຼື ເຄື່ອງຕົກແຕ່ງບ້ານອື່ນໆ. ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

ເຈົ້າຂອງ	ລາຍການ	ວັນທີ່ຊື້	ລາຄາຊື້ ຫຼື ມູນຄ່າປະຈຸບັນ	ມູນຄ່າທີ່ເຫຼືອ
			$	$
			$	$

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately
Net Market Value
$ _____

CA FS (26) ລາວໄດ້ຂາຍ, ໂອນ ຫຼື ບໍລິຈາກ ອະສັງຫາລິມະຊັບ ຫຼື ຊັບສິນສ່ວນຕົວໃດໜຶ່ງບໍ ພາຍໃນ ສອງປີຜ່ານມາ (ສຳຫຼັບເງິນສະຫວັດດີການ) ແລະ ພາຍໃນສາມເດືອນຜ່ານມາ (ສຳຫຼັບຄາອາຫານ)? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

Closed Bank Accounts:
☐ Food Stamps in last 3 months

CA (27) ລາວມີປະກັນໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ: ປະກັນຊີວິດ, ຄ່າຝັງສົບ, ພິການ ຫຼື ຈຳນອງ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພ	ເລກນະໂຍບາຍ	ຄ່າຫຳນຽມປະກັນໄພ (ຊື່)	ຈຳນວນເງິນ
			$

Total CSV
(1) _____
(2) _____
Total Countable Property:
Items 22-27
CA $ _____
FS $ _____

CA FS (28) ລາວມີປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ຮັກສາພະຍາບານ, ລວມທັງ ປະກັນ ທີ່ຈ່າຍໂດຍນາຍຈ້າງ ຫຼື ພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ຢູ່ນຳ ເຊັ່ນ: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare ແລະ ອື່ນໆ ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພ	ວັນໝົດກຳນົດ	ຄ່າຫຳນຽມປະກັນໄພ	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ
		$	

☐ Health Care Options Explanation Given
Referral _____
NA _____
☐ DHS 6155
☐ DFA 285-C
Medicare Gross Premium
$_____

ສຳຫຼັບເຈົ້າໜ້າທີ່ເທົ່ານັ້ນ

Retro Medi-Cal
Requested ☐ Yes ☐ No
Approved ☐ Yes ☐ No

CA (29) ລາວເຄີຍຮັບການຮັກສາພະຍາບານ/ການຖືພາ ໃນເດືອນນີ້ ຫຼື ພາຍໃນສາມເດືອນກ່ອນເດືອນນີ້ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຜູ້ຮັບການຮັກສາ	ເດືອນທີ່ຮັບການຮັກສາ	ໄດ້ຈ່າຍຄ່າຮັກສານີ້ບໍ?		ຕ້ອງການເມດິແຄ (MEDI-CAL) ສຳຫຼັບເດືອນເຫຼົ່ານັ້ນບໍ?	
		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ

CA (30) ລາວມີສິດໄດ້ຮັບປະກັນສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງ ຈາກພໍ່ແມ່, ນາຍຈ້າງ ຫຼື ພໍ່ແມ່ທີ່ບໍ່ຢູ່ນຳ, ແຕ່ບໍ່ໄດ້ສະໝັກຂໍບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້:

☐ DHS 6155

ຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພ	ຄ່າທຳນຽມປະກັນໄພ	ຈ່າຍເລື້ອຍປານໃດ
	$	
	$	

CA FS (31) ລາວພິການຍ້ອນການບາດເຈັບ ຫຼື ອຸບັດຕິເຫດ ເຮັດໃຫ້ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການເຮັດວຽກ ຫຼື ເບິ່ງແຍງເຂົ້າເຈົ້າເອງບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ຕື່ມຂໍ້ມູນ ລຸ່ມນີ້: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

VERIFIED:
Higher/Lower MAP ☐ Yes ☐ No
Special Need ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

ປະເພດບັນຫາ	ວັນທີ່ບັນຫາເລີ່ມຕົ້ນ	ວັນທີ່ຄາດວ່າບັນຫາຈະໝົດໄປ

CA FS (32) A. ລາວມີສະພາບ ຫຼື ສະຖານະພາບທາງການແພດ ທີ່ຕ້ອງການສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ບໍ?
ການະບາດ (✓) ແຕ່ລະລາຍການ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ:

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ		ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
ອາຫານສະເພາະ*ຕາມການສັ່ງຂອງແພດ			ໃຊ້ນ້ຳໄຟຟ້າ		
ຕ້ອງເດີນທາງແບບພິເສດ			ບໍລິການຮັກເຄື່ອງພິເສດ		
ໂທລະສັບ ຫຼື ອຸປະກອນພິເສດອື່ນໆ			ອື່ນໆ (ໂປດລະບຸ):		
ຕ້ອງການຜູ້ເຮັດວຽກບ້ານ (ບໍ່ມີໃຜໃນບ້ານສາມາດເຮັດໄດ້)					

ຖ້າ "ແມ່ນ", ອະທິບາຍ:

CA VERIFIED:
CA ☐ Yes ☐ No
FS ☐ Yes ☐ No
☐ DFA 285-C

CA FS B. ລາວໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາຍໃນບ້ານ (IHSS) ບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າ "ແມ່ນ", ລາວໄດ້ຮັບແຕ່ລະເດືອນຫຼາຍປານໃດ? $_____

☐ DFA 285-C

CA (33) ມີບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້. ຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ ກ່ຽວກັບຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ສະມາຊິກໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວ ຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.
ການະບາດ (✓) ແຕ່ລະລາຍການ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ:

☐ CHDP Brochure and Explanation Given
Date: _____

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ
A. ກວດສຸຂະພາບເປັນປະຈຳ ເພື່ອຮັກສາສຸຂະພາບໃນຄອບຄົວທ່ານ ໂດຍສະໝັກຜ່ານ ໂຄງການປ້ອງກັນສຸຂະພາບ ແລະ ພິການເດັກ (CHDP) ໃຫ້ສະມາຊິກຄອບຄົວທ່ານ ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.		
• ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບບໍລິການ CHDP ບໍ?		
• ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບຈາກ CHDP ບໍ?		
• ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການປິ່ວແຂ້ວຈາກ CHDP ບໍ?		
• ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການນັດໝາຍກັບ ຫຼື ເດີນທາງໄປສູນບໍລິການ CHDP ບໍ?		
B. ຖ້າບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວ ຖືພາ, ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກ ໝໍ, ອາຫານເພື່ອສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆ. ທ່ານຕ້ອງການຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນີ້ບໍ?		
C. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວກຳລັງໃຫ້ນົມລູກບໍ?		
ຖ້າ ແມ່ນ, ເດັກນ້ອຍເກີດພາຍໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາບໍ?		
ຖ້າທ່ານເລືອກ "ແມ່ນ" ໃນຂໍ້ (34)B ຫຼື C, ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກໂຄງການອາຫານ, ເພີ່ມເຕີມພິເສດສຳຫຼັບແມ່ຍິງ, ເດັກນ້ອຍ ແລະ ເດັກແລກເກີດ (WIC).		
D. ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວ ຢາກໄດ້ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວຟຣີ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳບໍ? ຖ້າ "ແມ່ນ", ໂທບໍລິການວາງແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ໝໍປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.		
ຫຼື ສອບຖາມຂໍ້ມູນ ແລະ ສະຖານທີ່ຄຼີນິກວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ຮັກສາຄວາມລັບ, ໂທ (ໂທຟຣີ) 1-800-942-1054		

☐ Pregnant
☐ Parent or Guardian of child under 5
☐ Breastfeeding
☐ Postpartum
☐ WIC referral
☐ Family Planning Information Given
☐ Referred Date _____

ການຮັບຮອງ

ຂ້າພະເຈົ້າ ຮັບຮູ້ວ່າ:

- ຂໍ້ມູນໃດໆ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້, ລວມທັງກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການ ແລະ ລາຍໄດ້, ຈະຖືກກັບບັນທຶກຂອງ ເຊັ່ນ ນາຍຈ້າງ, ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມ, ອາກອນ, ໜ່ວຍງານສະຫວັດດີການ ແລະ ຈັດຫາງານ, ສະຖາບັນສຶກສາ ແລະອື່ນໆ ໃນເຂດ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. ແລະ ສຳຫຼັບເງິນສະຫວັດດີການ ແລະ ຄ່າອາຫານ, ບັນທຶກຈະຖືກກັບຂອງໜ່ວຍງານບ້ັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍໃນການໝາຍຈັບ.

- ຂໍ້ມູນໃດໆ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້, ລວມທັ ງ ກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການ ແລະ ລາຍໄດ້, ອາດມີການທົບທວນ ແລະ ກວດສອບໂດຍ ພະນັກງານຂອງເຂດ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ແລະ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດ, ເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ ແລະ ເມດິແຄ (Medi-Cal) ອາດຈະຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ຍົກເລີກ.

- ກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກເລືອກ ເພື່ອທົບທວນໃນການຮັບປະກັນວ່າ ສິດໃນການຮັບມີການພິຈາລະນາຢ່າງຖືກຕ້ອງ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງຮ່ວມມື ຢ່າງເຕັມທີ່ກັບພະນັກງານເທດສະບານ, ລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງ ໃນການສອບສວນ ຫຼື ທົບທວນ, ລວມທັ ງ ການທົວທວນພຶດຕິກຳ.

- ເທດສະບານ ຈະສົ່ງຂໍ້ມູນໄປຍັງບໍລິການຄົນເຂົ້າເມືອງ ແລະ ປ່ຽນສັນຊາດ (INS) ເພື່ອກວດສອບສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເທດສະບານຮັບຈາກ INS ອາດຈະມີຜົນຕໍ່ສິດໃນການຮັບເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ ແລະ Medi-Cal (ເຕັມ). ແຕ່ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າສະໝັກຂໍແຕ່ Medi-Cal ເທົ່ານັ້ນ, ແລະ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນ (a) ຄົນຕ່າງດ້າວພຳນັກຖາວອນຢ່າງຖືກກົດໝາຍ (LPR), (b) ຄົນຕ່າງດ້າວທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ທີ່ມີເອກະສານຖືກຕ້ອງ I-688, ຫຼື (c) ຄົນຕ່າງດ້າວພຳນັກຖາວອນໃນສະຫະລັດ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ (PRUCOL), ເທດສະບານ ຈະບໍ່ສົ່ງຂໍ້ມູນໄປຍັງ INS.

- ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງສະໝັກຂໍ ແລະ ຮັກສາປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີຢູ່ (ຖ້າບໍ່ໄດ້ເສຍ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ); ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ບໍ່ປະຕິບັດ Medi-Cal ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈະຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ຍົກເລີກ.

- ຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວຄົນອື່ນໆ ຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນສະຫວັດດີການໃດໆ ທີ່ໄດ້ຮັບເກີນກວ່າຄວນຈະໄດ.

- ຄອບຄົວທີ່ຮັບຄ່າອາຫານ, ສະມາຊິກຜູ້ໃຫຍ່ໃດໆ ໃນຄອບຄົວທີ່ຮັບຄ່າອາຫານ (ເຖິງແມ່ນວ່າ ມີການຍ້າຍອອກ), ຜູ້ຄ້ຳປະກັນ ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ບໍ່ແມ່ນ ພົນລະເມືອງ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ຂອງຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນສະຖາບັນ ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ ອາດຕ້ອງໄດ້ ຈ່າຍຄືນສະຫວັດດີການໃດໆ ທີ່ເກີນຈາກສອນ ທີ່ຄອບຄົວຄວນໄດ້ຮັບ.

- ສະມາຊິກໃດໆໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຜູ້ທີ່ຫຼີກລ່ຽງ ຫຼື ຫຼົບໜີ ກົດໝາຍ ຈາກການລ້ຽງ ໂທດອາຍາສະຖານໜັກ, ກັກຂັງ ຫຼື ຄອບຄຸມພຶດຕິກຳພາຍຫຼັງ ຕ້ອງໂທດ ຫຼື ລະເມີດທັນບົນ ຫຼື ປະກັນຕົວ ບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ ຄ່າອາຫານ.

- ຜູ້ໃດກໍ່ຕາມທີ່ໄດ້ກະທຳຜິດ ແລະ ຖືກລ້ຽງໂທດທີ່ຕິດພັນກັບ ຢາເສບຕິດ ໃນການຄອບຄອງ, ໃຊ້ ຫຼື ຈຳໜ່າຍ ສານຄວບຄຸມ ນັບແຕ່ວັນທີ 22 ສິງຫາ 1996, ບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບຄ່າອາຫານ ຫຼື ຖ້າຖືກລ້ຽງໂທດໃນ ຫຼືຫຼັງວັນທີ 1 ມັງກອນ 1998, ບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບເງິນສະຫວັດດີການ.

- ເພື່ອສະໝັກຂໍເງິນສະຫວັດດີການ ແລະ ຄ່າອາຫານ, ເທດສະບານຈະໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ສະມາຊິກບາງຄົນໃນຄອບຄົວ ຕ້ອງພິມລາຍນິ້ວມື ຫຼື ຖ່າຍຮູບ. ສະຫວັດດີການທຸກຢ່າງ ອາດຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ຍົກເລີກ ຖ້າພວກເຮົາ ບໍ່ໃຫ້ການຮ່ວມມື.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຍັງຮັບຮູ້ອີກວ່າ:

ຂ້າພະເຈົ້າ ຈະຖືກຕັດສິດ ແລະ/ຫຼື ຖືກລ້ຽງໂທດຖານສໍ້ໂກງສະຫວັດດີການ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈົງໃຈ ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດ ຫຼື ບໍ່ລາຍງານຂໍ້ມູນ ຫຼື ສະຖານະການທັ້ງໝົດ ທີ່ມີຜົນຕໍ່ສິດໃນການຮັບ ຫຼື ສະຫວັດດີການ ຈາກເງິນສະຫວັດດີການ, ຄ່າອາຫານ ແລະ Medi-Cal.

ສຳຫຼັບເງິນສະຫວັດດີການ:

- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຈົງໃຈຝ່າຝືນກົດລະບຽບເງິນສະຫວັດດີການ, ຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກລ້ຽງໂທດ ໂດຍການປັບໃໝສູງສຸດ ມູນຄ່າ $10,000 ແລະ/ຫຼື ຖືກຈຳຄຸກເປັນເວລາ 3 ປີ. ແລະ ເງິນສະຫວັດດີການ ນຂາພະເຈົ້າ ສາມາດຖືກຍົກເລີກ:

  - ກໍລະນີບໍ່ລາຍງານຂໍ້ມູນທັ້ງໝົດ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດ: 6 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄວາມຜິດ ຄັ້ງທຳອິດ, 12 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສອງ, ຫຼື ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສາມ; ແລະ ກໍລະນີເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຊາວອົບພະຍົບ (RCA),3 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄວາມຜິດຄັ້ງທຳອິດ ແລະ 6 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄັ້ງຕ່ໍໆ ໄປ.

  - ກໍລະນີສະໝັກຂໍ ຄັ້ງໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ ເພື່ອຂໍເງິນສະຫວັດດີການ ນຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງ ກໍລະນີ ໃນເວລາດຽວກັນ: 2 ປີ ສຳຫຼັບຄວາມຜິດຄັ້ງທຳອິດ, 4 ປີ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສອງ, ຫຼື ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສາມ.

  - ກໍລະນີລ້ຽງໂທດຂີ້ລັກສະຖານໜັກ ເພື່ອເອົາສະຫວັດດີການ: 2 ປີ ສຳຫຼັບມູນຄ່າທີ່ລັກ ຕ່ຳກວ່າ $2,000; 5 ປີ ສຳຫຼັ ງມູນຄ່າ $2,000 ຫາ $4,999.99; ແລະ ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບມູນຄ່າ $5,000 ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ.

  - ກໍລະນີໃຫ້ຫຼັກຖານເທັດແກ່ເທດສະບານ ເພື່ອເອົາເງິນສະຫວັດດີການ ໃນ 2 ປະເທດ ຫຼື ລັດ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ ໃນເວລາດຽວກັນ; ໃຫ້ຫຼັກຖານເທັດແກ່ເທດສະບານ ກ່ຽວກັບເດັກທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ເດັກທີ່ບໍ່ມີຕົວຕົນ; ໄດ້ຮັບເງິນສິດຫຼາຍກວ່າ $10,000 ຈາກການສໍ້ໂກງ; ຖືກລ້ຽງໂທດຄັ້ງທີສາມ ສຳຫຼັບການສໍ້ໂກງ ຈາກສາມ ຫຼື ການຮ້ອງຟ້ອງທາງອາຍາ: ຕະຫຼອດໄປ.

ສຳຫຼັບຄ່າອາຫານ:

- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຈົງໃຈຝ່າຝືນກົດລະບຽບຄ່າອາຫານ, ຄ່າອາຫານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈະຖືກ ຍົກເລີກ ເປັນເວລາ 12 ເດືອນ ສຳຫຼັ ບການລະເມີດຄັ້ງທຳອິດ, 24 ເດືອນ ສຳຫຼັບຄັ້ງ ທີສອງ, ແລະ ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສາມ. ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກລ້ຽງໂທດ ໂດຍການປັບໃໝສູງສຸດ ເປັນມູນຄ່າ $250,000 ແລະ/ຫຼື ຖືກຈຳຄຸກເປັນເວລາ 20 ປີ.

- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຖືກສານຕັດສິນວ່າມີຄວາມຜິດ ເນື່ອງຈາກ:

  - ຂ້າພະເຈົ້າ ຄ້າຂາຍ ຫຼື ຂາຍຄ່າອາຫານ ເພື່ອແລກປ່ຽນ, ອາວຸດ ຫຼື ວັດຖຸລະເບີດ, ຄ່າອາຫານຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກຍົກເລີກຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບການລະເມີດ ຄັ້ງທຳອິດ.

  - ຂ້າພະເຈົ້າ ຄ້າຂາຍ ຫຼື ຂາຍຄ່າອາຫານ ເພື່ອແລກສານຄວບຄຸມ, ຄ່າອາຫານຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າ ສາມາດຖືກຍົກເລີກ ເປັນເວລາ 24 ເດືອນ ສຳຫຼັ ບ ການລະເມີດຄັ້ງ ທຳອິດ ແລະ ຕະຫຼອດໄປ ສຳຫຼັບຄັ້ງທີສອງ.

  - ຂ້າພະເຈົ້າ ຄ້າຂາຍ ຫຼື ຂາຍຄ່າອາຫານ ທີ່ມີມູນຄ່າ $500 ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ, ຄ່າອາຫານ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ສາມາດຖືກຍົກເລີກຕະຫຼອດໄປ.

  - ຂ້າພະເຈົ້າ ຍື່ນໃບສະໝັກຂໍຄ່າອາຫານ 2 ໃບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ ໃນເວລາດຽວກັນ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທດແກ່ເທດສະບານກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນສະແດງຕົນ ຫຼື ການພຳນັກ, ຄ່າອາຫານ ຂອງຂາພະເຈົ້າ ສາມາດຖືກຍົກເລີກ ເປັນເວລາ 10 ປີ.

ພາຍໃຕ້ບົດລ້ຽງໂທດຂອງກົດໝາຍສະຫະລັດອາເມລິກາ ແລະ ລັດແຄລິຟໍເນຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮອງວ່າ ຂໍ້ມູນໃນເອກະສານນີ້ ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.

ລາຍເຊັ່ນ (ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຍາດຜູ້ດູແລ, ຜູ້ສະໝັກຮັກສາພະຍາບານ, ສະມາຊິກຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄອບຄົວທີ່ຮັບຄ່າອາຫານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍຮັບຄ່າອາຫານ)

ລາຍເຊັ່ນ (ພໍ່ຫຼືແມ່ຜູ້ອື່ນ ທີ່ອາໃສໃນບ້ານ, ຖ້າສະໝັກຂໍເງິນສະຫວັດດີການ)	ວັນທີ	ລາຍເຊັ່ນພະຍານ, ນາຍພາສາ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບມອບໝາຍແທນຜູ້ສະໝັກ/ ຜູ້ຮັບສະຫວັດດີການ	ວັນທີ