

ໃບສະມັກເພື່ອຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານການຢາຂອງເດັກນ້ອຍ



APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

ໃບສະມັກນີ້ແມ່ນຄອບຄຸມທາງດ້ານການຢາສຳຫຼັບເດັກນ້ອຍ ແລະ ໄວລຸ້ນບໍ່ເກີນ 19 ປີເທົ່ານັ້ນ. ທຸກໆຄົນສາມາດສະມັກໄດ້ໃນນາມຂອງເດັກນ້ອຍ. ເດັກນ້ອຍອາດສະມັກໃນນາມຂອງພວກເຂົາເອງ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄືນເພື່ອຕິດຕາມຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ໃນກ່ອງທີ່ 1. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມ ຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຕື່ມແບບສະມັກນີ້. ພຽງແຕ່ໂທຫາ 1-877-543-7669. ພວກເຮົາຍິນດີທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານ!

ກະລຸນາພິມເປັນພິກດຳ ຫລື ພ້າ. ບໍ່ໃຫ້ໃຊ້ສີດຳ. (ລາຍຊື່ພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ ຫລື ບຸກຄົນທີ່ສາມາດຕິດຕໍ່ ຜູ້ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຕິດຕາມ)

1. ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ
2. ທີ່ຢູ່ບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່	ຖະໜົນ	ເມືອງ ຮັຖ ລະຫັດເຂດ
3. ທີ່ຢູ່ສິ່ງຈິດຫມາຍ (ຖ້າຫາກແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັຖ ລະຫັດເຂດ
4. ເບີໂທລະສັບ ບ້ານ () ບ່ອນເຮັດວຽກ ()	5. ທ່ານມີບັນຫາໃນການເວົ້າ, ອ່ານ ຫລື ຂຽນພາສາອັງກິດບໍ່? ພາສາໃດ ຫລື ຮູບແບບອື່ນໃດ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ? _____ ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາແປບໍ່? (ຖ້າຕ້ອງການ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານຜ່ານນາຍແປພາສາ). ພາສາໃດທີ່ທ່ານເວົ້າ? _____	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່
ຂໍ້ຄວາມ ()	6. ເດັກນ້ອຍທີ່ອາຍຸຕໍ່ກວ່າ 19 ປີ ມີເງື່ອນໄຂການໃຊ້ຢາທີ່ຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ຢາທັນທີທັນໃດບໍ່? ມີໃຜບໍ່ທີ່ບ້ານຂອງທ່ານຖືພາ? ຖ້າ "ມີ" ໃຜ? _____	<input type="checkbox"/> ໄດ້ໃຊ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່

ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

7. ຂຽນຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ອາໄສຢູ່ດ້ວຍກັນ. (ຖ້າຕ້ອງການເພີ່ມໃຫ້ຄັດຕິດເຈ້ຍທີ່ຂຽນລາຍຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວ).

ຊື່ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ເພດ ຊ ຫຼື ຍ	ຄວາມສຳພັນ ກັບທ່ານ	ວັນເດືອນປີເກີດ (ດ/ວ/ປ)	ເບີປະກັນສັງຄົມ * = ທາງເລືອກ	ພົນລະເມືອງ ສະຫະລັດ ແມ່ນ ບໍ່	ສະຖານທີ່ເກີດ (ເມືອງ/ ຮັຖ)	ຕື່ມຖ້າຫາກເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ ບໍ່ ແມ່ນພົນລະເມືອງອາເມລິກາ
A. ພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ ຫຼື ຕົວເອງ				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ລາຍຊື່ທີ່ ເດັກນ້ອຍມາ ເຖິງອາເມ ລິກາ
B. ຄູ່ສົມຮົສ ຫຼື ພໍ່ແມ່ອື່ນ (ຖ້າຫາກອາໄສຢູ່ບ້ານດຽວກັນ)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. ລາຍຊື່ເດັກນ້ອຍ ແລະ ໄວລຸ້ນຕໍ່ກວ່າ 19 ປີ (ໃຜຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດດ້ານການຢາ)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫຍ່ອື່ນໆ/ເດັກນ້ອຍ ໃນບ້ານ (ໃຜບໍ່ຕ້ອງການຜົນປະໂຫຍດດ້ານການຢາ)				*		ສັງເກດ: ກະລຸນາຄັດຕິດເອກະສານທີ່ສະແດງສະຖານະ ພາບຂອງເດັກນ້ອຍ.	
				*			

8. ມີເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່ກວ່າ 19 ອາໄສຢູ່ບ້ານທ່ານທີ່ພິການບໍ່? ມີ ບໍ່ ຖ້າ "ມີ" ແມ່ນໃຜ?

ຄຳ ໃຊ້ຈ່າຍ ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ສາມາດຊ່ວຍຄຸນນະພາບຊີວິດຂອງເດັກນ້ອຍທ່ານ.

9. ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າດູແລເດັກນ້ອຍໃນຂະນະທີ່ທ່ານເຮັດວຽກບໍ່?	<input type="checkbox"/> ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຖ້າ "ຈ່າຍ" ເດືອນໜຶ່ງຈ່າຍຫຼາຍປານໃດ?	\$
ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ໃຜດູແລຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ພິການໃນຂະນະທີ່ທ່ານເຮັດວຽກບໍ່?	<input type="checkbox"/> ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຖ້າ "ຈ່າຍ" ເດືອນໜຶ່ງຈ່າຍຫຼາຍປານໃດ?	\$
10. ທ່ານໄດ້ຈ່າຍສະໜັບສະໜູນໃຫ້ເດັກນ້ອຍຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ບ້ານຂອງທ່ານ ຕາມຄຳສັ່ງສານບໍ່?	<input type="checkbox"/> ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຖ້າ "ຈ່າຍ" ເດືອນໜຶ່ງຈ່າຍຫຼາຍປານໃດ?	\$

ລາຍໄດ້ ໃຫ້ຂໍ້ມູນລາຍໄດ້ທັງໝົດ (ກ່ອນຫັກຄ່າພາສີ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ).

(ກະລຸນາຄັດຕິດຫຼັກຖານລາຍໄດ້)

11. ຊື່ນາຍຈ້າງຂອງພໍ່ແມ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບ ມີເລີ່ມຕົ້ນ: ()	ລາຍໄດ້ຢ່າງອື່ນຂອງຄົວເຮືອນ	ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ 30 ມື້ສຸດທ້າຍ	ສະມາຊິກຜູ້ໃດທີ່ມີລາຍໄດ້?
	15. ຄ່າສະໜັບສະໜູນເດັກ	\$	
12. ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບພາຍໃນ 30 ມື້ສຸດທ້າຍ ກ່ອນຫັກພາສີ ແລະ ລາຍໄດ້ທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ: \$ ລາຍໄດ້ຫຼາຍປານໃດທີ່ມາຈາກການຈ້າງການຂອງທ່ານເອງ?* \$	16. ຄ່າລົງງານຢ່າຮ້າງ	\$	
	17. ລາຍຈ່າຍປະກັນສັງຄົມ	\$	
	18. ຜົນປະໂຫຍດຈາກການວ່າງງານ	\$	
13. ຊື່ນາຍຈ້າງຄູ່ລິມະນິສ (ຫຼື ພໍ່ແມ່ອື່ນທີ່ອາໄສຢູ່ບ້ານດຽວກັນ) ແລະ ເບີໂທລະສັບ ມີເລີ່ມຕົ້ນ: ()	19. ລາຍໄດ້ຈາກການລົງທຶນ/ດອກເບ້ຍ/ເງິນປັນຜົນ	\$	
	20. ຜົນປະໂຫຍດຈາກການເປັນທະຫານຜ່ານສຶກ	\$	
14. ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ຮັບພາຍໃນ 30 ມື້ສຸດທ້າຍຂອງຄູ່ລິມະນິສ (ຫຼື ພໍ່ແມ່ອື່ນທີ່ອາໄສຢູ່ບ້ານດຽວກັນ) ກ່ອນຫັກພາສີ ແລະ ລາຍໄດ້ທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ: \$ ລາຍໄດ້ຫຼາຍປານໃດທີ່ມາຈາກການຈ້າງງານຂອງຄູ່ລິມະນິສເອງ?* \$	21. ແຮງງານ ແລະ ອຸດສາຫະກຳ	\$	
	22. ສ່ວນແບ່ງງານທະຫານ	\$	
	23. ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ):	\$	
* ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຄູ່ລິມະນິສ (ຫຼື ພໍ່ແມ່ອື່ນທີ່ອາໄສຢູ່ບ້ານ ດຽວກັນ) ຖືກຈ້າງງານດ້ວຍຕົວເອງ. ທ່ານອາດໄດ້ສ່ວນຫຼຸດ. ກະລຸນາໂທ 1-877-KIDS-NOW(ດຽວນີ້) ສຳຫຼັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອຕື່ມໃບສະມັກ.			
24. ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່າຢາທີ່ບໍ່ທັນໄດ້ຈ່າຍ- ພາຍໃນ 3 ເດືອນ- ສຳຫຼັບເດັກນ້ອຍ ທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານສະມັກຂໍຄ່າຢາບໍ່? <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ຖ້າ "ຕ້ອງການ" ກະລຸນາສົ່ງສຳເນົາລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດພາຍໃນໜຶ່ງເດືອນທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ໃຫ້ພວກເຮົາທົບທວນ.			

ຂໍ້ມູນປະກັນສຸຂະພາບ ບອກພວກເຮົາທຸກໆປະກັນສຸຂະພາບທີ່ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານມີແລ້ວ.

25A. ມີເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຜູ້ໃດ ໄດ້ສະມັກປະກັນສຸຂະພາບແລ້ວບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່	25B. ຖ້າ "ມີ" ປະກັນສຸຂະພາບນັ້ນໄດ້ຄອບຄຸມຄ່າພິ, ໂຮງໝໍ, ເອັສເຣ (ສາຍແສງ) ແລະ ຄ່າບໍລິການທ້ອງທົດລອງຕ່າງໆບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	26A. ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບປະກັນສຸຂະພາບທີ່ຄອບຄຸມໂດຍວຽກຂອງທ່ານບໍ່ພາຍໃນ 4 ເດືອນຜ່ານມາບໍ່? <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່	26B. ຖ້າ "ເຄີຍ" ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພິເສດໜ້ອຍກວ່າ 50 ຫຼຽນຕໍ່ເດືອນຕໍ່ຈຳນວນເດັກນ້ອຍທີ່ຂຶ້ນກັບທ່ານບໍ່? <input type="checkbox"/> ໜ້ອຍກວ່າ <input type="checkbox"/> ບໍ່
27. ຖ້າຫາກທ່ານເລືອກ "ມີ" ທຸກໆຄຳຖາມຂ້າງເທິງນີ້ (25 A ຫຼື B ຫຼື 26 A ຫຼື B), ກະລຸນາບອກຂໍ້ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ຊື່ນາຍຈ້າງທີ່ຈັດທາປະກັນສຸຂະພາບ ໃຫ້ເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.			
ບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ນາຍຈ້າງ	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ	ຊື່ຜູ້ຖືບັດນະໂຍບາຍ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຜູ້ຖືບັດນະໂຍບາຍ (ທາງເລືອກອື່ນ)

ຄວາມເປັນມາເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າຂອງເດັກນ້ອຍ (ຂໍ້ມູນໃຫ້ໂດຍສະມັກໃຈ)

ຄຳຖາມພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານຕອບດ້ວຍຄວາມສະມັກໃຈ ກ່ຽວກັບຄວາມເປັນມາເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າຂອງ ເດັກນ້ອຍ. ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ຈະບໍ່ໄດ້ໃຊ້ເຂົ້າໃຈການພິຈາລະນາ ສິດທິທີ່ຈະໄດ້ຮັບເລືອກຜົນປະໂຫຍດ ໃດໆ.	<input type="checkbox"/> ອິນເດຍ-ອະເມລິກັນ ຫຼື ຊົນເຜົ່າອາລາສກາ	<input type="checkbox"/> ອາຊີ	<input type="checkbox"/> ຜິວດຳ ຫຼື ອາຟຣິກັນອາເມລິກັນ
	<input type="checkbox"/> ສະເປນ ຫຼື ລາຕິໂນ	<input type="checkbox"/> ຊົນເຜົ່າຮາວາຍອຽນ ຫຼື ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ	
	<input type="checkbox"/> ຜິວຂາວ	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ:	
ການແບ່ງແຍກແມ່ນຂໍ້ຫ້າມທຸກໆໂຄງການ ແລະ ກິດຈະກຳ ທີ່ຈັດຂຶ້ນໂດຍກົມບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ສັງຄົມ ຈະບໍ່ມີໃຜຖືກແບ່ງແຍກອອກຈາກໂຄງການ ແລະ ກິດຈະກຳໂດຍຖືເອົາຕາມເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຄວາມເຊື້ອຖື, ຄວາມເຊື້ອທາງດ້ານການເມືອງ, ສັນຊາດດັ່ງເດີມ, ສາດສະໜາ, ອາຍຸ, ເພດ ຫຼື ຄວາມພິການ.			

ອ່ານຢ່າງລະອຽດກ່ອນທີ່ຈະເຊັນ

ໃບສະມັກນີ້ສຳຫຼັບຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານການຢາເພື່ອເດັກນ້ອຍເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າຫາກວ່າໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ, ຫຼື ຕ້ອງການທີ່ຈະສະມັກຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານການເງິນ, ຄວາມຕ້ອງການອາຫານເບື້ອງຕົ້ນ ຫລື ຜົນປະໂຫຍດດ້ານອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ກົມບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ສັງຄົມທ້ອງຖິ່ນ (DSHS) ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ (CSO).

- DSHS ອາດຈະຖາມຫຼັກຖານຂໍ້ມູນຈາກທ່ານໃຫ້ພວກເຂົາຮູ້ວ່າທ່ານສົມຄວນໄດ້ຮັບເລືອກ. ທ່ານສາມາດຖາມການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ DSHS ໃນການພິສູດ.
- ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານອາດຈະຖືກກວດຄືນໂດຍລັດ ຫຼື ຕົວແທນສະຫະພັນອື່ນ. ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ຈະ ບໍ່ ໄດ້ແບ່ງປັນກັບໜ່ວຍງານການບໍລິການຄົນເຂົ້າເມືອງ ແລະ ການປ່ຽນສັນຊາດ (INS).
- ໂດຍການສະເໜີຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານສຸຂະພາບ, ທ່ານຄວນໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ້ຮຸ້ງຊິງຕັນ ກ່ຽວກັບສິດທຸກໆຢ່າງໃນການສະໜັບສະໜູນທາງການຢາທີ່ບຸກຄົນທີ 3 ເປັນຄົນຈ່າຍເພື່ອຜົນປະໂຫຍດ.
- DSHS ອາດແບ່ງປັນປະຫວັດສະພາບກັບລະບົບການບັນທຶກປະຫວັດສະພາບເດັກນ້ອຍ.

ປະກາດ ແລະ ລາຍເຊັນ: ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໃບຄຳຮ້ອງນີ້ແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຖ້າໃຫ້ການຜິດ, ຂໍ້ມູນທັງໝົດເຫຼົ່ານີ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຂຽນໃສ່ໃບສະມັກແມ່ນຄວາມຈິງ. ຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຄວາມສາມາດຂ້າພະເຈົ້າເຮັດໄດ້.	
ລາຍເຊັນຜູ້ສະມັກ	ວັນທີ

ຈະສົ່ງໃບສະມັກແນວໃດ

ສົ່ງຈົດໝາຍເຖິງ: **Department of Social and Health Services**

**PO Box 45449
Olympia, WA 98504-5449**

DSHS 14-380 LA (REV. 12/2007)

ສຳຫຼັບການຊ່ວຍ ຫຼື: ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ມີຄຳຖາມ, ກະລຸນາໂທ

**1-877-KIDS-NOW.
(1-877-543-7669)**

