

# ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງລັດ North Carolina

## ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ

### ພາກທີ 1: ສິດທິ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຜູ້ສະໜັກ

ຖ້າວ່າທ່ານສະໜັກ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ໃນ North Carolina, ທ່ານມີ ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບດັ່ງລຸ່ມນີ້.

#### ສິດທິຂອງທ່ານ:

- ສະໜັກ ແລະ ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຖ້າມີສິດໄດ້ຮັບ. ຖ້າໃບສະໜັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ຖືກຖອນອອກ, ສາມາດສະໜັກຄືນໃໝ່ໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອການລົງດູເດັກ (Subsidized Child Care Assistance Program) ທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານບໍ່ມີເງິນທຶນ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບທາງເລືອກໃຫ້ຢູ່ໃນບັນຊີລາຍຊື່ລຳດັບ.
- ມີຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ອົງການທີ່ໝັ້ນໃຈໄດ້ເກັບຮັກສາໄວ້ຢ່າງ ແລະ ຮັກສາເປັນສ່ວນຕົວ ເວັ້ນເສຍແຕ່ກົດໝາຍກຳນົດ. ໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳວ່າຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ອົງການນີ້ອາດຈະຖືກເກັບໄວ້ໃນຖານຂໍ້ມູນຄອມພິວເຕີ.
- ມີນາຍພາສາ ຫຼື ຜູ້ແປພາສາໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດ ເມື່ອຕິດຕໍ່ສື່ສານກັບອົງການ.
- ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຮັດໃບສະໜັກ ແລະ/ຫຼື ຊ່ວຍເຫຼືອການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ.
- ສະໜັກຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນເດີມໄດ້ທຸກເວລາ.
- ຖອນໃບສະໜັກ ຫຼື ຮ້ອງຂໍໃຫ້ຢຸດເຊົາຜົນປະໂຫຍດຕໍ່ໄປໄດ້ທຸກເວລາ. ໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ແລະ ຜົນໄດ້ຮັບຂອງຄຳຮ້ອງສະໜັກຂອງທ່ານ ຫຼື ການປ່ຽນແປງໃດໆໃນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.
- ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈົນກ່ວາມີແຈ້ງການການຍຸດເຊົາເນື່ອງຈາກໝົດອາຍຸ ຫຼື ຈົນກ່ວາມັນຖືກກັກໄວ້ໂດຍການດຳເນີນການທີ່ເໝາະສົມ.
- ໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳວ່າຂໍ້ມູນເຊື້ອຊາດ ແລະ ຊົນເຜົ່າແມ່ນໄດ້ຮັບຈາກສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ເປັນຄວາມສະໜັກໃຈເອງ. ທັງການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດ/ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຫາກທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້.
- ອົງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງພະແນກກະສິກໍາຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, ອົງການ, ຫ້ອງການ, ແລະ ພະນັກງານ ແລະ ສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ບໍລິຫານໂຄງການ USDA ແມ່ນຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ຈຳແນກໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ (ລວມທັງເອກະລັກທາງເພດ ແລະ ທັດສະນະທາງເພດ), ຄວາມເຊື້ອທາງສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື້ອທາງດ້ານການເມືອງ ຫຼື ການລົງໂທດ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ຕໍ່ການເຄື່ອນໄຫວສິດທິພົນລະເຮືອນໃນໂຄງການ ຫຼື ກົດຈະກຳທີ່ດຳເນີນ ຫຼື ທຶນສະໜັບສະໜູນໂດຍ USDA. ໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຂອງລັດຖະບານກາງຈາກ ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) ເຊັ່ນ: ການຊ່ວຍເຫຼືອຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຄອບຄົວທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນ (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), ແລະໂຄງການທີ່ HHS ດຳເນີນການໂດຍກົງແມ່ນໄດ້ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການຈຳແນກພາຍໃຕ້ກົດໝາຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບຂອງ HHS. ຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານເປັນທາງເລືອກອື່ນສໍາລັບໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ສຽງ, ພາສາມື ຫຼື ອາວຸດວິກາ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການ (ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ສະໜັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ຜູ້ທີ່ຫຼຸດໜ້ອຍ, ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ ຫຼື ຜູ້ທີ່ພິການດ້ານການປາກເວົ້າອາດຕິດຕໍ່ຫາ USDA ໂດນຜ່ານ ການບໍລິການການຖ່າຍທອດຂອງລັດຖະບານກາງ ທີ່ (800) 877-8339. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດມີຢູ່ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ.
- ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງ FNS: ຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ລະດັບຜົນປະໂຫຍດບໍ່ມີຜົນກະທົບ ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບຄຳຕອບກ່ຽວກັບຊົນເຜົ່າ ຫຼື ເຊື້ອຊາດ. ເມື່ອບໍ່ໄດ້ສະໜອງຂໍ້ມູນໃຫ້ ອົງການຈະເກັບກຳຂໍ້ມູນໂດຍການສັງເກດໃນເວລາສຳພາດ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ຮັບປະກັນວ່າຜົນປະໂຫຍດຂອງໂຄງການຖືກແຈກຢາຍໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ ຫຼື ຊາດ (ຂໍ້ມູນນີ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງທາງສະຖິຕິເທົ່ານັ້ນ).
- ບໍ່ຕ້ອງການທີ່ຢູ່ຖາວອນຕາບໃດທີ່ທ່ານວາງແຜນທີ່ຈະຢູ່ໃນ North Carolina. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ ແລະ FNS, ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ໃນເຂດປົກຄອງທີ່ທ່ານສະໜັກ.
- ຖາມຄຳຖາມກ່ຽວກັບກົດລະບຽບ ແລະ ຂໍ້ກຳນົດຂອງໂຄງການ.
- ຂໍການໄຕ່ສວນຄະດີຈາກພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງ ແລະ ກົມບໍລິການສັງຄົມຂອງລັດ. ຂໍ້ກຳນົດຂອງການໄຕ່ສວນຄະດີອາດຈະແຕກຕ່າງກັນ ສໍາລັບແຕ່ລະໂຄງການ. ອ້າງເຖິງພາກທີ 3: ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຄະດີ.

#### ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:

- ສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍ ແລະ ຍັງຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ສະໜອງໃຫ້ກ່ຽວກັບສະຖານະການຂອງທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນທັງໝົດທີ່ທ່ານກຳລັງສະໜັກ ຫຼື ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃຫ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.
- ລາຍງານໃຫ້ກັບພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງໃຫ້ທັນເວລາ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ.
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະການຂອງທ່ານໃຫ້ທັນເວລາແກ່ພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງ ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໂດຍນະໂຍບາຍຂອງໂຄງການ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າ ທ່ານຕ້ອງການລາຍງານບາງຢ່າງ ຫຼືບໍ່, ໃຫ້ໂທຫາພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານ. ຂໍ້ກຳນົດຂອງການລາຍງານອາດຈະແຕກຕ່າງກັນ ສໍາລັບແຕ່ລະໂຄງການ. ອ້າງເຖິງພາກທີ 4: ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງໂຄງການ

- ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບໃຫ້ແກ່ພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງ ຫຼື ອົງການຈັດຊື້ທ້ອງຖິ່ນ, ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ຕາມການຮ້ອງຂໍ.
- ຮ່ວມມືກັບບຸກຄະລາກອນທ້ອງຖິ່ນ, ລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງໃນການທົດທວນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ.
- ເຂົ້າໃຈວ່າ ບັດ ID ທາງການແພດ, ບັດໂອນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງອີເລັກໂທຣນິກ (Electronic Benefits Transfer, EBT) ຫຼື ບັດການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບແມ່ນຈະໃຊ້ໄດ້ສະເພາະກັບບຸກຄົນທີ່ມີວາຍຊື່ຢູ່ໃນບັດ/ບັດການດູແລເດັກເທົ່ານັ້ນ. ມັນຜິດຕໍ່ກົດໝາຍທີ່ຈະໃຫ້ບັດ ID ທາງການແພດ, ບັດ EBT, ຫຼື ບັດການດູແລເດັກໃຫ້ກັບຜູ້ອື່ນ ແລະ ທ່ານສາມາດຖືກດໍາເນີນຄະດີໃນຂໍ້ຫາສໍ້ໂກງໄດ້.
- ສະໝັກຂໍເອົາຜົນປະໂຫຍດທັງໝົດທີ່ທ່ານອາດຈະມີສິດ (ເຊັ່ນ: ຜົນປະໂຫຍດການຫວ່າງງານ, ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ, ຜົນປະໂຫຍດຂອງ
- ນັກຮົບເກົ່າ, ແລະ ອື່ນໆ) ລວມທັງການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ເມື່ອສະໝັກ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ.
- ລາຍງານການສະໜັບສະໜູນລູກ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດທີ່ໄດ້ຈ່າຍໂດຍກົງກັບທ່ານ. ຂໍ້ມູນນີ້ຕ້ອງໄດ້ຮັບການລາຍງານ ແລະ ຈະຖືກນັບເປັນລາຍໄດ້, ສໍາລັບບາງໂຄງການ, ໃນການກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.

## ພາກທີ 2: ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຮູ້

### ການສໍ້ໂກງ

- ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງ North Carolina, ບຸກຄົນຕ້ອງສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຈໍາເປັນ ເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າພວກເຂົາສາມາດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ/ການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າທ່ານເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ກັກຂໍ້ມູນໄວ້, ທ່ານສາມາດຖືກລົງໂທດຕາມກົດໝາຍສໍາລັບການສໍ້ໂກງ.
- ທ່ານອາດຈະຖືກຮ້ອງຂໍໃຫ້ຈ່າຍຄືນຜົນປະໂຫຍດ/ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຈ່າຍບໍ່ຖືກຕ້ອງ.
- ຖ້າຜູ້ໃດຖືກຕັດສິນວ່າ ມີຄວາມຜິດໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ອາໄສ, ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Work First ຫຼື ການບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຫຼາຍກວ່າຫນຶ່ງບ່ອນ, ພວກເຂົາຈະບໍ່ມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເຫຼົ່ານີ້ເປັນເວລາ 10 ປີ.

### ຕົວຕົນ/ສັນຊາດ

- ທ່ານຕ້ອງບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບ ແລະ ໃຫ້ເອກະສານ, ຖ້າກໍານົດໂດຍນະໂຍບາຍຂອງໂຄງການ, ສໍາລັບສະຖານະສັນຊາດ ແລະ ຄົນເຂົ້າເມືອງຂອງທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກ, ຫຼື ຮັບ, ຜົນປະໂຫຍດ/ການຊ່ວຍເຫຼືອ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບ. ການລົງນາມໃນແບບພອມນີ້ລະບຸວ່າ, ພາຍໃຕ້ການລົງໂທດຂອງການເວົ້າຕົວະ, ທ່ານໄດ້ບອກຄວາມຈິງຂອງຂໍ້ມູນໃນໃບຄໍາຮ້ອງ, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະຖານະສັນຊາດ ແລະ ຄົນຕ່າງດ້ວຍ ສໍາລັບສະມາຊິກທຸກຄົນທີ່ສະໝັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ/ການຊ່ວຍເຫຼືອ. ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ສະໝັກແມ່ນບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ສັນຊາດ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ສະໝັກໃຫ້ແກ່ບາງຄົນໃນຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງ ຫຼື ສັນຊາດຂອງພວກເຂົາໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ, ຖ້າມີຄວາມສົງໄສກ່ຽວກັບສັນຊາດ, ທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ການຢັ້ງຢືນສະຖານະປະຈຸບັນຂອງທ່ານ.
- ທ່ານຕ້ອງເປັນພົນລະເມືອງຂອງສະຫະລັດອາເມລິກາ ຫຼື ຄົນເຂົ້າເມືອງທີ່ມີຄຸນສົມບັດ/ຄົນຕ່າງດ້ວຍທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ/ການຊ່ວຍເຫຼືອ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນອາດຈະນໍາໃຊ້ໄດ້ກັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດ ໃນສະຖານະການສຸກເສີນ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ ສໍາລັບການບໍລິການປົກປ້ອງເດັກ ແລະ ການດູແລອຸປະຖໍາ.
- ຂໍ້ມູນທີ່ມອບໃຫ້ເພື່ອໃຊ້ໃນການກວດສອບສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານຈະຖືກໃຊ້ໃນການຈັບຄູ່ຂໍ້ມູນກັບບໍລິການໃນເວັບໄຊທີ່ເອີ້ນວ່າ ການກວດສອບຄົນຕ່າງດ້ວຍທີ່ເປັນລະບົບສໍາລັບການມີສິດ (Alien Verification for Entitlements, SAVE). ຖ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ພວກເຮົາອາດຈະກວດສອບກັບບໍລິການສັນຊາດ ແລະ ຄົນເຂົ້າເມືອງຂອງສະຫະລັດອາເມລິກາ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS).

### ການສະໜັບສະໜູນເດັກ/ການມອບໝາຍສິດທິ

- ຕາມຕົ້ນຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບ ສໍາລັບບາງໂຄງການຜົນປະໂຫຍດ ກົດໝາຍກໍານົດໃຫ້ຜູ້ເບິ່ງແຍງເດັກທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະຮ່ວມມືກັບອົງການບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ອົງການບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກ ເພື່ອສ້າງຕັ້ງກໍລະນີສະໜັບສະໜູນ. Medicaid ບໍ່ກໍານົດໃຫ້ຜູ້ເບິ່ງແຍງຮ່ວມມືກັບອົງການບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະສະໝັກ/ຮັບໃຫ້ຕົວລາວເອງ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນບໍ່ກໍານົດໃຫ້ທ່ານຮ່ວມມືກັບອົງການບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກ.
- ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເດັກທີ່ຈ່າຍໃຫ້ກັບອົງການບັງຄັບໃຊ້ການສະໜັບສະໜູນເດັກແມ່ນໃຊ້ເພື່ອຈ່າຍຄືນການຊ່ວຍເຫຼືອຄອບຄົວຂອງ Work First ຫຼື Medicaid ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃຫ້ແກ່ລູກຂອງທ່ານ.
- ທ່ານອາດຈະອ້າງເຫດຜົນທີ່ດີສໍາລັບການບໍ່ຮ່ວມມື. ກະດູນາແຈ້ງໃຫ້ພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານ ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ດີ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການມອບໝາຍສິດນີ້ຍັງດໍາເນີນຕໍ່ໄປ ຕາບໃດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງສະໝັກໃຫ້ໄດ້ຮັບ Work First ຫຼື Medicaid ແກ່ຜູ້ໃດຜູ້ຫນຶ່ງ.

## ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ

- ສະມາຊິກຄົວເຮືອນທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ສະໜັກບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ. ທ່ານຕ້ອງບອກໃຫ້ພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງ ກ່ຽວກັບຕົວເລກປະກັນສັງຄົມທັງໝົດທີ່ໃຊ້ໂດຍຜູ້ສະໜັກທັງໝົດ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນບໍ່ກໍານົດໃຫ້ທ່ານໃຫ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ.
- ໝາຍເລກເຫຼົ່ານີ້ຈະຖືກຈັບຄູ່ທາງອັດວັກໂທຣນິກກັບບັນທຶກຂອງອົງການລັດຖະບານອື່ນໆ (ແຕ່ບໍ່ແມ່ນຫ້ອງການບໍລິການສັນຊາດ ແລະ ຄົນເຂົ້າເມືອງ) ເພື່ອກວດສອບຂໍ້ມູນ. ນີ້ລວມເຖິງ ການບໍລິຫານປະກັນສັງຄົມ, ການບໍລິຫານລາຍຮັບພາຍໃນ, ພະແນກຄວາມປອດໄພການຈ້າງງານ, ອົງການສະຫວັດດີການນອກລັດ ແລະ ອົງການອື່ນໆທີ່ຈໍາເປັນ ເພື່ອກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນໃນການກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ຄຳຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຖອນ ຫຼື ປະຕິເສດ, ຫຼື ການຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ຖືກລະງັບຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການເຮັດສິ່ງນີ້.
- ການໃຫ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມແມ່ນກໍານົດໂດຍກົດໝາຍວ່າດ້ວຍອາຫານ ແລະ ໂພລະນາການ ໃນປີ 2008 ສໍາລັບຜູ້ສະໜັກທີ່ຊອກຫາຜົນປະໂຫຍດ.
- ບຸກຄົນທີ່ສະໜັກຂໍບໍລິການ Medicaid ສຸກເສີນເທົ່ານັ້ນ ແມ່ນບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ.
- ພະນັກງານກໍລະນີສາມາດຊ່ວຍໄດ້ ຖ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂໍເລກປະກັນສັງຄົມ.

## ການກູ້ຄືນຊັບສິນ (ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດເທົ່ານັ້ນ)

- ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດກໍານົດໃຫ້ພະແນກການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດ (Division of Medical Assistance, DMA) ຍື່ນການອ້າງສິດຕໍ່ຊັບສິນຂອງບຸກຄົນສະເພາະໃດໜຶ່ງ ເພື່ອແທນຄືນຈໍານວນເງິນທີ່ຈ່າຍໂດຍໂຄງການ Medicaid ໃນໄລຍະເວລາທີ່ບຸກຄົນນັ້ນໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນດ້ານການບໍລິຫານທາງການແພດບາງຢ່າງ. ຖາມພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານ ສໍາລັບຂໍ້ມູນສະເພາະກ່ຽວກັບການບໍລິຫານທີ່ນໍາໃຊ້ກັບການກູ້ຄືນຊັບສິນ.

## ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ/ການມອບໝາຍສິດທິ (ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດເທົ່ານັ້ນ)

- North Carolina ຕ້ອງມີຊື່ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເງິນລາຍປີທີ່ຍັງເຫຼືອ ທີ່ໄດ້ຊື້ຫຼັງຈາກວັນທີ 1 ພະຈິກ 2007.
- ເຂົ້າໃຈວ່າໂດຍການຍອມຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດ ສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ສະມາຊິກອື່ນໆໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງທີ່ຈະສົ່ງຄືນເງິນທຸກຢ່າງ ແລະ ທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພ ເພື່ອຈ່າຍຄ່າປັບປັບ ແລະ ຫຼື ໃບບິນຄ່າໂຮງໝໍທີ່ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດມີ ຫຼື ຈະຈ່າຍ.

## ທິບທວນຄືນ

- ການທິບທວນຄືນການມີສິດໄດ້ຮັບອາດຈະສໍາເລັດເປັນແຕ່ລະໄລຍະ ຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການທິບທວນຄືນ ຫຼື ບົດລາຍງານ, ທ່ານຕ້ອງປະກອບ, ແຊ້ມຊື່ ແລະ ສົ່ງຄືນທຸກແບບຟອມ ແລະ ຮ້ອງຂໍການຍົກຢືນຕໍ່ກັບພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງ ພາຍໃນວັນທີ່ກໍານົດເວລາຂຽນໃນແບບຟອມຕາມຄໍາແນະນໍາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອສາມາດຢຸດເຊົາ ຫຼື ຊັກຊໍາ ຖ້າຫາກວ່າການທິບທວນຄືນ ຫຼື ລາຍງານບໍ່ໄດ້ສໍາເລັດ ແລະ ສົ່ງກັບຄືນທັນເວລາ.
- ຖ້າທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງມີການສໍາພາດ ແລະ ການບໍ່ສໍາເລັດການສໍາພາດມັນຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການຊັກຊໍາ ຫຼື ປະຕິເສດການຊ່ວຍເຫຼືອ. ສໍາລັບການບໍລິຫານການດູແລເດັກ, ການບໍ່ສໍາເລັດການສໍາພາດທີ່ຮ້ອງຂໍຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ການບໍລິຫານການດູແລເດັກຢຸດເຊົາ. ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການກໍານົດເວລາການສໍາພາດໃຫມ່ ແລະ ການສະຫນອງຂໍ້ມູນການກວດສອບທີ່ຈໍາເປັນ.

## ພາກທີ 3: ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນ

### ສິດທິຂອງທ່ານໃນການໄຕ່ສວນ:

- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການໄຕ່ສວນ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ທີ່ຖອຍຈາກການສະໜັກຂໍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ, ທ່ານບໍ່ສາມາດຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນໄດ້ ຖ້າເຂດປົກຄອງເມືອງທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ບໍ່ມີເງິນທຶນ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄຕ່ສວນຄະດີ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈທີ່ດໍາເນີນຢູ່ໃນກໍລະນີ Medicaid, ການບໍລິຫານອາຫານ ແລະ ໂພລະນາການຂອງທ່ານ.
- ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຄະດີ ຖ້າຫາກວ່າຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ກໍລະນີຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຍົກເລີກ, ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການປ່ຽນແປງ, ຫຼື ກໍລະນີຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດໃຫ້ທັນເວລາ. ຂໍ້ກໍານົດຂອງໂຄງການແມ່ນລະບຸໄວ້ໃນພາກທີ 4: ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງໂຄງການ.
- ສໍາລັບ WFFA, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ, ການແພດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ, ແລະ ພະລັງງານ, ເວລາມາດຕະຖານເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນແມ່ນ 60 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການຂອງທ່ານ. ສໍາລັບການບໍລິຫານດ້ານອາຫານ ແລະ ໂພລະນາການ ເວລາມາດຕະຖານເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຄະດີແມ່ນ 90 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ແຈ້ງການຂອງທ່ານ.
- ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາດ້ວຍຕົນເອງ, ທາງໂທລະສັບ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ຕິດຕໍ່ພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ. ເມື່ອກໍານົດໂດຍນະໂຍບາຍ, ການໄຕ່ສວນຄະດີທ້ອງຖິ່ນຈະຖືກຈັດຂຶ້ນພາຍໃນ 5 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການເລື່ອນເວລາ. ການໄຕ່ສວນຄະດີສາມາດຖືກເລື່ອນອອກໄປໄດ້,

ດ້ວຍເຫດຜົນທີ່ດີ, ເປັນເວລາ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການຕັດສິນໃຈຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ການໄຕ່ສວນທ້ອງຖິ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ໃຫ້ໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍເຖິງພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານພາຍໃນ 15 ວັນ ເພື່ອຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຄະດີຄັ້ງທີສອງ. ການໄຕ່ສວນຄະດີຄັ້ງທີແມ່ນກ່ອນການໄຕ່ສວນຄະດີຂອງລັດຢ່າງເປັນທາງການ.

- ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນຄະດີ ສໍາລັບ FNS, ກອງປະຊຸມທ້ອງຖິ່ນແມ່ນທາງເລືອກ ແລະ ບໍ່ຈໍາເປັນ.
- ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຄະດີ ສໍາລັບ Work First ແລະ ທ່ານອາໄສຢູ່ພາຍໃນບາງເຂດປົກຄອງ, ການໄຕ່ສວນຄະດີຄັ້ງທີສອງແມ່ນກ່ອນການໄຕ່ສວນຄະດີຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງຢ່າງເປັນທາງການ.
- ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ, ການໄຕ່ສວນຄະດີຂອງລັດ ແລະ ທ້ອງຖິ່ນສາມາດຮ້ອງຂໍໄດ້ໃນລະດັບເຂດປົກຄອງເທົ່ານັ້ນ.
- ຖ້າທ່ານກໍາລັງຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຄະດີກ່ຽວກັບຄວາມພິການ, ຈະບໍ່ມີການໄຕ່ສວນຄະດີທ້ອງຖິ່ນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຂອງລັດຈະຈັດການໄຕ່ສວນຄະດີກ່ຽວກັບຄວາມພິການ.
- ທ່ານອາດມີບາງຄົນເວົ້າແທນທ່ານຢູ່ໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ ເຊັ່ນ: ຍາດເພີ່ນ້ອງ ຫຼື ຜູ້ຊ່ວຍທະນາຍຄວາມ ຫຼື ທະນາຍຄວາມທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຈ້າງຂອງທ່ານ. ບໍລິການທາງດ້ານກົດໝາຍໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າອາດຈະມີຢູ່ໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ. ຕິດຕໍ່ທ້ອງຖິ່ນຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານກົດໝາຍ ຫຼື ບໍລິການທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາ 1-866-219-5262 ໂທຟຣີ.
- ທ່ານ (ຫຼື ຜູ້ທີ່ເວົ້າແທນທ່ານ) ສາມາດເບິ່ງບັນທຶກຂອງທ່ານເມື່ອໃດກໍໄດ້, ຍົກເວັ້ນຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີສາມ. ຖ້າທ່ານຂໍ, ທ່ານອາດຈະສາມາດເບິ່ງໄດ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ຈະໃຊ້ໃນການໄຕ່ສວນຄະດີ.
- ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຂໍ້ກັງວົນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານສໍາລັບຂໍ້ມູນ, ຫຼື ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ DHHS ທີ່ເບີໂທຟຣີ 1-800-662-7030. TDD/Voice ສໍາລັບຜູ້ພິການໃນການໄດ້ຍິນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ຜ່ານເບີສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ DHHS. ສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ DHHS ເປີດໃຫ້ບໍລິການ ວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 5 ໂມງແລງ. ຍົກເວັ້ນວັນພັກຂອງລັດ. ມີຂໍ້ມູນເປັນສອງພາສາ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການສົ່ງຕໍ່ ເພື່ອແປໃຫ້ຜູ້ທີ່ມີຄວາມຊໍານານພາສາອັງກິດຈໍາກັດ.

#### ພາກທີ 4: ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງໂຄງການ

##### ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ

- ເວລາມາດຕະຖານສໍາລັບການເຮັດສໍາເລັດ ແລະ ດໍາເນີນການໃບຄໍາຮ້ອງສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນແມ່ນ 30 ວັນ ຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີ່ສະໝັກ.

##### ສິດທິຂອງທ່ານ:

- ໄດ້ຮັບແຈ້ງການກໍານົດຄືນໃໝ່ຢ່າງໜ້ອຍ 30 ວັນ ກ່ອນການສິ້ນສຸດໄລຍະເວລາການຮັບຮອງການຊ່ວຍເຫຼືອການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ.

##### ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:

- ລາຍງານການປ່ຽນແປງຕໍ່ກັບພະນັກງານດູແລລູກຂອງທ່ານພາຍໃນສິບ (10) ວັນລັດຖະການເມື່ອມີການປ່ຽນແປງເກີດຂຶ້ນລວມທັງ:
  - ການປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ລວມທັງທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບ.
  - ການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລາຍໄດ້ທີ່ເກີນ 85% SMI (ນັບຄວນລວມເຖິງການເໜັງຕີງຂອງລາຍໄດ້ທີ່ບໍ່ສະໜໍາສະເໝີ) ໂດຍອີງໃສ່ຕາຕະລາງ SMI ທີ່ໄພສະຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງ DCDEE.
  - ການປ່ຽນແປງທີ່ບໍ່ແມ່ນຊົ່ວຄາວຂອງສະຖານະຂອງຜູ້ຮັບໃນຖານະການເຮັດວຽກ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການຝຶກອົບຮົມວຽກເຮັດງານທຳ ຫຼື ການສຶກສາ ຫຼື ການປ່ຽນແປງອື່ນໆທີ່ບໍ່ແມ່ນຊົ່ວຄາວ ໃນຄວາມຕ້ອງການຂອງພວກເຂົາສໍາລັບການດູແລເດັກ.
  - ການປ່ຽນແປງໃນທາງເລືອກຂອງຜູ້ຮັບແມ່ນມີຄວາມຈໍາເປັນ ຫຼື ຕ້ອງການ.
  - ຜູ້ຮັບຕ້ອງການ ຫຼື ຍາກຍຸດເຊົາການບໍລິການດູແລເດັກ
- ລາຍງານການຂາດໃຫ້ກັບພະນັກງານດູແລລູກຂອງທ່ານ ເມື່ອລູກຂອງທ່ານບໍ່ຢູ່ໃນການຈັດການເບິ່ງແຍງເດັກຫຼາຍກວ່າຫ້າ (5) ວັນ ໃນລະຫວ່າງໜຶ່ງເດືອນ ຫຼື ຖ້າລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ລົງທະບຽນຢູ່ສູນ ຫຼື ບ້ານອີກຕໍ່ໄປ.
- ຈ່າຍຄ່າທ່ານງຽມການດູແລທີ່ກໍານົດໂດຍພະນັກງານດູແລລູກຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລູກຂອງທ່ານ. ການບໍ່ຈ່າຍຄ່າທ່ານງຽມເຫຼົ່ານີ້ເປັນປະຈໍາ ແລະ ທັນເວລາສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ການບໍລິການດູແລເດັກຖືກຢຸດຕິ. ທ່ານຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດູແລເດັກ ຈົນກວ່າຈະຈ່າຍຄ່າທ່ານງຽມການດູແລ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານຄວນຮ້ອງຂໍໃບຮັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າທ່ານງຽມການດູແລເດັກ.
- ຕອບກັບການຕິດຕໍ່ທັງໝົດຈາກ DSS ຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງ ຫຼື ອົງການຈັດຊື້ທ້ອງຖິ່ນ (LPA) ກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຂອງທ່ານພາຍໃນຂອບເວລາທີ່ຮ້ອງຂໍ. ການບໍ່ຕອບກັບ ອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ການບໍລິການຢຸດເຊົາ. ຖ້າການບໍລິການດູແລລູກຂອງທ່ານຢຸດເຊົາ ແລະ ທ່ານຍັງສືບຕໍ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍເງິນຄ່າດູແລເດັກ, ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ເພີ່ມຊື່ຂອງທ່ານເຂົ້າໃນບັນຊີລືຖ້າການເບິ່ງແຍງເດັກຖ້າມີຢູ່.

- ສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ການລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ພະນັກງານກວດສອບຂໍ້ມູນ ເຊັ່ນ: ລາຍຮັບ, ທາງໂທລະສັບ ຫຼື ຜ່ານເອກະສານອື່ນໆທີ່ຢູ່ໃນໄຟລ໌ໃນພະແນກບໍລິການສັງຄົມ (DSS) ຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງ ຫຼື ອົງການອື່ນໆ.
- ຖ້າທ່ານເຮັດການຖະແຫຼງ ຫຼື ການສະເໜີທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບຂໍ້ເທັດຈິງໂດຍເຈດຕະນາຫຼອກວອງ, ຫຼື ບໍ່ເປີດເຜີຍຂໍ້ເທັດຈິງ, ແລະ ດ້ວຍເຫດນີ້ຈຶ່ງໄດ້ຮັບ, ພະຍາຍາມໄດ້ຮັບ, ຫຼື ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນການດູແລເດັກ, ທ່ານອາດຈະຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການກະທຳຜິດຂອງການສໍ້ໂກງການຫຼອກວອງຕາມລັດຖະບັນຍັດທົ່ວໄປ (General Statute) 110-107 ຂອງ North Carolina. ການສໍ້ໂກງເງິນອຸດໜູນເປັນອາດຊະຍາກຳໃນລັດ North Carolina. ໃຜກ່າວເຈດຕະນາໃຫ້ຄຳຖະແຫຼງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ຍຶດເອົາຂໍ້ມູນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນການດູແລເດັກສາມາດຖືກດຳເນີນຄະດີອາຍາ ແລະ ຖືກຈຳຄຸກຕາມກົດໝາຍລັດ North Carolina.
- ຖ້າທ່ານມີການສໍ້ໂກງທີ່ຫຼອກວອງຄັ້ງທຳອິດ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄືນຈຳນວນເງິນອຸດໜູນການດູແລເດັກທີ່ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ, ແລະ ທ່ານຈະບໍ່ມີສິດຖາວອນໃນການເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ. ທ່ານມີສິດຍື່ນອຸທອນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈທີ່ໄດ້ເຮັດ.
- ຖ້າທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການສໍ້ໂກງໂດຍສານທີ່ມີສິດອຳນາດ, ທ່ານຈະບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມຢ່າງຖາວອນໃນໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການດູແລເດັກທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນ ແລະ ການລົງໂທດທີ່ກຳນົດບໍ່ສາມາດອຸທອນໄດ້.

**ການຊ່ວຍເຫຼືອຄອບຄົວຂອງ Work First (Work First Family Assistance)**

- ເວລາມາດຕະຖານ ສຳລັບການເຮັດສຳເລັດ ແລະ ດຳເນີນການຄຳຮ້ອງສະຫມັກການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດແມ່ນ 45 ວັນ ຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີສະຫມັກ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນຕໍ່ເວລາມາດຕະຖານ 45 ວັນນີ້ອາດຈະນຳໃຊ້ໄດ້; ພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານຈະອະທິບາຍຖ້າຫາກວ່າມີ.
- ລັດຖະບັນຍັດທົ່ວໄປ (General Statute) 108A-29.1 ຂອງ North Carolina ກຳນົດໃຫ້ມີການກວດກາການໃຊ້ສິດ ແລະ ການທົດສອບການນຳໃຊ້ສິດຄອບຄຸມທີ່ຜິດກົດໝາຍ, ຖ້າມີຄວາມສົງໄສທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, ສຳລັບຜູ້ສະໝັກຫຼື ຜູ້ຮັບທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ແຕ່ລະຄົນຕາມເງື່ອນໄຂຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ. ຂໍ້ກຳນົດການກວດກາ ແລະ ການທົດສອບການນຳໃຊ້ສິດບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ກັບ:
  - ກໍລະນີເດັກນ້ອຍເທົ່ານັ້ນທີ່ມີຜູ້ດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່ເປັນຫົວໜ້າກໍລະນີ; ຫຼື
  - ເດັກນ້ອຍທີ່ເພິ່ງພາອາໄສ; ຫຼື
  - ຜູ້ຮັບລາຍໄດ້ເສີມຄວາມປອດໄພ (Supplemental Security Income, SSI). ນີ້ລວມເຖິງຜູ້ຮັບ SSI ທີ່ເປັນພໍ່ແມ່ຜູ້ປົກຄອງ

**ສິດທິຂອງທ່ານ:**

- ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດກາເວລາໃດກໍໄດ້ ເພື່ອກຳນົດຄວາມຜິດການທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນ ຫຼື ອຸປະສັກອື່ນໆທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.
- ທ່ານມີສິດໃຫ້ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສິດ ຖ້າທ່ານຖືກຕັດສິດ ຫຼື ຖືກລົງໂທດ, ເນື່ອງຈາກການທົດສອບການນຳໃຊ້ສິດເສບຕິດທີ່ຍືນຍັນວ່າເປັນບວກ ແລະ/ຫຼື ຄວາມລົ້ມເຫຼວໃນການກວດກາ ຫຼື ທົດສອບການໃຊ້ສິດເສບຕິດ.

**ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:**

- ຊ່ວຍພະນັກງານກໍລະນີພັດທະນາຂໍ້ຕົກລົງຄວາມຮັບຜິດຊອບຮ່ວມກັນ (Mutual Responsibility Agreement, MRA)/ແຜນການຜົນໄດ້ຮັບ ແລະ ປະຕິບັດການດຳເນີນການທີ່ຕົກລົງກັນໄວ້.
- ໃຊ້ຈຳນວນຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານເພື່ອຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຊ້ມັນຢ່າງຖືກຕ້ອງ, ອາດຈະມີການແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນອື່ນມາຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນນາມຂອງທ່ານ ແລະ ໃຊ້ມັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານ.
- ທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ ຫຼື ເຂົ້າເຖິງເງິນຊ່ວຍເຫຼືອໃນບັດ EBT ຂອງທ່ານໃນກາຊິໂນ ຫຼື ສະຖານທີ່ການພະນັນ, ຮ້ານຂາຍເຫຼົ້າ ຫຼື ສະຖານປະກອບການທີ່ສະໜອງຄວາມບັນເທີງແບບຜູ້ໃຫຍ່.
- ຖ້າທ່ານອອກ ຫຼື ຫວ່າງງານໂດຍບໍ່ມີສາເຫດທີ່ດີ, ຄອບຄົວຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສິດຂອງ Work First ເປັນເວລາສາມເດືອນ. ການລົງໂທດການອອກວຽກບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ກັບກໍລະນີເດັກນ້ອຍເທົ່ານັ້ນ ທີ່ມີຜູ້ເບິ່ງແຍງທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່ເປັນ ຫົວໜ້າກໍລະນີ.
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະການຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີການປ່ຽນແປງ. **ໝາຍເຫດ:** ການຂາດຊົ່ວຄາວຂອງເດັກທີ່ຄາດວ່າຈະຂາດຫຼາຍກວ່າ 90 ວັນຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການລາຍງານພາຍໃນ 5 ວັນຫຼັງຈາກການປ່ຽນແປງ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ລາຍງານການຂາດຊົ່ວຄາວ ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼື ຖືກຍຸດຕິ, ເພາະວ່າເດັກບໍ່ມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສິດອີກຕໍ່ໄປ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າມີສາເຫດທີ່ດີສຳລັບການຂາດ.
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເງິນສິດ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ເຮັດບົດລາຍງານລາຍຮັບ ແລະ ສະຖານະການຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານທຸກໆ 3 ເດືອນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບບົດລາຍງານນີ້, ທ່ານຕ້ອງປະກອບ ແລະ ສົ່ງຄືນໃຫ້ພະແນກບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງເມືອງພາຍໃນວັນທີ່ກຳນົດທີ່ຂຽນໃນແບບຟອມ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບບົດລາຍງານ ແລະ ເຮັດບໍ່ສຳເລັດ ແລະ ບໍ່ສົ່ງຄືນ, ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານສາມາດຢຸດເຊົາໄດ້.

- ຖ້າຜູ້ໃດຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າມີຄວາມຜິດໃນການລະເມີດໂຄງການໂດຍເຈດຕະນາ ສໍາລັບການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ພວກເຂົາອາດຈະຖືກຕັດສິດຈາກການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ບັບໃໝ ແລະ/ຫຼື ຖືກຈໍາລຸກ.
- ໄລຍະເວລາການຕັດສິດແມ່ນ:
  - 12 ເດືອນສໍາລັບການລະເມີດຄັ້ງທໍາອິດ
  - 24 ເດືອນສໍາລັບການລະເມີດຄັ້ງທີສອງ
  - ຖາວອນສໍາລັບການລະເມີດຄັ້ງທີສາມ

**ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຮູ້:**

ໂຄງການ Work First ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ນໍາໃຊ້ ແລະ ບໍ່ຈໍາແນກບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. ໂຄງການ Work First ບໍ່ໄດ້ຍົກເວັ້ນຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງກັນຍ້ອນເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ສາສະໜາ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

ໂຄງການ Work First:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອສື່ສານຢ່າງມີປະສິດທິພາບກັບພວກເຮົາ ເຊັ່ນ:
  - ນາຍພາສາມື້ທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ
  - ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)
  - ໃຫ້ບໍລິການທາງດ້ານພາສາຟຣີແກ່ຄົນທີ່ພາສາຫຼັກບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
    - ນາຍພາສາທີ່ມີຄຸນຄ່າ
    - ຂໍ້ມູນຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສັງຄົມທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ

ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Department of Health and Human Services, HHS)

ຂອງສະຫະລັດຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ນໍາໃຊ້ ແລະ ບໍ່ຈໍາແນກບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ສາສະໜາ, ຫຼື ເພດ (ລວມທັງການຖືພາ, ທັດສະນະທາງເພດ ແລະ ເອກະລັກທາງເພດ). HHS ບໍ່ໄດ້ຍົກເວັ້ນຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງກັນຍ້ອນເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ຫຼື ເພດ (ລວມທັງການຖືພາ, ທັດສະນະທາງເພດ, ແລະລັກສະນະທາງເພດ).

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Department of Health and Human Services, HHS)

ລົ້ມເຫຼວການສະໜອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຖືກຈໍາແນກໃນທາງອື່ນບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນ, ຜ່ານທາງອີເລັກໂທຣນິກ ໂດຍຜ່ານ [ຫ້ອງການການຮ້ອງຮຽນສິດທິພົນລະເຮືອນ](#), ຫຼື ທາງໄປສະນີ ຫຼື ໂທລະສັບທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services  
 200 Independence Avenue, SW  
 Room 515F, HHH Building  
 Washington, D.C. 20201  
 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ**

- ເວລາມາດຕະຖານ ສໍາລັບການເຮັດສໍາເລັດ ແລະ ດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງສະຫມັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດແມ່ນ 45 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີສະຫມັກ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນຕໍ່ເວລາມາດຕະຖານ 45 ວັນນີ້ອາດຈະນໍາໃຊ້ໄດ້; ພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານຈະອະທິບາຍຖ້າຫາກວ່າມີ.

**ສິດທິຂອງທ່ານ:**

- ສະຫມັກ Medicaid ຍ້ອນຫຼັງສູງສຸດ 3 ເດືອນກ່ອນວັນທີ່ທ່ານສະໝັກ.
- ຮ້ອງຂໍການຂົນສົ່ງ Medicaid ໄປຫາແພດປະຖົມພະຍາບານຂອງທ່ານ ຫຼື ການນັດໝາຍທາງການແພດອື່ນໆ ຖ້າໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicaid ບາງຢ່າງ.
- ສະຫມັກໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນທີ່ເສຍຊີວິດ.

**ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:**

- ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະການຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີການປ່ຽນແປງ.
- ລາຍງານຖ້າທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດເກີດອຸບັດເຫດ.
- ໃຫ້ຂໍ້ມູນປະກັນໄພພາກສ່ວນທີສາມຖ້າມີ.
- ເຂົ້າໃຈວ່າຈະຕ້ອງມີບັນທຶກທາງການແພດ ຫຼື ການເງິນໃດໜຶ່ງໃຫ້ແກ່ອົງການ ແລະ ລັດໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານ ແລະ/ຫຼື

ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງການແພດ. ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີກັບເສີຍແຜ່ບັນທຶກເຫຼົ່ານັ້ນ ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນເມື່ອໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍຈາກອົງການ ແລະ ລັດ. ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນນີ້ຖືກປົກປ້ອງ ໂດຍກົດໝາຍ.

- ເຂົ້າໃຈວ່າທ່ານກຳລັງໃຫ້ການອະນຸຍາດໃຫ້ລັດ North Carolina ເກັບກຳການຈ່າຍເງິນ ແລະ ແບ່ງບັນຊ້ມູນກັບບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ຜູ້ອື່ນທີ່ຄວນຈະຈ່າຍໃບບັນທຶກການແພດຂອງທ່ານ.
- ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຂົນສົ່ງທາງການແພດກ່ອນການນັດໝາຍຂອງທ່ານເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້.
- ເຂົ້າໃຈວ່າຊັບພະຍາກອນໃດຖືກໂອນອອກຈາກຊື່ຂອງຜູ້ສະໜັກໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບມູນຄ່າຕະຫຼາດທີ່ຍຸຕິທຳໃຫ້ພະຍາກອນນັ້ນ, ມັນອາດຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ໄລຍະເວລາຂອງການບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດໃນໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ: ສະຖານທີ່ພະຍາບານ, ຫຼື ການດູແລຢູ່ເຮືອນ. ການໂອນຊັບພະຍາກອນທັງໝົດຈະຕ້ອງຖືກລາຍງານເມື່ອເຮັດໃບສະໝັກນີ້ ແລະ ການໂອນໃໝ່ຈະຕ້ອງລາຍງານໃຫ້ພະນັກງານກໍລະນີພາຍໃນ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນ.

### ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ

- ເວລາມາດຕະຖານຂອງການດຳເນີນຄຳຮ້ອງສະໝັກ ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດແມ່ນ 45 ວັນ ສຳລັບບຸກຄົນອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ 60 ວັນ ສຳລັບຜູ້ສະໜັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 65 ປີ.

### ສິດທິຂອງທ່ານ:

- ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດຕາມຄວາມຈຳເປັນ ໃນເວລາທີ່ມັນຖືກເປັນຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດຂອງສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງທ່ານ. ອາດຈະມີການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຮັບເງິນທົດແທນບຸກຄົນເຫຼົ່ານັ້ນທີ່ບໍ່ສາມາດຈັດການຈຳນວນເງິນທີ່ຈ່າຍໄດ້. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນ ເພາະວ່າທ່ານຢູ່ໃນເຮືອນດູແລຜູ້ໃຫຍ່ "ຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດ" ໝາຍເຖິງການຈ່າຍຄ່າເຮືອນເບິ່ງແຍງຜູ້ໃຫຍ່ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດຢູ່ໃນບ້ານ, "ຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດ" ແມ່ນການໃຊ້ຈ່າຍເງິນທີ່ຈ່າຍສຳລັບຈຸດປະສົງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງທ່ານ.

### ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:

- ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃຫ້ພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານພາຍໃນ 5 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະການ.

### ການຊ່ວຍເຫຼືອຊາວອົບພະຍົບ

- ເວລາມາດຕະຖານ ສຳລັບການເຮັດສຳເລັດ ແລະ ດຳເນີນການຄຳຮ້ອງສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອຊາວອົບພະຍົບແມ່ນ 30 ວັນ ຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີສະໝັກ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນຕໍ່ເວລາມາດຕະຖານ 30 ວັນນີ້ອາດຈະນຳໃຊ້ໄດ້; ພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານຈະອະທິບາຍ ຖ້າຫາກວ່າມີ.

### ສິດທິຂອງທ່ານ:

- ໄດ້ຮັບລາຍລະອຽດເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ ໃນຖານະເປັນລູກຄ້າຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຊາວອົບພະຍົບ ແລະ ພັນທະຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕໍ່ກັບທ່ານ.
- ໄດ້ຮັບບົດສະຫຼຸບເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບກົດລະບຽບ, ຄວາມຄາດຫວັງ ແລະ ບັດໃຈອື່ນໆ ສຳລັບການນຳໃຊ້ການບໍລິການ, ຊົ່ວໂມງການບໍລິການທີ່ມີຢູ່, ການຍຸດເຊົາການບໍລິການ ແລະ ວິທີການລົງທະບຽນຄຳຮ້ອງທຸກ, ຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ການອຸທອນ.

### ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:

- ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການພັດທະນາ ແລະ ປະຕິບັດຕາມແຜນການຈ້າງງານ (Employability Plan) ແລະ ແຜນການຄວາມພຽງພໍຂອງຄອບຄົວ (Family Self Sufficiency Plan).
- ລາຍງານການປ່ຽນແປງໃນສະຖານະການຂອງທ່ານພາຍໃນ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນໃນເມື່ອທີ່ຮູ້ການປ່ຽນແປງ.

### ບໍລິການອາຫານ ແລະ ໄພຊະນາການ

#### ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້:

- ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການລິເລີ່ມປ້ອງກັນການຖືພາຂອງໄວລຸ້ນ ຕິດຕໍ່ພະແນກສຸຂະພາບທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງ DHHS ທີ່ເບີ 1-866-719-0141. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ໃຫ້ ສຳລັບການແຕ່ງງານເພື່ອສຸຂະພາບ ຕິດຕໍ່ອົງການທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
- ເວລາມາດຕະຖານ ສຳລັບການເຮັດສຳເລັດ ແລະ ດຳເນີນການຄຳຮ້ອງສະໝັກບໍລິການອາຫານ ແລະ ໄພຊະນາການແມ່ນ 30 ວັນ ຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສະໝັກ. ຄຳຮ້ອງສະໝັກທີ່ຕອບສະຫນອງຕາມເງື່ອນໄຂການບໍລິການທີ່ເລັ່ງລັດຄວນໄດ້ຮັບການດຳເນີນການພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງສະໝັກ. ຖ້າທ່ານກຳລັງຢືນຄຳຮ້ອງຂໍ FNS ແລະ SSI ໃນເວລາດຽວກັນຈາກສະຖາບັນ ວັນທີອື່ນແມ່ນວັນທີອອກຈາກສະຖາບັນ.

**ສິດທິຂອງທ່ານ:**

- ໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດໃນໃບບິນຄ່າໂທລະສັບຂອງທ່ານໃນບາງສະຖານະການ. ຕິດຕໍ່ບໍລິສັດໂທລະສັບຂອງທ່ານ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.
- ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢ່າງທັນເວລາ.
- ໄດ້ຮັບແບບຜອມລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ບອກເຖິງການປ່ຽນແປງທີ່ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງລາຍງານ.

**ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:**

- ໃຊ້ບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການເພື່ອຊື້ພຽງແຕ່ລາຍການອາຫານເພື່ອບໍລິໂພກໃນເຮືອນເທົ່ານັ້ນ. ການນໍາໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ສາມາດຖືກບັບໃຫມເຖິງ \$250,000, ຈໍາກັບເຖິງ 20 ປີ ແລະ/ຫຼື ຖືກຕັດສິດຢ່າງຖາວອນຈາກການໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ. ທ່ານອາດຈະບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການເພີ່ມເຕີມເປັນເວລາ 18 ເດືອນ ຖ້າສາມສ່ຽງ.
- ຫ້າມຄໍາຂາຍ ຫຼື ຂາຍຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ.
- ຢ່າໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ຄົນອື່ນ.
- ຫ້າມໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງທ່ານ ເພື່ອຊໍາລະໃນບັນຊີສິນເຊື້ອປະເພດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ການຈ່າຍຄ່າອາຫານທີ່ຊື້ດ້ວຍສິນເຊື້ອ ທ່ານຈະເສຍຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານອາຫານຂອງທ່ານ ເພື່ອຊື້ສິນຄ້າທີ່ບໍ່ແມ່ນອາຫານ ເຊັ່ນ: ເຫຼົ້າ, ແລະ ຢາສູບ, ທ່ານຈະສູນເສຍຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.
- ຫ້າມໃຊ້ການບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຂອງຄົນອື່ນເພື່ອຕົວທ່ານເອງ.
- ຮ່ວມມືກັບບຸກຄະລາກອນຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງໃນການທົບທວນຄືນການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບ.
- ຖ້າທ່ານຕົວະ, ຍືດໄວ້ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ມູນຜິດໂດຍເຈດຕະນາ ອັນນີ້ອາດຈະຫຼຸດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ, ຫຼື ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ, ຫຼື ອາດຈະຖືກດໍາເນີນຄະດີອາຍາ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເປັນເວລາສິບສອງຫາລາວສີ່ເດືອນ.
- ຖ້າສາມຕັດສິນວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດໃນການຊື້ຂາຍບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ ສໍາລັບສານຄວບຄຸມ, ທ່ານຈະສູນເສຍການບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການເປັນເວລາ 12 ເດືອນຄັ້ງທໍາອິດ.
- ຖ້າສາມຕັດສິນວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດໃນການຊື້, ຂາຍ, ຫຼື ການຊື້ຂາຍຜົນປະໂຫຍດຫຼາຍກວ່າ \$500, ຄໍາຂາຍຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບອາດຸດປືນ, ການຄໍາຢາເສບຕິດ, ລູກກະສຸນ, ຫຼື ລະເບີດຫຼັງຈາກວັນທີ 22 ສິງຫາ 1996 ທ່ານອາດຈະສູນເສຍການບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ ຕະຫຼອດໄປ.
- ຖ້າສາມຕັດສິນວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດໃນການຊື້ຂາຍບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ ສໍາລັບສານຄວບຄຸມ, ທ່ານຈະສູນເສຍການບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການຕະຫຼອດໄປ ໃນຄັ້ງທີສອງ.

**ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານ**

- ເວລາມາດຕະຖານ ສໍາລັບການເຮັດສໍາເລັດ ແລະ ການດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງສະຫມັກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານໃຫ້ແກ່ຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ (Low-Income Energy Assistance Program, LIEAP) ແມ່ນສອງອັນລັດຖະການ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍ.
- ເວລາມາດຕະຖານ ສໍາລັບການສໍາເລັດ ແລະ ດໍາເນີນການຄໍາຮ້ອງສະຫມັກຂອງໂຄງການແຊກແຊງວິກິດ (Crisis Intervention Program, CIP) ແມ່ນໜຶ່ງອັນລັດຖະການ ຖ້າຫາກວ່າເປັນວິກິດການທີ່ເປັນໄພຂົ່ມຂູ່ຕໍ່ຊີວິດ ແລະ ສອງອັນລັດຖະການ ສໍາລັບວິກິດການທີ່ບໍ່ເປັນໄພຂົ່ມຂູ່ຕໍ່ຊີວິດ.

**ສິດທິຂອງທ່ານ:**

- ສິດທິໃນການໄດ້ຮັບການເລື່ອນການຊໍາລະລະສາທາລະນະປະໂພກ ໂດຍຜ່ານຄະນະກຳມາທິການຂອງ North Carolina ກ່ຽວກັບການຕັດການເຊື່ອມຕໍ່/ການຢຸດເຊົາການບໍລິການ. ສາມາດກວດສອບບໍລິສັດທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໄດ້ ໂດຍຜ່ານພະແນກການບໍລິການສັງຄົມໃນທ້ອງຖິ່ນ.

**ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ:**

- ເຂົ້າໃຈວ່າມັນຜິດຕໍ່ກົດໝາຍທີ່ຈະໃຫ້ການຖະແຫຼງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຖ້າຫາກວ່າເຮັດເຊັ່ນນັ້ນກໍຈະຖືກດໍາເນີນຄະດີ.
- ສົ່ງຄືນຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮ້ອງຂໍພາຍໃນ 10 ວັນລັດຖະການນັບຈາກວັນທີທີ່ຮ້ອງຂໍ ສໍາລັບໂຄງການ LIEAP.
- ຫ້າມຄໍາຂາຍ ຫຼື ຂາຍຜົນປະໂຫຍດດ້ານພະລັງງານຜ່ານຜູ້ສະໜອງພະລັງງານ ສໍາລັບສິນຄ້າ ຫຼື ການບໍລິການອື່ນໆ.
- ໃຫ້ການອະນຸຍາດແກ່ບໍລິສັດສາທາລະນະປະໂພກຂອງທ່ານເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການໃຊ້ພະລັງງານ ແລະ ການຈ່າຍໃບບິນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນຜ່ານມາໃຫ້ອົງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງພາຍໃຕ້ LIEAP ແລະ CIP.
- ອະນຸຍາດໃຫ້ອົງການກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນ ເພື່ອກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບ LIEAP ແລະ CIP.

**ພາກທີ 5: ຖະແຫຼງການຂອງໂຄງການກ່ຽວກັບການບໍ່ຈໍາແນກ ບໍລິການອາຫານ ແລະ ໂພຊະນາການ**

ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງພະແນກກະສິກໍາຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of Agriculture, USDA), ສະຖາບັນນີ້ຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ຈໍາແນກບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ (ລວມທັງເອກະລັກທາງເພດ ແລະ ທັດສະນະທາງເພດ), ສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງດ້ານການເມືອງ, ຫຼື ການແກ້ໄຂຄວາມ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ສໍາລັບກິດຈະກຳສິດທິພົນລະເຮືອນກ່ອນໜ້າ.



ຂໍ້ມູນໂຄງການອາດມີແບບພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ. ຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ເທບສຽງ, ພາສາມືຂອງອາເມລິກາ), ຄວນຕິດຕໍ່ກັບອົງການ (ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ພວກເຂົາສະໜັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ. ບຸກຄົນທີ່ຫຼຸດຮາກ, ຫຼື ຜົນການທາງການບາກເວົ້າສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ USDA ຜ່ານສາຍບໍລິການບຸກຄົນພິການທາງດ້ານການໂຕ້ຢືນ ຫຼື ການບາກເວົ້າຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ (800) 877-8339.

ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນການຈໍາແນກຂອງໂຄງການ, ຜູ້ຮ້ອງຮຽນຄວນປະກອບແບບຟອມ AD-3027, ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນການຈໍາແນກຂອງໂຄງການ (Program Discrimination Complaint Form) ຂອງ USDA ທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບໃນອອນໄລນ໌ທີ່: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, ຈາກທຸກຫ້ອງການຂອງ USDA, ໂດຍການໂທຫາ (833) 620-1071, ຫຼື ໂດຍການຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA. ຈົດໝາຍຕ້ອງມີຊື່, ທີ່ຢູ່, ເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ, ແລະ ລາຍລະອຽດເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການກະທໍາການຈໍາແນກຖືກກ່າວຫາ ເຊິ່ງມີລາຍລະອຽດພຽງພໍເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອຂາທິການດ້ານສິດທິພົນລະເຮືອນ (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) ຊາບກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ວັນທີຂອງການລະເມີດສິດທິພົນລະເຮືອນທີ່ຖືກກ່າວຫາ. ຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມ AD-3027 ທີ່ເຮັດສໍາເລັດແລ້ວ ຫຼື ຈົດໝາຍໄປຫາ:

1. **ສົ່ງທາງໄປສະນີ:**  
Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; ຫຼື
2. **ແຜ່ກ:**  
(833) 256-1665 ຫຼື (202) 690-7442; ຫຼື
3. **ອີເມວ:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

ສະຖາບັນນີ້ເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ.

## ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານ

ບໍ່ຫ້າມບຸກຄົນໃດບິນຜົນຖານທາງ ເລື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ສາສະໜາ, ຫຼື ເພດ (ລວມທັງການຖືພາ, ທັດສະນະທາງເພດ, ແລະ ເອກະລັກທາງເພດ) ຈາກການເຂົ້າຮ່ວມ, ຖືກປະຕິເສດຜົນປະໂຫຍດຂອງ, ຫຼື ຖືກຈໍາແນກພາຍໃຕ້, ໂຄງການ ຫຼື ກິດຈະກຳໃດໆທີ່ໄດ້ຮັບທຶນທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນກັບກອງທຶນທີ່ມີພາຍໃຕ້ຫົວຂໍ້ນີ້. ການຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການຈໍາແນກບິນຜົນຖານອາຍຸ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຈໍາແນກອາຍຸ (Age Discrimination Act) ໃນປີ 1975 ຫຼື ກ່ຽວກັບບຸກຄົນພິການທີ່ມີຄຸນສົມບັດຢ່າງອື່ນຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນມາດຕາ 504 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຟື້ນຟູ (Rehabilitation Act) ໃນປີ 1973 ຍັງຈະນໍາໃຊ້ກັບໂຄງການ ຫຼື ກິດຈະກຳດັ່ງກ່າວ.

ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການຈໍາແນກ ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່:

Carlotta Dixon, MHS, CPM

ຫົວໜ້າພະແນກ

ຫົວຂໍ້ VI/ADA-ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເຮືອນ

ກົມການບໍລິການສັງຄົມ-ປະຕິບັດຕາມໂຄງການ (Division of Social Services-Program Compliance) ຂອງ NC  
ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ບໍລິການມະນຸດ (Department of Health and Human Services) ຂອງ North Carolina

919-527-6421 ຫ້ອງການ

919-334-1198 ແຜ່ກ

[Carlotta.Dixon@dhhs.nc.gov](mailto:Carlotta.Dixon@dhhs.nc.gov)

820 South Boylan Avenue, McBryde Building

Raleigh, North Carolina 27603

ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຜົນຂອງການຕັດສິນໃຈຂອງຫ້ອງການຂອງລັດ, ທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ກັບອົງການທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ບໍລິການມະນຸດ (Department of Health and Human Services)/ການບໍລິຫານເດັກ ແລະ ຄອບຄົວ (Administration for Children and Families) ຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ/ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານໃນເຮືອນ ນແກ່ຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) ຂອງກົມການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພະລັງງານ Mary E. Switzer Building, 5th Floor  
330 C Street, SW  
Washington, D.C. 20201  
ເບີໂທລະສັບ: (202) 401-9351  
ເບີແຜ່ກ: (202) 401-5661

## ພາກທີ 6: ການລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ ຫຼື ບັບປຸງການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດປະກອບແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງໄດ້ທີ່ [www.ncsbe.gov/nvra/01](http://www.ncsbe.gov/nvra/01), ສອບຖາມກັບພະນັກງານກໍລະນີຂອງທ່ານ ຫຼື ຕິດຕໍ່ກັບ DSS ໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານສໍາລັບແບບຟອມລົງທະບຽນຜູ້ລົງຄະແນນສຽງ. **ການສະໜັກລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດການລົງທະບຽນ ເພື່ອລົງຄະແນນສຽງຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຈໍານວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໂດຍອັງການນີ້.**

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນປະກອບແບບຟອມການລົງທະບຽນ ແບບຟອມສະໜັກລົງທະບຽນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ ການຕັດສິນໃຈວ່າຈະຊອກຫາ ຫຼື ຍອມຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ນເປັນຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະປະກອບແບບຟອມສະໜັກເປັນສ່ວນຕົວ. ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າມີໃຜມາແຊກແຊງສິດທິຂອງທ່ານໃນການລົງທະບຽນ ຫຼື ປະຕິເສດການລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ, ສິດທິສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການຕັດສິນໃຈວ່າຈະລົງທະບຽນ ຫຼື ສະໜັກລົງທະບຽນເພື່ອລົງຄະແນນສຽງ, ຫຼື ສິດຂອງທ່ານໃນການເລືອກຜັກການເມືອງຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ຜັກການເມືອງອື່ນໆທີ່ມັກ, ທ່ານອາດຈະຍິນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ North Carolina State Board of Elections, PO Box 27255, Raleigh NC 27611- 7255 ຫຼື ທ່ານອາດຈະໂທຫາເບີໂທຟຣີ, 1-866-522-4723.

## ພາກທີ 7: ການຮັບຮູ້ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

**ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ**

**ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນບັນດາພາກກ່ອນໜ້າ. ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໜັກ:**

\_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

ຜູ້ຕາງໜ້າ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

ພະນັກງານກໍລະນີ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_