

# ໃບລາຍງານສະຖານະພາບກາງໄຕມາດສຳຫຼັບຄຳອາຫານ

## ຄຳແນະນຳ:

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ ເພື່ອລາຍງານກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫຍ່ມີຄວາມສາມາດ ໂດຍປາສະຈາກ ຜູ້ຕິດຕາມ (Able-Bodied Adult without Dependents: ABAWD) ແລະ/ຫຼື ການປ່ຽນແປງທີ່ເກີດຂຶ້ນ ນັບແຕ່ການລາຍງານປະຈຳໄຕມາດ (QR 7) ຄັ້ງກ່ອນ ຂອງທ່ານ.

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ ເພື່ອລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ທ່ານຄິດວ່າ ຈະເພີ່ມ ສະຫວັດດີການຄຳອາຫານ ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາສະແດງຫຼັກຖານ ເຊັ່ນ ສິນໃບຮັບຄ່າຈ້າງ; ສຳເນົາເຊັກ; ຈົດໝາຍຈາກໜ່ວຍງານຕ່າງໆ ແລະ ອື່ນໆ.

ຖ້າທ່ານກຳລັງລາຍງານການປ່ຽນແປງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ກະລຸນາສະແດງຫຼັກຖານ ເຊັ່ນ ໃບຈ່າຍເງິນ, ເຊັກທີ່ຍົກເລີກ, ໃບອິນວອຍທີ່ຈ່າຍ ແລະ ອື່ນໆ.

ເຈົ້າໜ້າທີ່:

ໂທລະສັບ:

## ຂໍ້ມູນບັງຄັບສຳຫຼັບຜູ້ໃຫຍ່ມີຄວາມສາມາດໂດຍປາສະຈາກຜູ້ຕິດຕາມ

ຄຳຕອບສຳຫຼັບຜູ້ໃຫຍ່ມີຄວາມສາມາດໂດຍປາສະຈາກຜູ້ຕິດຕາມ (ABAWD) ໃດໜຶ່ງ ໃນຄອບຄົວທ່ານ:

ຈຳນວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ ຫຼື ເຂົ້າຝຶກອົບຮົມ ຫຼຸດລົງຈາກ 20 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ ຫຼື 80 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ ເປັນ \_\_\_\_\_ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ ຫຼື \_\_\_\_\_ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ເດືອນ.

ໃນອາທິດຂອງ \_\_\_\_\_

ໃນເດືອນຂອງ \_\_\_\_\_

ຊື່ຄົນ \_\_\_\_\_ ສາຍພົວພັນກັບທ່ານ \_\_\_\_\_

ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ເກີດຂຶ້ນ \_\_\_\_\_

## ການປ່ຽນແປງທີ່ຢູ່

ທີ່ຢູ່ບ້ານໃໝ່ (ເລກທີ, ຖະໜົນ, ຖະໜົນຫຼວງ, ຖະໜົນນ້ອຍ ແລະ ອື່ນໆ)	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ເບີໂທລະສັບໃໝ່
ວັນທີຍ້າຍ	ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີໃໝ່ (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ບ້ານ)	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບຄ່າເຊົ່າພຣີ ໃນທີ່ຢູ່ໃໝ່ທີ່ທ່ານໄດ້ລະບຸບໍ່?		ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບຄ່າສາທາລະນະໂພກພຣີ ໃນທີ່ຢູ່ໃໝ່ທີ່ທ່ານໄດ້ລະບຸບໍ່?		
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ, ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຈຳນວນເງິນຄ່າເຊົ່າ \$		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ, ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຈຳນວນເງິນຄ່າສາທາລະນະໂພກພຣີ \$		

## ຂໍ້ມູນແບບສະໝັກໃຈ (ທຸກຄອບຄົວ/ຫົວໜ່ວຍຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ)

ຂ້າພະເຈົ້າ ຢາກລາຍງານຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: \_\_\_\_\_

## ການຢັ້ງຢືນ

**ຂ້າພະເຈົ້າ ຮັບຮູ້ວ່າ:** ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈົງໃຈບໍ່ລາຍງານຄວາມຈິງທັງໝົດ ຫຼື ໃຫ້ຂໍ້ມູນເທັດ ກ່ຽວກັບລາຍຮັບ, ຊັບສິນ ຫຼື ສະຖານະພາບຄອບຄົວຂອງຕົນ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບ ຫຼື ສືບຕໍ່ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ສະຫວັດດີການ, ຂ້າພະເຈົ້າ ສາມາດຖືກດຳເນີນການ ທາງກົດໝາຍ. ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຖືກປັບໄໝໃນສະຖານຄວາມຜິດທາງອາຍາ ຖ້າມີການຈາຍ ສະຫວັດດີການຄຳອາຫານຜິດພາດ ຫຼາຍກວ່າ \$400.

ຂ້າພະເຈົ້າ ຢັ້ງຢືນ ພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດທາງກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດ ແລະ ລັດແຄລິຟໍເນຍວ່າ ຂໍ້ມູນໃນໃບລາຍງານນີ້ ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.

<b>ໃຜຕ້ອງເຊັນລຸ່ມນີ້:</b>	ຫົວໜ້າຄອບຄົວ, ສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ ຂອງຄອບຄົວ.		
ລາຍເຊັນ ຫຼື ໝາຍ	ວັນທີເຊັນ	ເບີໂທລະສັບບ້ານ	ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່
ລາຍເຊັນຄູ່ຄືມລິດ ຫຼື ພໍ່/ແມ່ຄົນອື່ນຂອງບຸດທີ່ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ, ແລະ ສະມາຊິກຜູ້ໃຫຍ່ຂອງຄອບຄົວ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບມອບໝາຍ	ວັນທີເຊັນ	ລາຍເຊັນພະຍານໃນການໝາຍ, ນາຍພາສາ ຫຼື ຜູ້ອື່ນໆທີ່ຕິດແບບຟອມ	ວັນທີເຊັນ