

ບົດລາຍງານຂໍ້ເທັດຈິງ ເພື່ອເພີ່ມເຕີມກອບຄືນຕໍ່າກວ່າ 16 ປີ

(ໃບຄໍາຮ້ອງ ແລະໃບສະເໜີເພີ່ມ ເພື່ອຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ ແລະ/ຫຼື CalFresh)

ຂໍ້ແນະນຳ:

ປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນສໍາລັບເດັກນ້ອຍຄົນໃໝ່ຢູ່ໃນບ້ານ ແລະລົງລາຍເຊັນໃສ່ພາກຄໍາຢັ້ງຢືນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມ, ໃຫ້ຂຽນໃສ່ຈ່າຍໃບໃໝ່ຄັດຕິດມາ. ໃຊ້ແບບຟອມຊຸດໜຶ່ງກັບເດັກຄົນໜຶ່ງ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ (Cash Aid), ແລະທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ກັບເດັກນ້ອຍຄົນໃໝ່, ພໍ່ແມ່ ຫຼືຄູ່ຜົວເມຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ ຫຼືຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລຜູ້ໃຫຍ່ຈະຕ້ອງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ສໍາລັບຄອບຄົວ CalFresh ເຊິ່ງບໍ່ໄດ້ຮັບ ຫຼືຍາກໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ, ຈະຕ້ອງໃຫ້ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼືຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບສິດປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ເດັກນ້ອຍຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເນື່ອງຈາກພໍ່ແມ່ (✓) ລຸ່ມນີ້

Table with 4 columns: ເສຍຊີວິດ, ພິການ, ບໍ່ຢູ່ນໍາ, ຫວ່າງງານ

1. ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼືຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລ ໄທລະສັບ ()

2. ບອກຂໍ້ເທັດຈິງທັງໝົດສໍາລັບເດັກນ້ອຍຜູ້ນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້.

ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼືຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລ

ເລກປະກັນສັງຄົມ ເພດ (✓) ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ອື່ນ

ບ່ອນເກີດ (ເມືອງ/ລັດ/ປະເທດ) ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ) ຕາບອດ, ຫຼືພິການ

ປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຂໍ (✓) ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ (Cash Aid) CalFresh ສະຖານະເປັນພົນລະເມືອງທີ່ເປັນພົນລະເມືອງ (✓) ພົນລະເມືອງ/ສັນຊາດສະຫະລັດ

ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ສະໝັກ ຫຼືຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລຂອງເດັກ ຖ້າເປັນເດັກນ້ອຍຕໍ່າກວ່າ 6 ປີ, ໄດ້ມີການສັກຢາກັນພະຍາດຄົບຮອດປະຈຸບັນແລ້ວບໍ່? ພໍ່ແມ່ແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 6 ປີ

3. ເດັກນ້ອຍເປັນລູກລ້ຽງບໍ່? A. ເດັກນ້ອຍໄດ້ຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ຄໍາສັ່ງການເປັນຜູ້ຂຶ້ນກັບຈາກສານບໍ່? B. ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ລາຍໄດ້ລູກລ້ຽງ ຫຼືການດູແລສິ່ງເສີມຖືກນັບເຂົ້າໃນສໍານວນ CalFresh ບໍ່? C. ເດັກນ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການດູແລສຸຂະພາບບໍ່?

4. ເດືອນນີ້ເດັກນ້ອຍໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ ຫຼື CalFresh ບໍ່? ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ໃຫ້ຕອບຢູ່ລຸ່ມນີ້:

ປະເພດຂອງການຊ່ວຍເຫຼືອ ຢູ່ໃສ (ຄາວຕີ້, ລັດ) ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສິດ (Cash Aid) CalFresh

5. ເດັກນ້ອຍໄດ້ຮັບ ຫຼືຄາດວ່າຈະມີລາຍໄດ້ໃດໜຶ່ງບໍ່ ເຊັ່ນ: ເງິນລາຍໄດ້, ລາຍໄດ້ເສີມຈາກປະກັນສັງຄົມ/ການຈ່າຍເສີມໃຫ້ຂອງລັດ (SSI/SSP), ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສັງຄົມ, ເງິນລ້ຽງດູເດັກນ້ອຍ, ເງິນຈ່າຍຊ່ວຍຄ່າດູແລລູກລ້ຽງ, ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮິບເກົ້າ, ອື່ນໆ. ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ໃຫ້ຕອບຢູ່ລຸ່ມນີ້:

ປະເພດຂອງລາຍໄດ້ ຈໍານວນ (ກ່ອນການຫັກຕ່າງໆ, ຖ້າມີ) ເມື່ອໃດ ເລື້ອຍປານໃດ

ລາຍໄດ້ນີ້ຈະສືບຕໍ່ໄປບໍ່? ພໍ່ແມ່ແລ້ວ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າ "ບໍ່ແມ່ນ", ອະທິບາຍການປ່ຽນແປງທີ່ຮູ້ໄດ້:

6 A. ເດັກນ້ອຍຖືພາ ຫຼືເປັນພໍ່ແມ່ໜຸ່ມກວ່າໄວບໍ່? ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ໃຫ້ໝາຍ (✓) ສະຖານະ: ຖືພາ ບໍ່ແມ່ນໜຸ່ມກວ່າໄວ

ສະຖານະການເຂົ້າໂຮງຮຽນ, ໃຫ້ໝາຍ (✓) ມີໃບຈົບຊັ້ນໂຮສະກຸລ ມີໃບຈົບ GED ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າໂຮງຮຽນ (ອະທິບາຍ) ກໍາລັງເຂົ້າໂຮງຮຽນຢູ່ໃນປະຈຸບັນ ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ):

B. ເດັກນ້ອຍໄດ້ຮັບໂບນັດ ຫຼືການອະນຸມັດໃຫ້ເງິນສິດ, ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ວຍການດູແລເດັກ, ການເດີນທາງ, ອື່ນໆຈາກໂຄງການ Cal-Learn ບໍ່? ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ໃຫ້ຕອບຢູ່ລຸ່ມນີ້:

ຢູ່ໃສ (ຄາວຕີ້) ວັນທີໄດ້ຮັບ

7. ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກຄົນນີ້ໄດ້ເຮັດວຽກຢູ່ໃນກອງທັບສະຫະລັດບໍ່? ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ໃຫ້ຕອບຢູ່ລຸ່ມນີ້:

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ ພໍ່ແມ່ ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ກອງທັບໃຊ້ ວັນທັບໃຊ້ ບົດປ່ອຍອອກມາຢ່າງສົມກຽດ

8. ໃຫ້ຕອບຢູ່ລຸ່ມນີ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ CalFresh ໃຫ້ກັບເດັກນ້ອຍຜູ້ນີ້ ແລະເດັກນ້ອຍບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງຂອງສະຫະລັດ.

A. ເດັກນ້ອຍຜູ້ນີ້ ແລະ/ຫຼືພໍ່ແມ່ຂອງລາວ/ນາງດໍາລົງຊີວິດຢູ່ໃນສະຫະລັດທັງໝົດຈັກປີ? B. ໃນຂະນະທີ່ກໍາລັງດໍາລົງຊີວິດຢູ່ໃນສະຫະລັດ, ມີຈັກປີທີ່ເດັກນ້ອຍຜູ້ນີ້ ແລະ/ຫຼືພໍ່ແມ່ຂອງເດັກໄດ້ເງິນໂດຍການເຮັດວຽກຢູ່ໃນສະຫະລັດ? C. ໃນຂະນະທີ່ກໍາລັງດໍາລົງຊີວິດຢູ່ນອກສະຫະລັດ, ມີທັງໝົດຈັກປີທີ່ເດັກນ້ອຍຜູ້ນີ້ ແລະ/ຫຼືພໍ່ແມ່ຂອງເດັກເຮັດວຽກຢູ່ໃນສະຫະລັດ ຫຼືໃຫ້ກັບບໍລິສັດຂອງສະຫະລັດ?

ສໍາລັບຄາວຕີ້ເທົ່ານັ້ນ CASE NAME CASE NUMBER WORKER NAME AND NUMBER DATE RECEIVED AU Non-AU MFG Child CF Non-HH Excl. Member Code: Work Registration/Exemption Codes: WtW: CF: VERIF: Blind/Deaf/Disabled SSN Citizen SAVE Eligible Noncitizen Immun. Alien Reg. No. D.O.E. 3A. Request dependency order 3B. CA and FC Elig/CR Chooses: Child: CA FC CR: CA None Kin-GAP 3C. Medi-Cal Fee for Service Verification provided Income (✓) if exempt Unearned Earned CA CF Verified: Referred to Cal-Learn Program CW 25 QR 25A CW 5 Date Initiated YES NO CF: Honorable Discharge YES NO

9. ເດັກນ້ອຍເປັນເຈົ້າຂອງຊັບສິນໃດໜຶ່ງ ຫຼືມີຊັບສິນໃດໜຶ່ງເຊັ່ນ: ເງິນສົດ, ທໍ່ດິນ, ບັນຊີທະນາຄານ, ເງິນຝາກ, ພັນທະບັດປະຢັດ, ການຈ່າຍໃຫ້ຄົນພິການເມືອງອະເມຣິກັນຕໍ່ທົດຄົນ ຫຼືເງິນຝາກ, ຫຼືລາຍການອື່ນໆບໍ່? ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ໃຫ້ຕອບຢູ່ລຸ່ມນີ້:		<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ສໍາລັບຄາວຕີເທົ່ານັ້ນ <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF
ປະເພດຂອງຊັບສິນ	ເລກບັນຊີ/ນະໂຍບາຍ	ຊື່, ທີ່ຢູ່ຂອງທະນາຄານ, ອື່ນໆ.	ມູນຄ່າປະຈຸບັນ
			\$
10. ເດັກນ້ອຍມີ Medicare ຫຼືປະກັນໄພສຸຂະພາບເຊັ່ນ: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, ອື່ນໆ, ເຊິ່ງພໍ່ແມ່ ຫຼືນາຍຈ້າງຂອງພໍ່ແມ່ເປັນຜູ້ຈ່າຍໃຫ້ບໍ່? ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ຂຽນລາຍການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພລຶງ:		<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:
11. ເດັກນ້ອຍຖືກກ່າວຫາຄືກັບຜູ້ໃຫຍ່ວ່າເປັນຜູ້ກະທຳຜິດບໍ່, ແລະຖ້າເປັນແນວນັ້ນ, ເດັກນ້ອຍກຳລັງລີ້ຊ່ອນ ຫຼືກຳລັງຫຼົບໜີກົດໝາຍ ເພື່ອຫຼົບຫຼີກການດຳເນີນຄະດີ, ການຖືກນຳໄປລຸມຂັງ, ຫຼືການໄປເຂົ້າຄຸກສໍາລັບ ການກໍ່ອາຊະຍາກຳທີ່ມີຄວາມຜິດຮ້າຍແຮງ ຫຼືພະຍາຍາມກໍ່ອາຊະຍາກຳທີ່ມີຄວາມຜິດຮ້າຍແຮງບໍ່?		<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
12. ສານພິບວ່າເດັກນ້ອຍຢູ່ໃນການລະເມີດໄລຍະການຝາກໂທດ ຫຼືການປ່ອຍຕົວພາງບໍ່?		<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
13. A. ຖ້າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ, ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການກວດສຸຂະພາບຜ່ານໂຄງການ Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) (ໂຄງການສຸຂະພາບເດັກ ແລະການປ້ອງກັນຄວາມພິການ).		<input type="checkbox"/> ແມ່ນແລ້ວ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:
		ແມ່ນແລ້ວ	ບໍ່ແມ່ນ
• ທ່ານຕ້ອງການຂໍເທັດຈິງເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການບໍລິການຂອງໂຄງການ CHDP ບໍ່?			
• ທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການປືນປົວ ຫຼືການດູແລແຂ້ວຂອງໂຄງການ CHDP ຝຣີບໍ່?			
• ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການນັດໝາຍ ຫຼືການໄປຫາທ່ານໝໍ ຫຼືພົວພັນແຂ້ວບໍ່?			
B. ທ່ານຕ້ອງການຂໍເທັດຈິງເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການບໍລິການສັກຢາກັນພະຍາດບໍ່?			
C. ທ່ານຕ້ອງການຂໍເທັດຈິງກ່ຽວກັບການຫ້າມການຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງ, ການປົກສາເລື່ອງເຫຼົ້າ/ຢາ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດຜ່ານມາ ແລະຄວາມຕ້ອງການພິເສດອື່ນໆບໍ່?			
D. ມີຜູ້ຖືພາທີ່ຕ້ອງການຊອກຫາທ່ານໝໍ, ຊອກຫາການເດີນທາງໄປດູແລ, ແລະ/ຫຼືການຊ່ວຍເຫຼືອອື່ນໆບໍ່?			
E. ມີຜູ້ກຳລັງລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່ຢູ່ບໍ່? ຖ້າ "ແມ່ນແລ້ວ", ການເກີດແມ່ນຢູ່ໃນ 12 ເດືອນຜ່ານມາບໍ່?			
F. ທ່ານຕ້ອງການຂໍເທັດຈິງ ຫຼືການບໍລິການຈາກຄລິນິກວາງແຜນຄອບຄົວ ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານວາງແຜນ ຂະໜາດຄອບຄົວຂອງທ່ານ ແລະປ້ອງກັນການຖືພາທີ່ບໍ່ໄດ້ວາງແຜນບໍ່?			
			<input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:

ຄໍາຢັ້ງຢືນ

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ:

- ຖ້າຂ້ອຍໃຫ້ຂໍເທັດຈິງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼືບໍ່ໄດ້ລາຍງານຂໍເທັດຈິງ ຫຼືສະຖານະການທັງໝົດຕາມຈຸດປະສົງທີ່ມີຜົນ ກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະການຈ່າຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້ອຍແລ້ວ, ຂ້ອຍອາດຈະຖືກປັບໄໝ, ຈຳລຸກ/ຂັງຄຸກ, ຫຼືທັງຈຳທັງປັບໄໝ. ຂ້ອຍສາມາດຖືກປັບໄໝເປັນເງິນເຖິງ \$10,000 ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ເງິນສົດ ແລະ \$250,000 ສໍາລັບ CALFRESH. ຂ້ອຍສາມາດຖືກນຳໄປຈຳລຸກ/ຂັງຄຸກເຖິງ 3 ປີ ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະ 20 ປີ ສໍາລັບ CALFRESH. ແລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ເງິນສົດ ແລະ CALFRESH ສາມາດຖືກຢຸດໄປເປັນເວລາ 6 ເດືອນ, 12 ເດືອນ, 2 ປີ, 4 ປີ, 5 ປີ, 10 ປີ, 20 ປີ ຫຼືຕະຫຼອດຊີວິດ; ແລະສໍາລັບໂຄງການ REFUGEE CASH ASSISTANCE (ການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດຜູ້ລີ້ໄພ), ແມ່ນ 3 ເດືອນ ແລະ 6 ເດືອນ.
- ສໍານວນຂອງຂ້ອຍສາມາດຖືກເລືອກເອົາໄປທົບທວນຄືນ ໄດ້ ເພື່ອພິສູດເຖິງການມີສິດໄດ້ຮັບ; ແລະຂ້ອຍ ຕ້ອງຮ່ວມມືກັບທາງເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງຄາວຕີ, ລັດ, ແລະລັດຖະບານກາງຢ່າງເຕັມທີ່ຢູ່ໃນການທວນຄືນ ການຄວບຄຸມຄຸນນະພາບໃດໜຶ່ງ.
- ຂໍເທັດຈິງທີ່ຂ້ອຍເອົາໃຫ້ແມ່ນຈະໄດ້ຮັບການກວດກາໂດຍເຈົ້າໜ້າທີ່ທ້ອງຖິ່ນ, ລັດ, ແລະລັດຖະບານກາງ.
- ຄາວຕີຈະສົ່ງຂໍເທັດຈິງໄປໃຫ້ກັບໜ່ວຍງານພິນລະເມືອງສະຫະລັດ ແລະການເຂົ້າເມືອງ (USCIS) ສໍາລັບຫຼັກຖານສະຖານະການເຂົ້າເມືອງ.
- ຂໍເທັດຈິງທາງຄາວຕີໄດ້ມາຈາກ USCIS ອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະ CALFRESH.
- ຂໍເທັດຈິງທີ່ຂ້ອຍເອົາໃຫ້ແມ່ນຈະໄດ້ຮັບການກວດກາກັບໜ່ວຍງານພາສີ, ສະຫວັດດີການ, ການຈ້າງງານ, ໂຮງຮຽນເຂດ, ແລະອົງການປະກັນສັງຄົມ ເພື່ອພິສູດການມີສິດຂອງເດັກທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ ແລະ/ຫຼື CALFRESH ແລະເພື່ອພິສູດວ່າ ຂ້ອຍກຳລັງໄດ້ຮັບຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື CALFRESH ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ແລະເລກປະກັນສັງຄົມຈະຕ້ອງຖືກກັບບັນທຶກຂອງອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ ເພື່ອການອອກໜ້າຈັບ.

ຂ້ອຍປະກາດພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການກ່າວເທັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດອະເມຣິກາ ແລະລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່ໃນໃບລາຍງານຂໍເທັດຈິງນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະຄົບຖ້ວນ.

ຜູ້ທີ່ຈະຕ້ອງເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້: **ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ**, ທ່ານ ແລະຜົວ/ເມຍຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ຄູ່ຜົວເມຍທີ່ຈິດທະບຽນແລ້ວ, ຫຼືພໍ່ແມ່ອື່ນໆ (ຂອງເດັກທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ), ຖ້າອາໄສຢູ່ໃນບ້ານ. **ສໍາລັບ CalFresh**, ສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼືຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ.

ລາຍເຊັນຂອງຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລ ແລະ/ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວ CALFRESH ທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ຫຼືຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບສິດ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜົວ/ເມຍຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ຄູ່ຜົວເມຍທີ່ຈິດທະບຽນແລ້ວ, ຫຼືພໍ່ແມ່ອື່ນໆ (ຂອງເດັກທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເງິນສົດ), ຖ້າອາໄສຢູ່ໃນບ້ານ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພະຍານທີ່ຈະໃສ່ເຄື່ອງໝາຍ, ຜູ້ແປພາສາ, ຫຼືຜູ້ທີ່ປະກອບແບບຟອມໃຫ້	ວັນທີ

ສໍາລັບຄາວຕີເທົ່ານັ້ນ

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date