

Voucher Application Form 2019



ໂຄງການຮັບສານອາຫານໂດຍຕະຫລາດຊາວນາສໍາລັບຜ ອາວຸໂສ SFMNP ໃບຄໍາຮູ້ອງຂໍປີອະນຸຍາດ

ຕ້ອງຈໍາກາໄປສະນີ ພາຍໃນວັນທີ 10 ພຶດສະພາ (ເດືອນ 5) 2019 ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຜູ້ສະມັກ 8000 ພັນຄົນທໍາອິດຈະໄດ້ຮັບສິດ

*ຊື່(ພາສາອັງກິດ): _____	
*ທີ່ຢູ່: _____	*ເລກຫຼ້ອງ # <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
*ເມືອງ: _____	*ລະຫັດເຂດ: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
*ເລກໂທລະສັບ: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	
*ວັນເດືອນປີເກີດ: (ເດືອນ / ວັນທີ / ປີ)	<input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>

ໂຄງການຮັບສານອາຫານໂດຍຕະຫລາດຊາວນາສໍາລັບຜອາວຸໂສ (SFMNP) ສະໜອງຜັກແລະໝາກໄມ້ສົດໃຫ້ຜອະວຸໂສທີ່ຫລາຍໂດດຕໍາ ໂດຍມີເປົ້າໝາຍປັບປຸງສຸຂະພາບແລະ ຮັບສານອາຫານ. ນອກຈໍາກນີ້ ຍັງຊ່ວຍຊຸກຍູ້ ການເຮັດໄຮ່ເຮັດນໍານໍາ ດ້ວຍການເພີ່ມພ ນການບໍລິການໂພກ ໄປຕະຫລາດຊາວນາ ແລະຮູ້ານຄໍານຸ່ມອຍຕາມແຄມທາງຕ່າງໆ.

ເພື່ອໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂເໝາະສົມຕໍາ SFMNP ທ່ານຕ້ອງມີມາດຕະຖານຖືກກັບສິ່ງຕ່າງໆທັງໝົດຢູ່ລຸ່ມນີ້

- ທ່ານຕ້ອງອາຍຸ 60 ປີຂຶ້ນໄປ (ຫລື 55 ປີຂຶ້ນໄປ ຖ້າເປັນເຜົ່າຊາວອາເມຣິກາພື້ນເມືອງ)
- ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານບໍ່ໃຫ້ເກີນ:
 - \$23,107 ຕໍ່ປີ ຫລື \$1,926 ຕໍ່ເດືອນ ສໍາລັບ 1 ຄົນ
 - \$31,284 ຕໍ່ປີ ຫລື \$2,607 ຕໍ່ເດືອນ ສໍາລັບ 2 ຄົນ
 - ສໍາລັບຄົວເຮືອນໃຫຍ່ ໃຫ້ບວກລາຍໄດ້ \$681 ຕໍ່ເດືອນສໍາລັບແຕ່ລະຄົນທີ່ເພີ່ມເຂົ້າ
- ທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນລັດວໍຊິງຕັນແລະຢູ່ໃນເຂດຄົງຄໍາວນຕີ

ດ້ວຍການເຊັນຮູ້າງໃບຄໍາຮູ້ອງຄໍາຮູ້ອງນີ້ ແມ່ນທ່ານໄດ້ຍັງຢືນຢູ່ວ່າ

- ຖືກຕາມເງື່ອນໄຂຮຽກຮ້ອງຄໍາວາມເໝາະສົມທັງໝົດຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້
- ເຂົ້າໃຈແລ້ວວ່າ ໃບຄໍາຮູ້ອງນີ້ຈະຖືກນໍາເຂົ້າໄປຈົກສະຫລາກ ແບບສ່ຽງດວງ
- ເຂົ້າໃຈແລ້ວວ່າ ຖ້າຄໍາຮູ້ອງຂອງທ່ານຫາກຈົກສະຫລາກຖືກ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໄປສະນີປີອະນຸຍາດຂອງ SFMNP ພ້ອມກັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິແລະຄໍາວາມຮັບຜິດຊອບນໍາ

ນີ້ຕ້ອງໄດ້ຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນ

* Participant Signature: _____	* Date of Application <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
---------------------------------------	---

*Pກະຮຸນາຕອບຄໍາຖາມຢູ່ລຸ່ມນີ້:

1. ກະຮຸນາພາຍເອົາທຸກຢ່າງທີ່ກ່ຽວກັບທ່ານ ອາເມຣິກັນອິນເດັງ/ຄົນອະລາສະກູ້າພື້ນເມືອງ
 ຄົນເອເຊັຍ
 ຄົນດໍາ ຫລື ຄົນອາຟຣິກັນອາເມຣິກັນ
 ຄົນຂາວ
 ຄົນຮາວາຍພື້ນເມືອງ ຫລື ຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນ

2. ທ່ານຖືວ່າ ທ່ານເປັນຄົນສະເປນ / ລາຕິໂນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ


*ລາຍການຕ່າງໆ ທີ່ພາຍ * ແມ່ນຖືວ່າຈໍາເປັນ

ໂຄງການຮັບສານອາຫານໂດຍຕະຫລາດຊາວນາສໍາລັບຜູ້ອາວຸໂສ (SFMNP)

ໃບຄໍາຮູ້ອງຂໍປີອະນຸຍາດ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄໍາວ່າຊ່ວຍເຫລືອໃນການຕື່ມໃບຄໍາຮູ້ອງນີ້ ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ຫາ:

Need help?



Call 206-962-8467
or toll free
1-844-348-5464

communitylivingconnections.org

ກະຮຸນາຕື່ມໃບຄໍາຮູ້ອງນີ້ ແລ້ວສົ່ງໄປສະນີເຖິງ:

Senior Farmers Market Nutrition Program
140 Lakeside Ave, Suite A-180
Seattle, WA 98122
Or Fax to: 206-694-2227

**ເນື່ອງຈາກມີຜສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມຈໍານວນຫຼວງຫຼາຍ
ສໍາລັບໂຄງການຮັບສານອາຫານໂດຍຕະຫລາດຊາວນາສໍາລັບອາວຸໂສ (Senior Farmers Market
Nutrition Program) ພະແນກບໍລິການມະນຸດເມືອງຊີແອັດໂຕ (Seattle) ບໍ່ມີປີອະນຸຍາດ (voucher)
ພຽງພໍເພື່ອສະໜອງໃຫ້ຜສະໝັກແຕ່ລະຄົນ. ຜສະໝັກ ADS ຈະນໍາໃຊ້ວິທີການສຸ່ມເລືອກ.
ປີອະນຸຍາດຂອງຕະຫລາດຊາວນາຈະຖືກສົ່ງໃຫ້ທາງໄປສະນີຫາຜູ້ຮັບພາຍໃນວັນທີ
1 ກໍລະກົດ (ເດືອນ 7) ປີ 2019.**

**ຄໍາຮູ້ອງຂໍເອົາປີອະນຸຍາດຂອງນີ້ແມ່ນຈໍາກັດໃຫ້ແຕ່ໜຶ່ງໃບຕໍ່ໜຶ່ງຄົວເຮືອນ ແລະ
ຕ້ອງໄດ້ຈໍາກາໄປສະນີພາຍໃນ ວັນທີ 10 ພຶດສະພາ (ເດືອນ 5) ປີ 2019 ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ຜູ້ສະມັກ
8000 ພັນຄົນທໍາອິດຈະໄດ້ຮັບສິດ.**

ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍເອົາ/ຜູ້ເອົາຮ່ວມຜູ້ເຖົ້າບໍ່ສາມາດເຊື່ອຊື່ແລະມີໃບອໍານາດຂອງທະນາຍຄວາມໃຊ້ໄດ້ດິນທີ່ຍັງມີຜົນໃຊ້ໄດ້ຢູ່, ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ຄັດໃບ
ໂກປີຂອງໃບ DPOA ໃສ່ມານໍາເອກສານອື່ນນີ້. ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍຂອງຮັຖບານກາງແລະນະໂຍບາຍຂອງກະຊວງກະສິກໍາ, ສະຖາບັນບໍ່ອ່ານໄດ້ຖືກຫວງ
ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະອົງໃສ່ພື້ນຖານຂອງພື້ນຜິວພັນ, ສີສັນ, ເຊື້ອຊາດຕັ້ງເດີມ, ເພດ, ອາຍຸ, ຫລືຄວາມສ່ຽງອົງຄະຫລິການແກ້ແຄ້ນສໍາລັບການເລື່ອນໄຫວ
ໃນສິດທິພິລເມືອງໃນຜ່ານມາຢູ່ໃນໂຄງການຫລີກກ້າງຜຸນວິໄນດິນແດນນັ້ງທີ່ຖືກດໍາເນີນການຫລືອກເຖິງນັ້ນໃຫ້ໂດຍກົມ USDA. ເພື່ອຈະຮຽນຮ້ອງທຸກ, ຈົ່ງຂຽນ
ຫນັງສືໄປຫາ USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.
20250-9410 ຫລືໂທອະໄສໂປທີ (866) 632-9992 (ສຽງເວົ້າ) ຫລື (800) 877-8339 (TTY). ໃບຟອມຄໍາຮ້ອງທຸກສາມາດຖືກສົ່ງມາທາງອີເມລ໌ໄດ້ທີ່
program.intake@usda.gov. ໃບຟອມສາມາດຖືກພິບເຫັນຢູ່ທາງອອນລາຍນີ້ທີ່:
http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html. USDA ເປັນຜູ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດເທົ່າທຽມກັນຫມົດ.

ຄຳຮ້ອງການກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ

ອິດສະຣະພາບຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ

ສະຖາບັນບ່ອນນີ້ໄດ້ຖືກຫວັງຫ້າມໃຫ້ມີການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະອີງໃສ່ພື້ນຖານຂອງເພດ,ຜິວຜັນ,ລັດທີ່,ສະສະນາ,ສີສັນ,ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ,ສະພາບນັກຮົບເກົ່າຫລືທະຫານ,ຄວາມອອບໃຈທາງເພດ,ຄວາມເສັຽອົງຄະ,ຫລືການໃຊ້ລັດບໍຣິການຫມານຳທາງຫລືຖືກຝຶກຝົນມາ (ສັດລ້ຽງບໍຣິການແມ່ນສັດລ້ຽງທີ່ໄດ້ຖືກຝຶກຝົນມາໂດຍສະເພາະ ເພື່ອຈະເຮັດວຽກຫລືປະຕິບັດໜ້າທີ່ສຳລັບຜົນປະໂຫຍດຂອງບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ) .(RCW 49.60.030)

ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍສິດທິພົວພັນຂອງຣັຖບານກາງແລະກົດຮະບຽບແລະນະໂຍບາຍຂອງຂອງກະສິກຳ **U.S. Department of Agriculture (USDA), USDA,** ສະຖາບັນບ່ອນນີ້ອີງການຂອງເຂົາເຈົ້າ,ຫ້ອງການ,ແລະພະນັກງານ,ແລະສະຖາບັນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນຫລືບໍຣິຫານໂຄງການຂອງ **USDA** ຍັງໄດ້ຖືກຫວັງຫ້າມອີກຄືກັນຈາກການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໂດຍອີງຕາມຜິວຜັນ,ສີສັນ,ເຊື້ອຊາດດັ່ງເດີມ,ເພດ,ຄວາມເສັຽອົງຄະ,ອາຍຸ,ຫລືການທຳຮ້າຍຕອບຫລືການແກ້ແຄ້ນສຳລັບການເຄື່ອນໄຫວໃນສິດທິພົວພັນຂອງໃນຜ່ານມາຢູ່ໃນໂຄງການຫລືກິຈກຳມແນວໃດແນວນຶ່ງທີ່ຖືກດຳເນີນການຫລືອອກເງິນທຶນໃຫ້ໂດຍກົມ **USDA.**

ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມເສັຽອົງຄະ ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການແບ່ງແຍກທາງການຕິດຕໍ່ສື່ສານແບບອື່ນສຳລັບຮາຍຮະອຽດຂອງໂຄງການ (ຕົວຢ່າງວ່າ,ຕົວອັກສອນສຳລັບຄົນຕາຍອດ,ຕົວຜິມໃຫຍ່, ເທັບອັດສຽງເວົ້າ,ພາສາໃບ້ອະເມຣິກັນ,ອື່ນໆ) ,ຄວນຈະຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ (ຮັດຫລືຫ້ອງຖິ່ນ) ບ່ອນທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຂໍອີກາບຊ່ວຍເຫລືອ.ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຫຼຸບວກ,ຫ້ຽງຍາກນຳການຝັງສຽງຫລືມີຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານການປາກເວົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາກົມ**USDA** ໄດ້ໂດຍຜ່ານຜະແນກ **Federal Relay Service** ໄດ້ທໍ່ເລກ **(800) 877-8339.** ນອກຈາກນັ້ນອີກ,ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການຈະມີໄວ້ໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ.

ເພື່ອຈະຮູ້ຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ,ຈົ່ງຂຽນປະກອບໃບຟອມ **USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027)** ພົບເຫັນຢູ່ທາງອອນລາຍນີ້: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ແລະປູຕາມຫ້ອງການທຸກໆບ່ອນ,ຫລືຂຽນໜັງສືໃສ່ທີ່ປູໄປຫາ **USDA** ແລະບອກຢູ່ໃນໜັງສືຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາໃນໃບຟອມ.ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາໂກປີຂອງໃບຟອມຮ້ອງທຸກ,ຈົ່ງໂທຫາ **(866) 632-9992.** ສິ່ງນີ້ໃບຟອມຫລືໜັງສືທີ່ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວຂອງທ່ານໄປຫາ **USDA** ໂດຍ:

- (1) ສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໄປທີ່: **U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W
Washington, D.C. 20250-9410;**
- (2) ແຟກໂຊຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໄປທີ່: **(202) 690-7442;** ຫລື
- (3) ສົ່ງອີເມລ໌ຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໄປທີ່: program.intake@usda.gov

ສະຖາບັນແຫ່ງນີ້ເປັນຜູ້ບໍຣິການທີ່ໃຫ້ໂອກາດທຳທຽມກັບໝົດ.