



WASHINGTON STATE  
Department of  
Children, Youth, and Families

**ການໃຫ້ ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເບື້ອງຕົ້ນສຳລັບເດັກເກີດໃໝ່ ແລະ ເດັກໄວຮຸ້ນອື່ນໆ (ESIT)**

ແບບຟອມໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບໜັງສືແຈ້ງການທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ອນລ່ວງໜ້າ, ການຍື່ນຍອມເຫັນດີໃນການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພຂອງລັດ ແລະ/ຫຼື ເອກະຊົນ, ລາຍຮັບ ແລະ ລາຍຈ່າຍ

ວັນທີ:		ໂຄງການການແຈກແຈງໃນເບື້ອງຕົ້ນ - LLA ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:	
ຊື່ຂອງ FRC:		ເບີໂທຂອງ FRC:	

**ສ່ວນ A: ການລະບຸຂໍ້ມູນ**

ຊື່ທາງກົດໝາຍຂອງເດັກນ້ອຍ:	ສູດທ້າຍ	ທຳອິດ	ບານກາງ	ວັນເດືອນປີເກີດຂອງເດັກນ້ອຍ:	xx/xx/xxxx
	ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:			ໂທລະສັບ:	

**ສ່ວນ B:** ໜັງສືແຈ້ງການທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ອນລ່ວງໜ້າ ແລະ ການຍື່ນຍອມເຫັນດີຂອງການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລເບື້ອງຕົ້ນແຍງດ້ານສຸຂະພາບຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນສຳລັບການບໍລິການຂຶ້ນກັບການເຂົ້າຮ່ວມທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບຄອບຄົວ (ທີ່ຖືກປະກອບໂດຍພໍ່ແມ່ - ໃຫ້ໝາຍໃສ່ທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

B.1. Apple Health for Kids/ Medicaid (ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລເບື້ອງຕົ້ນແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເປັນຂອງລັດ)

- **ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການອະນຸຍາດສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງໂຄງການ ESIT ສິ່ງໃບຄໍາຮ້ອງໄປຍັງ Apple Health for Kids/Medicaid** (ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເປັນຂອງລັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ສໍາລັບການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນໃນພາກສ່ວນ C ຂອງກົດໝາຍ IDEA ທີ່ຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ຕາມແຜນການ IFSP ຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ ESIT ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນສ່ວນບຸກຄົນໄດ້ຕໍ່ກັບ Apple Health/Medicaid ເພື່ອຮັບຮອງການຊໍາລະເງິນ. ກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າມີການຄຸ້ມຄອງ/ການປະກັນໄພສໍາລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເປັນຂອງເອກະຊົນ, Apple Health/Medicaid ມີສິດທິທີ່ຈະໄດ້ເງິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄົນຈາກບໍລິສັດປະກັນໄພຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເພີ່ມການອະນຸຍາດໄດ້ຕະຫຼອດເວລາໂດຍການແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ປະສານງານດ້ານຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້.
- **ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນຈະໄດ້ຮັບການຍິນຍອມເຫັນດີຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖ້າຫາກເຂົາເຈົ້າຖືງ Apple Health for Kids/Medicaid ຈະສິ່ງຜົນໃນຍ່າງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:**
  - ການຫຼຸດກຳລັງບໍລິການຄຸ້ມຄອງຊີວິດທີ່ມີຢູ່ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ມີການປະກັນສິ່ງໃດໜຶ່ງສໍາລັບລູກຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວສິ່ງຂອງທ່ານ.
  - ສິ່ງຜົນໃນການຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການເຊິ່ງຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນຈະໄດ້ຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍ Medicaid
  - ສິ່ງຜົນໃນການເພີ່ມຂຶ້ນໃນໄດໝຶ່ງກ່ຽວກັບຄ່າເປັນປະກັນໄພ ຫຼື ການຍົກລະດັບກ່ຽວກັບ Medicaid ສໍາລັບລູກຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວສິ່ງຂອງທ່ານ
  - ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການສູນເສຍສິດທິສໍາລັບລູກຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວສິ່ງຂອງທ່ານສໍາລັບການສະຫຼະສິດທິອົງໃສ່ເຮືອນ ແລະ ຊຸມຊົນ ໂດຍອົງຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບທັງໝົດ.
- **ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການອະນຸຍາດສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງໂຄງການ ESIT ສິ່ງໃບຄໍາຮ້ອງໄປຍັງ Apple Health/Medicaid ສໍາລັບການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນໃນພາກສ່ວນ C ຂອງກົດໝາຍ IDEA ທີ່ຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ຕາມແຜນການ IFSP ຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ເນື່ອງຈາກຄໍາຕັດສິນນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງປະກອບສ່ວນ C ແລະ D ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ເພື່ອກຳນົດຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ປະກອບສ່ວນ C ແລະ D ຂອງແບບຟອມສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຊື່ອໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຈັດວາງໃສ່ລະດັບສູງສຸດໃນການກຳນົດແຜນການສໍາລັບຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນໂດຍອົງຕາມຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ.**

<p>ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການຊໍາລະເງິນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເລືອກແລ້ວ ແລະ ຮັບຮູ້ຈຳນວນເງິນຂອງລະບົບການຂອງນະໂຍບາຍດ້ານການຊໍາລະເງິນ ແລະ ການເສຍຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:</p>	<p>ວັນທີ:</p>
---	---------------

ແບບຟອມໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບໜັງສືແຈ້ງການກ່ອນລ່ວງໜ້າ, ການຍິນຍອມເຫັນດີ, & ລາຍຮັບ/ລາຍຈ່າຍຂອງ SOPAF FCP

**B.2. ການຄຸ້ມຄອງ/ການປະກັນໄພສໍາລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເປັນຂອງເອກະຊົນ**

<p>ຊື່ການປະກັນໄພຫຼັກ:</p>		<p>ສັນຍາປະກັນໄພ #:</p>	<p>ກຸ່ມບໍລິສັດ #:</p>
---------------------------	--	------------------------	-----------------------

ຊື່ ການປະກັນໄພສ່ຳ ຮອງ:

ສັນຍາປະກັນໄພ #:

ກຸ່ມບໍລິສັດ #:

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຮູ້ ກ່ຽວກັບປະເພດທີ່ ວ່າໄປຂອງຄຳໃຊ້ ຈ່າຍທີ່ ຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດ ມີ ລາຍຈ່າຍຕາມຜົນຂອງການນຳໃຊ້ ການຄຸ້ມຄອງ/ການປະກັນໄພສ່ຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະ ພາບທີ່ ເປັນຂອງເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າສ່ຳລັບການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນໃນພາກສ່ວນ C ຂອງກົດໝາຍ IDEA, ເຊັ່ນ ນີ້:

- ການຊຳລະເງິນຮ່ວມກັນ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ, ເປັນປະກັນໄພ, ຫຼື ການຫັກອອກໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍ ຄ່າພາສີລາຍຮັບ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໄລຍະຍາວ, ເຊັ່ນ ນີ້ ການສູນເສຍເງິນຊ່ວຍເຫຼືອເນື່ອງຈາກຂີດຈຳກັດປະກັນໄພປະ ຈຳປີ ຫຼື ຊີວິດພາຍໃຕ້ສັນຍາປະກັນໄພຂອງຄອບຄົວ
- ຄວາມເປັນໄປໄດ້ ໃນການນຳໃຊ້ ປະກັນໄພສາມາດສົ່ງຜົນໃນດ້ານລົບຕໍ່ ການມີການຄຸ້ມຄອງການ ປະກັນໄພຂອງຄອບຄົວ
- ຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ ການຄຸ້ມຄອງການປະກັນໄພອາດຈະຖືກລະງັບເນື່ອງຈາກການຊຳລະເງິນສ່ຳລັບ ການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນໃນພາກສ່ວນ C
- ຄວາມສາມາດເປັນໄປໄດ້ທີ່ ເປັນປະກັນໄພສາມາດຖືກສົ່ງຜົນໂດຍການນຳໃຊ້ ການປະກັນໄພທີ່ ເປັນຂອງເອກະຊົນເພື່ອຈ່າຍສ່ຳລັບການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນ

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການຍົນຍອມເຫັນດີຂອງຂ້າພະເຈົ້າສ່ຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງໂຄງການ ESIT ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງໄປຍັງການຄຸ້ມຄອງ/ການປະກັນໄພສ່ຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ ເປັນ ຂອງເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າສ່ຳລັບການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນໃນພາກສ່ວນ C ຂອງກົດ ໝາຍ IDEA ທີ່ ຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ຕາມແຜນການ IFSP ຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດ ໃຫ້ໂຄງການ ESIT ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນສ່ວນບຸກຄົນໄດ້ຕໍ່ກັບການຄຸ້ມ ຄອງ/ການປະກັນໄພສ່ຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ ເປັນຂອງເອກະຊົນຂອງຂ້າພະ ເຈົ້າເພື່ອຮ້ອງຂໍການຊຳລະເງິນກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ການຄຸ້ມ ຄອງ/ການປະກັນໄພສ່ຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ ເປັນຂອງເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເຮັດການຊຳລະເງິນແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງໂຄງການ ESIT. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາ ມາດເພີ່ມຖອນການອະນຸຍາດນີ້ໄດ້ ຕະຫຼອດເວລາໂດຍການແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ປະສານງານດ້ານຊັບພະຍາກອນ ຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້.

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການຍົນຍອມເຫັນດີຂອງຂ້າພະເຈົ້າສ່ຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງໂຄງການ ESIT ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງໄປຍັງການຄຸ້ມຄອງ/ການປະກັນໄພສ່ຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ ເປັນ ຂອງເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າສ່ຳລັບການບໍລິການແຊກແຊງໃນເບື້ອງຕົ້ນໃນພາກສ່ວນ C ທີ່ ຈະ ຖືກສະໜອງໃຫ້ຕາມແຜນການ IFSP ຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະ ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ຳລັບການຈ່າຍສ່ຳລັບການບໍລິໂດຍອີງຕາມແຜນການກຳນົດແລະ ເກນກຳນົດຄຳ ທຳນຽມລາຍເດືອນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງປະກອບສ່ວນ C ແລະ D ໃນແບບຟອມສະ ບັບນີ້ເພື່ອກຳນົດຄຳທຳນຽມລາຍເດືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ປະກອບສ່ວນ C ແລະ D ຂອງແບບຟອມສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຈັດວາງໃສ່ລະດັບສູງ ສຸດໃນການກຳນົດແຜນການສ່ຳລັບຄຳທຳນຽມລາຍເດືອນໂດຍອີງຕາມຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ.

ຂ້າພະເຈົ້າສະຫຼະສິດໃນການປະກອບສ່ວນ C ແລະ D ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າ ມີ ຄວາມໝາຍວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະມີຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ຳລັບການຈ່າຍຮ່ວມກັນ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຫັກອອກໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າພາສີລາຍຮັບທັງໝົດທີ່ ມີຜົນຈາກການນຳໃຊ້ ການຄຸ້ມຄອງສ່ຳ ລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ ເປັນຂອງເອກະຊົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການຊຳລະເງິນ ວັນທີ:  
ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເລືອກແລ້ວ ແລະ ຮັບຮູ້ຈຳນວນເງິນຂອງລະບົບການຂອງ  
ນະໂຍບາຍດ້ານການຊຳລະເງິນ ແລະ ການເສຍຄ່າທຳນຽມ  
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:

**B.3. ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ເປັນຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນ**

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ແລ້ວວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຄິດຄ່າທຳນຽມລາຍເຊັນໂດຍອົງຕາມຂະໜາດ ແລະ  
ລາຍຮັບຂອງຄອບຄົວເນື່ອງຈາກຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີທັງການຄຸ້ມຄອງການປະກັນໄພທີ່ເປັນຂອງລັດ  
ຫຼື ເອກະຊົນ (Apple Health for Kids/Medicaid) ທີ່ຈະຊ່ວຍຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການແຊກແຊງໃນ  
ເບື້ອງຕົ້ນໃນພາກສ່ວນ C ຂອງກົດໝາຍ IDEA ທີ່ຈະຖືກສະໜອງໃຫ້ຕາມແຜນການ IFSP ຂອງລູກຂອງ  
ຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຕໍ່ກັບຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການຊຳລະເງິນ ວັນທີ:  
ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເລືອກແລ້ວ ແລະ ຮັບຮູ້ຈຳນວນເງິນຂອງລະບົບການຂອງ  
ນະໂຍບາຍດ້ານການຊຳລະເງິນ ແລະ ການເສຍຄ່າທຳນຽມ  
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:

ແບບຟອມໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບໜັງສືແຈ້ງການກ່ອນລ່ວງໜ້າ, ການຍື່ນຍອມຫັນດີ, & ລາຍຮັບ/  
ລາຍຈ່າຍຂອງ SOPAF FCP

**ສ່ວນ C: ເອກະສານທີ່ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກວດສອບລາຍຮັບປະຈຳປີ (ທີ່ຖືກປະກອບໂດຍພໍ່ແມ່)**

ທຸກຄອບຄົວທີ່ກຳລັງຮ້ອງຂໍການກຳນົດການບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍຫຼືທຸກຄອບຄົວທີ່ກຳລັງຮ້ອງຂໍການຈັດວາງແຜນການກຳນົດຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນໂດຍອີງຕາມຂະໜາດ ແລະ ລາຍຮັບປະຈຳປີທີ່ມີການບັບບໍ່ມີຂອງຄອບຄົວ, ຈະຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານກ່ຽວກັບລາຍຮັບ. (ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຈະຈຳເປັນຕ້ອງມີເອກະສານພົງປະເພດດັ່ງກ່າວນັ້ນໃນການພິສູດຫຼັກຖານກ່ຽວກັບລາຍຮັບ.)

ປະເພດຂອງເອກະສານ: ເລືອກພົງຢ່າງດຽວ		ລາຍຮັບປະຈຳປີທັງໝົດຂອງຄົວເຮືອນ:
<input type="checkbox"/>	ເງິນທີ່ບໍ່ໄດ້ມາຈາກການເຮັດວຽກຄ້າອື່ນໆ ກະລຸນາລວມເອົາແບຟອມການແກ້ບາສົາ IRS 1040 ສະບັບຫຼ້າສຸດ.	
<input type="checkbox"/>	ສິນໃບຮັບເງິນເດືອນສອງ (2) ຄັ້ງຕໍ່ຄັ້ງກັບທີ່ຜ່ານມາ (ລາຍຮັບລວມ)	
<input type="checkbox"/>	ຈຳນວນລາຍອາທິດລະເທື່ອ	
<input type="checkbox"/>	ຈຳນວນລາຍອາທິດລະສອງເທື່ອ	
<input type="checkbox"/>	ຈຳນວນລາຍເດືອນ	
<input type="checkbox"/>	W2 ແລະ/ຫຼື 1099 ສະບັບຫຼ້າສຸດ (ແບບຟອມ W2=ແຖວ 1; 1099=ຈຳນວນລວມຂອງແຖວ 1, 2 & 3)	
<input type="checkbox"/>	ຄຳຖະແຫຼງການທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບເງິນເດືອນຫຼືເງິນຄ່າຈ້າງທີ່ຄັດຕິດມາ (ຕ້ອງລວມເອົາຊື່, ທີ່ຢູ່, ເບີໂທລະສັບ, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງຫົວໜ້າຄຸມງານ ຫຼື ພະນັກງານດ້ານຊັບພະຍາກອນມະນຸດຂອງບໍລິສັດ ຫຼື ນາຍຈ້າງ.)	

**ສ່ວນ D: ລາຍຈ່າຍປະຈຳປີທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ (ທີ່ຖືກປະກອບໂດຍພໍ່ແມ່)**

ທ່ານຕ້ອງສະໜອງໃຫ້ເອກະສານຮ່ວມກັບແບບຟອມສະບັບນີ້ສຳລັບລາຍຈ່າຍທີ່ບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄືນທີ່ຖືກຈ່າຍສຳລັບເດັກນ້ອຍ ແລະ/ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວອື່ນໆໃນລະຫວ່າງສິບສອງເດືອນຜ່ານມາ ຫຼື ບົບປະມານກ່ອນໜ້ານີ້.

ປະເພດຂອງລາຍຈ່າຍປະຈຳປີທີ່ບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄືນທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້	ຈຳນວນລາຍຈ່າຍ
ລາຍຈ່າຍທາງການແພດ, ກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ສຸຂະພາບທາງຈິດໃຈລວມທັງຄ່າເຮັດບຸກຄົນໄພ, ການຈ່າຍຮ່ວມກັນ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຫັກອອກໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າພາສີລາຍຮັບ ແລະ ການບໍລິການທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ	
ການດູແລເບິ່ງແຍງດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ທີ່ເຮືອນທີ່ຖືກສະໜອງໃຫ້ໂດຍໜ້ອຍໆໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ທີ່ເຮືອນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	
ການຊຳລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ/ເງິນລັບງຸດເດັກນ້ອຍ	
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການດູແລເບິ່ງແຍງເດັກນ້ອຍຖືກໃຊ້ຈ່າຍໃນຂະນະການເຮັດວຽກ ຫຼື ການໄປໂຮງຮຽນ	
<b>ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳປີທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ທັງໝົດ</b>	

ຈຳນວນຄົນທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນ (ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ):	
--	--

---

ແບບຟອມໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບໜ້າສື່ແຈ້ງການກ່ຽວກັບໜ້າ, ການຍື່ນຍອມຫັດ, & ລາຍຮັບ/  
ລາຍຈ່າຍຂອງ SOPAF FCP

**ສ່ວນ E: ລາຍຮັບປະຈຳປີທີ່ມີການປັບປຸງ ດ້ານ ແລະ ການກຳນົດການບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍ (ທີ່ຖືກປະກອບໂດຍ FRC ຫຼື ພະນັກງານຂອງ EIS)**

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບລາຍຮັບ, ລາຍຈ່າຍ, ແລະ ຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນ		
1.	ລາຍຮັບປະຈຳປີທັງໝົດ (ຕາມທີ່ຖືກບັນທຶກເອກະສານໃນສ່ວນ C):	
2.	ລາຍຈ່າຍປະຈຳປີທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ (ຕາມທີ່ຖືກບັນທຶກເອກະສານໃນສ່ວນ D):	
3.	ການຍົກເວັ້ນກ່ຽວກັບລາຍຈ່າຍປະຈຳປີ (ແຖວ 1 - ລາຍຮັບປະຈຳປີທັງໝົດຄູນໃຫ້ 0.10 ຫຼື 10%):	
4.	ລາຍຈ່າຍປະຈຳປີທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້ທັງໝົດ (ແຖວ 2 ລົບແຖວ 3; ຖ້າຫາກແຖວ 3 ຫຼາຍກວ່າແຖວ 2, ຕົວເມັດໃນແຖວ 4):	
5.	ລາຍຮັບທີ່ມີການປັບປຸງ ດ້ານສຳລັບການຈັດວາງໃສ່ໃນແຜນການກຳນົດຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນ (ແຖວ 1 ລົບແຖວ 4):	

ຕອບສະໜອງເກນກຳນົດການບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍ ຖ້າຫາກແຖວ 5 ຕໍ່ກວ່າ 200% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງສຳລັບຂະໜາດຄອບຄົວ			
<input type="checkbox"/>	ແມ່ນ - ສຳລັບຄອບຄົວທີ່ມີຫຼືບໍ່ມີການປະກັນໄພ, ຄອບຄົວຈະບໍ່ຖືກຮັບຮູ້ໃຫ້ຈ່າຍຄ່າການຈ່າຍຮ່ວມກັນ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຫັກອອກໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າພາສີລາຍຮັບ ຫຼື ຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນ. ໃນພາກສ່ວນ C ຂອງກົດໝາຍ ຫຼື ດຽວນທຶນຂອງໜ່ວຍງານອື່ນໆສາມາດຖືກນຳໃຊ້ໃນການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້.	<input type="checkbox"/>	ບໍ່ - ສຳລັບຄອບຄົວທີ່ບໍ່ມີການປະກັນໄພ, ການຫັກອອກໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າພາສີລາຍຮັບສຳລັບຄອບຄົວ
		<input type="checkbox"/>	ບໍ່ - ສຳລັບຄອບຄົວທີ່ບໍ່ມີການປະກັນໄພ ຫຼື ຄອບຄົວຜູ້ທີ່ປະຕິເສດການເຂົ້າເຖິງການປະກັນໄພຂອງເຈົ້າ, ຈັດວາງຄອບຄົວໃສ່ໃນແຜນການກຳນົດຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນ.  ຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນ: _____

**ສ່ວນ F: ຄຳຢືນຢັນຂອງພໍ່ແມ່**

ໂດຍນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຖືກສະໜອງໃຫ້, ຖືກທົບທວນ, ແລະ ຖືກບັນທຶກເອກະສານໃນແບບຝອມສະບັບນີ້ ແມ່ນຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນຕາມການຮັບຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ:	ວັນທີ:
-----------------------------	--------

**ສ່ວນ G: ແບບຝອມການທົບທວນຂອງພະນັກງານສຳລັບການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ແລະ ລາຍຈ່າຍ**

ຖືກທົບທວນໂດຍ:

ລາຍເຊັນຂອງ FRC ຫຼື ພະນັກງານຂອງ EIS:	ຊື່ທີ່ເປັນຕົວພິມ:	ວັນທີ:
-------------------------------------	-------------------	--------

---

ແບບຟອມໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບໜ້າສຳຄັນ ການກ່ອນລ່ວງໜ້າ, ການຍື່ນຍອມຮັບ, & ລາຍຮັບ/  
ລາຍຈ່າຍຂອງ SOPAF FCP



