



ໃບສະໝັກຂໍການຈຸດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລາກອາຊະຍາກຳ

ພາກທີ 1 ຜູ້ຮ້ອງທຸກ

ແຕ່ລະຄົນທີ່ຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອຕ້ອງໄດ້ອື່ນໃບສະໝັກແຍກກັນ.

ທຸກໃບສະໝັກຕ້ອງປະກອບເປັນພາກທີ 1 ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ. ຜູ້ຮ້ອງທຸກແມ່ນຜູ້ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼືຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເນື່ອງມາຈາກຜົນຂອງອາຊະຍາກຳ. ຖ້າທ່ານອື່ນໃບຄ່າຮ້ອງນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ອື່ນ, ໃຫ້ບອກຂໍ້ມູນຂອງເຂົາເຈົ້າຢູ່ໃນພາກທີ 1 ແລະຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃນພາກທີ 3.

ພາສາທີ່ເວົ້າທີ່ມັກໃຊ້:

ພາສາທີ່ຂຽນທີ່ມັກໃຊ້:

ຊື່:	ຊື່ກາງ:	ນາມສະກຸນ:	ເລດ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍ:	ເລກປະກັນສັງຄົມ # (ບໍ່ໃຫ້ມີຂີດຂ້ັນ): ຜູ້ຮ້ອງທຸກມີເລກປະກັນສັງຄົມບໍ່?	ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດວວປປປປ):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼືຕັ ບ. ນ:	ຈາກວັນທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳຫາປະຈຸບັນ, ຜູ້ຮ້ອງທຸກ ຖືກຂັງຄັກ, ຢູ່ໃນໄລຍະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຕົວ, ຫຼືຢູ່ໃນການປ່ອຍຕົວພາຍເນື່ອງຈາກການຕົກເປັນນັກໂທດ ບໍ່?	ຜູ້ຮ້ອງທຸກຈ່າເປັນຕ້ອງໄດ້ລົງ ທະບຽນເປັນຜູ້ກະທຳຜິດທາງ ເລດບໍ່?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ທີ່ຢູ່ 2 (ເລກທີອາພາດເມັ້ນ ຫຼືໜ່ວຍ #):	ເມືອງ:	ລັດ:	ZIP:	ເບີໂທລະສັບບ້ານ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ:	ເບີຕົວ	ເບີມືຖື:	ອີເມວ:	ປະເພດອີເມວ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ໝາຍຕົກໃສ່ຫ້ອງນີ້ ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຮ້ອງຂໍໃນນາມຂອງພະຍານທີ່ເປັນຜູ້ເຄົາລົບກັບອາຊະຍາກຳຮຸນແຮງ. ພະຍານທີ່ເປັນຜູ້ເຄົາລົບສິດທິການເປັນບົວສະຂະພາບຈິດເທົ່ານັ້ນ. ຜູ້ຮ້ອງຮຽນອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ພະຍານຢູ່ໃນບໍລິເວນໃກ້ກັບອາຊະຍາກຳຮຸນແຮງ, ແຕ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງອາຊະຍາກຳ ຫຼືບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍ. ໃຫ້ບອກຂໍ້ມູນຜູ້ເຄາະຮ້າຍ, ອາຊະຍາກຳ ຫຼືອື່ນໆທີ່ມີຢູ່ໃສ່ພາກທີຍັງເຫຼືອ.

ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ເຄາະຮ້າຍຜູ້ໃຫຍ່ ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແມ່ນສຳລັບທ່ານ, ຂ້າໄປຫາພາກທີ 4

ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ສືບຕໍ່ໄປຫາພາກທີ 2

ພາກທີ 2 ຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳ

ຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳແມ່ນຜູ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບ, ຖືກຂົ່ມຂູ່ດ້ວຍການບາດເຈັບ, ຫຼືຖືກຂ້າເນື່ອງຈາກອາຊະຍາກຳ.

ຊື່:	ຊື່ກາງ:	ນາມສະກຸນ:	ເລດ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ເລກປະກັນສັງຄົມ # (ບໍ່ໃຫ້ມີຂີດຂ້ັນ): ຜູ້ເຄາະຮ້າຍມີເລກປະກັນສັງຄົມບໍ່?	ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດວວປປປປ):	ຖ້າຜູ້ເຄາະຮ້າຍເສຍຊີວິດແລ້ວ, ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດວວປປປປ):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼືຕັ ບ. ນ:	ຈາກວັນທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳຫາປະຈຸບັນ, ຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ຖືກຂັງຄັກ, ຢູ່ໃນໄລຍະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຕົວ, ຫຼືຢູ່ໃນການປ່ອຍຕົວພາຍເນື່ອງຈາກການຕົກເປັນນັກໂທດ ບໍ່?	ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈ່າເປັນຕ້ອງໄດ້ລົງ ທະບຽນເປັນຜູ້ກະທຳຜິດທາງ ເລດບໍ່?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ທີ່ຢູ່ 2 (ເລກທີອາພາດເມັ້ນ ຫຼືໜ່ວຍ #):	ເມືອງ:	ລັດ:	ZIP:	ເບີໂທລະສັບບ້ານ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ:	ເບີຕົວ	ເບີມືຖື:	ອີເມວ:	ປະເພດອີເມວ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ຖ້າທ່ານກຳລັງປະກອບໃບຄ່າຮ້ອງນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ເຄົາລົບ ຫຼືຜູ້ໃຫຍ່ພິການ, ສືບຕໍ່ໄປຫາພາກທີ 3 ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ຂ້າມໄປຫາພາກທີ 4

ພາກທີ 3 ພິມັດ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ (ຜູ້ຮ້ອງຂໍ)

ພາກນີ້ແມ່ນສໍາລັບພິມັດ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຂອງຜູ້ເຄົາ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ພິການຢູ່ໃນພາກທີ 1.
ກະລຸນາບອກຄວາມສໍາພັນຂອງທ່ານກັບຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນພາກທີ 1:

ຊື່: ຊື່ກາງ: ນາມສະກຸນ: ເພດ:

ເລກປະກັນສັງຄົມ # (ບໍ່ໃຫ້ມີຂີດຂ້າງ): ຜູ້ຮ້ອງທຸກມີເລກປະກັນສັງຄົມບໍ່?

ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດວວປປປປ):

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນ
ເລກທີ ແລະ ຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ:

ຈາກວັນທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳຫາປະຈຸບັນ, ທ່ານ ຖືກຂັງຄຸກ, ຢູ່ໃນໄລຍະຕ້ອງໄດ້ລາຍງານຕົວ, ຫຼື ຢູ່ໃນການປ່ອຍຕົວພາຍຫຼັງຈາກການຕົກເປັນນັກ ໂທດບໍ່?

ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ລົງທະບຽນເປັນຜູ້ກະທຳຜິດທາງ ເພດບໍ່?

ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກອາພາດເມັນ ຫຼື ຫ້ອງສຸດ): ເມືອງ: ລັດ: ZIP: ເບີໂທລະສັບບ້ານ:

ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ: ເບີຕໍ່: ເບີມືຖື: ອີເມວ: ປະເພດອີເມວ:

ສິບຕໍ່ໄປຫາພາກທີ 4

ພາກທີ 4 ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ

ສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳ, ອາດຈະມີຜົນປະໂຫຍດຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້. ກະລຸນາໝາຍຕົກໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ. ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາ ຫຼື ລາຍການຂອງໃບບິນກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳໃດໜຶ່ງ.

- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການປັບປຸງ ແລະ/ຫຼື ການປັບປຸງແຂ້ວ
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການເຄື່ອນຍ້າຍ ຫຼື ຍົກຍ້າຍ
- ການຝຶກອົບຮົມອາຊີບຄົນໃໝ່ (ສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍພິການເນື່ອງມາຈາກອາຊະຍາກຳ)
- ການປັບປຸງສຸຂະພາບຈິດ
- ການເພີ່ມຄວາມປອໄພໃນບ້ານ
- ການທຳຄວາມສະອາດບ່ອນ ເກີດອາຊະຍາກຳ
- ການເສຍລາຍໄດ້ (ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ໄປເຮັດວຽກ ເນື່ອງມາຈາກອາຊະຍາກຳ)
- ການປັບແປງບ້ານ ຫຼື ພາຫະນະ (ສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍພິການເນື່ອງມາຈາກອາຊະຍາກຳ)

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳອື່ນໆ:

ສໍາລັບບາງຄົນທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ເຄາະຮ້າຍອາຊະຍາກຳ, ອາດຈະມີຜົນປະໂຫຍດລຸ່ມນີ້ໃຫ້. ກະລຸນາໝາຍຕົກໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ. ກະລຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາ ຫຼື ລາຍການຂອງໃບບິນກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳໃດໜຶ່ງ.

- ສໍາລັບພະຍານຜູ້ເຄົາຕໍ່ອາຊະຍາກຳຮຸນແຮງ, ຈະມີແຕ່ຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານສຸຂະພາບຈິດເທົ່ານັ້ນ. ຕໍ່ໄປຫາພາກທີ 5.
- ການປັບປຸງສຸຂະພາບຈິດ
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການໃນງານສົບ ແລະ/ຫຼື ການສົ່ງສະການ
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການປັບປຸງສໍາລັບຜູ້ເຄາະຮ້າຍທີ່ເສຍຊີວິດໄປ
 - ການເສຍຄ່າແຮງງານ (ຈົນຮອດ 30 ວັນ ຖ້າຜູ້ເຄົາເສຍຊີວິດ ຫຼື ໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍ)
 - ການທຳຄວາມສະອາດບ່ອນ ເກີດອາຊະຍາກຳ
 - ການເສຍການສະໜັບສະໜູນ (ສໍາລັບຜູ້ອາໄສຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍເສຍຊີວິດໄປ ຫຼື ພິການ)
 - ການເພີ່ມຄວາມປອໄພໃນບ້ານ

ສິບຕໍ່ໄປຫາພາກທີຍັງເຫຼືອ

ການຂໍລາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນ:
ຢູ່ໃນສະຖານະການສະເພາະອາດຈະຂໍລາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນໄດ້. ລາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນແມ່ນຈະມີໃຫ້ຊໍາລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳ ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຄວາມລໍາບາກທາງດ້ານການເງິນຮ້າຍແຮງ ຖ້າບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ. ຄວາມຍາກລໍາບາກຫຼາຍໜ້າ ຍຄວາມວ່າ ທ່ານຈະບໍ່ມີເງິນເຫຼືອໄວ້ໃຊ້ຈ່າຍໃນສິ່ງທີ່ຈໍາເປັນເຊັ່ນ ອາຫານ ຫຼື ຄ່າເຊົ່າຫຼັງຈາກທ່ານຈ່າຍໃບບິນກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳແລ້ວ. ໂດຍທົ່ວໄປນັ້ນ ລາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບແມ່ນຈະຈ່າຍໃຫ້ພາຍໃນ 30 ວັນ ທີ່ໄດ້ຮັບໃບຄໍາຮ້ອງ.
ທ່ານມີຄວາມຈໍາເປັນຕ້ອງຂໍລາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອສຸກເສີນບໍ່? ແມ່ນແລ້ວ

ພາກທີ 5 ຂໍ້ມູນຜູ້ເຄາະຮ້າຍ

ຊື່ອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ

ຊື່ຂອງອົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ ທີ່ໄດ້ລາຍງານເລື່ອງອາຊະຍາກຳໃຫ້:

ວັນທີເກີດອາຊະຍາກຳຂັ້ນ

ຈາກ: ຖ້າຢູ່ໃນວັນດຽວ, ຕຖົງ: ປ້ອນໃສ່ທີ່ນີ້

ວັນທີລາຍງານອາຊະຍາກຳ:

ໝາຍເລກບົດລາຍງານອາຊະຍາກຳ:

ອະທິບາຍການບາດເຈັບ:

ສະຖານທີ່ເກີດອາຊະຍາກຳ (ຖ້າຮູ້ຈັກ)

ທີ່ຢູ່, ທາງແຍກ, ຕຂດ, ອື່ນໆ:

ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກອາພາດເມັນ ຫຼືຫ້ອງສຸດ):

ເມືອງ:

ລັດ:

ZIP:

ຄາວຕີ່ບ່ອນເກີດອາຊະຍາກຳຂັ້ນ:

ປະເພດຂອງອາຊະຍາກຳ:

ຄົນຜູ້ທີ່ກໍ່ອາຊະຍາກຳ (ຜູ້ຕ້ອງສົງໄສ), ຖ້າຮູ້ຈັກ

ຊື່:

ຊື່ກາງ:

ນາມສະກຸນ:

ບໍ່ຮູ້ຈັກຜູ້ຕ້ອງສົງໄສ

ພາກທີ 6 ຂໍ້ມູນຜູ້ຕາງໜ້າ (ຜູ້ຕາງໜ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ)

ພາກນີ້ສຳລັບຜູ້ຕາງໜ້າເທົ່ານັ້ນ, ລວມທັງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ ແລະທະນາຍຄວາມຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍ. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນຂອງສູນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍຕ້ອງການ ພຽງແຕ່ເປີໂທລະສັບ, ຊື່, ໝາຍເລກສູນ #, ເລື່ອນຊື່ ແລະລົງວັນທີໃສ່. ທະນາຍຄວາມ, ກະຊວງປະກອບໃສ່ພາກນີ້ ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ກະຊວງປະກອບຄວາມສຳພັນຂອງທ່ານກັບຄົນທີ່ມີວາຍຊື່ຢູ່ໃນພາກທີ 1:

ຖ້າອື່ນ, ກະຊວງປະກອບ:

ຊື່:

ຊື່ກາງ:

ນາມສະກຸນ:

ໂທລະສັບ:

ເບີຕ່າງ:

ຊື່ອົງການ:

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ:

ຊື່ຖະໜົນ ແລະ ຊື່ ຫຼື P.O.BOX:

ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກອາພາດເມັນ ຫຼືຫ້ອງສຸດ)

ສຳລັບພະນັກງານສູນຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ເຄາະຮ້າຍເທົ່ານັ້ນ

JP/VWC #:

ເມືອງ:

ລັດ:

ZIP:

ສຳລັບທະນາຍຄວາມເທົ່ານັ້ນ

ທ່ານກຳລັງຂໍການຊ່າລະຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ຖະບານຂໍທີ 13957.7(g)?

ລະຫັດເສຍພາສີ:

ເລກທີແຖບຂອງລັດ:

ໂທລະສັບ:

ອີເມວ

ຜູ້ຕາງໜ້າທຸກຄົນຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ ແລະວັນທີໃສ່

ລາຍເຊັນຂອງທະນາຍຄວາມ/ຜູ້ຕາງໜ້າ:

ວັນທີ:

ພາກທີ 7 ທ່ານຮູ້ຈັກໂຄງການໄດ້ແນວໃດ?

- ການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ
- ທະນາຍຄວາມຂອງເມືອງ
- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດ
- ການບໍລິການປົກປ້ອງເດັກ
- ການບໍລິການປົກປ້ອງຜູ້ໃຫຍ່
- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ
- ສູນຊ່ວຍເຫຼືອພະຍານຜູ້ເຄາະຮ້າຍ
- ສື່ຕ່າງໆ (TV, ວິທະຍ, ໜັງສືພິມ, ອື່ນໆ.)
- ປ້າຍໂຄສະນາ
- ບັດ ຫຼື ບິ້ມນ້ອຍ
- ອື່ນໆ:
- ຫຼືໂປສເຕີ

ພາກທີ 8 ຂໍ້ມູນການລາຍງານຂອງລັດຖະບານກາງ

ຂໍ້ມູນສະໝັກໃຈຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນສໍາລັບຄົນຜູ້ໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍ ແລະນໍາໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງທາງດ້ານສະຖິຕິເທົ່ານັ້ນ ເພື່ອປະຕິບັດຕາມລະບຽບກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຊົນເຜົ່າ: ອາຟຣິກັນອະເມຣິກັນ ອາຊີ, ຊາວເກາະປາຊີຟິກ ເຊື້ອສາຍອາເມຣິກາລາຕິນ ໂຄຄາຊຽນ ຄົນເພິ່ນເມືອງອະເມຣິກັນ ອື່ນໆ:

ຜູ້ເຄາະຮ້າຍພິການບໍ່? ຜູ້ເຄາະຮ້າຍພິການກ່ອນເກີດອາລຸຂະພາບກໍາບໍ່?

ພາກທີ 9 ຂໍ້ມູນປະກັນໄພ

ກະລຸນາເຮັດລາຍການຂໍ້ມູນປະກັນໄພຂອງທ່ານໄວ້ລຸ່ມນີ້. ໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCP) ແມ່ນຜູ້ຈ່າຍເງິນໃນຫົນທາງສຸດທ້າຍ. ພວກເຮົາອາດຈະຕິດຕໍ່ບໍລິສັດປະກັນໄພຂອງທ່ານເນື່ອງຈາກເປັນແຫຼ່ງການເບີກເງິນຄືນທີ່ເປັນໄປໄດ້. **ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນໄພປະເພດໃດເລີຍ, ໃຫ້ກວດເບິ່ງທີ່ນີ້:**

ປະກັນໄພສຸຂະພາບ

ໝາຍເລກບັດຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medi-Cal: ວັນທີອອກໃຫ້:

ຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພສຸຂະພາບ: ໝາຍເລກສັນຍາປະກັນໄພ: ໝາຍເລກກຸ່ມ: ໂທລະສັບ: ເບີຕໍ່:

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນ

ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ: ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສູດ): ເມືອງ: ລັດ: ZIP:

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ

ຊື່: ຊື່ກາງ: ນາມສະກຸນ: ທ່ານໄດ້ອື່ນຂໍຄ່າປະກັນໄພກ່ຽວຂ້ອງກັບອາລຸຂະພາບກໍານີ້ແລ້ວບໍ່?

ປະກັນໄພລົດ/ພາຫະນະ (ລວມມົນລົດ, ລົດບັນທຸກ, ລົດຈັກ, ບ້ານເຄື່ອນທີ່ຕິດເຄື່ອງຈັກ, ເຈັດສະກີ, ຍົນ, ອື່ນໆ.)

ປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ຖ້າອາລຸຂະພາບກໍາພົວພັນກັບພາຫະນະໃດໜຶ່ງ, ລວມທັງຄົນຍ່າງທີ່ຖືກພາຫະນະຕ່າງເອົາ.

ຊື່ບໍລິສັດປະກັນໄພລົດ: ໝາຍເລກສັນຍາປະກັນໄພ: ໂທລະສັບ: ເບີຕໍ່:

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນ

ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ: ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສູດ): ເມືອງ: ລັດ: ZIP:

ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບປະກັນໄພ

ຊື່: ຊື່ກາງ: ນາມສະກຸນ: ທ່ານໄດ້ອື່ນຂໍຄ່າປະກັນໄພກ່ຽວຂ້ອງກັບອາລຸຂະພາບກໍານີ້ແລ້ວບໍ່?

ປະກັນໄພອື່ນໆ

ກະລຸນາກວດເບິ່ງແຫຼ່ງປະກັນໄພເພີ່ມເຕີມທີ່ສາມາດນໍາໃຊ້ກັບໃບຄ່າຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້:

Medi-Cal Medicare Workers' Comp ອື່ນໆ:

ຖ້າທ່ານມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະກັນໄພຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງບໍລິສັດ, ກະລຸນາໃຊ້ເຈ້ຍແຜ່ນໃໝ່ຂຽນລາຍຊື່ລົງ ແລະສົ່ງໄປພ້ອມກັບໃບຄ່າຮ້ອງຂອງທ່ານ.



ພາກທີ 10 ຂໍ້ມູນນາຍຈ້າງ

ກະລຸນາເຮັດລາຍຊື່ນາຍຈ້າງຂອງຜູ້ເຄາະຮ້າຍ. ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ບົກຄອງທີ່ກຳລັງຂໍຜົນປະໂຫຍດການເສຍຄ່າຈ້າງ ເພາະວ່າຜູ້ເຄາະຮ້າຍທີ່ເປັນຜູ້ເຄົາລົບໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼືເສຍຊີວິດ, ໃຫ້ເຮັດບັນຊີນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ.

ຊື່ທຸລະກິດຂອງນາຍຈ້າງ: **ບຸກຄົນທີ່ຈະຕິດຕໍ່** **ຊື່:** **ນາມສະກຸນ:** **ໂທລະສັບ:** **ເບີຕໍ່** **ໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບນາຍຈ້າງໄດ້ບໍ່?**

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນ
ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ: **ທີ່ຢູ່ 2 (ໝາຍເລກສູດ):** **ເມືອງ:** **ລັດ:** **ZIP:**

ຜູ້ເຄາະຮ້າຍເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວບໍ່? ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂາດວຽກເນື່ອງຈາກການບາດເຈັບກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳບໍ່?

ອາຊະຍາກຳກົດຂັ້ນໃນຂະນະທີ່ຜູ້ເຄາະຮ້າຍເຮັດວຽກຢູ່ ຫຼື ຢູ່ໃນບ່ອນເຮັດວຽກບໍ່?

ຖ້າທ່ານມີນາຍຈ້າງຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງບ່ອນ, ກະລຸນາໃຊ້ເຈ້ຍແຜ່ນໃໝ່ຂຽນລາຍຊື່ລົງ ແລະສົ່ງໄປພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 11 ຂໍ້ມູນການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງ

ທ່ານໄດ້ຍິນ, ຫຼືທ່ານມີແຜນຈະຍິນຄຳຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳນັ້ນບໍ່?

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍິນການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງ, ຕາມກົດໝາຍແມ່ນທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ກັບ CalVCP ພາຍໃນ 30 ວັນ ນັບຈາກການຍິນການດຳເນີນການ.

ຊື່ທະນາຍຄວາມ
ຊື່: **ຊື່ກາງ:** **ນາມສະກຸນ:** **ໂທລະສັບ:** **ເບີຕໍ່**

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນ
ເລກທີ ແລະຊື່ຖະໜົນ ຫຼື ຕູ້ ປ. ນ: **Address 2 (Suite #):** **ເມືອງ:** **ລັດ:** **ZIP:**

ໃບຄຳຮ້ອງຂໍການລົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳຂອງທ່ານເກືອບຄົບຖ້ວນແລ້ວ

- ▶ ຫຼັງຈາກປ້ອນຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່ທັງໝົດເຂົ້າແລ້ວ, ເພີ່ມໃບຄຳຮ້ອງອອກ.
- ▶ ຄັດຕິດສຳເນົາເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃບຄຳຮ້ອງຂໍການລົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳຂອງທ່ານໃສ່, ລວມທັງສຳເນົາໃບບິນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳ, ປະກັນໄພ, ຫຼືອັນໃດກໍຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຊະຍາກຳ. ບັນທຶກເອກະສານຕົ້ນສະບັບໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ.
- ▶ ກະລຸນາອ່ານໜ້າຕໍ່ໄປໃຫ້ລະອຽດ, ເຊັ່ນຊື່ ແລະໃສ່ວັນທີ, ແລະສົ່ງໄປໃຫ້ກັບທີ່ຢູ່ທີ່ບອກໄວ້ ຫຼືສົ່ງໄປຫາສູນຊ່ວຍເຫຼືອເພາະຜູ້ເຄາະຮ້າຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
- ▶ CalVCP ຈະສົ່ງໜັງສືແຈ້ງບອກວ່າ ໄດ້ຮັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແລ້ວ. ໜັງສືແຈ້ງບອກການໄດ້ຮັບຈະມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ຂໍຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
- ▶ ຜູ້ຕາງໜ້າ CalVCP ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ມັນມາພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້.
- ▶ ຖ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ, ການລົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາສູນຊ່ວຍເຫຼືອເພາະຜູ້ເຄາະຮ້າຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼືໂທຫາ CalVCP ທີ່ເບີ 1-800-777-9229.

ຕ້ອງລົງລາຍເຊັນ ແລະ ໃສ່ວັນທີຢູ່ໜ້ານີ້

ພາກທີ 12 ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຂະແພບ; ຜູ້ສົ່ງໃບບັນທຶກບັນເທົາ, ຜູ້ຈັດງານສົບ ຫຼື ບຸກຄົນຄ້າຍຄືກັນນີ້, ນາຍຈ້າງ, ຕ່າງອຸປະກອນ ຫຼື ອົງການລັດຖະບານອື່ນໆ, ລວມທັງກົມຄຸ້ມຄອງ, ອົງການປະກັນສັງຄົມ, ຄະນະກຳມະການພາສີຮ່ວມຂອງລັດ, ແລະ ໜ່ວຍບໍລິການເກັບລາຍຮັບພາຍໃນຂອງລັດ; ບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນໆ; ຫຼື ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການອື່ນ ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໄບຄຳຮ້ອງນີ້, ລວມທັງບັນທຶກການປິ່ນປົວ (ລວມທັງທີ່ບໍ່ຈຳກັດແຕ່ປະຫວັດ ຫຼື ບັນທຶກທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ບົດລາຍງານການປົກປັກຮັກສາ, ບົດລາຍງານກ່ຽວກັບພະຍາດ, ບົດສັງຄວມການໃຫ້ອອກໂຮງໝໍ, ບົດລາຍງານການຜ່ານຕັດ, ບົດລາຍງານການເອົາກຸ້ວສະແລະ ວັງສິວິທະຍາ, ບົດລາຍງານທ້ອງຖິ່ນ, ບັນທຶກແຜນຜັງ, ບົດລາຍງານບັນຍາຍ, ແລະ ບັນທຶກການສົ່ງໃບບັນ, ບັນທຶກສະພາບຈິດ, ແລະ ການຕັດສິນຄວາມເປັນນັກໂທດ ໃຫ້ກັບໂຄງການລັດຊື່ເຊີເຊີເຊີເຊີ ແລະ ວັງສິວິທະຍາ (CalVCP) ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງໂຄງການ ເພື່ອຜັນປະໂຫຍດການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ CalVCP. ການອະນຸຍາດນີ້ຢັ້ງຢືນໃຫ້ກັບທຸກແຫຼ່ງການເອົາການສຸນເສຍທີ່ຮຽກຮ້ອງຄືນມາ, ລວມທັງທີ່ບໍ່ຈຳກັດແຕ່ຜົນປະໂຫຍດສະພາບ ຫຼື ທາງດ້ານການແພດ, ຜົນປະໂຫຍດການຫວ່າງງານ ຫຼື ຄວາມພິການ, ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ (ຄວາມພິການປະກັນສັງຄົມ, ລາຍຮັບປະກັນເສີມ, ແລະ/ ຫຼື ການບໍ່ມາງານ, ລວມທັງການສະໜັບສະໜູນບັນທຶກການປິ່ນປົວ ແລະ/ ຫຼື ສະພາບຈິດ), ແລະ ຜົນປະໂຫຍດນັກຮັບຕົກ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນພາສີຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດນຳ, ລວມທັງຜົນໄດ້ຮັບພາສີ ເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການກວດສອບລາຍໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າສະຫຼຸບທຸກອະພິສຸດທາງກົດໝາຍຕໍ່ຂໍ້ມູນນີ້ທັງໝົດ CalVCP ຮຽກຮ້ອງກ່ຽວກັບຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ສະບັບອັດສະລິນ ຫຼື ສົ່ງແຜ່ກຂອງແບບຟອມທີ່ມີລາຍເຊັນນີ້ໃຫ້ໄດ້ປັນສະບັບຕົ້ນ, ແລະ ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ທັງໝົດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ CalVCP ຜູ້ຕາງໜ້າຕິດຕາມການລົດໃຊ້ຄ່າຄວາມເສຍຫາຍຈາກຜູ້ກະທຳຜິດທີ່ໄດ້ຮັບການຕັດສິນແລ້ວໃນເລື່ອງນີ້ ເພື່ອເອົາເງິນທີ່ CalVCP ຈ່າຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄປແລ້ວນັ້ນຄືນມາ ແລະ ດັ່ງນັ້ນ ໂດຍການຍື່ນໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ ແລະ ແຜນການຮ້ອງທຸກຕ່າງ ເພື່ອຕິດຕາມການລົດໃຊ້ຄ່າຄວາມເສຍຫາຍຈາກຜູ້ກະທຳຜິດທີ່ຖືກຕັດສິນແລ້ວ.

ເພື່ອກວດສອບ ຫຼື ດຳເນີນການໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ CalVCP ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໃບຄຳຮ້ອງນີ້. ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້ແກ່ຜູ້ຕາງໜ້າໃດໜຶ່ງທີ່ມີຊື່ຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ອົງການຂອງລັດຖະບານ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຂະແພບ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການອື່ນໆ, ແລະ ອາດຈະຈ່າຍໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດໃຫ້ມີການລຳລະການບໍລິການເຊັ່ນນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖອນສິດການອະນຸຍາດນີ້ໃນເວລາໃດກໍໄດ້. ການຖອນຄືນແມ່ນຕ້ອງໄດ້ຮັບປັນລາຍລັກອັກສອນ. ການຖອນຄືນຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ ເມື່ອ CalVCP ໄດ້ຮັບມັນ, ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະອາດຈະຖືກຖືວ່າໝົດສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ CalVCP ເມື່ອ CalVCP ໄດ້ຮັບໃບຂໍຖອນຄືນແລ້ວ. ຕັ້ງແຕ່ວາງໃບຄຳຮ້ອງ, ບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃດອາດຈະອາດຈະຖືກຖືວ່າເປັນບັນເທົາ, ການລຳລະ, ການຈັດຊື້ຂ້າ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າເຊັນການໃຫ້ສິດນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບສະໜັບສະໜູນ ຍົກເວັ້ນໃນສະພາບການທີ່ຈຳກັດ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ຜູ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເຜີຍພາຍໃຕ້ການໃຫ້ສິດນີ້ແລ້ວນັ້ນຄືນໃໝ່ຕາມໂດຍກົງ ແລະ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເຜີຍພາຍໃນໜ້າຈະບໍ່ມີກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼື ຂອງລັດບັງຄັບຢ່າງອີກ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີໃຫ້ການໃຫ້ສິດ ແລະ ການຕົກລົງເຫັນດີຢູ່ນີ້ໝົດອາຍຸລົງໃນສິບ (10) ປີ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເຊັນໃສ່ແບບຟອມນີ້.

ລາຍເຊັນ:	ວັນທີ:
-----------------	---------------

(ແມ່ແບບ ຫຼື ຜູ້ບົກຂອງຕ້ອງເຊັນ ຖ້າຜູ້ເອາະຮ້າຍເປັນຜູ້ເຍົາ ຫຼື ເປັນຜູ້ພິການ).

ພາກທີ 13 ຂໍ້ຕົກລົງຂອງຂ້ອຍຕໍ່ໂຄງການລົດເຊີຍຜູ້ເອາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ

ຕາມການຮຽກຮ້ອງກົດໝາຍຄາລິຟໍເນຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ ແລະ ຈ່າຍຄືນໃຫ້ໂຄງການລົດເຊີຍຜູ້ເອາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCP) ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຜູ້ໃດໜຶ່ງໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄ່າໃດໜຶ່ງ ຈາກຜູ້ກະທຳຜິດ, ການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງ, ໜັງສືສັນຍາປະກັນໄພ, ຫຼື ວັດຖະບານ ຫຼື ໜ່ວຍອຸປະກອນລັດຖະບານອື່ນຕໍ່ກັບການສຸນເສຍທີ່ໄດ້ຮັບ ທີ່ເກີດມາຈາກອາຊະຍາກຳໂດຍກົງທີ່ເປັນຜົນຖານສາລັບການຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ CalVCP, ໃນຈຳນວນເງິນຜົນປະໂຫຍດທັງໝົດທີ່ CalVCP ໃຫ້ໄປ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮັບຜົນຊອບຕໍ່ການຈ່າຍເງິນຈຳນວນໃດໜຶ່ງຄືນໃຫ້ກັບ CalVCP ຖ້າຫາກວ່າມາກຳນົດວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະແຈ້ງໃຫ້ກັບ CalVCP ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍທຸກອາຍຸຄວາມໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການດຳເນີນການໃດໜຶ່ງກ່ຽວກັບອາຊະຍາກຳ ຫຼື ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕິດຕາມການກະທຳໃດໜຶ່ງດ້ວຍຕົວເອງ.

ເງິນຈຳນວນໃດກໍຕາມທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຈາກ CalVCP ເພື່ອເປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຄື່ອນຍ້າຍ/ຍົກຍ້າຍ, ປັບປຸງຄວາມປອດໄພຂອງບ້ານ, ຫຼື ເພື່ອການສ້າງແບ່ງເຮືອນ ຫຼື ພາຫະນະໃຫ້ກັບຜູ້ເອາະຮ້າຍພິການແມ່ນຈະນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງເຫຼົ່ານັ້ນເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ເອາະຮ້າຍຈາກຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກເຄື່ອນຍ້າຍ/ຍົກຍ້າຍ, ບໍ່ວ່າເວລາໃດກໍຕາມ ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ອອກໃຫ້ຜູ້ກະທຳຜິດຮູ້ຢູ່ນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ກະທຳຜິດເຂົ້າໄປໃນເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ຂ້າພະເຈົ້າຈະຂໍຄ່າສັງສະກັດກັ້ນຜູ້ກະທຳຜິດ.

ໃນກໍລະນີທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການລົດເຊີຍຕໍ່ການສຸນເສຍອັນດຽວກັນໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈາກຜູ້ກະທຳຜິດ (ລວມທັງເງິນ ໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບຜ່ານຄ່າສັງການລົດໃຊ້ຄ່າຄວາມເສຍຫາຍ) ຫຼື ຈາກແຫຼ່ງອື່ນ, ຂ້າພະເຈົ້າມອບສິດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ທັງໝົດໃຫ້ກັບຄະນະກຳມະການຮຽກຮ້ອງການລົດເຊີຍຜູ້ເອາະຮ້າຍ ແລະ ຂອງລັດຖະບານຕໍ່ກັບການລົດເຊີຍລຳດັບດັ່ງກ່າວ.

ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການກ່າວເທັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າ ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອອັນດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ອາດຈະມີການພິພິດວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ແລະ ອາດຈະມີການດຳເນີນມາດຕະການນັ້ນ ເພື່ອເອົາຜົນປະໂຫຍດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໄປຄືນ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ພາໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດໄປໂດຍເຈດຕະນາ.

ລາຍເຊັນ:	ວັນທີ:
-----------------	---------------

(ແມ່ແບບ ຫຼື ຜູ້ບົກຂອງຕ້ອງເຊັນ ຖ້າຜູ້ເອາະຮ້າຍເປັນຜູ້ເຍົາ ຫຼື ເປັນຜູ້ພິການ. ພະນັກງານສັງຄົມຂອງຄາວຕີ້, ໃຫ້ເບິ່ງຂໍ້ທີ 13a.)

ຊື່ແຈ້ງ:

ພາກທີ 13a ສາລັບພະນັກງານສັງຄົມຂອງຄາວຕີ້ເທົ່ານັ້ນ

ຕາມການຮຽກຮ້ອງຂອງກົດໝາຍຄາລິຟໍເນຍ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ ແລະ ຈ່າຍໃຫ້ໂຄງການລົດເຊີຍຜູ້ເອາະຮ້າຍລັດຄາລິຟໍເນຍ (CalVCP) ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າ ຮູ້ວ່າ ຜູ້ຮ້ອງທຸກໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄ່າໃດໜຶ່ງຈາກຜູ້ກະທຳຜິດ, ການຮ້ອງຟ້ອງທາງແພ່ງ, ໜັງສືສັນຍາປະກັນໄພ, ຫຼື ວັດຖະບານ ຫຼື ໜ່ວຍອຸປະກອນລັດຖະບານອື່ນຕໍ່ກັບການສຸນເສຍທີ່ໄດ້ຮັບ ທີ່ເກີດມາຈາກອາຊະຍາກຳໂດຍກົງທີ່ເປັນຜົນຖານສາລັບການຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ CalVCP.

ຂ້າພະເຈົ້າປະກາດພາຍໃຕ້ການລົງໂທດການກ່າວເທັດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍວ່າ ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອອັນດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ອາດຈະມີການພິພິດວ່າ ຜູ້ຮ້ອງທຸກບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ, ແລະ ອາດຈະມີການດຳເນີນມາດຕະການນັ້ນ ເພື່ອເອົາຜົນປະໂຫຍດທີ່ຜູ້ຮ້ອງທຸກໄດ້ຮັບໄປຄືນ ຖ້າຜູ້ຮ້ອງທຸກໃຫ້ຂໍ້ມູນ ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ບໍ່ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ພາໃຫ້ເຂົ້າໃຈຜິດໄປໂດຍເຈດຕະນາ.

ລາຍເຊັນ:	ວັນທີ:
-----------------	---------------

ຊື່ແຈ້ງ:

ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຫາ:
California Victim Compensation Program
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036
 - ຫຼື -
 ສົ່ງຫາສູນຊ່ວຍເຫຼືອພະຍານຜູ້ເອາະຮ້າຍ ໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ

ສາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ໃຫ້:
1-800-777-9229
 ຜູ້ພິການທາງຫຼ, ກະລຸນາໂທຫາການບໍລິການເຄື່ອງຊ່ວຍ
 ໂທລະສັບທາງໄກ (711)

ແຈ້ງການເລື່ອງສ່ວນຕົວໃນການເກັບເອົາຂໍ້ມູນ

1. VCGCB ເກັບເອົາຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍການບົກຄອງຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍພາກທີ 13952 et seq. ແລະ 13954.
2. ທຸກຂໍ້ມູນທີ່ເກັບເອົາຈາກເວັບໄຊທ໌ນີ້ແມ່ນຂຶ້ນກັບກົດໝາຍການປະຕິບັດຕໍ່ຂໍ້ມູນ, ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຈຳກັດແຕ່ເທົ່ານັ້ນ. ໃຫ້ເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ <http://vcgcb.ca.gov/media/pra.aspx>.
3. ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນໄດ້ເກັບເອົາ ເພື່ອຈຸດປະສົງການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍ.
4. VCGCB ອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍຄົນອື່ນ, ພຽງແຕ່ຖ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ດ້ວຍການມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ການດຳເນີນການນັ້ນມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຈະ:
 - a. ປະຕິບັດຕາມຄຳສັ່ງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນດຳເນີນການທາງກົດໝາຍທີ່ສະຫງວນໄວ້ໃນ VCGCB ຫຼື ເວັບໄຊທ໌ອື່ນ;
 - b. ບົກປ້ອງ ແລະ ປ້ອງກັນສິດທິ ຫຼື ຊັບສິນຂອງ VCGCB; ແລະ,
 - c. ດຳເນີນການພາຍໃຕ້ສະພາບການສຸກເສີນ ເພື່ອບົກປ້ອງຄວາມບອດໄພສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ໃຊ້ VCGCB, ຫຼື ສາທາລະນະ.
5. ແຕ່ລະບຸກຄົນແມ່ນຈະໄດ້ຮັບແຕ່ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ຂໍເທົ່ານັ້ນ.
6. ຂໍ້ມູນທີ່ໃຫ້ແມ່ນມີເງື່ອນໄຂບັງຄັບ.
7. ຜົນເກີດຂຶ້ນຕາມມາຂອງການບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຂໍແມ່ນສາມາດມີຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້.
8. ທ່ານມີສິດເຂົ້າຫາບັນທຶກຕ່າງໆທີ່ມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານໃຫ້ມາໄດ້.
9. ຂໍ້ມູນທີ່ເກັບເອົາມາແມ່ນນຳໄປໃຊ້ໃນໂຄງການຊົດເຊີຍຜູ້ເຄາະຮ້າຍຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ.
10. ຖ້າຫາກວ່າມີຄຳຖາມໃດໜຶ່ງກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ເກັບເອົານັ້ນ, ກະລຸນາຂຽນໜັງສືໄປຫາຕາມທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້: PO Box 48, Sacramento, CA 95812, ອີເມວ: info@vcgcb.ca.gov, call (800) 777-9229, ຫຼືຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ປະສານງານຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ VCGCB ໄດ້ທີ່ InfoSecurityandPrivacy@vcgcb.ca.gov.
11. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງແຈ້ງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ VCGCB. ເບິ່ງທີ່ <http://vcgcb.ca.gov/privacy.aspx>.
12. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມບອດໄພ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງທີ່ <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.